

Chantal Wyssmüller

Bülent Kaya

In Zusammenarbeit mit Denise Efionayi-Mäder

Migration & Gesundheit

**Übersicht über ausgewählte
Fachliteratur 2009**

Auftraggeber: BAG / Nationales Programm *Migration & Gesundheit*

Vertrag Nr.: 10.000901 / 704.0001 / -414

© 2010 SFM

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

Rue St-Honoré 2 • CH-2000 Neuchâtel

Tél.: +41 32 718 39 20 • Fax: +41 32 718 39 21 • secretariat.sfm@unine.ch • www.migration-population.ch

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

Inhalt

Einleitung	4
1 Überblicks- und Grundlagentexte	6
Schweiz	6
Europa/International	9
2 Gesundheitszustand von MigrantInnen	15
Schweiz	15
Europa	18
3 Gesundheitsförderung und Prävention	31
Schweiz	31
Europa	34
4 Gesundheitsversorgung und Aus-/Weiterbildung	41
Schweiz	42
Europa/International	45
5 Interkulturelles Übersetzen, Telefon-Dolmetschen	55
Schweiz	55
International	57
6 Beobachtungen und Tendenzen	61
Zitierte Literatur	69
Anhang: Methodisches Vorgehen	86

Einleitung

Kontext und Mandat

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

Im Rahmen der Vorbereitung der zweiten Programmphase der Bundesstrategie war im Jahr 2006 eine Literaturanalyse für den Publikationszeitraum 2001-2005/2006 vorgenommen worden (Wyssmüller et al. 2006a, 2006b). Zu Beginn des Jahres 2009 hatten die AutorInnen des vorliegenden Berichts im Auftrag des Nationalen Programms *Migration & Gesundheit* ausgewählte Fachliteratur gesichtet, die in den Jahren 2006-2008 publiziert worden war (Wyssmüller et al. 2009). Die vorliegende Literaturübersicht schliesst an diese Arbeiten an und basiert auf einer neuerlichen Review: Gesichtet wurde eine Auswahl nationaler, v.a. aber auch internationaler Fachliteratur im Bereich *Migration & Gesundheit*, die im Jahr 2009 publiziert wurde. Es handelt sich also um eine Aktualisierung (Update) der Forschungserkenntnisse, die es den Programmverantwortlichen und –mitarbeitenden ermöglichen soll, sich über die jüngsten Forschungsergebnisse und Tendenzen auf nationaler und internationaler Ebene zu informieren. Die Einschätzung der Tendenzen erfolgte teilweise mit Bezug auf die Ergebnisse der letztjährigen Review.

Vorgehen und methodische Grenzen

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

Für den Publikationszeitraum 2009 wurde eine breite Stichwort-Recherche in einschlägigen Online-Datenbanken¹ vorgenommen. Mit spezifischen Stichworten wurde anschliessend eine zusätzliche Internet- und Datenbankrecher-

¹ Die berücksichtigten Datenbanken sind im Anhang aufgeführt.

che bezüglich (Telefon-)Dolmetschen durchgeführt. Daneben haben wir auf den Websites relevanter internationaler Organisationen² nach im Jahr 2009 erschienenen, für die Literaturstudie relevanten Publikationen recherchiert. Auf diese Weise kam zunächst ein Korpus von rund 500 potentiell relevanten Publikationen aus den vorgängig bestimmten Ländern zusammen. Dieser Korpus wurde komplett durchgesehen (Abstracts) und anhand bestimmter Auswahlkriterien (vgl. Anhang) auf die im Folgenden besprochenen 198 Texte reduziert.

Bemerkenswert ist, dass die diesjährige Recherche trotz stärkeren Eingrenzungen bei der Recherchestrategie im Vergleich zur Literaturreview 2006-2008³ für ein einziges Publikationsjahr eine ähnlich hohe wenn nicht höhere Zahl an potentiell relevanten Referenzen zutage förderte. Wir interpretieren dies als Indiz für eine erneute Intensivierung der Forschungsaktivitäten im Themenfeld Migration und Gesundheit.

Wie für die letztjährige Review gilt wiederum, dass die in diesem Bericht abgehandelte Fachliteratur eine limitierte Auswahl aus zahlreichen wissenschaftlichen Texten darstellt, die 2009 im Themenfeld *Migration & Gesundheit* auf internationaler Ebene publiziert worden sind. Die Auswahl fokussiert erneut europäische Einwanderungsländer⁴ sowie inhaltlich die Bedürfnisse des BAG-Programmtteams. Es ist ausserdem darauf hinzuweisen, dass nicht systematisch auf die in den berücksichtigten Studien angewandten Methoden und deren Grenzen eingegangen werden konnte. Die Texte entstammen aber allesamt Quellen, welche Wert auf die wissenschaftliche Qualität der darin publizierten Forschungsarbeiten legen.

Der Text versteht und liest sich in erster Linie als Übersicht über die Publikationslandschaft 2009 im Themenfeld Migration und Gesundheit: Zum Teil werden wesentliche Forschungsergebnisse kurz zusammengefasst wiedergegeben, in anderen Fällen wird einfach auf Texte hingewiesen, die vertieft zur Kenntnis zu nehmen sich für interessierte Lesende lohnen dürfte.

Aufbau des Berichts

Die Struktur des vorliegenden Berichts orientiert sich am letztjährigen. Im ersten Kapitel werden Publikationen besprochen, die sich als **Überblicks- und Hintergrundtexte** umschreiben lassen. Es handelt sich dabei etwa um

² Insbesondere *World Health Organisation* (WHO), *International Organisation for Migration* (IOM) und Europäische Union (EU).

³ Weniger Datenbanken durchsucht, weitgehender Ausschluss aussereuropäischer Länder, kürzerer Publikationszeitraum (2009).

⁴ Mit Bezug auf Telefondolmetschen und interkulturelles Übersetzen wurde auch gezielt nach Texten aus bestimmten aussereuropäischen Staaten gesucht (vgl. Anhang).

Themenausgaben wissenschaftlicher Zeitschriften oder thematische Sammelbände, policy-bezogene Artikel und Berichte, Texte mit Fokus Datenlage und Datenerhebung (Monitoring), Informationen zu Kostenanalysen oder zu neu erschienenen Handbüchern für Fachpersonen. Kapitel 2 gibt einen Überblick über Texte, welche **Aspekte des Gesundheitszustands von MigrantInnen(gruppen)** thematisieren. In den darauffolgenden Kapiteln (3 – 5) wird die berücksichtigte Literatur aus der Perspektive der einzelnen **Handlungsbereiche des Nationalen Programms Migration und Gesundheit** dargestellt. Alle Kapitel sind jeweils aufgeteilt in einen Abschnitt zu Schweizer und zu europäischer/internationaler Literatur. Zum Schluss (Kapitel 6) werden einige Beobachtungen bezüglich **Tendenzen** bei Forschungsthemen, Zielgruppen, Interventionsansätzen in Prävention und Versorgung sowie Forschungsdesigns festgehalten sowie auf in der berücksichtigten Literatur identifizierte **Forschungslücken** hingewiesen.

1 Überblicks- und Grundlagentexte

Schweiz

Überblickspublikationen, Themenbände/-hefte

Das von der Fachstelle *InfoDrog* herausgegebene *SuchtMagazin* widmete im Sommer 2009 eine Ausgabe dem Thema **Migration und Sucht** (Infodrog 2009). Artikel zu theoretischen Herangehensweisen an die Thematik finden sich darin ebenso wie Texte zu migrationsspezifischen Suchthilfeangeboten, interkultureller Übersetzung und transkultureller Präventionsarbeit.

Das Konzept der **Gesundheitskompetenz** wird in mehreren 2009 erschienenen Texten mit dem Thema Migration verbunden. Ein vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) herausgegebener Band (Schweizerisches Rotes Kreuz 2009a) versammelt theoretische Perspektiven auf diesen Begriff, aktuelle Forschungsergebnisse aus der Schweiz sowie Berichte über Praxisinterventionen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Sucht. Zwei Beiträge thematisieren insbesondere Migration: Besic und Bisegger (2009) erläutern spezifische Benachteiligungen bestimmter MigrantInnengruppen in Sachen Gesundheitskompetenz und zeigen anhand von Projektbeispielen, wie vorhandene Kompetenzen in der Migrationsbevölkerung aktiviert und gestärkt werden können. Ambühl et al. (2009) beschreiben in ihrem Beitrag die Arbeit mit Folter- und Kriegsopfern im Ambulatorium des SRK. In diesem Rahmen wird mittels spezifischen Therapieformen Selbstwirksamkeit als zentrale Voraussetzung für Gesundheitskompetenz gezielt gefördert.

Eine Doktorarbeit am *Institute of Health Economics and Management* in Lausanne (Therianos-Abdelmoumène 2009) stellt das Konzept in den Kon-

text der pädiatrischen Versorgung von Migrantenkindern. Die Autorin ist überzeugt, dass mit der Anwendung der Konzepte *Health Literacy* und *Empowerment* im Migrationskontext eine messbare Reduktion der Gesundheitskosten einerseits und bedeutende integrationsfördernde Wirkungen andererseits erreicht werden könnten. Der vermehrte Einbezug einer Gesundheitsmanagement-Dimension (aufgezeigt am Beispiel einer Fallstudie über das *Hôpital de l'Enfance* in Lausanne) würde sich angesichts der Ergebnisse dieser Forschungsarbeit sicher lohnen, meint die Autorin.

Die **Zusammenhänge zwischen Kultur und Gesundheit** thematisieren Svejda-Hirsch und Streb (2009) in ihrem Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung. Ohne die Berücksichtigung dieser Zusammenhänge, so die AutorInnen, sei insbesondere bei chronischen und/oder psychosomatischen Leiden kaum eine dauerhafte Genesung zu erzielen.

Via die Website des EU-Projekts *mighealth.net*⁵ gelangt man ausserdem seit 2009 zu *country wikis* und Überblicksberichten zum Stand der Diskussion im Bereich Migration und Gesundheit in verschiedenen Ländern, darunter auch die Schweiz (**State of the Art Report Switzerland**, Chimienti (2009)). Es finden sich Informationen und Referenzen zum Gesundheitszustand der Migrations- und Minderheitenbevölkerungen, zu deren Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu *good practices* diesbezüglich.

Monitoring

Eine Studie im Auftrag des Nationalen Programms *Migration und Gesundheit* hatte zum Ziel, einen theoretisch fundierten und soweit möglich auch empirisch abgestützten **Vorschlag für einen Mindestsatz von Indikatoren eines Migrationshintergrunds** vorzuschlagen, die in Gesundheitsdatenerhebungen in der Schweiz erhoben werden müssten (Voll und Wyssmüller 2009).

Ebenfalls im Auftrag des BAG wurde in einer Machbarkeitsstudie abgeklärt, ob zum Zweck der Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten im Setting einer universitären Poliklinik ein **kontinuierliches Monitoring des Sexualverhaltens von Migrantinnen aus Subsahara-Afrika** im Besonderen und von Migrantinnen im Allgemeinen aufgebaut werden könnte (Jiekak Dommange et al. 2009).⁶ Das von einem Forschungsteam des *Institut universitaire de médecine sociale et préventive* erprobte Setting in der universitären Poliklinik Lausanne erwies sich als geeignet für ein

⁵ http://mighealth.net/index.php/Main_Page

⁶ Migrantinnen aus Subsahara-Afrika stellen eine der bedeutendsten HIV-Risikogruppen in der Schweiz dar.

solches Monitoring. Allerdings wird empfohlen, das Monitoring geographisch auf mehrere Orte zu verteilen, einerseits um in den einzelnen Polikliniken, die in der Regel stark durch Forschung beansprucht sind, die Dauer der Datenerhebung in Grenzen zu halten, andererseits um eine genügende Anzahl Studienteilnehmende aus Subsahara-Afrika zu erreichen. Angesichts der geographischen Verteilung der MigrantInnen dieser Herkunft in der Schweiz empfiehlt sich für dieses Monitoring eine Zusammenarbeit der universitären Polikliniken von Lausanne und Genf.

Kostenanalysen

Zu erwähnen sind weiter zwei im Schweizer Kontext durchgeführte bzw. geplante Kostenanalysen, zu denen im 2009 publiziert wurde.

Bischoff et al. (2009a) widerlegen mit ihrer Untersuchung die geläufige Annahme, dass **Asylsuchende** höhere **Gesundheitsversorgungskosten** verursachen als die Allgemeinbevölkerung. Anhand von Daten aus den Jahren 2000 bis 2003, die von der Finanzabteilung des Universitätsspitals Basel routinemässig erhoben worden waren, verglichen sie die von einer Gruppe asylsuchender PatientInnen einer medizinischen Poliklinik generierten monatlichen Versorgungskosten mit den Kosten, die für die Versorgung einer Kontrollgruppe aus PatientInnen derselben Poliklinik innerhalb desselben Zeitraums angefallen waren. Die durchschnittlichen Kosten für die Gruppe von Asylsuchenden waren signifikant geringer – der Unterschied erwies sich in den jüngeren Altersgruppen auch dann als signifikant, wenn mittels multivariater Analyse Geschlecht sowie die Tatsache, dass einige Personen nur für das obligatorische Standard-Screening für Asylsuchende die Praxis besuchten, berücksichtigt wurden. In den höheren Altersgruppen unterschieden sich die Kosten jedoch nicht signifikant. Die Studie hat aufgrund der methodischen Möglichkeiten zwar ihre Grenzen,⁷ stellt aber, zumindest im Schweizer Kontext, einen der ersten Versuche dar, Versorgungskosten von Asylsuchenden mit denjenigen der ansässigen Bevölkerung zu vergleichen.

Erstmals sollen ausserdem die **Auswirkungen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen** im Schweizer Gesundheitswesen im Rahmen einer ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse untersucht werden. Im Auftrag des BAG hat das Büro BASS diesbezüglich eine Vorstudie durchgeführt (Gehrig und Graf 2009), welche die zugrundeliegenden medizinischen Wirkungsketten einerseits und den Nutzen des interkulturellen Übersetzens ande-

⁷ Zwar konnte der Einfluss von Alter und Geschlecht statistisch kontrolliert werden, nicht aber andere potentielle *Confounder* wie der sozioökonomische Status oder das Herkunftsland der Studiensubjekte. Auch konnten mögliche Gründe für eine geringere Inanspruchnahme der Versorgung durch die Asylsuchenden nicht näher untersucht werden.

rerseits (anhand von Fallbeispielen) darstellte und die Machbarkeit einer Kosten-Nutzen-Analyse prüfte (wichtigste Ergebnisse vgl. Kapitel 5).

Handbücher

Die Fachstelle *InfoDrog* hat ein Handbuch **Migrationsgerechte Suchtarbeit** erarbeitet und 2009 herausgegeben (König Setiadi und Bernhardt Keller 2009). Es fasst bestehendes Praxiswissen zusammen und soll dem Fachpublikum konkrete Hilfen und Anstösse für die Arbeit mit KlientInnen mit Migrationshintergrund bieten.

Das Buch mit dem Titel *Clinique de l'Exil* (Goguikian Ratcliff und Strasser 2009), herausgegeben anlässlich des zwölfjährigen Bestehens der von *Apparatenances Genève*, dokumentiert die theoretischen Ansätze, praktischen Herangehensweisen und Erfahrungen sowie das langjährige Engagement der AutorInnen der einzelnen Beiträge im Bereich der **therapeutischen Arbeit mit psychisch kranken MigrantInnen** in der Romandie. Die Beiträge im praktischen Teil fokussieren insbesondere die Arbeit mit Kindern und Frauen, zwei als besonders vulnerabel geltenden Kategorien von MigrantInnen.

Europa/International

Überblickspublikationen, Themenbände/-hefte

Wie bereits erwähnt kann man über die Website des EU-Projekts *mighealth.net*⁸ auf *country wikis* und **Überblicksberichte zum Stand der Forschung und Politik im Bereich Migration und Gesundheit in verschiedenen Ländern** zugreifen.

Auf der Website des Projekts AMAC⁹ finden sich Informationen zu diesem von der Europäischen Kommission mitfinanzierten Projekt (Laufdauer 2008-2009) sowie diverse **Background Papers** und **Policy Briefs**, die im Rahmen dieses Projekts erarbeitet wurden. Letztere betreffen etwa **Gesundheitsdeterminanten im Migrationskontext** (Davies et al. 2009), notwendige Massnahmen bei der **Ausbildung des Gesundheitspersonals** (Bennegadi 2009; Gijón-Sánchez et al. 2009) oder geben einen **Überblick über europäische Forschung** zu Migration und Gesundheit (Ingleby 2009a).¹⁰ Auch das Recht auf Gesundheit im Migrationskontext wird thematisiert (Pace 2009), ausser-

⁸ http://mighealth.net/index.php/Main_Page

⁹ AMAC = Assisting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities (vgl. www.migrant-health-europe.org)

¹⁰ Die aktuelle Forschung in diesem Bereich in Europa thematisiert derselbe Autor auch in französischer Sprache in der November/Dezember-Ausgabe der Fachzeitschrift *Hommes&Migrations* (Ingleby 2009b).

dem die **Gesundheitsversorgung undokumentierter MigrantInnen** (Karl-Trummer und Metzler 2009), die **Versorgung von Müttern und Kindern** (Fernandes Guerreiro et al. 2009; Machado et al. 2009) oder **Jugendlichen mit Migrationshintergrund** (Molcho et al. 2009).

Auf Anstoss der EU erarbeitete ein Fachteam im Auftrag des *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) einen Überblicksbericht zum Thema **Migration und Infektionskrankheiten** in den EU-Ländern (ECDC Technical Report 2009). Der Bericht erläutert kurz die Datenlage und den Stand der Forschung zu diesbezüglichen Risikofaktoren in einigen MigrantInnengruppen, diskutiert den Wissensstand insbesondere in Bezug auf Tuberkulose (TB), HIV, Hepatitis und Kinderkrankheiten, vor denen eine Impfung schützen kann, und geht zum Schluss auf mögliche Handlungsfelder¹¹ für *Public Health*-Forschung und -Intervention ein.

Für die von der Europäischen Kommission im Juli 2009 in Brüssel durchgeführte Konferenz über **Jugendgesundheit** erarbeitete das WHO-Regionalbüro für Europa einen Hintergrundbericht, der sich weitgehend auf Daten aus der *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)-Befragung von 2006 stützt. Er deckt mit Blick auf junge Menschen relevante Gesundheitsthemen wie Verletzungen und Unfälle, psychische Gesundheit, Übergewicht und Fettleibigkeit, körperliche Aktivität, Suchtmittelmissbrauch und sexuelle Gesundheit ab. Junge Menschen mit Migrationshintergrund werden insbesondere in Bezug auf psychische Gesundheit als Risikogruppe präsentiert.

Im Dezember 2009 fand in Budapest eine von der Europäischen Kommission und dem ungarischen Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa organisierte Konferenz zum Thema **Prävention von Depression und Suizid** statt. Ein Hintergrundpapier dazu erläutert den Wissensstand sowie Strategien, Rahmenkonzepte und Zielgruppen diesbezüglich (Wahlbeck 2009). Es wird auch auf die Rolle eingegangen, die ein Migrationshintergrund als Risikofaktor – oft in Kombination mit anderen – spielen kann. Die Datenbasis für eine migrationssensible Risikoanalyse sei allerdings sehr beschränkt.

Die Beiträge in Brondolo et al. (2009) widmen sich dem Forschungsstand zu **Ethnizität/Rassismus und gesundheitlicher Ungleichheit** aus theoretischer wie methodologischer Perspektive, um dann eine Agenda zu präsentieren, welche die weitere Forschung auf diesem Gebiet leiten und zur Entwicklung

¹¹ In den Bereichen Monitoring, Präventions- und Kontrollmassnahmen und Gesundheitsversorgung.

effektiver Massnahmen zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen könnte.

Die französische Fachzeitschrift *Hommes & Migrations* widmete ihre November/Dezember-Ausgabe 2009 dem Thema **Santé et droit des étrangers: réalités et enjeux** (Hommes & Migrations 2009). Die Beiträge drehen sich um aktuelle Forschung und politische Herausforderungen und Debatten in diesem Bereich, insbesondere mit Bezug auf den Kontext Frankreichs. Auf einzelne Artikel, etwa zur institutionalisierten Kommunikation mit MigrantInnen unter dem Gesichtspunkt der öffentlichen Gesundheit oder zu interkultureller Übersetzung, wird weiter unten unter den entsprechenden Themenkapiteln kurz eingegangen werden.

Mehrere Texte befassen sich mit **Menschen ohne Aufenthaltsbewilligung in Europa und deren Bedürfnissen, Rechten und Versorgungsmöglichkeiten in Bezug auf Gesundheit**. An dieser Stelle sind zwei Buchpublikationen aus Deutschland besonders hervorzuheben: Die Publikation von Borde et al. (2009) diskutiert die Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltspapiere und die Frage, wie das Recht dieser Menschen auf Gesundheit lokal und in internationalen Netzwerken durchgesetzt werden kann. Das von Falge et al. (2009) herausgegebene Buch fasst die Ergebnisse einer interdisziplinären Konferenz von Ende 2008 in Bremerhaven über "Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus" zusammen. Die Beiträge von deutschen und anderen europäischen Wissenschaftlern und Praktikern erörtern u.a. Möglichkeiten der europäischen Harmonisierung der Versorgungspraktiken und Rechtsansprüche nach dem UN-Sozialpakt und der Wanderarbeitnehmerkonvention.

Erwähnenswert ist schliesslich auch eine Themenausgabe zu Migration und Gesundheit des Newsletters zur Gesundheitsförderung, der von der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Deutschland) herausgegeben wird (Impulse 2009). Die Ausgabe enthält kurze Artikel verschiedener AutorInnen, in denen aktuelle Forschungsergebnisse, in Umsetzung befindliche oder geplante Forschungs- und Praxisprojekte sowie Forderungen/Empfehlungen quer durch das Themenspektrum (von Datenerhebung und Monitoring über Gesundheitsförderung/Prävention zu Ausbildung und Versorgung) thematisiert werden, immer mit Blick auf den deutschen Kontext (vgl. thematische Kapitel).

Monitoring

Drei Artikel (Bhopal 2009a, 2009b; Rafnsson und Bhopal 2009) machen auf den bedeutenden **Datenmangel** in ganz Europa in Bezug auf Forschung zur Gesundheit ethnischer und Migrationsminderheiten aufmerksam. Solche ethnisch codierten Daten wären aber dringend nötig, um die gesundheitlichen Ungleichheiten feststellen und darauf reagieren zu können, meinen die Auto-

ren. Für die wichtigsten nationalen Register und Statistiken über die Allgemeinbevölkerung müssten in ihren Augen mit europäischer Unterstützung auf konzeptueller und terminologischer Ebene – eventuell gefördert durch spezielle Gesetzgebung analog *NIH Revitalisation Act* von 1993 in den USA¹² – ein qualitativ hochstehendes, vollständiges **ethnic coding** eingerichtet werden. Diese Voraussetzung einmal erfüllt, gäbe es in Europa auch in Bezug auf **Datenverlinkung** beachtliches Potential – v.a. in Skandinavien, Holland und Neuseeland wurden hierin bisher Fortschritte erzielt. Weitgehend fehlen würden in Europa auch originelle Studien wie **Langzeit-Kohortenstudien und -interventionen** zu Minderheitengesundheit. Es gebe etwa nur eine einzige, grossangelegte multiethnische kardiovaskuläre Kohortenstudie in Grossbritannien (vermutlich sei dies auch die einzige in Europa), und nur zwei Versuchsstudien zur Diabetesprävention mit Fokus auf Menschen südasiatischer Herkunft (in Schottland bzw. Holland).¹³ Koronare Herzerkrankungen seien aber das grösste chronische Gesundheitsproblem, das Europas Minderheitenbevölkerungen bedrohe. Da es in Ländern, wo sich die Politikgestaltung vermehrt an empirischen Fakten orientiert, ohne Daten meist kein Handeln gebe, müsse man dringend ethisch codierte Datenbanken aufbauen und die Forschung zu Minderheitengesundheit intensivieren, schlussfolgern die Forschenden. Parallel dazu müssten aber auch gesundheitsbezogene Ressourcen bestimmter Gruppen, wie etwa der niedrige Tabakkonsum von *Sikhs*, systematisch genutzt werden: Wo Minderheiten die niedrigsten Erkrankungs-raten oder Risikofaktoren aufweisen, müssten die entsprechenden Werte auch für die Allgemeinbevölkerung angepeilt werden.

Aus der Perspektive der Niederlande, wo der Gebrauch des **Indikators „Geburtsland“** zur Identifizierung ethnischer Gruppen weitverbreitet und akzeptiert ist, diskutieren Stronks et al. (2009) dessen Vorteile und Grenzen. In Kombination mit zusätzlichen Indikatoren wie Geburtsland der Eltern, Sprache oder selbstdeklarierte ethnische Zugehörigkeit sei das Geburtsland ein sehr valabler Indikator eines Migrationshintergrundes, so ihr Fazit.

Lee (2009) thematisiert und hinterfragt in ihrem Artikel, **wie Forschende der biomedizinischen Disziplinen Ethnizität konstruieren und ethnische Unterschiede** in ihre Forschungsergebnisse **interpretieren**. Die Inhaltsanalyse

¹² Dieses Gesetz verlangt den Einschluss von Minderheitengruppen und Frauen in die Forschungen, wenn keine wissenschaftlichen Gründe dagegen sprechen.

¹³ Bezüglich Monitoring zur Gesundheit von MigrantInnen- und Minderheitengruppen in Europa lohnt es sich, die Entwicklungen in den verschiedenen *work packages* des Projekts MEHO (<http://www.meho.eu.com/>) zu verfolgen. Auf der Website werden Konferenz-Präsentationen zur Verfügung gestellt und es wird auf neue Publikationen der beteiligten Forschungsteams hingewiesen.

von über 200 biomedizinischen Publikationen in Forschungszeitschriften zeigte, dass die Konzepte „ethnicity“ oder „race“ kaum definiert und selten adäquat operationalisiert werden, und dass kaum versucht wird, die festgestellten ethnischen Unterschiede zu erklären. Lee sieht in diesem ungenauen Gebrauch der Konzepte und in den biologischen Schlussfolgerungen, die mit Blick auf Gesundheit und ethnische Differenz gezogen werden, die Gefahr, dass Ethnizität vergegenständlicht und das Nachdenken darüber eingegrenzt wird, was diese biomedizinischen Unterschiede mit Blick auf gesundheitliche Chancenungleichheit bedeuten könnten.

Vor- und Nachteile der Erhebung ethnischer Daten im Kontext der Gesundheitsversorgung thematisieren Varcoe et al. (2009). In verschiedenen Kliniken in einer westkanadischen Stadt befragten sie PatientInnen und *community leaders*, aber auch Entscheidungsträger und Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung. Die meisten Gesundheitsfachleute sahen potentielle Vorteile darin, ethnisch aufgeschlüsselte Daten zur Verfügung zu haben, wiesen aber darauf hin, dass diese Vorteile sich nur ergeben würden, wenn die erhobenen Daten dann auch Anlass zum Handeln geben würden. Die befragten PatientInnen und *community leaders* hingegen neigten mehrheitlich dazu, potentielle Gefahren zu sehen: sie ergaben sich in ihren Augen sowohl aus der Tatsache, über ethnische Daten zu verfügen, als auch aus dem Prozess der Datenerhebung selber.

Texte aus Deutschland machen auf **fehlende nach Minderheiten aufgeschlüsselte Datengrundlagen zur Versorgungsplanung** aufmerksam. Habermann et al. (2009) untersuchten, inwiefern verschiedene Datenquellen in Deutschland Informationen enthalten über den Zugang von älteren MigrantInnen zu Versorgungsdiensten, über deren Inanspruchnahme durch diese Bevölkerungsgruppe und über die Qualität der Versorgungsleistungen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Das Ergebnis: Die Hauptdatenquellen zur Versorgungsplanung auf regionaler und nationaler Ebene enthalten keine spezifischen Informationen über MigrantInnen. Angesichts von Hinweisen einzelner Studien auf ernsthafte Mängel bei der Versorgung von älteren MigrantInnen sei dies bedenklich, so die AutorInnen. Auf das Problem mangelnder Datengrundlagen im Versorgungskontext Deutschlands weisen auch weitere gesichtete Texte hin (Borde 2009; Habermann 2009; Halves und Berger 2009).

Siva (2009) konstatiert (und kritisiert) mangelnde ethnisch aufgeschlüsselte Datengrundlagen zur Gewährleistung der Versorgungsgleichheit durch den *National Health Service* in Grossbritannien.

Kostenanalysen

In einem Spital in Murcia (Spanien) wurden in einer Longitudinalstudie die Daten zu Akutfällen, die im Zeitraum 2004-2005 registriert worden waren,

analysiert (Arizaleta et al. 2009). Es konnte aufgezeigt werden, dass die **Spitalversorgung von ImmigrantInnen**, insbesondere der Gruppe der Nicht-EU-AusländerInnen, **geringere Fallkosten** verursacht als die Versorgung von Einheimischen.

Policy

Mladovsky (2009) nimmt die aktuellen Politiken zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten in vier europäischen Ländern – England, Italien, Niederlande und Schweden – unter die Lupe. Sie tut dies anhand eines Vergleichsrahmens mit den Elementen 1) Datenerhebung und methodologische Grenzen, 2) Zielgruppen, 3) speziell fokussierte Gesundheitsstörungen, 4) Mix zwischen Massnahmen auf der Bedarfs- und der Versorgungsseite und 5) Herausforderungen in der Umsetzung. Die Autorin kommt zum Schluss, dass die Tatsache, dass in allen vier Ländern solche Politiken bestehen, noch nichts darüber aussage, ob und wie sie umgesetzt werden. Der Text gibt interessante Hinweise für die **Entwicklung von migrant health policies in Europa**.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle auch auf ein paar im Jahr 2009 erschienene **Strategiepapiere und Berichte der EU und der WHO**, die für den Bereich Migration und Gesundheit relevant sind.

Die Europäische Kommission leitete mit einer Mitteilung im Oktober die Diskussion über ergänzende Massnahmen der EU zur Unterstützung der Mitgliedstaaten beim **Abbau gesundheitlicher Ungleichheit** ein (Europäische Kommission 2009). Es wird auf die gesundheitliche Benachteiligung verschiedener Bevölkerungsgruppen, darunter MigrantInnen, Minderheitenangehörige und Roma, hingewiesen und die Wirkung von sozialer Ungleichheit und Diskriminierung auf die Gesundheit angesprochen. MigrantInnen und Roma werden als besonders schutzbedürftige Gruppen gesehen, für die zusätzliche Massnahmen erforderlich sind. Die EU will daher in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten Initiativen lancieren, „die der Sensibilisierung dienen und Massnahmen für einen verbesserten Zugang zu Gesundheitsleistungen und deren Angemessenheit fördern und in denen es um Gesundheitsförderung und Prävention für Migranten, ethnische Minderheiten und andere besonders schutzbedürftige Gruppen geht.“ (ebd., S. 10). Weiter soll abgeklärt werden, wie die Agentur für Grundrechte im Rahmen ihres Mandats Informationen zum Ausmass gesundheitlicher Ungleichheit bei besonders schutzbedürftigen Gruppen in der EU erheben könnte (Monitoring).

Ebenfalls im Oktober veröffentlichte die Europäische Kommission ihre **Anschlusstrategie 2009-2013 zur Bekämpfung von HIV/Aids** (Commission Européenne 2009). MigrantInnen werden als Risikogruppe berücksichtigt und die Weiterentwicklung angepasster Gesundheits- und Sozialdienste für diese Zielgruppe propagiert. Es wird ausserdem vermerkt, dass die Praktik

mehrerer europäische Länder, die Einreise, den Aufenthalt und die Niederlassung von HIV-positiven MigrantInnen zu beschränken, diskriminierend sei und dem Schutz der öffentlichen Gesundheit entgegenlaufe.

Eine WHO-Publikation (Ritsatakis und Makara 2009) schliesslich nimmt die Politikentwicklung der letzten Jahrzehnte in acht europäischen Ländern zur **Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten** unter die Lupe. Der Text liefert Hintergrundinformationen zuhanden der Politikakteure. Unter den Informationen zu den einzelnen Ländern wird zum Teil auch auf Massnahmen aufmerksam gemacht, die sich an MigrantInnen als vulnerable Risikogruppe richten. Die abschliessenden Empfehlungen zur Reduktion sozialer Ungleichheiten im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten nennen ebenfalls MigrantInnen als Zielgruppe angepasster Massnahmen und Politiken.

2 Gesundheitszustand von MigrantInnen

Schweiz

Mit Blick auf die Schweiz hat unsere Recherche für den Publikationszeitraum 2009 wiederum nur vereinzelte Untersuchungen zum Gesundheitszustand von Migrationsgruppen zu Tage gefördert.

Wir unterscheiden im Folgenden zwischen Publikationen, die bestimmte Gesundheitsstörungen in der Migrationsbevölkerung der Schweiz (bzw. in bestimmten Untergruppen derselben) fokussieren, und solchen, bei denen der Fokus auf der Gesundheit bestimmter MigrantInnengruppen liegt.

Im Fokus: Gesundheitsstörungen

Nach wie vor thematisiert die Forschung **Infektionskrankheiten** im Migrationskontext. Bodenmann et al. (2009) untersuchten die Prävalenz latenter Tuberkulose (TB) und das Einhalten präventiver Behandlung in einer Gruppe MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung (sogenannte Sans-Papiers). Allen PatientInnen dieser Zielgruppe, die in einem bestimmten Zeitraum zwei Versorgungsstrukturen in Lausanne aufsuchten, wurde ein Gratis-TB-Screening und wenn nötig präventive Behandlung angeboten, deren Befolgung während der folgenden neun Monate monatlich überprüft wurde. Die Prävalenz latenter TB in der untersuchten Gruppe war hoch (bei 24 PatientInnen oder 19.2% von 125 untersuchten Sans-Papiers war der Test positiv), gleichzeitig befolgten nur wenige der Studienteilnehmenden die Vorgaben für die präventive Behandlung, was die AutorInnen unter einem PH-Gesichtspunkt als alarmierend bezeichnen.

Der medizinische Leiter der UMSCO in Genf, Yves Jackson (2009), weist in einem Artikel auf den Einfluss internationaler Migration auf das epidemiolo-

gische Profil zahlreicher Krankheiten hin und auf die Herausforderungen, die den nationalen Gesundheitssystemen daraus erwachsen. MigrantInnen „exportieren“ gewisse Krankheiten, die bisher nur in ihrem Herkunftsgebiet vorkamen – Jackson illustriert dieses Phänomen anhand zweier Krankheiten, mit denen die Gesundheitsfachleute in der Schweiz mehr und mehr konfrontiert sind: Chagas und Malaria.

In ihrem in der Schweizerischen Ärztezeitung erschienenen Artikel geht Vrgoc-Mirkovic (2009) aus der Sicht der Psychiatrie auf mögliche Ursachen **somatoformer und Schmerzstörungen** bei MigrantInnen ein und berücksichtigt dabei auch neuste neurobiologische Erkenntnisse aus der Stressforschung.

Steinhausen et al. (2009) verglichen die **psychosoziale Gesundheit** von immigrierten Jugendlichen (1. Generation), in der Schweiz geborenen und eingebürgerten Jugendlichen der 2. Generation und gebürtigen SchweizerInnen. Sie stellten bei immigrierten Jugendlichen im Vergleich zu den anderen Gruppen signifikant öfter ungünstige Indikatoren fest, während DoppelbürgerInnen und gebürtige SchweizerInnen sich kaum unterschieden. Bei den eingewanderten Jugendlichen erwies sich insbesondere die Herkunft aus Süd- und Südosteuropa als mit erhöhtem Risiko für schlechtes psychosoziales Befinden verbunden.

Im Fokus: bestimmte MigrantInnengruppen

Untersuchungsgegenstand der Studie von Bischoff et al. (2009c) war die Gesundheit von **Asylsuchenden**. Auf der Basis von Daten, die in den Jahren 2000-2003 in einer allgemeinärztlichen Praxis des Typs *managed care* in Basel-Stadt¹⁴ erhoben worden sind (sozioökonomisches Profil, Diagnose und Anzahl Praxisbesuche), wurde der Frage nach den häufigsten Gesundheitsstörungen in den untersuchten Gruppen von Asylsuchenden aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens, aus Subsahara-Afrika, der Türkei, Irak und Sri Lanka nachgegangen. Die Studie ergab als häufigste Gesundheitsstörungen in den untersuchten Gruppen Erkrankungen des Bewegungsapparats, Atemwegenerkrankungen, Depression und PTSD¹⁵ – alles chronische, nicht ansteckende Erkrankungen, während man aufgrund der Hinweise aus der bisherigen Forschung eher Infektionskrankheiten erwartet hätte. Mehr denn nach Akutver-

¹⁴ Die dort praktizierenden AllgemeinärztInnen funktionieren als *Gatekeeper* im Rahmen der kantonal organisierten Gesundheitsversorgung für Asylsuchende.

¹⁵ Ein Fünftel der Asylsuchenden, die der betreffenden Praxis im Zeitraum der Untersuchung zugeteilt waren, nahm – aus unbekannten Gründen – überhaupt keine Versorgungsleistungen in Anspruch.

sorgung scheint bei Asylsuchenden also Bedarf nach kontinuierlicher Versorgung zu bestehen.

Der Artikel von Puig et al. (2009) weist darauf hin, dass die MigrantInnen aus dem Asylbereich, die im Kanton Waadt im Rahmen eines doppelten Gatekeeping-Systems versorgt werden, meist in ihrem Herkunftsland oder auf der Flucht gesundheitlich Belastendes erlebt hätten, und dass ihre Gesundheit durch die Ungewissheit im Asylverfahren noch verschlimmert werden könne. Verglichen mit Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung sei ihr allgemeiner Gesundheitszustand darum oft schlechter.

Im Rahmen ihrer Abschlussarbeit in Sozialpolitik an der Universität Genf widmete sich Eliana Induni (2009) den speziellen Bedürfnissen von **MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung** in Bezug auf Mund- und Zahngesundheit und überprüfte, ob das in Genf vorhandene Präventions- und Versorgungsangebot in diesem Bereich den Bedürfnissen von Menschen in prekären Situationen gerecht wird. Die Arbeit zeigt auf, dass die Zahngesundheit vieler *Sans-Papiers* äusserst schlecht ist und das Wissen um die Zusammenhänge zwischen Zahnhygiene und Zahngesundheit in dieser Zielgruppe oft fehlt. Es komme meist zu Notfallbehandlungen, anschliessend wären kostspielige Nachbehandlungen notwendig, die aber mangels finanziellen Ressourcen den wenigsten PatientInnen dieser Zielgruppe offen stünden. Die Autorin empfiehlt spezifische Massnahmen mit Blick auf Prävention (Gratis-Sprechstunden einer Dentalhygienikerin und Gratis-Verteilung von Zahnbürsten und Zahnpasta in geeigneten Settings), Versorgung (mehr personelle und finanzielle Ressourcen) und den rechtlichen Rahmen (Aufnahme von Zahnbehandlungen in den Leistungskatalog der Grundversicherung nach KVG).

Auf die Studien zur Tuberkuloseprävalenz bei undokumentierten MigrantInnen sowie zur vermehrten Präsenz anderer Infektionskrankheiten durch (irreguläre) Migration wurde oben bereits hingewiesen (Bodenmann et al. 2009; Jackson 2009).

Mit *Sans-Papiers* befassten sich noch weitere Abschlussarbeiten und Publikationen im Jahr 2009: Hinzuweisen ist auf die Artikel von Winizki (2009) und Wuschek (2009) sowie die Masterarbeit von Corina Gross (2009), die insbesondere von den Bedürfnissen dieser Zielgruppe und Versorgungsmöglichkeiten im Raum Zürich handeln. Mit den Gesundheitsbedürfnissen von *Sans-Papiers* und deren Strategien beim Zugang zu Versorgung im Raum Lausanne hat sich ein Absolvent der Waadtländer Fachhochschule für Gesundheitsberufe im Rahmen seiner Abschlussarbeit auseinandergesetzt (Fulliquet 2009). Er weist insbesondere auf die unter *Sans-Papiers* offensichtlich häufige, unkontrollierte Selbstmedikation und deren Gefahren für die Gesundheit dieser Menschen hin.

Faucherre et al. (2009) berichten von einer Datenerhebung im *Département de psychiatrie* (DP) des Universitätsspitals in Lausanne (CHUV) zum sozio-biographischen und klinischen Profil und der Versorgung von PatientInnen ohne Krankenversicherung. Es handelt sich bei dieser Gruppe mehrheitlich um MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung, von denen die meisten nie ein Asylgesuch gestellt und die anderen einen Nichteintretensentscheid erhalten haben. Männer sind in der Überzahl. Mehr als die Hälfte der untersuchten PatientInnen¹⁶ zeigte Symptome von Angst- und Depressionsstörungen, die meist als Reaktion auf schwierige Lebenssituationen in Zusammenhang mit sozioökonomischer oder rechtlicher Prekarität gesehen werden müssen.

Europa

Erneut recht zahlreich sind die recherchierten Studien zur Gesundheit im Migrationskontext auf europäischer Ebene. Die bereits bei der Literaturreview 2006-2008 beobachtete Systematik, mit der in nordeuropäischen Staaten (Skandinavien und GB), aber auch in den Niederlanden und zunehmend in Deutschland die Gesundheit der Migrationsbevölkerung (sozial-) epidemiologisch untersucht wird, manifestierte sich auch in der Literatur 2009. Vermutlich weil in einigen dieser Länder, v.a. in Skandinavien, bereits seit längerer Zeit eine vergleichsweise solide Datenbasis vorhanden ist, können Forschende dort eine Art Vorreiterrolle übernehmen: So werden neue/aktuelle Themen der Gesundheitsforschung in Schweden oder Norwegen oft auch mit Fokus auf die Migrationsbevölkerung angegangen.

Wir unterscheiden im Folgenden wiederum zwischen Publikationen, die das Hauptaugenmerk auf bestimmte Gesundheitsstörungen in der Migrationsbevölkerung (bzw. in bestimmten Untergruppen derselben) legen, und Arbeiten, bei denen die Gesundheit bestimmter MigrantInnengruppen thematisiert wird.

Im Fokus: Gesundheitsstörungen

Etliche Analysen fokussierten den **selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand** bzw. die **allgemeine Morbidität** von MigrantInnen bzw. Minderheitengruppen.

In Spanien wurde die Gesundheit und Präventions- bzw. Versorgungssituation der Migrationsbevölkerung erstmals anhand der Daten aus den nationalen Gesundheitsbefragungen (2003 bzw. 2006/7) untersucht (Carrasco-Garrido et al. 2009; Hernandez-Quevedo und Jimenez-Rubio 2009). Die Auswertung

¹⁶ Erfasst wurden rund 60 PatientInnen, die im Verlauf des Jahres 2008 im DP Versorgungsleistungen in Anspruch genommen hatten.

ergab wie anderswo, dass die Migrationsbevölkerung („*economic immigrants*“) insgesamt einen schlechteren selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand aufweist als die autochthone. Allerdings variieren die Ergebnisse auch hier nach Nationalitäten. Ansonsten zeigen die „*economic immigrants*“ in Spanien insgesamt ähnliche Gesundheitsstörungen wie die „Einheimischen“. Eine Studie, die sich mit der Gesundheitssituation von MigrantInnen in der Region Girona (Katalonien) befasste, kam hingegen zum Befund, dass die Immigrationsbevölkerung insgesamt gesünder sei als die einheimische, obwohl sie unter schlechtesten sozioökonomischen Bedingungen lebe (Casanovas et al. 2009).

Eine schwedische Studie (Leao et al. 2009) untersuchte den Zusammenhang zwischen „Akkulturation“, gemessen anhand des Alters zum Zeitpunkt der Einwanderung oder der Dauer der Niederlassung in Schweden, und dem selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand junger MigrantInnen (16–34 Jahre alt) über den Zeitraum von 1992 bis 1999. Bei MigrantInnen der ersten Generation korrelierte das Alter bei Einwanderung positiv mit der Wahrscheinlichkeit, dass der Gesundheitsstatus als schlecht bezeichnet wurde, d.h. je älter jemand zum Zeitpunkt der Immigration war, desto wahrscheinlicher war es, dass diese Person ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnete. Diese Wahrscheinlichkeit war auch bei denjenigen erhöht, die weniger als 15 Jahre in Schweden verbracht hatten. Allgemein wiesen die meisten MigrantInnengruppen höhere Anteile mit schlechter selbstwahrgenommener Gesundheit auf als die Referenzgruppe aus „Einheimischen“¹⁷.

Eine Studie in Grossbritannien (Smith et al. 2009) nahm sich der Frage an, inwiefern gesundheitliche Nachteile von MigrantInnengruppen der ersten Generation¹⁸ an die nächste Generation weitergegeben werden. Anhand der Daten aus den *Health Surveys* von 1999 und 2004 wurde die Prävalenz von schlechter selbstwahrgenommener allgemeiner Gesundheit in sechs ethnischen Minderheitengruppen im Vergleich zu einer „weissen“ Referenzgruppe analysiert; dies in einem Modell logistischer Regression unter schrittweiser Einführung von demographischen, sozioökonomischen und Verhaltensvariablen. Auch Angleichungsbewegungen der zweiten Generation an die Referenzgruppe (soziale Mobilität) wurden berücksichtigt. Es zeigte sich, dass die höhere Prävalenz schlechter selbstwahrgenommener Gesundheit sich auch in der zweiten Migrationsgeneration hält – trotz der gesundheitlichen Vorteile, die mit der sozialen Aufwärtsmobilität in dieser Generation verbunden sind. Auch wenn Veränderungen im Gesundheitsverhalten der zweiten Generation

¹⁷ Personen, die selber und deren Eltern in Schweden geboren worden sind.

¹⁸ Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung des Ziellandes.

statistisch berücksichtigt wurden, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Generationen. Die AutorInnen machen auf die Politikrelevanz dieser Ergebnisse aufmerksam, denn die Migrationsbevölkerung altert nicht nur, sondern reproduziert sich auch.

Eine Auswertung der Daten aus dem *Health Behaviour in School Aged Children – Survey* in Italien weist darauf hin, dass Jugendliche¹⁹ mit Migrationshintergrund auch dort ihre Gesundheit als signifikant schlechter wahrnehmen als ihre einheimischen Altersgenossen, und dass sie sich ausserdem auch weniger glücklich und zufrieden mit ihrem Leben zeigen (Vieno et al. 2009). Die Unterschiede bei der selbstdeklarierten Gesundheit lassen sich laut den AutorInnen weitgehend mit sozio-ökonomischen Unterschieden und fehlender sozialer Integration erklären, während die schlechteren Werte bei Glück und Zufriedenheit direkt mit dem Migrationsstatus zusammenzuhängen scheinen.

Eine weitere Studie aus Grossbritannien (Stafford et al. 2009) untersuchte den Zusammenhang zwischen wahrgenommener ethnischer Konzentration in der Wohnumgebung und Morbidität. Ein solcher Zusammenhang zeigte sich im Sample zwar – Personen, die zu Protokoll gaben, sie lebten in einem Quartier, wo mehr als die Hälfte der BewohnerInnen derselben Ethnie angehören wie sie, hatten tendenziell weniger häufig langfristig einschränkende Gesundheitsbeschwerden. Nach statistischer Kontrolle der Wahrnehmung ethnischer Konzentration im Wohnquartier wies aber ausser bei der karibischen Gruppe nichts auf eine effektive Schutzfunktion dieses Faktors hinsichtlich Morbidität hin.

Weiter sind auch auf internationaler Ebene **Infektionskrankheiten** im Migrationskontext ein kontinuierliches Forschungsthema.

Im oben erwähnten ECDC-Bericht (ECDC Technical Report 2009) wird auf den Stand der Forschung zu Prävalenzen und Risikofaktoren mit Bezug auf Infektionskrankheiten (TB, HIV, Hepatitis und Kinderkrankheiten) bei MigrantInnen in der EU eingegangen.

Eine Analyse von Daten der letzten 20 Jahre aus einer spanischen Klinik zeigte die häufigsten Infektionskrankheiten unter Eingewanderten aus Subsahara-Afrika und Lateinamerika auf, darunter latente Tuberkulose, Darmparasiten und Malaria (Monge-Maillo et al. 2009).

Auf die fortwährend hohe Prävalenz und Inzidenz von Tuberkulose unter MigrantInnen weisen Studien aus Italien (Scotto et al. 2009) und Frankreich

¹⁹ Das repräsentative Sample bestand aus 11, 13 und 15 Jahre alten Jugendlichen, die einen schriftlichen Fragebogen ausfüllten.

(Che und Antoine 2009) hin. Erstere beobachtete zudem eine statistisch signifikante Korrelation zwischen Behandlungstreue (*compliance*) und legalem Aufenthaltsstatus. Eine spanische Studie untersuchte die Übertragungsmuster mit Blick auf TB und stellte eine hohe Durchlässigkeit zwischen Angehörigen verschiedener Nationalitäten und zwischen ImmigrantInnen und „Einheimischen“ fest (Rodriguez et al. 2009).

In Spanien wird ausserdem festgestellt, dass Gesundheitsfachpersonen zunehmend mit der in Teilen Lateinamerikas verbreiteten Chagas-Krankheit konfrontiert werden (Arandes et al. 2009; 2009).

Mit **HIV** bei MigrantInnen befassen sich ebenfalls Studien aus Spanien. Eine HIV-Kohortenstudie, in welcher ein Drittel der Teilnehmenden im Ausland geboren wurde, zeigt, dass deren soziodemographische, epidemiologische und klinische Eigenschaften die Situation in ihrem Herkunftsland widerspiegeln (Caro-Murillo et al. 2009). Die Studie von Perez-Molina et al. (2009) zeigte, dass bei nahezu der Hälfte der HIV-infizierten ImmigrantInnen aus Subsahara-Afrika und Lateinamerika die Diagnose erst in einem späten Stadium erfolgt war, und dass vergleichsweise viele dieser PatientInnen eine indizierte antiretrovirale Therapie nicht antraten oder abbrachen. Ein Text aus Frankreich (Pauti et al. 2009) berichtet von einer im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches höheren Prävalenz von HIV sowie Hepatitis B und C bei PatientInnen der Gesundheitszentren von *Médecins du Monde* in Paris (besonders vulnerable Klientel, viele ohne Aufenthaltsberechtigung).

Eine spanische Studie interessierte sich für den Zusammenhang zwischen Geburtsort und **Herz-Kreislauf-Mortalität** (Regidor et al. 2009). Dazu wurde die Mortalität in ImmigrantInnen-Gruppen untersucht, welche die gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen des Ziellandes tendenziell noch nicht übernommen haben. ImmigrantInnen aus Osteuropa, Subsahara-Afrika und Südasien sowie Frauen aus Nordafrika und der Karibik zeigten eine höhere Wahrscheinlichkeit, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben.

Weitere Texte behandeln **Krebsmortalität und -inzidenz**. Winkler et al. (2009) analysierten Daten zweier Kohorten von zugewanderten, ethnischen Deutschen aus der ehemaligen Sowjetunion (1990 bis 2005) und verglichen sie mit Daten zur deutschen Allgemeinbevölkerung. Bei den Männern waren sowohl Krebsinzidenz wie auch –mortalität ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung. Bei den zugewanderten Frauen war beides tiefer, wobei die Mortalität signifikant. Lungenkrebs war bei zugewanderten Männern häufiger, bei Frauen hingegen seltener. Magenkrebs war häufiger bei MigrantInnen; hingegen waren bei Männern mit Migrationshintergrund Prostata- und Kolorektalkrebs und bei Frauen Brustkrebs seltener als bei Einheimischen.

Ronellenfitch et al. (2009) wollten Hochrisikogruppen bezüglich Magenkrebs identifizieren und untersuchten die entsprechende Mortalität bei MigrantInnen aus der ehemaligen Sowjetunion, einem Hochrisikogebiet, in Deutschland und Israel. Die Studie ergab, dass die Magenkrebs-Mortalität unter MigrantInnen dieser Herkunft auch nach der Migration erhöht blieb, obwohl sie im Vergleich zu derjenigen in der ehemaligen Sowjetunion viel tiefer ist. Die AutorInnen erwarten, dass die Magenkrebs-Sterblichkeit unter MigrantInnen innert weniger Jahre das Niveau der Allgemeinbevölkerung in den Einwanderungsländern erreicht. Empfohlen werden darum weniger spezifische Präventionsmassnahmen für diese Gruppe denn das Erstellen detaillierter Risikofaktor-Profile anhand weiterer Forschung.

Laut Hartman et al. (2009) sind die Brustkrebsmortalität und –inzidenz bei niederländischen Frauen, die in der Türkei und Marokko geboren worden sind, zurzeit noch viel tiefer als in der Allgemeinbevölkerung. Studien zeigten aber einen Trend hin zu einer Angleichung der Raten an diejenigen in der einheimischen niederländischen Bevölkerung.

Einige Publikationen befassten sich mit **Diabetes** im Migrationskontext. Eehalt et al. (2009) wollten herausfinden, ob bezüglich der Inzidenz von Diabetes Mellitus Typ 1 hauptsächlich genetische oder Umweltfaktoren eine Rolle spielen. Ihre Studie zeigte, dass in Deutschland lebende Kinder, deren Eltern aus Hoch- und Tiefrisikogebieten in Italien zugewandert sind, Inzidenzraten zeigen, die näher bei denjenigen der Herkunftsregion ihrer Eltern liegen als bei denjenigen von deutschen Kindern, was auf einen starken Einfluss genetischer Faktoren hinweist. Plöckinger et al. (2010) interessierten sich für die Wirksamkeit eines Diabetes-Management-Programms bei einheimischen und zugewanderten PatientInnen in Berlin. Sie untersuchten die Teilnehmenden zu Beginn des Programms und erneut nach 12-monatiger Teilnahmedauer. Der anfängliche Hämoglobin A1c-Wert (HbA1c) war unter den Zugewanderten höher als in der Gruppe der Einheimischen, und er war es auch nach 12 Monaten Programm-Teilnahme noch. Die AutorInnen empfehlen weitere Forschung um mehr zu möglichen Gründen für dieses Phänomen (Ernährungsgewohnheiten, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, fehlende Bildung u.a.m.) herauszufinden.

Rheumatismus bei MigrantInnen scheint ein neues Forschungsthema zu sein. Li et al. (2009) interessierten sich für den Zusammenhang zwischen Geburtsland und erster Hospitalisierung wegen Rheumatismus, und zwar in erster Linie bei MigrantInnen der ersten Generation. Ferner sollte auch untersucht werden, ob ein solcher Zusammenhang in der zweiten Generation bestehen bleibt. Die Forschenden identifizierten alle Erstdiagnosen von rheumatischen Erkrankungen bei Zugewanderten der ersten und zweiten Generation in Schweden von Anfang 1964 bis Ende 2004. Die Ergebnisse suggerieren, dass sowohl genetische wie auch Umweltfaktoren als Ursachen bestimm-

ter rheumatischer Erkrankungen eine Rolle spielen. MigrantInnen der ersten Generation aus Irak zeigten ein signifikant höheres Risiko, an Gelenkrheumatismus zu erkranken, als die Referenzgruppe. Dieses Risiko blieb auch in der zweiten Generation bestehen. In den meisten anderen MigrantInnengruppen der ersten Generation, insbesondere der griechischen, erwies sich dasselbe Erkrankungsrisiko aber als geringer als in der Referenzgruppe; dieser Vorteil verschwand allerdings in der zweiten Generation.

Gefunden wurden weiter auch Publikationen zum Thema **Vitamin-D Mangel** in MigrantInnengruppen. Madar et al. (2009b) untersuchten den Vitamin-D – Status von Säuglingen zugewanderter Mütter in Norwegen. Die Studie ergab weitverbreiteten Vitamin-D-Mangel bei zugewanderten Müttern und deren Säuglingen. Kleinkinder, die ausschliesslich durch Stillen ernährt wurden und nicht zusätzlich Vitamin-D verabreicht erhielten, wiesen einen bedeutenden Vitamin-D Mangel auf. Madar et al. (2009a) testeten weiter, ob die Verabreichung von Vitamin-D-Tropfen an 6 Wochen alte Säuglinge, zusammen mit angepassten Informationsmaterialien zuhanden der Mutter, den Vitamin-D-Status bei Säuglingen mit Migrationshintergrund verbessern kann. In der Tat konnten mit dieser Intervention die Resultate im Vergleich zur Standard-Versorgung signifikant verbessert werden.

Moreno-Reyes et al. (2009) interessierten sich für die Risiko-Faktoren mit Blick auf Vitamin-D – Mangel bei über 40-jährigen Erwachsenen. Sie untersuchten eine stratifizierte Zufallsstichprobe von 401 Personen mit verschiedenem ethnischen Hintergrund (autochthone BelgierInnen, marokkanische, türkische und kongolesische Herkunft), die zum Zeitpunkt der Studie in Brüssel lebten und zwischen 40 und 60 Jahre alt waren. Die Prävalenz von Vitamin-D-Mangel war generell hoch, aber die Gruppen marokkanischer und türkischer Herkunft zeigten eine viermal höhere Wahrscheinlichkeit von Vitamin-D-Mangel als die Autochthonen und die KongolesInnen.

Ein weiteres Thema, dessen sich eine schwedische Studie annahm (Amoudruz et al. 2009), sind **immunologische Erkrankungen** bei MigrantInnen. Ausgangspunkt war die Beobachtung des folgenden Phänomens: Bevölkerungen, die einem hohen Risiko in Bezug auf Infektionskrankheiten ausgesetzt sind, zeigen im Gegenzug ein geringes Risiko für gewisse Autoimmunkrankheiten (etwa Morbus Crohn oder Allergien). Dieses geringere Risiko wird auch nach der Migration in Industrieländer beibehalten; allerdings zeigen die Nachkommen der MigrantInnen dann im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung ein höheres Risiko, an Autoimmunkrankheiten zu erkranken. Die Forschenden stellten nun die Hypothese auf, dass die Risikoexposition bezüglich Infektionskrankheiten während der frühen Kindheit in Entwicklungsländern das Immunsystem einer migrierten Mutter auf bestimmte Art geprägt hat und sich dies auf den in einem Industrieland geborenen Nachwuchs auswirkt. Die Studienergebnisse suggerieren, dass der Ge-

burtsort tatsächlich einen Einfluss auf Eigenschaften des Immunsystems bei Erwachsenen haben kann, und dass dies mit Blick auf Erkrankungsrisiken der Nachkommen potentiell relevant ist.

Werfen wir als nächstes einen Blick auf Publikationen zur **perinatalen Gesundheit** im Migrationskontext. Es handelt sich hierbei um ein seit längerem aktuelles Forschungsgebiet. Gagnon et al. (2009) führten darum eine umfassende Literaturreview durch mit dem Ziel, folgende Frage mit dem aktuell vorhandenen Wissen abzuhandeln: Zeigen Immigrantinnen in westlichen Industrieländern durchwegs eine schlechtere perinatale Gesundheit als einheimische Frauen? In 50% oder mehr der 133 gefundenen Forschungsberichte hatten Migrantinnen hinsichtlich Frühgeburten, geringem Geburtsgewicht und gesundheitsförderlichem Verhalten ebenso gute oder bessere Werte wie einheimische Frauen. Eine Meta-Analyse von 23 Studien zeigte, dass Frauen aus Asien, Nord- und Subsahara-Afrika ein grösseres Risiko bezüglich Feto- und neonataler Sterblichkeit zeigten als in der Allgemeinbevölkerung, und dass bei Asiatinnen und Subsahara-Afrikanerinnen das Frühgeburts-Risiko erhöht war. Die AutorInnen der Literaturstudie halten allerdings fest, dass die Literatur zu diesem Thema zwar extensiv sei, dass jedoch die Heterogenität der Studiendesigns und der Definitionen von „Migrantin“ die Möglichkeit, daraus valable Schlussfolgerungen zu ziehen, stark begrenze. Um die Zusammenhänge zu verstehen, sei weitere Forschung nötig, wobei klare Definitionen verwendet und alle relevanten Aspekte einer Migrationserfahrung angemessen mitberücksichtigt werden sollten.

Eine finnische Studie (Malin und Gissler 2009) weist ebenfalls auf erhöhte perinatale Mortalität bei Frauen aus Afrika und auf ein höheres Risiko für Frühgeburten bei Frauen aus dem Mittleren Osten, Nordafrika und Südasien hin. Afrikanische Frauen zeigten ausserdem am häufigsten Gesundheitsprobleme während Schwangerschaft und Geburt. Mit Blick auf diese Zielgruppe drängten sich darum, so die AutorInnen, gezielte Präventivmassnahmen und perinatale Versorgung auf.

Zahlreiche Publikationen drehen sich um die **psychische Gesundheit** von MigrantInnen. Auch dieses Forschungsfeld wurde in den vergangenen Jahren kontinuierlich bearbeitet. Der Artikel von Burau et al. (2009) gibt einen kurzen Überblick über den Forschungsstand bezüglich Risikofaktoren bzw. -exposition und psychische Gesundheit von MigrantInnen(gruppen) – allgemein wie auch mit einem Fokus auf Deutschland. Er weist insbesondere auf die Befunde zu schizophrenen Psychosen hin – Migration scheint ein Risikofaktor für die Entwicklung solcher Störungen zu sein. Weiter wird mit Bezug

auf die KIGGS²⁰-Daten auf einen höheren Anteil psychischer Auffälligkeiten (emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, gestörtes Essverhalten) bei Kindern mit beidseitigen Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern mit einseitigem und ohne Migrationshintergrund hingewiesen. Unterschiede im subjektiven psychischen Wohlbefinden zeigten sich jedoch keine im Vergleich der drei Gruppen.

Eine Reihe von Publikationen behandelt die psychische Gesundheit von Flüchtlingen. Tempany (2009) legte in einer Literaturreview den Fokus auf sudanesishe Flüchtlinge. Die meisten der berücksichtigten quantitativen Studien ergaben hohe Prävalenzen von Psychopathologien in dieser Gruppe, insbesondere von PTSD und Depression. Andere Studien, die auch mit qualitativen Methoden arbeiteten, räumten aber ein, dass viele Flüchtlinge aus Sudan zwar Symptome traumatischen Stresses zeigten, dadurch ihre Funktionsfähigkeit aber nicht unbedingt eingeschränkt sei – selber nähmen sie oft vielmehr aktuelle Stressoren, wie etwa familiäre Probleme, als Belastung wahr denn die traumatischen Erlebnisse der Vergangenheit. Qualitative Studien nennen Schweigen, Stoizismus und Unterdrückung als Coping-Strategien von sudanesischen Flüchtlingen. Nach ihrer Literaturreview bleibe unklar, so die Autorin, welche Elemente der westlichen psychiatrischen Standard-Behandlungen auch für sudanesishe Flüchtlinge hilfreich und angemessen sein könnten.

Eine Studie aus Dänemark (Norredam et al. 2009) verglich das Risiko von Flüchtlingen, psychisch zu erkranken, mit der Wahrscheinlichkeit in der gebürtigen dänischen Bevölkerung. Das Risiko erwies sich bei Flüchtlingen als deutlich höher als bei gebürtigen DänInnen, insbesondere mit Blick auf psychotische, affektive und neurotische Störungen und am deutlichsten bei männlichen Flüchtlingen und bei Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Irak und dem Mittleren Osten. Die Studie empfiehlt, ab ihrer Ankunft im Zielland auf die psychische Gesundheit von Flüchtlingen zu achten und sie wenn nötig angemessen zu versorgen. Eine weitere dänische Studie thematisiert psychische Symptome bei Asylsuchenden (Schwarz-Nielsen und Elklitt 2009). In zwei Asylzentren des Dänischen Roten Kreuzes wurden irakische Asylsuchende auf Symptome von Angststörungen, Depression und PTSD untersucht. Dabei wurden die Faktoren „Anwesenheitsdauer im Asylzentrum“ und „Anzahl traumatischer Erlebnisse“ als Risikofaktoren mitberücksichtigt. Die Untersuchung hat zwar wegen des kleinen Samples beschränkte Aussagekraft, trotzdem empfehlen die AutorInnen aufgrund ihrer Ergebnisse – alarmierend hohen Prävalenzraten von Psychopathologien bei irakischen Flüchtlingen – ein systematisches Screening aller Asylsuchenden

²⁰ Kinder- und Jugendgesundheitssurvey in Deutschland.

mit Bezug auf psychische Störungen in den Asylzentren Dänemarks und ein entsprechendes Behandlungsangebot.

Die psychische Gesundheit von Asylsuchenden mit derjenigen von anerkannten Flüchtlingen zu vergleichen war das Ziel einer Studie aus Irland (Toar et al. 2009). Die Befragung von 60 Asylsuchenden und 28 Personen mit Flüchtlingsstatus aus 30 verschiedenen Ländern ergab, dass Asylsuchende mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit als anerkannte Flüchtlinge PTSD- und Depressions-/Angststörungssymptome zeigten. Die Ergebnisse werden von den AutorInnen dahingehend interpretiert, dass der Aufenthaltsstatus vermutlich für andere erklärende Variablen steht; so zeigte er etwa einen starken Zusammenhang mit Post-Migrations-Stressoren.

In einer Literaturstudie wollten Lindert et al. (2009) herausfinden, inwiefern die Prävalenz von Depression und Angststörungen (inkl. PTSD) unter Flüchtlingen und ArbeitsmigrantInnen mit dem Brutto sozialprodukt (BSP) des Einwanderungslandes zusammenhängt. Ein höheres BSP im Zielland war mit einer niedrigeren Prävalenz von Depressions- und Angststörungssymptomen unter ArbeitsmigrantInnen (nicht aber unter Flüchtlingen) verbunden. Bessere ökonomische Bedingungen im Zielland scheinen demnach mit einer besseren psychischen Gesundheit der Arbeitsmigrationsbevölkerung einherzugehen, schlussfolgern die StudienautorInnen.

In ihrer Studie verglichen Akbiyik et al. (2009) die Symptome türkischer DepressionspatientInnen in Ankara und Berlin. Die Studie zeigt, dass nicht nur die „Herkunftskultur“, sondern auch der kulturelle Kontext, in dem die Betroffenen seit langem leben, als ein wichtiger Einflussfaktor berücksichtigt werden muss. Dieser aktuelle kulturelle Kontext kann mit spezifischen, aber nicht unbedingt ernsthafteren Symptomprofilen verbunden sein.

Glaesmer et al. (2009) analysierten die Daten einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in Deutschland auf die Prävalenz von Depressions-, somatoformen und PTSD-Symptomen in der Migrationsbevölkerung. Wer mindestens einen im Ausland geborenen Elternteil hat, wurde als MigrantIn definiert. Unter Anwendung dieses Konzepts von Migrationsbevölkerung, das Asylsuchende und undokumentierte MigrantInnen ausschliesst und in dem auch MigrantInnen mit schwachen Deutschkenntnissen aus methodologischen Gründen unterrepräsentiert sein dürften, zeigten sich keine Unterschiede zwischen Migrations- und Allgemeinbevölkerung bezüglich der berücksichtigten psychischen Symptome.

Eine andere deutsche Studie (Schouler-Ocak et al. 2009), welche psychische Störungen bei MigrantInnen der ersten und der zweiten Generation untersuchte, ergab, dass bei der ersten Generation häufiger affektive Störungen diagnostiziert wurden, bei der zweiten Generation häufiger Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Bei PatientInnen ohne Migrationshintergrund zeig-

ten sich diese Unterschiede zwischen den Generationen nicht. Eine Einzelfallanalyse aus Deutschland (Staniloiu et al. 2009) kommt zum Schluss, dass psychosoziale Belastungen, die mit einer Migration einhergehen, unter Umständen dissoziative Symptome auslösen und aufrechterhalten können.

Eine Studie in Belgien (Levecque et al. 2009) ergab, dass bei türkischen und marokkanischen MigrantInnen die psychische Befindlichkeit schlechter ist als bei einheimischen BelgierInnen, und auch ernsthafte Depressionen und allgemeine Angstzustände häufiger sind. Das Risiko für türkische und marokkanische Frauen erwies sich ausserdem als deutlich höher als bei Belgierinnen, d.h. die Geschlechterunterschiede waren in den Migrationsgruppen ausgeprägter. Die Studie liefert (allerdings nicht signifikante) Hinweise, dass soziale Not sich negativ auf das psychische Befinden auswirkt, v.a. bei MigrantInnen der ersten Generation. Die AutorInnen machen auf den weiteren Forschungsbedarf zum Zusammenhang zwischen Migration nach Europa, Gender und psychische Gesundheit aufmerksam: Querschnitt- wie auch Kohortenstudien, Interventionsstudien.

Ruzzante et al. (2009) untersuchten ein Sample von Migrantinnen und einheimischen Frauen, die in Spanien unter allgemein hohem Stress leben. Es zeigte sich, dass die Intensität des Stresses den Grad des Einflusses auf die körperliche Gesundheit und körperliche Schmerzen in alltäglichen Aktivitäten bestimmt, und dass mit der finanziellen Situation zusammenhängender Stress die psychische Gesundheit beeinflusst.

Fandrem et al. (2009) analysierten Depressionssymptome bei Jugendlichen (13-15 Jahre) mit und ohne Migrationshintergrund in Norwegen. Bei den Jugendlichen, die in urbanen Räumen leben, zeigten junge Männer mit Migrationshintergrund signifikant häufiger Depressionssymptome als ihre norwegischen Geschlechts- und Altersgenossen. Bei Mädchen und Jugendlichen, die in ländlichen Gebieten leben, ergab die Analyse keine signifikanten Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund. Als ein Erklärungsansatz führen die Forschenden an, dass die relative soziale Benachteiligung von ImmigrantInnen in urbanen Kontexten grösser sei als in ländlichen, und dass diese insbesondere bei Ausbildung und Beruf wahrgenommene Benachteiligung sich stärker auf die psychische Befindlichkeit männlicher Jugendlicher mit Migrationshintergrund auswirke als auf diejenige von eventuell weniger auf berufliche Karriere ausgerichteten jungen Frauen mit Migrationshintergrund. Zur Erklärung könnte zudem beitragen, dass junge Frauen sich bei psychischen Problemen eher Hilfe suchen als Männer, und dass sie in urbanen Kontexten diese Hilfe eher finden.

Ebenfalls eine norwegische Studie (Zachariassen und Flaten 2009) befasste sich mit möglichen Zusammenhängen zwischen Psychose und Schilddrüsenüberfunktion. Anlass war die Beobachtung einer auffallenden Psychose-

Häufigkeit unter ostafrikanischen ImmigrantInnen. Laut den AutorInnen sind grosse Teile Ostafrikas bekannt für hohe natürliche Fluorid-Konzentrationen in Wasser und Pflanzen. Fluorid behindere die Produktion von Schilddrüsenhormonen, so dass der Körper seine Fähigkeit zur Produktion dieser Hormone erhöhen müsse. Dieser Kompensationsmechanismus verursache das Phänomen Kropf, und tatsächlich sei der Kropf in vielen Gebieten mit hoher Fluorid-Konzentration weit verbreitet. Migrierten nun Menschen aus solchen Gebieten in Gegenden mit tiefer Fluorid-Konzentration, könne ihre erhöhte Kapazität zur Schilddrüsenhormonproduktion zu Schilddrüsenüberfunktion führen, was wiederum Psychosen auslösen könne.

Weitere Studien schliesslich befassen sich mit **Gesundheit am Arbeitsplatz** in einem breiten Verständnis. Eine Studie aus Norwegen (Claussen et al. 2009) testete die Hypothese, dass Unterschiede bei der Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen auf Unterschiede in der Art der Erwerbstätigkeit, im Einkommen, in der Gesundheit und im psychischen Wohlbefinden zurückzuführen sind. Dazu wurden Daten aus einer 2000/2001 in Oslo durchgeführten Gesundheitsbefragung mit Daten der nationalen Versicherungsverwaltung zu den Invalidenrenten und mit Daten zum Einkommen und Herkunftsland aus dem norwegischen statistischen Dienst verlinkt. Die Analyse ergab, dass ein für Eingewanderte aus Entwicklungsländern und aus Osteuropa beobachtetes signifikant höheres Berentungsrisiko im Vergleich zu NorwegerInnen weitgehend mit arbeitsbezogenen Faktoren und dem Einkommensniveau erklärt werden kann. Der Beizug der Indikatoren „psychisches Wohlbefinden“ und „selbstdeklarierte Gesundheit“ trug weiter zur Erklärung bei, allerdings unterschieden sich die ImmigrantInnen dabei nicht signifikant von den „einheimischen“ NorwegerInnen.

Ahonen et al. (2009) untersuchten den Einfluss der Arbeitsbedingungen und des unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Gesundheit von MigrantInnen in Spanien und kamen zum Schluss, dass diese beiden Einflussfaktoren eine wichtige Rolle spielen. Ebenfalls in Spanien untersuchten Garcia et al. (2009) in einer qualitativen Studie die Arbeitsbedingungen und die arbeitsmedizinische Situation von ArbeitsmigrantInnen. Die befragten Betroffenen beschrieben, dass ihre gesundheitlichen Probleme oft nicht als arbeitsbezogen anerkannt würden, was gemäss der Analyse hauptsächlich in Zusammenhang stand mit einem irregulären und prekären Arbeitsverhältnis, mit der Zurückhaltung der Arbeitgeber und Versicherungsgesellschaften und mit mangelndem Wissen/Informiertheit seitens der MigrantInnen. Die gesundheitlichen Risiken von MigrantInnen an ihrem Arbeitsplatz unterscheiden sich gemäss der Studie nicht von den Risiken, denen spanische Erwerbstätige, die unter denselben Bedingungen arbeiten, ausgesetzt sind. Allerdings sind die ArbeitsmigrantInnen solchen Risiken häufiger ausgesetzt, da sie öfter in unqualifizierten Jobs arbeiten und aus wirtschaftlicher Not längere Arbeitszeiten in

Kauf nehmen. Ausserdem waren die befragten ArbeitsmigrantInnen kaum über ihre Rechte in Zusammenhang mit Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz informiert.

Im Fokus: MigrantInnengruppen

Auf die recht zahlreichen Studien rund um **Asylsuchende/Flüchtlinge** und deren psychische Gesundheit wurde bereits hingewiesen. Einige Publikationen befassen sich noch spezifischer mit **unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden**. Die Untersuchung von Michelson und Sclare (2009) zeigt, das unbegleitete Minderjährige im Vergleich zu begleiteten zwar insgesamt dieselbe Belastung durch Post-Migrations-Stressoren und eine vergleichbare psychische Morbidität aufweisen, dass sie jedoch vor ihrer Migration signifikant mehr traumatische Ereignisse miterlebt haben und häufiger PTSD-Symptome zeigen. Eine Studie aus Belgien (Derluyn et al. 2009) weist in dieselbe Richtung: unbegleitete Minderjährige im Sample hatten mit grösserer Wahrscheinlichkeit mehrfache Traumata erfahren und zeigten ein grösseres Risiko, ernste psychische Probleme zu entwickeln.

Weitere Studien untersuchen spezifisch **Traumatisierte und Folteropfer**. Eine Untersuchung in einem Traumazentrum in Stockholm ergab, dass ein hoher Anteil der Personen mit Foltererlebnissen – insbesondere aus Bangladesh, Syrien, aus Ländern des Mittleren Ostens sowie aus Nordafrika – unter den Folgen von Falanga²¹ leiden, die sich als anhaltende Schmerzen und Gespanntheit in den Füßen und Unterbeinen manifestieren. Eine andere schwedische Studie (Daud und Rydelius 2009) ergab Hinweise auf eine Komorbidität ADHD²² – PTSD bei Kindern traumatisierter Eltern. Um zu verstehen, ob tatsächlich Zusammenhänge zwischen den beiden Störungen bestehen, müsste das Phänomen aber noch weiter erforscht werden.

Mehrere Publikationen setzen sich auch auf internationaler Ebene mit der Gesundheitssituation von **MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung** auseinander. Zu erwähnen sind ein Buch von Theda Borde (2009), welches verschiedene Aspekte der Lebenslage dieser MigrantInnen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit diskutiert. Weiter untersuchte Castaneda (2009) in einer Fallstudie eine Gruppe undokumentierter PatientInnen in einer Berliner Klinik und beschreibt ebenfalls deren Lebenslage und Gesundheitssituation. Ausserdem ging sie der Frage nach, wie der irreguläre Status sich gesundheitlich auswirkt.

²¹ Foltermethode, bei der meist mit einer Rute oder einem Stock auf die nackten Fußsohlen des Opfers geschlagen wird.

²² Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Eine Publikation widmet sich der Gesundheitssituation **migrierter Frauen** (Adanu und Johnson 2009). Der Artikel gibt einen Überblick über spezifische gesundheitsbezogene Ressourcen, Benachteiligungen und Bedürfnisse von Migrantinnen.

Ein kurzer Artikel (Ellert et al. 2009) gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation von **Kindern und Jugendlichen** mit Migrationshintergrund in Deutschland, basierend auf den Daten aus dem Kinder und Jugendsurvey von 2003-2006. Obwohl die befragten Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund verglichen mit ihren Altersgenossen mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund deutlich öfter in sozial benachteiligter Lage leben, bestätigen die Daten höhere Risiken für diese Kinder nur in einigen gesundheitlichen Bereichen, während sie in anderen gesundheitliche Vorteile zu haben scheinen oder keine signifikanten Unterschiede bestehen. Hingewiesen wird auf eine vergleichsweise niedrigere Prävalenz von allergischen Krankheiten, insbesondere bei türkeistämmigen Kindern und Jugendlichen. Die Allergieprävalenz nehme allerdings mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland zu.

Eine letzte „mobile“ Gruppe, mit deren Gesundheit sich Forschende befassen, sind **Fahrende**. In ihrer Studie zur Gesundheit ethnischer Minderheiten in Grossbritannien²³ beobachteten Peters et al. (2009), dass Fahrende im Vergleich die schlechtesten Gesundheitswerte aufwiesen. Math (2009) weist darauf hin, dass Roma in Frankreich aufgrund ihrer Lebensumstände eine gesundheitlich benachteiligte und von bestimmten Krankheiten besonders betroffene Gruppe darstellen.

In den folgenden Kapiteln wird die gesichtete Literatur aus der Perspektive der einzelnen Handlungsfelder der Bundesstrategie dargestellt.²⁴

²³ Im Sample waren neben Fahrenden auch Pakistani, African Caribbean und weisse Erwachsene vertreten.

²⁴ Da die Publikationen zum Teil Informationen enthalten, die auch aus der Sicht anderer Handlungsfelder interessant sind, dürfte es gewinnbringend sein, wenn das gesamte Programmteam alle Kapitel zur Kenntnis nimmt.

3 Gesundheitsförderung und Prävention

Schweiz

Risikoexposition und Ressourcen: Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsbedarf bei bestimmten Zielgruppen der Migrationsbevölkerung

Die Resultate einer Pilotstudie (Jiekak Dommange et al. 2009) zum Monitoring des Sexualverhaltens von Migrantinnen – allgemein und aus Subsahara-Afrika im Besonderen – zeigen, dass Patientinnen entsprechender Herkunft in einer schweizerischen universitären Poliklinik vergleichsweise grösseren Risiken in Bezug auf **sexuell übertragbare Krankheiten** ausgesetzt sind, und dass hier daher grosser Präventions- und Beratungsbedarf besteht. Besonders geeignet zur Übernahme dieser Aufgaben sind gemäss der Studie HausärztInnen und GynäkologInnen.

Zwei für den Schweizer Kontext gefundene Studien untersuchten Essgewohnheiten und körperliche Aktivität von MigrantInnen und deren Einfluss auf den **Risikofaktor Übergewicht**. Die Studie von Ebenegger et al. (2009) hatte zum Ziel, den je unabhängigen Einfluss zweier Faktoren auf Fettleibigkeit und Essgewohnheiten von Vorschulkindern²⁵ zu untersuchen, nämlich des elterlichen Migrationsstatus einerseits und des elterlichen Bildungsniveaus andererseits. Es zeigte sich, dass Kinder von MigrantInnen wie auch von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau im Vergleich zu ihren Altersgenossen erhöhte Körperfett-Werte aufweisen, vor dem TV mehr Snacks und Mahlzeiten einnehmen und insgesamt weniger Früchte und mehr fette Speisen zu sich nehmen. Diese Trends zeigten sich auch bei Kindern mit nur einem Elternteil mit Migrationsstatus oder niedrigem Bildungsniveau, verstärkten sich aber noch, wenn beide Eltern einen Migrationsstatus oder wenig Bildung aufwiesen. Diese Resultate weisen demnach darauf hin, dass Migrationsstatus und Bildungsniveau je einen eigenen, separaten Einfluss auf Fettleibigkeit und Essgewohnheiten von Vorschulkindern haben.²⁶ Besonderer Präventions-/Gesundheitsförderungsbedarf in Bezug auf Übergewicht ergibt sich demzufolge insbesondere bei Familien, in denen beide Elternteile entweder zugewandert sind und/oder einen geringen Bildungsstand aufweisen.

Mit vermutlich demselben Datensatz von 665 Vorschulkindern analysierten Niederer et al. (2009) den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund,

²⁵ An der Studie nahmen 40 zufällig ausgewählte Kindergartenklassen aus Regionen mit hoher Migrationsbevölkerung in der Romandie und der Deutschschweiz teil.

²⁶ Ob und wie sich der Einfluss kumuliert, wenn Eltern sowohl einen Migrationsstatus als auch ein niedriges Bildungsniveau aufweisen, wurde in der Studie nicht untersucht.

BMI und motorischen Fähigkeiten.²⁷ Kinder mit Migrationshintergrund wiesen durchschnittlich einen leicht höheren BMI auf als Kinder ohne Migrationshintergrund. Trotzdem zeigten erstere in nahezu allen Tests (ausser im Test der allgemeinen Fitness) vergleichbare motorische Fähigkeiten wie ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund. Daraus könnte man den Schluss ziehen, dass sich bei Kindern mit Migrationshintergrund im Vorschulalter kaum grössere Gesundheitsrisiken aufgrund von Übergewicht ergeben und sich deren Gewicht auch noch nicht stark negativ auf die motorischen Fähigkeiten auswirkt.

Bischoff et al. (2009b) führten mit den Daten aus der SGB 2002 eine Analyse der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bezüglich **Gebärmutterhals-Krebs** (Papanicolaou-Abstrich) durch Migrantinnen von sechs Herkunftsgruppen im Vergleich zu Schweizerinnen durch. Frauen aus fünf der sechs MigrantInnengruppen²⁸ liessen den Abstrich signifikant seltener durchführen als Schweizerinnen, nur Frauen aus Deutschland waren mit grösserer Wahrscheinlichkeit getestet worden. Nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren waren höheres Einkommen, höheres Alter und Staatszugehörigkeit die Faktoren, die die Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchung am besten voraussagten. Zur Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zur Krebsprävention wird empfohlen, ein systematisches Vorsorgeprogramm durchzuführen, zugeschnitten auf die Profile der entsprechenden MigrantInnengruppen.

Besic und Bisegger (2009) zeigen anhand von Projektbeispielen, wie vorhandene gesundheitsbezogene Kompetenzen in der Migrationsbevölkerung aktiviert und gestärkt werden können. Ambühl et al. (2009) beschreiben die gezielte Förderung von Selbstwirksamkeit, einer zentralen Voraussetzung für Gesundheitskompetenz, in der Arbeit mit Folter- und Kriegsopfern.

Policies, Information/Kommunikation, migrationsgerechte Ausgestaltung von Präventions- und Gesundheitsförderungsinterventionen

Im Schlussbericht und den Begleitdokumenten zum Projekt *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung* (Pfluger et al. 2009) wurde das vorhandene Fach- und Erfahrungswissen in diesem Bereich gesammelt und aufbereitet und steht nun Fachpersonen und Organisationen zur Verfügung, die ihre Präventions- und Gesundheitsförderungsinterventionen vermehrt auf die Migrationsbevölkerung ausrichten möchten. Die im Rahmen dieses Projektes

²⁷ Erhoben wurden neben dem BMI die kardiorespiratorische Fitness (20m Sprint), die statische und dynamische Kontrolle der Körperhaltung und die allgemeine Fitness (Hindernisparcours).

²⁸ Portugal, Nachfolgestaaten Jugoslawiens, Frankreich, Spanien und Italien.

durchgeführte Befragung hat u.a. ergeben, dass Personen mit Migrationshintergrund allgemein wenige Präventionsangebote kennen. Abgesehen davon erwiesen sich mangelnde Sprachkenntnisse, mangelnde Kenntnisse zu Abhängigkeit und Gesundheit, fehlendes Vertrauen, Scham- und Schuldgefühle sowie Angst vor Stigmatisierung als Zugangshindernisse. In Bezug auf Rauchgewohnheiten erwiesen sich der Bekanntenkreis und die Familie als einflussreich. Allgemein, so die AutorInnen der Studie, haben Familie und Freundeskreis, Eigenorganisationen von MigrantInnen und Schlüsselpersonen ein grosses Potential als Kommunikationskanäle. Aufsuchende Arbeit und das Überbringen von Präventionsbotschaften durch HausärztInnen und Apothekenpersonal, aber auch Kurse, Workshops und Informationsveranstaltungen, wenn sie in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe angeboten werden, erscheinen als erfolgsversprechende Ansätze.

Das vom Tabakpräventionsfonds geförderte Pilotprojekt *Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen MigrantInnen* (Salis Gross 2009a, 2009b) erwies sich als erfolgreich. Wesentliche Erfolgsfaktoren waren mit Blick auf das Erreichen der Zielgruppe die Herkunft aus der Türkei und die Fachkompetenzen des Kursleiters. Die Motivation der Kursteilnehmenden, mit dem Rauchen aufzuhören, wurde durch den Gruppenansatz verstärkt – Gruppen von FreundInnen/Bekannten entschlossen sich jeweils kollektiv zum Rauchstopp. Das Projekt soll nun in die Regelversorgung integriert und auf andere Gruppen ausgedehnt werden.

Bereits kurz erwähnt wurde die Themenausgabe *Migration und Sucht* des *SuchtMagazins* von *InfoDrog* (Infodrog 2009). Sie enthält u.a. Texte zu migrationsspezifischen Suchthilfeangeboten, interkultureller Übersetzung und transkultureller Präventionsarbeit. Auch das *InfoDrog*-Handbuch (König Setiadi und Bernhardt Keller 2009) zu migrationsgerechter Suchtarbeit bietet konkrete Hilfen und Anstösse für die Arbeit mit KlientInnen mit Migrationshintergrund.

Die Studie von Moret und Dahinden (2009)²⁹ schliesslich befasste sich anhand lokaler Fallstudien mit dem Potential von MigrantInnen-Netzwerken mit Blick auf die Kommunikation zwischen Gesundheits- bzw. Integrationsbehörden und der Migrationsbevölkerung als Zielgruppe politischer Massnahmen. Zentrale Themen waren die Identifizierung a) verschiedener möglicher Kooperationsformen mit MigrantInnen-Netzwerken und b) der wichtigsten Informations- und Kommunikationskanäle zur Erreichung bestimmter MigrantInnengruppen, sowie die Diskussion von Möglichkeiten für die Ges-

²⁹ Im Auftrag der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen (EKM), des Bundesamts für Migration (BFM) und des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

taltung des Dialogs bzw. der Zusammenarbeit. Der Bericht weist auf die Vielfalt möglicher Kooperationsformen hin und auf die daraus folgende Notwendigkeit, im einzelnen Fall nach der geeigneten zu suchen. Auch was die Informationskanäle von MigrantInnen angeht ist man abhängig von Nationalität, Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, lokalsprachlichen Kompetenzen, Zivilstand und Familiensituation mit einer Vielzahl von Strategien der Informationssuche konfrontiert. Die Netzwerke, in die MigrantInnen eingebunden sind, haben schliesslich ebenfalls sehr unterschiedlichen Charakter: Während einige Beziehungen, v.a. familiäre und enge freundschaftliche, an die ethnokulturelle Gruppe gebunden sind, orientieren sich andere nicht an ethnischer, nationaler oder religiöser Herkunft, sondern an gemeinsamen Interessen (Sportclubs, Quartiersverein, Frauengruppe etc.).

Europa

Risikoexposition und Ressourcen: Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsbedarf bei bestimmten Zielgruppen der Migrationsbevölkerung

Eine Studie weist zunächst auf konstitutionsbedingte gesundheitliche Ressourcen bei einem Teil der Migrationsbevölkerung hin: Casasnovas et al. (2009) interpretieren die Ergebnisse ihrer Untersuchung anhand von Daten aus der Region Girona (Katalonien, Spanien) dahingehend, dass die Immigrationsbevölkerung insgesamt gesünder sei als die einheimische, und dies obwohl sie unter schlechtesten sozioökonomischen Bedingungen lebe.

Bereits erwähnte sozial-epidemiologische Studien (vgl. Kapitel 2) weisen aber vor allem auf beobachtete grössere Risiken von MigrantInnen(gruppen) im Vergleich mit der ansässigen Bevölkerung hin. Dies gilt – jeweils für bestimmte Gruppen/Kategorien von MigrantInnen – sicher mit Blick auf gewisse Infektions- und sexuell übertragbare Krankheiten (etwa TB, Chagas, Malaria, HIV u.a.m), aber auch – in letzter Zeit zunehmend beforscht – in Bezug auf chronische Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. Stoffwechselstörungen wie etwa Diabetes), und es scheint auch hinsichtlich reproduktiver oder psychischer Gesundheit zuzutreffen.

Im Folgenden wenden wir uns zuerst Studien zu, die **Übergewicht und Bewegungsmangel als Risikofaktoren** für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen thematisieren. Ein Artikel berichtet über die Prävalenz von Herz-Kreislauf-Risiken in verschiedenen MigrantInnengruppen in Bologna (Gualdi-Russo et al. 2009). Die Studie ergab eine hohe Prävalenz von Übergewicht bei Frauen und Männern aus Marokko und Kosovo und bei Roma-Männern sowie die höchste Prävalenz von Bluthochdruck bei Männern aus Senegal und Kosovo und bei Roma-Männern. Die Risikoprofile bestimmter Untergruppen der Migrationsbevölkerung sprechen gemäss den AutorInnen für gezielte präventive Massnahmen.

Faskunger et al. (2009) untersuchten die Prävalenz von Übergewicht in benachteiligten Wohngebieten in Schweden. Sie fanden eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bei Frauen aus dem Mittleren Osten im Vergleich zu Schwedinnen sowie bei männlichen Migranten europäischer Herkunft im Vergleich zu Schweden. Die Zusammenhänge zwischen Geburtsland und Übergewicht blieben auch unter Kontrolle anderer Einflussvariablen bestehen. Die AutorInnen empfehlen gezielte Präventionsprogramme in benachteiligten Wohngebieten, die auch auf bestimmte Gruppen, etwa immigrierte Frauen oder Menschen mit finanziellen Schwierigkeiten, fokussieren sollten.

Agyemang et al. (2009) verglichen drei Gruppen von GhanaerInnen in Bezug auf Übergewichts-Prävalenz: ghanaische ImmigrantInnen der ersten Generation in den Niederlanden, in ghanaischen Städten lebende GhanaerInnen und solche, die im ländlichen Ghana leben. Niederländische GhanaerInnen waren signifikant häufiger übergewichtig als ihre Landsleute in Ghana. Von letzteren waren die in urbanen Räumen lebenden häufiger übergewichtig als die LandbewohnerInnen. Diese Ergebnisse bestätigen laut den AutorInnen andere Studienergebnisse, die eine Zunahme der Prävalenz von Übergewicht bei AfrikanerInnen im Zuge der Urbanisierung in Afrika und der Migration in industrialisierte Länder suggerieren. Die Bedeutung dieser Erkenntnisse in Zusammenhang mit Erkrankungen wie Diabetes sollte weiter erforscht werden, empfehlen die AutorInnen.

Die Analyse der nationalen Gesundheits-Daten in Spanien (Carrasco-Garrido et al. 2009) deutete auf insgesamt gesundheitsförderlichere Lebensstile in der Migrationsbevölkerung hin; insbesondere der Tabak- und Alkoholkonsum erwies sich bei MigrantInnen als geringer als bei Einheimischen. Allerdings waren die Werte mit Blick auf körperliche Aktivität schlechter, und auch Vorsorgemaßnahmen wie Grippeimpfung oder zahnärztliche Kontrollen nahmen MigrantInnen weniger häufig in Anspruch.³⁰

Zwei Studien untersuchten Ernährungsmuster bei MigrantInnen bzw. deren Veränderung über die Zeit, um potentielle Risiken oder protektive Faktoren zu identifizieren. Mejean et al. (2009) untersuchten in einer retrospektiven Kohortenstudie die Ernährungsgewohnheiten männlicher tunesischer Migranten in Südfrankreich. Mit längerer Aufenthaltsdauer in Frankreich glich sich die Ernährung in einigen Aspekten derjenigen der ansässigen Bevölkerung an, jedoch nicht in allen. Ein höheres Alter bei Einwanderung und das Aufrechterhalten sozialer Beziehungen ins Herkunftsland begünstigten das Beibehalten gewisser protektiver Ernährungsaspekte. Allerdings, so die AutorIn-

³⁰ Die Studie unterschied allerdings nicht zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen, was die Aussagekraft der Ergebnisse beträchtlich eingrenzt.

nen, dürften die derzeitige Veränderung der Ernährungsgewohnheiten in Tunesien diese protektiven Faktoren in Zukunft zum Verschwinden bringen. Delisle et al. (2009) untersuchten Ernährungsmuster von Bubi-ImmigrantInnen (aus Äquatorialguinea) in Madrid. Sie identifizierten zwei unterschiedliche Muster: Ein „gesünderes“ beinhaltete einen höheren Konsum von Fisch, Früchten, Gemüse, Milchprodukten und Brot, während ein „westliches“ Muster den Konsum von mehr verarbeitetem Fleisch, tierischen Fetten und gesüssten Nahrungsmitteln und Getränken aufwies. Die Ernährungsgewohnheiten rund eines Drittels des Bubi-Samples entsprachen dem „gesünderen“ Muster (Männer und Frauen zu gleichen Teilen). Die Wahrscheinlichkeit, das „westliche“ Ernährungsmuster zu übernehmen, war höher bei jüngeren ImmigrantInnen und solchen, die erst vor kürzerer Zeit nach Spanien eingewandert waren. Diese Gruppen sollten laut den StudienautorInnen eine bevorzugte Zielgruppe für Botschaften zur gesunden Ernährung sein.

Mehrere Studien untersuchten die Prävalenz der genannten Risikofaktoren bei **Kindern und Jugendlichen** mit Migrationshintergrund. Van Vliet et al. (2009) stellten fest, dass Kinder türkischer Abstammung in den Niederlanden im Vergleich zu niederländischen Kindern einen signifikant höheren BMI aufweisen und auch in Bezug auf weitere Herz- und Stoffwechsel-Risiken vergleichsweise schlechte Werte zeigen, gerade auch im Vergleich mit Kindern marokkanischer Herkunft. Differenzierte, gruppenspezifische Präventionsmassnahmen sollten ins Auge gefasst werden, empfehlen die AutorInnen.

Owen et al. (2009) massen die körperliche Aktivität von 9-10 Jahre alten Kindern südasiatischer, schwarzafrikanisch-karibischer und weiss-europäischer Herkunft in Grossbritannien, indem die Studienteilnehmenden während mindestens einem Tag einen Bewegungsmesser trugen. Die Kinder mit südasiatischem Hintergrund fielen durch eine geringere körperliche Aktivität im Vergleich zu den anderen Gruppen auf.

Ellert et al. (2009) geben einen Überblick über die gesundheitliche Risikoexposition und Ressourcen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland, basierend auf den Daten aus dem KIGGS (2003-2006). Die Daten zeigen einen signifikant geringeren Tabakkonsum bei Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund im Vergleich mit Mädchen ohne Migrationshintergrund. Auch der Alkoholkonsum ist bei Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund (beide Geschlechter) deutlich geringer als bei ihren Altersgenossen mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund. Bezüglich körperlicher Aktivität und Übergewicht zeigen sich aber erhöhte Risiken bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Der Anteil derjenigen, die in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind, ist unter Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund am geringsten. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen Jugendlichen, die täglich mindestens drei Stun-

den vor dem TV oder Computer sitzen, in der Gruppe mit beidseitigem Migrationshintergrund am höchsten, besonders bei denen türkischer oder arabischer Herkunft. Auch das Ernährungsverhalten der Jugendlichen aus Migrantenfamilien erwies sich insgesamt als ungünstiger, obwohl gewisse Gruppen in einigen Aspekten ein gesünderes Verhalten zeigen (etwa türkische und russlanddeutsche Jugendliche beim Obstkonsum). Jugendliche der 2. Generation oder die bereits länger in Deutschland leben zeigen Ernährungsmuster in Zusammenhang mit einem vermeintlich modernen Lebensstil (häufiger Konsum von Softdrinks, Fast Food, Chips und Süßigkeiten). Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind denn auch überproportional häufig übergewichtig – das Risiko variiert allerdings innerhalb der Migrantenpopulation nach Herkunft und Geschlecht. Ein aussagekräftiger Erklärungsfaktor diesbezüglich ist laut den Autorinnen auch „ein kulturspezifisch geprägtes Körperbild, nach dem besonders Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund ihre Kinder für zu dünn halten, auch wenn sie normalgewichtig sind.“ (Ellert et al. 2009: 7) Weiter zeigen die KIGGS-Daten, dass vor allem Kinder und Jugendliche aus der Türkei und aus arabischen Ländern ein erhöhtes Risiko für Karies tragen³¹, und dass Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund in gewissen Herkunftsgruppen Früherkennungsuntersuchungen deutlich seltener in Anspruch nehmen. Ausserdem weisen nach der Geburt zugewanderte Kinder einen deutlich schlechteren Impfschutz auf als in Deutschland geborene. Die Autorinnen schlussfolgern, dass besonders Kinder und Jugendliche aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und arabischen Ländern mittelfristig eine Risikogruppe darstellen, da ein niedriger Sozialstatus und erhöhte Krankheitsrisiken korrelieren. Empfohlen wird eine migrationssensible Ausgestaltung präventiver Angebote nach differenzierter Zielgruppenanalyse je nach Gesundheitsmerkmal, ebenso die Intensivierung von Aktivitäten im Bereich Gesundheitserziehung und Wissen über bestehende Angebote.

Eine Studie aus Frankreich (Tubert-Jeannin et al. 2009) befasste sich mit Risikofaktoren mit Blick auf **Karies** bei Kindern. Ein Migrationsstatus gehörte dazu, neben überwachtem Zähneputzen und dem Informiertsein der Eltern über die Bedeutung von Fluorzahnpasten.

Auch **Vitamin-D-Mangel** wird mit einem erhöhten Risiko in Bezug auf chronische Krankheiten in Verbindung gebracht. Die belgische Studie von Moreno-Reyes et al. (2009) ergab eine vergleichsweise höhere Prävalenz von Vitamin-D-Mangel in Gruppen marokkanischer und türkischer Herkunft. Daher sollte, so die AutorInnen, die zusätzliche Verabreichung von Vitamin-D

³¹ Wobei sich das Mundgesundheitsverhalten von Migrantenkindern mit zunehmender Aufenthaltsdauer demjenigen der Mehrheitsbevölkerung angleiche.

in diesen Risikogruppen mit Migrationshintergrund in Betracht gezogen bzw. propagiert werden. Wie eine Versuchsintervention von Madar et al. (2009a) ergab, verbessert die Verabreichung von Vitamin-D-Tropfen an 6 Wochen alte Säuglinge – zusammen mit angepassten Informationsmaterialien zuhänden der Mutter – den Vitamin-D- Status bei Säuglingen mit Migrationshintergrund signifikant.

Ein weiteres Forschungsthema sind Risiken in MigrantInnengruppen in Bezug auf **Krebserkrankungen** bzw. die **Inanspruchnahme** von entsprechenden **Vorsorgemassnahmen** und **Früherkennungsuntersuchungen**. Verschiedene Studien legen nahe, dass MigrantInnen seltener Vorsorgemassnahmen in Anspruch nehmen oder Früherkennungsuntersuchungen durchführen lassen. Hartman et al. (2009) bestätigen dies für die Brustkrebs-Untersuchung mit Blick auf den niederländischen Kontext und wollten mittels einer Literaturreview mögliche Gründe für die geringe Inanspruchnahme durch Migrantinnen finden. Die Forschungsliteratur zu diesem Thema erwies sich als spärlich; zu den wahrscheinlichsten Hindernissen, die in der Literatur angesprochen werden, gehören mangelndes Wissen/Bewusstsein, organisatorische Gründe und soziokulturelle Aspekte. Die AutorInnen des Artikels empfehlen weitere Forschung hierzu. Casamitjana et al. (2009) stellten fest, dass in einem Gebärmutterhalskrebs-Screening-Programm in einem Stadtteil mit hohem MigrantInnenanteil in Barcelona Frauen mit Migrationshintergrund deutlich untervertreten waren.

Giovanelli et al. (2009) untersuchten 115 Immigrantinnen in Sizilien (rund zur Hälfte Frauen aus Subsahara-Afrika und aus Osteuropa) auf HPV³²-Infektion des Gebärmutterhalses. 55 Frauen waren infiziert, mit grösserer Wahrscheinlichkeit alleinstehende Frauen und solche, die bereits geboren hatten. Die hohe Prävalenz, auch von cancerogenen Typen von HPV, macht Immigrantinnen zu einer vorrangigen Zielgruppe für Früherkennungsuntersuchungen. Dazu müssten, so die AutorInnen der Studie, sprachlich und kulturell angemessene Präventionsmassnahmen konzipiert und durchgeführt und gezielte Impfstrategien verfolgt werden.

Eine qualitative Studie (Marlow et al. 2009) erforschte die Einstellungen, die schwarze und asiatische Mütter in Grossbritannien gegenüber der HPV-Impfung³³ zeigen. Die befragten Mütter zeigten zum Teil Bedenken bezüglich einer unterschiedlichen Wirkung des Impfstoffs bei Minderheitenangehörigen und erkundigten sich, ob er auch in ihrer Gruppe gültig getestet wor-

³² Humane Papillomaviren, welche z.T. cancerogene Wirkung haben.

³³ Die Impfung zum Schutz vor Gebärmutterhals-Krebs wird für Mädchen und junge Frauen im Alter von 11-14 Jahren empfohlen.

den sei. Ausserdem fanden einige eine Impfung im Alter von 12-13 Jahren zu früh, und religiöse Mütter befürchteten zum Teil, dass die Impfung von Familienangehörigen nicht akzeptiert oder als unnötig empfunden würde, da für die Töchter ein geringes Ansteckungsrisiko bestehe. Die AutorInnen finden es wichtig, dass derartige Erkenntnisse in Informationsinitiativen einfließen, die auf die jeweilige lokale Bevölkerung zugeschnitten sind.

Eine vergleichbare Studie in den Niederlanden (van der Veen et al. 2009) identifizierte ähnliche soziokulturelle Hindernisse in Bezug auf **Hepatitis B – Screening** bei türkeistämmigen MigrantInnen und empfiehlt, Interventionen zur Förderung des Tests in dieser Gruppe an diesen Erkenntnissen auszurichten.

In Zusammenhang mit der Bekämpfung der **Masern** identifizierten Poethko-Muller et al. (2009) im Ausland geborene Kinder als eine vordringliche Zielgruppe für Impfkampagnen. Eine Studie aus Irland (Cohuet et al. 2009) stellte eine geringe Impfdeckung in Gruppen von Fahrenden fest. Zusammen mit der Mobilität dieser Gruppen stelle dies eine Herausforderung bei der Bekämpfung der Masern in Europa dar. Fahrende müssten einerseits besser in die Regelgesundheitsversorgung eingebunden werden, andererseits empfehlen die AutorInnen auch gezielte Impfförderung in diesen Gruppen.

Negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann sich laut Studienergebnissen aus Spanien auch die Erfahrung von Diskriminierung. Llacer et al. (2009) stellten diesen Zusammenhang in einem Sample ecuadorianischer ImmigrantInnen fest. Diese Diskriminierungseffekte können laut den AutorInnen bei Menschen verstärkt auftreten, die ökonomisch in Not sind. Agudelo-Suarez et al. (2009) weisen ebenfalls auf einen möglichen negativen Einfluss von Diskriminierungserfahrungen (am Arbeitsplatz, im Kontakt mit Gesundheitsversorgern) auf die **psychische Gesundheit** hin. Eine Studie aus Grossbritannien (Becares et al. 2009) zeigt, dass in ethnisch homogenen Umgebungen Diskriminierungserfahrungen seltener sind, und sie suggeriert einen tendenziell schwächeren Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrung und Gesundheit mit steigender ethnischer Konzentration in der Wohnumgebung.

Andere Studien liefern Informationen über **Ressourcen** und **Schutzfaktoren** hinsichtlich der psychischen Gesundheit. In einer belgischen Studie (Levecque et al. 2009) erwiesen sich affektive, instrumentale und emotionale Unterstützung als Schutzfaktoren mit Blick auf Depressionen und Angstzustände. Zwei Studien aus Deutschland weisen auf die gesundheitspräventive Wirkung erfolgreicher sozialer Integration bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hin. Gul und Kolb (2009) zeigen, dass sich eine ausgeprägte bi-kulturelle Identität und Bilingualismus positiv auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund auswirken. Schep-

ker (2009) nennen als im Migrationskontext spezifische, psychoprotektive Faktoren: verbreiteteres Stillen im Kleinkindalter, eine höhere Familienkohäsion und der Erhalt der Zweisprachigkeit verbunden mit guter Beherrschung der deutschen Sprache. Präventive Massnahmen, die sich bewährt hätten, sind laut den AutorInnen frühe Integrationsförderung, Elternbildungsangebote und gut zugängliche zweisprachige Beratung.

Eine Studie aus Frankreich (Chedebois et al. 2009) untersuchte den Einfluss, den kulturelle Angleichung (*acculturation*) auf Cannabis-Konsum bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund hat. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Individualismus, Integration und Assimilation als protektive Faktoren mit Blick auf Cannabiskonsum wirken.

Weiter machen Publikationen aus Spanien auf **Gesundheitsrisiken** aufmerksam, denen MigrantInnen **am Arbeitsplatz** ausgesetzt sind (Ahonen et al. 2009; Garcia et al. 2009). Die gesundheitlichen Risiken von MigrantInnen an ihrem Arbeitsplatz würden sich zwar nicht prinzipiell von den Risiken unterscheiden, denen spanische Erwerbstätige, die unter denselben Bedingungen arbeiten, ausgesetzt sind. Allerdings seien die ArbeitsmigrantInnen solchen Risiken weit häufiger ausgesetzt, da sie öfter in unqualifizierten Jobs arbeiteten und aus wirtschaftlicher Not längere Arbeitszeiten in Kauf nahmen.

Policies, Information/Kommunikation, migrationsgerechte Ausgestaltung von Präventions- und Gesundheitsförderungsinterventionen

Bureau et al. (2009) empfehlen gestützt auf den Forschungsstand zur psychischen Gesundheit von MigrantInnen in Deutschland, die besondere Situation dieser Bevölkerungsgruppe im geplanten Präventionsgesetz zu betonen oder zumindest einen nationalen Präventionsplan mit Beachtung der Lage der MigrantInnengruppen zu erarbeiten.

Aïna (2009) geht in ihrem Artikel der Geschichte der institutionellen Kommunikation und Zusammenarbeit mit MigrantInnen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in Frankreich am Beispiel der MigrantInnen aus Subsahara-Afrika nach. Sie zeigt auf, welche Vorgehensweisen und Kommunikationsstrategien geeignet sind, um auch MigrantInnen mit *Public Health* – Botschaften zu erreichen.

Eine Aktionsforschung (Hesselink et al. 2009) begleitete während zwei Jahren die in vier Stadtteilen in Amsterdam neu eingesetzten *Health care advisors*, welche – zwecks Verbesserung des Zugangs ethnischer Minderheiten zu Gesundheitsdiensten – Einzelpersonen und MigrantInnengruppen über gesundheitsbezogene Angebote informieren und sie an die geeigneten Dienste verweisen. Folgende Aspekte erwiesen sich als entscheidend für den Erfolg des Projekts: Die BeraterInnen sollten denselben ethnischen Hintergrund haben wie die grössten Minderheitengruppen im Stadtteil und sie sollten aufsu-

chende Arbeit leisten. Ausserdem braucht es ein gut organisiertes *back office*, an das die KlientInnen verwiesen werden können, und die Fachpersonen der lokalen Versorgungs- und Sozialdienste müssen sich für das Vorhaben engagieren.

Maynard et al. (2009) prüften in London die Durchführbarkeit, Wirksamkeit und Akzeptanz von kind- und familienbezogenen Interventionen zur Reduktion der Risiken für Übergewicht bei Jugendlichen aus ethnischen Minderheitengruppen. Ein Bevölkerungsansatz (Intervention in Schulen) und ein Zielgruppen-Ansatz (Intervention in Kirchen/Treffpunkten einer Religionsgemeinschaft) wurden verglichen. Es zeigte sich, dass im Kirchen-Setting zum Teil freier über traditionelle Ernährungsgewohnheiten gesprochen wurde als in der Schule. Ausserdem bot dieses Setting Zugang zur ganzen Familie und damit die Gelegenheit, deren Unterstützung und aktive Teilnahme bei der Umsetzung der Intervention zu erhalten.

Kofahl et al. (2009) diskutieren das Potential von muttersprachlichen Selbsthilfegruppen für schwach integrierte MigrantInnen und präsentieren Ansätze, Methoden und Massnahmen zur Förderung gesundheitsbezogener migrantischer Selbsthilfe.

In der Themenausgabe Migration und Gesundheit von *Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung* schliesslich machen etliche kurze Artikel auf erfolgreiche oder erfolgsversprechende Projekte zur Gesundheitsförderung bei MigrantInnen in Deutschland aufmerksam. Das Spektrum reicht von „MiMi – Mit MigrantInnen für MigrantInnen“ über „Fa-Mi-Baby: Mein Baby wächst gesund auf“ und „Gesundheitssport für Muslimas“ bis zu „Förderung von Gesundheit als Baustein kommunaler Integrationspolitik“ (vgl. A'Walelu et al. 2009; Bonkowski 2009; Brunner-Strepp 2009; Hennke 2009; Krischke et al. 2009; Ngassa Djomo und Schwarz 2009; Riesch 2009).

4 Gesundheitsversorgung und Aus-/Weiterbildung

In diesem Kapitel werden jeweils zuerst Studien vorgestellt, die Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten von MigrantInnen sowie möglichen Zugangshindernissen liefern. In einem zweiten Abschnitt werden Texte präsentiert, die Möglichkeiten und Ansätze zur Verbesserung und Entwicklung der Versorgungsleistungen für MigrantInnen skizzieren. Zum Schluss weisen wir auf Studien hin, die sich unter dem Thema Aus-/Weiterbildung abhandeln lassen.

Schweiz

Inanspruchnahme und Zugangshindernisse

Marta Gonçalves (2009) hat im Rahmen des vom SNF geförderten Projekts *Access to mental health care in children* ihre Dissertation zum **Zugang von Migrantenkindern zu psychischen Versorgungsangeboten** in der Schweiz verfasst und publiziert. Ziel der Studie war es zu untersuchen, wie psychische Krankheit in Familien mit und ohne Migrationserfahrung erlebt wird, inwiefern sich der Zugang für Migrantenfamilien problematischer darstellt und inwieweit Schlüsselpersonen den Zugang erleichtern können. Es zeigte sich, dass in portugiesischsprachigen Familien mit Migrationshintergrund andere Konzepte psychischer Krankheit präsent waren als in Familien ohne Migrationshintergrund, während sich die Konzepte psychischer Gesundheit kaum unterschieden. Unabhängig des Migrationshintergrundes erwiesen sich in den Familien Angst vor Stigmatisierung sowie die eigenen Konzepte von psychischer Krankheit als bedeutendste Hindernisse beim Zugang zu psychologischen und psychiatrischen Versorgungsangeboten.

Die Untersuchung von Faucherre et al. (2009) zur **Versorgung von PatientInnen ohne Krankenversicherung** (mehrheitlich MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung) in der universitären psychiatrischen Klinik in Lausanne weist auf bedeutende Hindernisse für diese Gruppe beim Zugang zu psychiatrischer Versorgung hin. Der Mehrzahl dieser PatientInnen kommt demnach nur sehr beschränkte und meist kurzfristige psychiatrische Versorgung zu, und der Beizug von Übersetzenden bleibt die Ausnahme. Gründe sind vor allem, allerdings nicht nur, finanzieller Art: Auch wenn in den meisten Fällen Finanzierungslösungen gefunden werden könnten, kann laut den AutorInnen des Artikels vermutet werden, dass die zuständigen PsychiaterInnen in ihren Behandlungsanordnungen vom Wissen um den Aufwand für die Organisation einer Finanzierung beeinflusst werden, was zum Teil ihre therapeutischen Massnahmen bremsen dürfte.

Mit der **Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers** bzw. den Zugangshindernissen, die für diese Gruppe bestehen, befassten sich auch die bereits erwähnten Texte von Winizki (2009), Wuschek (2009), Gross (2009) und Induni (2009), die sich auf den Versorgungsraum Zürich bzw. Genf beziehen.

Qualität und Anpassung/Verbesserung des Leistungsangebots

Der Artikel von Puig et al. (2009) informiert über das Funktionieren des **doppelten Gatekeeping-Systems** (*Gatekeeping infirmier et médical*), in dessen Rahmen im Kanton Waadt die **Gesundheitsversorgung von MigrantenInnen aus dem Asylbereich** sichergestellt wird. Eine externe Evaluation hatte die Versorgung durch dieses System für gut befunden. An die im *Gatekeeping infirmier* tätigen Pflegefachpersonen werden spezifische Anforder-

rungen gestellt, auf welche sie in internen Fortbildungen und in einem Weiterbildungsprogramm verschiedener Abteilungen des CHUV in Zusammenarbeit mit der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Lausanne vorbereitet werden. Ein Modell, das auf einem *Gatekeeping infirmier* basiert, könnte laut den AutorInnen auch auf andere Bevölkerungssteile angewendet werden, um den Herausforderungen der Zukunft (Mangel an Pflege- und medizinischem Personal in der Schweiz) zu begegnen.

Amstutz (2009) publizierte die Ergebnisse einer Befragung von über 65-jährigen, **italienischen MigrantInnen** zu ihren **Erwartungen an die Betreuung in einer stationären Alterseinrichtung**.³⁴ Diese zeigen zunächst, dass ältere Menschen unabhängig eines Migrationshintergrundes ganz individuelle Erwartungen an ein Alters- und Pflegeheim haben. Von den Befragten italienischer Herkunft werden folgende Bedürfnisse formuliert: Berücksichtigung der Essgewohnheiten (mediterrane Küche); der Wunsch, in italienischer Sprache kommunizieren zu können, d.h. nach Personal mit entsprechenden Sprachkenntnissen; lebendige Atmosphäre (Unterhaltung und geselliges Zusammensein); Wunsch nach einem Einzelzimmer; Möglichkeit für vielfältige Kontakte nach Aussen (zu italienischen und schweizerischen Vereinen); Wunsch nach empathischen und fachkompetenten Betreuungspersonen mit genügend Zeitressourcen; Wunsch nach Gewährung von Autonomie. Der Autor der Studie zieht den Schluss, dass stationäre Alterseinrichtungen gut daran tun, ihre potentielle Kundschaft mit Migrationshintergrund über ihr Angebot zu informieren – Kontakte lassen sich über MigrantInnenorganisationen herstellen. Er hält es aber nicht unbedingt für sinnvoll, speziell auf die italienischen MigrantInnen ausgerichtete Angebote einzurichten („mediterrane Abteilungen“). Stattdessen sollten bestehende Institutionen bewusster und offener auf die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen eingehen. Er empfiehlt, Informationen über das Angebot in mehreren Sprachen zur Verfügung zu stellen, das Personal in transkultureller Kompetenz zu schulen, Mitarbeitende mit Migrationshintergrund einzustellen und MigrantInnen bei der Gestaltung des Angebots partizipieren zu lassen.

Der bereits mehrfach erwähnte Artikel von Faucherre et al. (2009) zeigt am Beispiel des **Projekts *psychiatrie et migrants***, das am *Département de psychiatrie* (DP) des CHUV in Lausanne umgesetzt wird, wie – d.h. mit welchen konkreten, in die alltägliche Praxis eingebauten Werkzeugen – sich die Versorgung besser auf ihre vielfältige Klientel einstellen kann. Das von der Direktion des DP initiierte, strategisch ausgerichtete mehrdisziplinäre Projekt bezieht Psychiatrie, Humanwissenschaften und Sozialarbeit ein. Es verfolgt das Ziel, die Qualität der psychiatrischen Versorgung und den Zugang für die

³⁴ Es handelt sich um eine qualitative Studie mit kleinem Sample.

MigrantInnen im Einzugsgebiet des CHUV zu verbessern. Zunächst wurde anhand der verfügbaren Statistiken und in Gesprächen mit den Versorgungsteams das Profil der Migrationsklientel in den verschiedenen Diensten genauer beschrieben sowie Zugangshindernisse und besondere Schwierigkeiten bei der Versorgung dieser PatientInnen identifiziert. Als nächstes wurden Prioritäten definiert und entlang dieser Achsen verschiedene Massnahmen umgesetzt: der Zugang zu professionellen Übersetzungsdiensten wurde erleichtert (Vorgehen und Finanzierung), eine Hotline und ein Supervisionsangebot wurde eingerichtet um die PsychiaterInnen auf verschiedenen Ebenen (Psychiatrie, Soziales, Administration) in ihrer Arbeit mit MigrantInnen zu unterstützen, und zahlreiche Weiterbildungen wurden organisiert. Schliesslich wurden zwei Aktionsforschungen begonnen: die eine zur Wirksamkeit einer in den verschiedenen Abteilungen durchgeführten Weiterbildung mit Blick auf die Zusammenarbeit mit Übersetzenden, die andere bezweckt ein Monitoring der Gruppe der „vulnerablen PatientInnen“. Letzteres hat sich zunächst auf die PatientInnen ohne Krankenversicherung (mehrheitlich MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung) konzentriert: Das sozibiographische und klinische Profil dieser Gruppe und die Versorgungsleistungen, die ihnen zukommen, wurden – quantitativ und qualitativ – erfasst und beschrieben. Diese Bestandenserhebung erlaubte es der Direktion des DP, Massnahmen zu definieren und gezielt einzusetzen.

Aus-/Weiterbildung

Einige der berücksichtigten Texte weisen auf die Bedeutung einer transkulturell kompetenten Mitarbeiterschaft in Gesundheitsinstitutionen hin, was entsprechende Aus-/Weiterbildungsprogramme voraussetzt (Amstutz 2009; Puig et al. 2009).

Aus der Erfahrung im Rahmen des *gatekeeping infirmier* für Asylsuchende im Kanton Waadt wird ausserdem das in der Schweiz noch neue Anforderungsprofil *infirmière en pratique avancée (nurse practitioner³⁵)* als zukunftssträchtig beschrieben (Puig et al. 2009).

Die Abteilung Gesundheit des Departements Gesundheit und Integration SRK hat im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit Grundlagen für die Entwicklung von **Unterrichtseinheiten zu Transkultureller Kompetenz oder Migration und Gesundheit** entwickelt (Schweizerisches Rotes Kreuz 2009b). Die Bildungsunterlagen umfassen einen inhaltlichen Überblick, Ziele und Handlungskompetenzen, direkt verwendbare Arbeitsblätter zu den ein-

³⁵ Zur Erlangung dieses Titels wird vom *International Council of Nurses* eine Grundausbildung in Pflege auf Masterniveau empfohlen.

zelnen Themen, umfassende Literatur- und Medienlisten sowie weiterführende Links für die Vertiefung der einzelnen Themenblöcke.

Europa/International

Einige Studien, die auf das Grundlagendaten-Defizit im Bereich Migration und Gesundheit aufmerksam machen, fanden bereits Erwähnung (vgl. Kapitel 1). Der Befund Datenmangel gilt ebenso bezüglich migrationsspezifischer Aspekte der Versorgung (Inanspruchnahme von Diensten durch und spezifische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund), und etliche der gesichteten Texte weisen darauf hin, wie wichtig es wäre, dieses Defizit rasch möglichst zu beheben, denn migrationssensible Datengrundlagen seien nicht nur für die mittel- und langfristige Versorgungsplanung, sondern auch für die Gewährleistung von Versorgungsgerechtigkeit und die Qualitätssicherung unverzichtbar (Bhopal 2009a; Borde 2009; Habermann et al. 2009; Habermann 2009; Halves und Berger 2009; Siva 2009).

Inanspruchnahme und Zugangshindernisse

Im Folgenden wird zunächst auf Studien eingegangen, welche die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch MigrantInnen und/oder (mögliche) Zugangshindernisse thematisieren.

Auf in Deutschland bestehende Zugangshindernisse für MigrantInnen mit Blick auf die **Gesundheitsversorgung** ganz **allgemein** macht Aral-Örs (2009) aufmerksam. Neben Verständigungsbarrieren und Unkenntnis seitens der MigrantInnen nennt die Autorin als Barrieren für sozial marginalisierte Menschen Ängste vor rechtlichen und existentiellen Konsequenzen. Zur Zugangserleichterung empfiehlt sie die Zusammenarbeit mit Menschen und Migrantenselbstorganisationen, die einen gemeinsamen Kultur- und Sprachhintergrund mit den ethnischen Minderheiten haben, sowie die Nutzung herkunftssprachlicher Medien. Daneben sei die interkulturelle Öffnung der Dienste auf allen Ebenen voranzutreiben.

Die verfügbaren Daten aus Spanien ergaben in der Migrationsbevölkerung eine höhere Wahrscheinlichkeit, Notfalldienste in Anspruch zu nehmen oder hospitalisiert zu werden als in der autochthonen Bevölkerung. Hingegen scheinen MigrantInnen weniger Medikamente zu konsumieren, und Grippeimpfungen sowie Zahnarztbesuche sind in dieser Gruppe ebenfalls seltener (Carrasco-Garrido et al. 2009). Eine andere Analyse deutet auf Hindernisse für MigrantInnen beim Zugang zu spezialisierter Versorgung hin (Hernandez-Quevedo und Jimenez-Rubio 2009). Die Studie von Casasnovas et al. (2009) stützt die These, dass vor allem soziodemographische Bedingungen und nicht allein herkunftsspezifische Faktoren das Inanspruchnahmeverhalten von MigrantInnen bestimmen. Eine ebenfalls in Spanien durchgeführte Studie (Agudelo-Suarez et al. 2009) kommt zum Schluss, dass Diskri-

minierungserfahrungen einen entscheidenden Faktor beim Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellen.

In den Niederlanden untersuchte eine Studie Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (AllgemeinärztInnen, ambulante spezialisierte Versorgung und psychiatrische Versorgung) durch türkische und marokkanische MigrantInnen (Fassaert et al. 2009). Einige der Ergebnisse sprechen für die Sichtweise, dass mit zunehmender gesellschaftlicher Partizipation im Zielland eine erhöhte Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste einhergeht. Allerdings besteht eine grosse Heterogenität in Bezug auf ethnische und Geschlechtszugehörigkeit wie auch hinsichtlich der Art der Anpassung an die lokale Gesellschaft (in welcher Hinsicht, in welchem thematischen Bereich findet eine Akkulturation statt). Die Analysen suggerieren aber, dass das Beherrschen der lokalen Sprache für die Inanspruchnahme eine zentrale Rolle spielt.

Gerritsen und Deville (2009) untersuchten Daten aus einer landesweiten Befragung von PatientInnen von Allgemeinpraxen in den Niederlanden. Sie fokussierten dabei Geschlechterunterschiede bei der Inanspruchnahme verschiedener Gesundheitsdienste³⁶ durch Angehörige von Minderheitengruppen sowie der einheimischen Bevölkerung. In manchen Gruppen nahmen Frauen häufiger bestimmte Gesundheitsdienste in Anspruch als Männer derselben Gruppe: Frauen aus Marokko kontaktierten häufiger einen Allgemeinarzt und begaben sich häufiger in ambulante psychiatrische Versorgung als marokkanische Männer, türkische Frauen waren häufiger im Spital als türkische Männer, Niederländerinnen konsumierten mehr nicht-rezeptpflichtige Medikamente als Niederländer. Die Studie liefert allerdings keine Erklärungsansätze für diese Beobachtungen.

Burau et al. (2009) weisen darauf hin, dass trotz erhöhtem Risiko für zahlreiche psychische Störungen MigrantInnen in den spezialisierten Diensten der **psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung** in Deutschland unterrepräsentiert seien. Betrachte man nur die psychiatrischen Zwangseinsweisungen, seien MigrantInnen hingegen überrepräsentiert.³⁷ Die Autorinnen führen als Erklärungselemente für dieses auffällige Inanspruchnahmeverhalten auf der Versorgungsseite eine mangelhafte PatientInnenorientierung der Versorgungsstrukturen sowie fehlende transkulturelle Kompetenzen und ei-

³⁶ AllgemeinärztInnen, SpezialärztInnen, PhysiotherapeutInnen, ambulante psychiatrische Dienste, Spitalaufenthalte, Medikamentenkonsum.

³⁷ Der Artikel von Grube (2009) berichtet von einer aktuellen Studie aus Frankfurt, die genau diesen Befund bestätigt. Er geht einher mit Ergebnissen weiterer Studien auf internationaler Ebene, die feststellten, dass ImmigrantInnen häufiger unfreiwillig in psychiatrische Kliniken eingewiesen werden als Einheimische.

nen Mangel an mehrsprachigem Fachpersonal in der stationären und ambulanten Versorgung an. Mögliche Folgen seien Fehldiagnosen, Mehrfachuntersuchungen und die Chronifizierung der Erkrankung. Auf der Seite der MigrantInnen erschwerten sprachliche, soziale und kulturelle Barrieren den Zugang zu Information und Versorgung und die Durchführung geeigneter Therapien. Die Förderung der Kompetenzen und vorhandenen Ressourcen auf beiden Seiten dränge sich auf.

Hinweise auf mögliche Zugangshindernisse für MigrantInnen im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung gibt auch eine weitere deutsche Studie. Schouler-Ocak et al. (2009) berichten von einer repräsentativen Umfrage, mit der die Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundeskonferenz der Ärztlichen LeiterInnen Deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Aspekte der Inanspruchnahme und Anordnung von stationär psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlungen durch PatientInnen mit Migrationshintergrund und untersuchten.³⁸ Bei Patienten mit Migrationshintergrund, und zwar sowohl erster wie zweiter Generation, wurde am Stichtag signifikant häufiger eine Diagnose aus dem Bereich „Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen“ gestellt als bei Patienten ohne Migrationshintergrund. Gerade bei diesen Patienten wurden auch, hier allerdings v.a. bei jenen der ersten Generation, signifikant größere Verständigungsprobleme mitgeteilt. Denkbar ist laut den AutorInnen, dass bei Zugewanderten höhere Hemmschwellen vor der Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen bestehen, so dass zur stationären Behandlung vor allem Patienten mit psychotischen Störungen kommen, aufgrund derer häufiger Zwangseinweisungen erfolgen.

Von Zugangshindernissen für MigrantInnen im Bereich der psychiatrischen Versorgung wird auch aus anderen Ländern berichtet. Arvidsson und Hultsjö (2009) stellten in ihrer Studie fest, dass MigrantInnen mit ernsten psychischen Erkrankungen in der untersuchten Region Schwedens kaum Zugang zu den geeigneten Angeboten finden und darum nur sehr ungenügend versorgt werden. Berg (2009) stellt bei MigrantInnen in Norwegen, und insbesondere bei Frauen, eine Unterversorgung fest was akute psychiatrische Versorgung betrifft. Levecque et al. (2009) finden Hinweise auf mögliche Unterversorgung von türkischen und marokkanischen Migrantinnen in Belgien und ziehen als Erklärung sprachliche und finanzielle Zugangshindernisse in Betracht.

³⁸ Angeschrieben wurden bundesweit 350 Kliniken, 131 davon hatten am festgelegten Stichtag (19.07.2006) Aufnahmen.

Weitere Texte befassen sich mit dem eingeschränkten Zugang bestimmter marginalisierter Gruppen zur Gesundheitsversorgung in Europa.

Auf spezifische Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für **MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung** in europäischen Einwanderungsländern weisen mehrere Publikationen hin. Das Buch von Borde (2009) wurde andernorts bereits erwähnt. Der Text von Castaneda (2009) nennt insbesondere vier Bereiche, in denen undokumentierte MigrantInnen aufgrund ihres rechtlichen Status Benachteiligung beim Zugang erfahren: Beschränkungen bei der Quantität und Qualität der Mutter-und-Kind-Versorgung, Schwierigkeiten beim Zugang zu regelmässiger Medikation bei chronischer Erkrankung, Zugangshindernisse zur Versorgung im Falle akuter Erkrankung oder Unfall, fehlende fachliche Hilfsangebote im Umgang mit gesundheitsbelastendem Stress und Angst. Ausserdem beschäftigte sich eine von *Médecins du Monde* in 11 europäischen Ländern durchgeführte Untersuchung mit dem Zugang undokumentierter MigrantInnen zur Gesundheitsversorgung und publizierte einen umfassenden Bericht dazu (Chauvin et al. 2009). Eine weitere Untersuchung im Auftrag der Europäischen Kommission nimmt sich dieser Frage aktuell an (Projekt *Health Care in NowHereLand*); 2009 wurde dazu ein *Background Paper* publiziert (Karl-Trummer und Metzler 2009).

Drei Texte aus Grossbritannien befassen sich kritisch mit den dort in jüngster Zeit erfolgten bzw. diskutierten Einschränkungen des Zugangs zu Versorgungsmöglichkeiten für **(abgewiesene) Asylsuchende** (Cole 2009; Pool et al. 2009; Taylor 2009).

Math (2009) thematisiert in seinem Artikel den Zugang von Angehörigen von **Roma-Gruppen** zum Krankenversicherungsschutz und zur Gesundheitsversorgung in Frankreich. Rechtlich eigentlich den EU-BürgerInnen gleichgestellt, scheinen Roma aus den neuen EU-Ländern – aufgrund ihrer Lebensumstände an sich schon eine gesundheitlich benachteiligte und von bestimmten Krankheiten besonders betroffene Gruppe – in der Praxis nicht selten Diskriminierungen und Benachteiligungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung ausgesetzt zu sein.

Zwei erwähnenswerte Texte präsentieren schliesslich konkrete Ansätze bzw. Projekte mit dem Ziel, Zugangshindernisse für die Migrationsbevölkerung abzubauen. In Amsterdam werden seit einigen Jahren in mehreren Stadtteilen sogenannte *Health care advisors* eingesetzt, die MigrantInnen(gruppen) über gesundheitsbezogene Angebote informieren und sie an die geeigneten Dienste verweisen. Ein Forschungsprojekt (Hesselink et al. 2009) begleitete und beurteilte die Arbeit dieser BeraterInnen und weist auf Aspekte hin, die für den Erfolg dieses Ansatzes entscheidend sind: Die BeraterInnen sollten denselben ethnischen Hintergrund haben wie die grössten Minderheitengruppen im Stadtteil, und sie sollten aufsuchende Arbeit leisten. Ausserdem braucht es

ein gut organisiertes *back office*, an das die KlientInnen verwiesen werden können, und die Fachpersonen der lokalen Versorgungs- und Sozialdienste müssen sich ebenfalls für das Projekt engagieren. El Ansari et al. (2009) verfolgten die Entwicklung von *bilingual advocacy services* durch ein NHS-Universitätsspital in East London. Diese Dienste kombinieren Dolmetschen und Interessenvertretung/Anwaltschaft um sicher zu stellen, dass Minderheitenangehörige befähigt werden, Zugang zu ihren Bedürfnissen entsprechender Gesundheitsversorgung zu erhalten. Der Text identifiziert Herausforderungen für die zukünftige Entwicklung dieser Dienstleistung.

Qualität und Anpassung/Verbesserung des Leistungsangebots

Auf etliche Erfordernisse bezüglich der Anpassung und qualitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit Blick auf die Diversität der Klientel sind bereits die oben referierten Texte zu Inanspruchnahme und Zugangshindernissen eingegangen. Im Folgenden soll noch auf ein paar Publikationen hingewiesen werden, die sich hauptthematisch mit der Anpassung des Angebots und der Qualität der Leistungen befassen und dazu Ansätze präsentieren oder sogar relativ konkrete Verbesserungsvorschläge machen.

Eine übergeordnete Forderung, die in den gesichteten Texten immer wieder laut wird, bleibt jene nach **umfassender transkultureller Öffnung der Institutionen und Dienstleistungen**.

Borde (2009) hält fest, dass PatientInnen mit Migrationshintergrund häufig systematisch von Studien der Versorgungsforschung und Qualitätssicherungsmassnahmen ausgeschlossen würden, was die Ergebnisse dieser Analysen verzerre. Ein systematischer Einschluss dieser Gruppe gelinge nur durch Anpassung der Befragungsinstrumente, was u.U. die Übersetzung von Fragebögen, die Beteiligung von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund in den Forschungsteams und mehrsprachige InterviewerInnen erfordere. Die Autorin plädiert für eine konsequente Anwendung differenzsensibler Konzepte in der Versorgungsforschung und im Qualitätsmanagement; nur so sei das Ziel einer guten Versorgungsqualität für alle zu erreichen.

Aral-Örs (2009) propagiert ebenfalls die interkulturelle Öffnung der Dienste auf allen Ebenen: unabdingbar seien die transkulturelle Schulung des Personals, mehr Mitarbeitende mit Migrationshintergrund in allen Diensten und transkulturelle Teamentwicklung.

Habermann (2009) thematisiert kritisch die in Deutschland als stagnierend wahrgenommene Entwicklung von Migrationssensibilität in den Spitälern und macht dabei auf die Auswirkungen der sogenannten fallbezogenen Bezahlung (*Diagnose Related Groups*) aufmerksam: Ein Migrationshintergrund werde in dieser Logik zunächst auf seine kostenbezogene Wirkung befragt. Da es dazu aber keine Daten gebe, etwa zu den Kostenfolgen mangelhafter sprachlicher Verständigung, sei die Entwicklung hin zum migrationssen-

siblen Krankenhaus wenig attraktiv. Vielerorts täuschten sich die Verantwortlichen seit Jahren selbst durch einen folgenschweren Zirkelschluss: Es gibt keine empirischen (v.a. quantitativen) Anhaltspunkte für eine Benachteiligung von MigrantInnen bzw. für eine Kostensteigerung durch fehlende Migrationssensibilität, also ist es unnötig, migrationssensitive Daten zu erheben.

Siva (2009) thematisiert die Minderheitensensibilität des *National Health Service* in Grossbritannien und weist auf die Notwendigkeit hin, mehr Fachpersonal aus Minderheitengruppen anzustellen, damit die Qualität der Versorgung von Minderheitenangehörigen sichergestellt werden kann. Millet et al. (2009) zeigen auf, dass die Einführung von finanziellen Anreizen zur Qualitätssicherung im britischen System der Grundversorgung (*primary care*) eine einheitlichere Versorgung koronarer Herzerkrankungen über ethnische Gruppen hinweg zur Folge hatte und sich daher als geeignete Massnahme mit Blick auf das Ziel Versorgungsgerechtigkeit erwies.

Die explorative Studie von Festini et al. (2009) zu den Sichtweisen und Einstellungen von Pflegenden bezüglich der Versorgung einer diversen Klientel (es geht in der Studie um die Betreuung von Kindern aus Migrantenfamilien) zeigt, dass sich die Forschung auch in Italien zunehmend für das Thema Öffnung und Transkulturalisierung der Regelversorgung interessiert.

Wolter und Stark (2009) schliesslich diskutieren die Frage, inwiefern die Gesundheitsversorgung kleiner Gruppen von neu angekommenen, z.T. marginalisierten MigrantInnen im Rahmen des (weitmöglichst transkulturell geöffneten) Regelsystems geleistet werden kann bzw. inwiefern sich der Aufbau komplementärer Strukturen in enger Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen aufdrängt.

Weitere Texte empfehlen die Weiterentwicklung von **krankheits-** bzw. **bereichsspezifischen Angeboten** hin zu migrationsgerechten Dienstleistungen.

Halves und Berger (2009) gehen auf spezifische Bedürfnisse von Migrantinnen mit Blick auf Schwangerschaft und Geburt ein und auf die Frage, wie die spezialisierten Dienste im Bereich **perinataler Versorgung** ihr Angebot entsprechend anpassen könnten. Auch Malin und Gissler (2009) machen auf die Notwendigkeit aufmerksam, die perinatale Versorgung für bestimmte Zielgruppen gezielt zu verbessern.

Der Text von Sargent und Larchanche (2009) diskutiert anhand von Beobachtungen in spezialisierten Therapieeinrichtungen in Paris drei theoretische Ansätze bei der **Behandlung von psychischen Erkrankungen** bei MigrantInnen: interkulturelle Mediation, transkulturelle Psychiatrie/Ethnopsychiatrie und klinische Medizinethnologie. Es wird anhand von Fallstudien beschrieben, inwiefern diese Therapieansätze das Wohlbefinden der betroffenen

MigrantInnen steigern können und wie damit versucht wird, Krisensituationen in MigrantInnenfamilien zu meistern.

Eine qualitative Studie in Schweden (Hultsjo et al. 2009) untersuchte, wie die Versorgung von PsychosepatientInnen in schwedischen und in Migrantenfamilien wahrgenommen wird. Die AutorInnen betonen wie wichtig es sei, dass die Versorgungsfachleute sich die nötige Zeit nehmen, um eine adäquate Kommunikation mit den betroffenen Migrantenfamilien sicherzustellen. Weiter sei im Hinblick auf eine adäquate Hilfestellung an die Familie herauszufinden und zu berücksichtigen, was für Erfahrungen mit Psychose und was für Vorstellungen von dieser Krankheit in der Familie vorhanden sind.

Zwei Studien in Dänemark und Irland geben Hinweise für die Entwicklung einer migrationssensiblen **Diabetes-Versorgung**. Povlsen und Ringsberg (2009) wollten in qualitativen Interviews mit arabischsprachigen Eltern in Dänemark Aufschluss darüber erhalten, wie diese ab dem Zeitpunkt der Diagnose die Diabetes-Krankheit ihres Kindes wahrnehmen und damit umgehen. Die Ergebnisse suggerieren, dass eingewanderte Eltern in manchen Fällen auf spezifische pädagogische, psychologische und soziale Unterstützung angewiesen sind, um mit der Diagnose einer chronischen Erkrankung eines Kindes leben und umgehen zu lernen. Es zeigte sich ausserdem, dass dem Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Gesundheitsfachpersonen und Eltern mit Migrationserfahrung grosse Bedeutung zukommt. Thabit et al. (2009) untersuchten Unterschiede beim Diabetes-Management zwischen MigrantInnen und autochthonen PatientInnen in einer Diabetes-Klinik in Irland. Es zeigte sich, dass ein vergleichsweise hoher Anteil der PatientInnen mit Migrationshintergrund die tägliche Blutzuckermessung vergass und dass es bei diesen PatientInnen von besonderer Wichtigkeit ist, dass sie von Familienmitgliedern Unterstützung erhalten hinsichtlich Blutzuckermessung, Medikamenteneinnahme und Befolgen eines geeigneten Ernährungsplans. Im Rahmen der Studie wurde auch die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden gemessen und festgestellt, dass diese bei den MigrantInnen deutlich geringer war. Diese Erkenntnisse sollten laut den AutorInnen in die Arbeit der in der Diabetes-Beratung und –Versorgung tätigen Fachleute einfließen.

In Grossbritannien wird beobachtet, dass Minderheitenangehörige mit **Asthma** im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einen schlechteren Verlauf dieser Krankheit zeigen und es in diesen Gruppen zu mehr Notfallkonsultationen wegen Asthma kommt. Aus diesem Grund werden verschiedene zielgruppenspezifische Programme umgesetzt um diese PatientInnen zu einem besseren Umgang mit ihrer Krankheit zu befähigen. Mittels einer Literaturreview wurden derartige Programme auf ihre Wirksamkeit, Durchführbarkeit und Kosteneffizienz hin geprüft (Bailey et al. 2009). Die gesichtete – allerdings beschränkte – Literatur zu diesem Thema deutet darauf hin, dass zielgruppen-

spezifische Programme für Asthma-betroffene Erwachsene und Kinder aus Minderheitengruppen in vieler Hinsicht wirksamer sind als Standard-Programme, etwa bezüglich der Erhöhung des Wissens über die Krankheit, der Kontrolle der Krankheit und der allgemeinen Verbesserung der Lebensqualität.

Bezüglich **HIV-Versorgung** zeigte eine spanische Studie (Perez-Molina et al. 2009) dass ImmigrantInnen die Diagnose häufig erst in späteren Stadien erhalten. Deshalb wird die Förderung eines frühen freiwilligen HIV-Tests bei MigrantInnen empfohlen. Ndirangu und Evans (2009) fokussieren in einer qualitativen Studie eine HIV-Risikogruppe in Grossbritannien: eingewanderte Frauen aus Afrika, insbesondere Asylsuchende und Flüchtlinge. In Interviews wollten sie mehr über deren Erfahrungen mit dem Leben mit HIV und deren Bedürfnisse und Sichtweisen bezüglich Gesundheitsversorgung erfahren. Es zeigte sich, dass die Fähigkeit, positiv mit HIV zu leben, stark von der Migrationsgeschichte, dem Aufenthaltsstatus, den Erfahrungen mit Stigmatisierung wegen AIDS und vom christlichen Glauben der Frauen geprägt wird. Gesundheitsdienste werden von den Migrantinnen als sicherer Ort und Quelle von Beratung und Unterstützung hoch geschätzt. Eine wert- und vorurteilsfreie, personalisierte Versorgung ermutigt die Frauen, psychosoziale Unterstützung und geeignete HIV-Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Einige Studien schliesslich weisen allgemein darauf hin, dass sich die **Versorgungsstrukturen** in Europa **neuen epidemiologischen Gegebenheiten anpassen müssen**, die sich durch Migration und Mobilität ergeben haben. Etwa ist die Chagas-Krankheit nun auch hier aktuell und in der Gesundheitsversorgung müssen das Wissen dazu und die zur Früherkennung und Behandlung dieser PatientInnen erforderlichen Kompetenzen entwickelt werden (Munoz et al. 2009).

Weitere Texte thematisieren die Notwendigkeit, Versorgungsangebote für bestimmte Gruppen von MigrantInnen anzupassen.

In einer Studie aus Österreich (Renner und Salem 2009) wurden 150 **Asylsuchende und Flüchtlinge** aus Tschetschenien, Afghanistan und Westafrika zu ihrer psychischen Gesundheit und Coping-Strategien befragt und die Daten auf Geschlechterunterschiede hin analysiert. Frauen berichteten häufiger von körperlichen Symptomen, Gefühlsausbrüchen und sexuellem Desinteresse, während Männer eher Distanziertheit zeigten. Typische Coping-Strategien der befragten Frauen waren die Fokussierung auf die eigenen Kinder und verschiedene innerhäusliche Aktivitäten, während die befragten Männer häufiger ausser Haus nach Arbeit und/oder Gesellschaft suchten. Die Studie empfiehlt, in sozialpsychiatrischen Interventionen diese Genderunterschiede zu berücksichtigen. Wichtig seien auch gleichgeschlechtliche Therapie-Dyaden oder -Gruppen. Auf der Basis ihrer Untersuchung zur psychischen

Gesundheit irakischer Flüchtlinge in Dänemark empfehlen auch Schwarz-Nielsen und Elklitt (2009) die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in den Asylzentren.

Harstad et al. (2009) nahmen das norwegische TB-Screening-Programm für Asylsuchende unter die Lupe und stellten fest, dass die Folgebehandlung nach dem Erst-Screening noch besser sichergestellt werden müsste. Dies könnte mit organisatorischen Massnahmen, besserer Koordination zwischen den Behörden und den Gesundheitsversorgern auf verschiedenen Stufen und der Einführung eines Qualitätssicherungssystems angegangen werden.

Mit Blick auf **unbegleitete minderjährige Asylsuchende** ergaben oben erwähnte Studien aus Belgien und Grossbritannien (Derluyn et al. 2009; Michelson und Sclare 2009), dass diese im Vergleich zu begleiteten Minderjährigen vor ihrer Migration signifikant mehr traumatische Ereignisse miterlebt haben und häufiger PTSD-Symptome zeigen. Gleichzeitig wurde in Grossbritannien beobachtet, dass sie mit geringerer Wahrscheinlichkeit geeignete Trauma-Therapien erhalten. Es wird daher empfohlen, diese Untersuchungsergebnisse in der Gesundheitsversorgung unbegleiteter minderjähriger Asylsuchender zu berücksichtigen und ihnen als Risikogruppe die notwendige Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Wie ebenfalls bereits angesprochen, befassten sich verschiedene Publikationen mit der Gesundheitsversorgung von **MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung**. Über Initiativen zur Sicherstellung der Versorgung dieser Menschen wird aus Deutschland (Borde et al. 2009; Castaneda 2009; Falge et al. 2009), aber auch aus Italien (Martelli 2009; Moscardelli et al. 2009; Trillo et al. 2009) und Frankreich (Pauti et al. 2009) sowie anderen europäischen Ländern (Chauvin et al. 2009; Karl-Trummer und Metzler 2009) berichtet.

Aus-/Weiterbildung

Erneut ist darauf hinzuweisen, dass zahlreiche der bereits vorgestellten Texte u.a. auch auf die Erfordernisse im Bereich Aus- und Weiterbildung aufmerksam machen, die mit einer transkulturelle Öffnung der Versorgungsdienste einhergehen. Es bleibt an dieser Stelle auf ein paar Texte zu verweisen, die sich hauptthematisch mit Aus- und Weiterbildung zu Migration und Gesundheit befassen.

Balcazar et al. (2009) führten eine systematische Literaturreview zum Thema Rahmenkonzepte zu transkultureller Kompetenz (*cultural competence*) durch. Sie identifizierten 18 verschiedene Modelle, aus denen sie ein Synthesemodell mit drei Komponenten entwickelten und dieses empirisch validierten. Das erarbeitete Rahmenkonzept stellt laut den AutorInnen ein vielversprechendes Werkzeug für die Aus-/Weiterbildung in und Evaluierung von transkultureller Kompetenz dar.

Eine Literaturreview und eine Umfrage in ausgewählten EU-Ländern (Gijón-Sánchez et al. 2009) zeigten, dass die Schlüsseldokumente, welche die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen in Europa regeln, den notwendigen Kompetenzen des Personals mit Blick auf eine chancengleiche und adäquate Versorgung eines vielfältigen Zielpublikums noch zu wenig Aufmerksamkeit schenken. Bestehende Ausbildungsprogramme in *Migrant Health* seien spärlich und schlecht evaluiert, und deren Entwickler würden sich kaum untereinander austauschen. Auf der Basis dieser Erkenntnisse formulieren die AutorInnen in ihrem Bericht Empfehlungen für Ausbilder sowie zuhänden der EU-Länder hinsichtlich Strategien und *Policies*.

Ein im Rahmen des AMAC-Projekts (vgl. Kapitel 1) erarbeitetes *Background Paper* (Bennegadi 2009) befasst sich mit den Anforderungen und jüngsten Fortschritten mit Blick auf die Ausbildung des Fachpersonals in transkultureller Kompetenz und mit den notwendigen Grundvoraussetzungen zur wirksamen Umsetzung dieses Konzepts in Settings der psychischen Versorgung in den EU-Ländern. Der Bericht geht auf regionale und nationale Unterschiede bei der theoretischen Konzeption transkultureller Kompetenz und in der Entwicklung von Ausbildungsprogrammen ein. Er skizziert auch das Vorgehen bei der Erarbeitung eines gesamteuropäischen Ausbildungsplans für den Bereich der psychischen Versorgung und beschreibt, basierend auf Fallstudien, innovative Strategien und *good practices*. Die Bedeutung angemessener Sprachdienste und interkultureller Mediation in der psychischen Versorgung wird betont. Das Papier plädiert für eine Ausbildungsstrategie auf europäischer Ebene, die ein auf einer formellen (akademischen) Grundausbildung basierendes Konzept transkultureller Kompetenz mit der Anwendung von Multimedia-gestützten Lernmethoden und Supervision der Auszubildenden verbindet. Die Umsetzung einer solchen Ausbildungsstrategie, so die Argumentation, sei auch aus einer Kosten-Nutzen-Perspektive gewinnbringend.

Ein Forschungsteam aus New York (McEvoy et al. 2009) entwickelte eine Lerneinheit für Medizinstudierende mit dem Ziel, die angehenden ÄrztInnen gezielt auf die Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen vorzubereiten, d.h. ihnen die Möglichkeit zu bieten, dafür notwendige Kompetenzen zu entwickeln und sie darüber zu informieren, wie sie Dolmetschdienste im Spitalalltag konkret nutzen können. Die Intervention, die sich über drei Jahre erstreckte und während dieser Zeit kontinuierlich angepasst bzw. verbessert wurde, erwies sich als wirksam: der Grossteil der teilnehmenden Studierenden fühlte sich nach der Lerneinheit besser auf die Kommunikationssituation mit fremdsprachigen PatientInnen vorbereitet und fähig, einerseits einen Telefondolmetschdienst zu nutzen, andererseits einer nicht professionellen Übersetzungsperson die notwendigen klaren Anweisungen zu geben.

5 Interkulturelles Übersetzen, Telefon-Dolmetschen

Mehrere der recherchierten Studien behandeln das Thema interkulturelles Übersetzen und Dolmetschen im Gesundheitswesen. Eine Zusatzrecherche mit spezifischen Suchbegriffen und konzentriert auf bestimmte, auch ausser-europäische Länder (vgl. Anhang) bezweckte insbesondere – wie vom Auftraggeber gewünscht – Texte und neue Erkenntnisse zum Thema Telefon-Dolmetschdienste aufzufinden. Auf die wichtigsten wird im Folgenden hingewiesen.

Schweiz

Die Bedeutung professioneller Dolmetschdienste im Gesundheitsbereich ist mittlerweile hinreichend bekannt. Vieles weist jedoch darauf hin, dass in vielen Praxiskontexten weiterhin häufig auf *ad hoc* DolmetscherInnen (Familiengangehörige, Spitalmitarbeitende) zurückgegriffen wird, was mit Blick auf die Qualität der Versorgung bedenklich ist. Zwei Studien befassen sich mit den diesbezüglichen Einstellungen und Praktiken von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz.

Bischoff und Hudelson (2009) befragten in einer E-Mail-Umfrage eine Anzahl medizinische und Pflegefachpersonen, aber auch Dienstverantwortliche, im Universitätsspital in Genf. Die **Inanspruchnahme professioneller Dolmetschdienste** durch die Befragten variierte je nach Sprache und scheint die Verfügbarkeit von zweisprachigen Mitarbeitenden für die jeweiligen Sprachen zu reflektieren. Offensichtlich würden, so die AutorInnen, professionelle Dienste aus Kosten- und Zeitmanagementgründen nur dann genutzt, wenn sich keine andere Möglichkeit bietet. Diese Praxis werde verstärkt durch die verbreitete Überzeugung, dass *ad hoc* ÜbersetzerInnen „gut genug“ seien, auch wenn der Qualitätsunterschied zwischen ausgebildeten und nicht ausgebildeten Dolmetschenden von den Befragten sehr wohl anerkannt wird. Daraus ziehen die StudienautorInnen den Schluss, dass die bloße Verfügbarkeit professioneller Dolmetschdienste für Gesundheitsinstitutionen noch nicht garantiert, dass sie auch eingesetzt werden. Man müsse sich daher nun darauf konzentrieren, Strategien zu entwickeln, die den Zugriff auf diese Dienste angepasst an die jeweiligen institutionellen Kontexte und Zwänge erleichtern, um dann entsprechend verbindliche Vorgaben zur Nutzung von professionellen Dolmetschenden in wichtigen Kommunikationssituationen mit fremdsprachigen PatientInnen zu machen.

Hudelson und Vilpert (2009) führten ebenfalls am Genfer Unispital eine Umfrage unter ÄrztInnen, Pflegefachpersonen und SozialarbeiterInnen zu deren Einstellungen, Praktiken und Vorlieben hinsichtlich der Arbeit mit ausgebildeten interkulturellen Übersetzenden durch. Auch sie ergab, dass die Mehrheit der Antwortenden es vorziehen, mit *ad hoc* ÜbersetzerInnen zu arbeiten.

71% hatten die Dienste solcher *ad hoc* Übersetzer in den sechs vorangegangenen Monaten mindestens einmal genutzt, 51% hatten wenigstens einmal mit einem/r professionellen ÜbersetzerIn gearbeitet. Nur 9% waren für die Arbeit mit einer professionellen Übersetzungsperson ausgebildet worden, und nur knapp ein Viertel gab an, dass im Dienst, in dem sie zurzeit arbeiten, die Arbeit mit professionellen ÜbersetzerInnen gefördert wird. Es brauche daher in den Spitälern eine institutionsweite Politik, die in allen Abteilungen und Diensten umgesetzt wird, d.h. in jedem Dienst entsprechende Massnahmen, schlussfolgern die AutorInnen hier.

Ein Artikel informiert über die Patientenkommunikation im Kantonsspital St. Gallen (Schumacher 2009). Das Spital ist von *sanaCERT suisse*³⁹ zertifiziert und hat damit definierte Kommunikationsvorgaben zu erfüllen. Zur Qualitätssicherung im Bereich Pflege gehört auch die Verfügbarkeit von Dolmetschenden. In Anspruch genommen werden kann einerseits der professionelle Dienst „Verdi“ des Kantons St. Gallen, andererseits auch interne Mitarbeitende des Kantonsspitals, wobei darauf geachtet wird, dass für jede Sprache mindestens eine Person jeden Geschlechts zur Verfügung steht. Die Inanspruchnahme professioneller Dienste wurde in Projekten gefördert, mit dem Ergebnis, dass diese jedes Jahr stärker genutzt werden.

Wie bereits erwähnt sollen die Auswirkungen des Einsatzes von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Schweizer Gesundheitswesen erstmals im Rahmen einer ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse untersucht werden. Die dazu durchgeführte Vorstudie (Gehrig und Graf 2009) kam unter Berücksichtigung der zurzeit vorhandenen empirischen Erkenntnisse zum Schluss, dass der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen Investitionscharakter hat: Während die kurzfristige Kosten-Nutzen-Bilanz auf der Basis vorhandener Empirie unklar ist, sind die langfristigen Effekte mit Gewissheit positiv und begründen einen indirekten Nutzen – in Form von eingesparten bzw. verhinderten Kosten – grösser als Null. Sollte sich der kurzfristige Nettonutzen des interkulturellen Übersetzens (quantifiziertes Ausmass des Effizienzgewinns abzüglich verursachter direkter und indirekter Kosten) als negativ erweisen, wird das Ausmass des indirekten Nutzens entscheiden, ob der Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen im Gesundheitswesen ökonomisch rentabel ist.

Ausserdem veröffentlichte Künzli (2009) die Resultate des bereits 2008 für das BAG fertiggestellten Gutachtens zu den bestehenden Rechtsnormen bezüglich interkultureller Übersetzung im Gesundheitsbereich, und zur Frage

³⁹ Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

der Kostentragung für solche Übersetzungsleistungen, auf der Online-Plattform *Jusletter*.⁴⁰

International

Eine Studie aus Grossbritannien zeugt vom Bestreben, den Bedarf nach professionellen Dolmetschdiensten für den Gesundheitsbereich zu quantifizieren, um die Einrichtung und den Einsatz von Dolmetschdiensten besser planen zu können (Gill et al. 2009). Die Studie zielte darauf ab, die Anzahl Personen innerhalb der ethnischen Minderheiten in England zu schätzen, die im Kontakt mit dem Gesundheitswesen auf sprachliche Unterstützung angewiesen sind. Dazu wurden die für die *Health Surveys* in den Jahren 1999 und 2004 erhobenen, auf nationaler Ebene repräsentativen Daten einer Sekundäranalyse unterzogen. Es ergab sich eine Zahl von 298'432 Angehörigen der vier grössten ethnischen Minderheiten⁴¹, die aus sprachlichen Gründen potentiell nicht in der Lage sind, mit Gesundheitsfachpersonen zu kommunizieren. Dies ergibt gemäss den Berechnungen der Studie jährlich 2'520'885 Konsultationen in Allgemeinpraxen, bei denen Dolmetschdienste gefragt wären – ein beachtlicher Bedarf, dem laut den AutorInnen organisatorisch Rechnung getragen werden muss, damit der chancengleiche Zugang fremdsprachiger PatientInnen zur Gesundheitsversorgung und der Behandlungserfolg bei dieser Gruppe gewährleistet ist. Die bereits erwähnte Studie von El Ansari et al. (2009) informiert über *bilingual advocacy services*, ein Angebot, das von einem NHS-Universitätsspital in East London entwickelt wurde. Diese Dienste kombinieren Dolmetschen und Interessenvertretung/Anwaltschaft.

Auf die Bedeutung eines unkomplizierten Zugangs zu professionellen Dolmetschdiensten weisen auch Studien aus Schweden hin. Wiking et al. (2009a, 2009b) befragten AllgemeinpraktikerInnen, DolmetscherInnen und PatientInnen darüber, wie sie die dialogische Kommunikation erfahren. Bereits Bekanntes bestätigend, betont die Studie die Unabdingbarkeit professioneller Dolmetschdienste und die Wichtigkeit eines patientenzentrierten Ansatzes und transkultureller Kompetenz seitens der ÄrztInnen. In der Studie von Hadziabdic et al. (2009) werden professionelle DolmetscherInnen von den befragten PatientInnen zwar geschätzt als notwendige Kommunikationshilfe, je nach dem aber auch als Behinderung empfunden. Die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Übersetzungsperson hängt demnach stark davon ab, als

⁴⁰ Vgl. <http://jusletter.weblaw.ch>. Auf die Ergebnisse dieser Rechtsstudie wurde bereits in der letztjährigen Literaturreview eingegangen (Wyssmüller et al. 2009: 29-30).

⁴¹ Indische, pakistanische, Bangladeshi und chinesische Minderheit.

wie kompetent letztere wahrgenommen wird. Gefordert werden insbesondere gute Kenntnisse der medizinischen Terminologie und der betreffenden Sprachen. Die Befragten zogen Face-to-face-Übersetzungssituationen im Allgemeinen Telefon-Dolmetschdiensten vor, da hier auch die Körpersprache einbezogen werden kann. In gewissen Situationen, etwa während Körperuntersuchungen oder im Fall von sensiblen Themen, wurden Telefondienste aber als anonym und deshalb angenehmer empfunden.

Tabouri (2009) von *ISM Interprétariat* in Paris legt in einem Artikel dar, dass sich die von seiner Organisation landesweit angebotenen Telefon-Dolmetschdienste – im Sinne nicht eines konkurrierenden, sondern komplementären Angebots zu Face-to-Face-Übersetzungsdiensten – v.a. für Notfallsituationen eignen und bewährt hätten. Dies zeige sich in einem jährlichen Anstieg der Nachfrage um 25-30%. Die besonderen Vorteile des Telefondolmetschens seien sicher die rasche Verfügbarkeit, dann aber in bestimmten Situationen – gerade etwa in Zusammenhang mit dem HIV-Test – auch die „Unsichtbarkeit“ der übersetzenden Person: diese verstärke in gewisser Weise die hier sehr wichtige Anonymität, d.h. die Betroffenen würden dadurch, dass die ÜbersetzerIn bloss „eine Stimme“ sei und nicht eine physisch anwesende Person, weniger befürchten, dass Intimes über sie potentiell in gewissen Kreisen verbreitet würde. Allerdings werden auch in Frankreich die von ISM angebotenen Übersetzungsdienste laut Tabouri von den Gesundheitsfachleuten noch zu wenig genutzt: ein Teil des Personals wisse kaum über das Angebot Bescheid, andere würden die Bedeutung professioneller Übersetzung unterschätzen; zudem kämen u.U. technische oder finanzielle Barrieren hinzu. Um die bestehenden Hindernisse abzubauen, und im Interesse der öffentlichen Gesundheit übernehme der Staat (*Direction générale de la Santé*) darum die Kosten für Übersetzungsdienste im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten und unterstütze die Ausbildung der ÜbersetzerInnen.

Der *Australian Translating and Interpreting Service* bietet den weltgrössten Gratis-Telefon-Dolmetschdienst für den Gesundheitsbereich an. Allerdings wird er auch nach acht Jahren „Marketing“ noch zu wenig genutzt, weshalb eine qualitative Studie (Huang und Phillips 2009) Aufschluss geben sollte über mögliche Hindernisse beim Zugang zu dieser Dienstleistung. In Fokusgruppen wurden nicht-medizinische Angestellte von allgemeinärztlichen Praxen (Empfangs- und Pflegefachpersonen) befragt. Abgesehen davon, dass ein Viertel der Teilnehmenden nicht wusste, dass ein solches Übersetzungsangebot besteht und wie es genutzt werden kann, und dass darum bei der Versorgung nicht englischsprachiger PatientInnen in Allgemeinpraxen häufig verschiedene *ad hoc* Übersetzungsstrategien verfolgt werden, zeigte sich auch, dass die Praxisangestellten dazu neigen, den Entscheid über die Inanspruchnahme des telefonischen Übersetzungsdienstes dem Arzt bzw. der Ärztin zu überlassen. Letztere entschlossen sich aber offenbar sehr selten dazu, den

Dienst in Anspruch zu nehmen – ebenfalls weil sie zum Teil nicht wissen, wie sie vorgehen können. Es wäre darum, so die Autorinnen der Studie, für eine verbesserte Nutzung des Dienstes sicher förderlich, wenn medizinisches wie auch nicht-medizinisches Praxispersonal besser über das Übersetzungsangebot informiert würde und die nicht-medizinischen Praxisangestellten in dieser Sache mehr *leadership* übernehmen könnten. Auch finanzielle Anreize für Allgemeinpraxen wären denkbar, um die Inanspruchnahme des Dienstes weiter zu fördern. Der Artikel weist ausserdem einmal mehr auf die Vorteile professioneller Übersetzungsdienste gegenüber übersetzenden Familienmitgliedern oder FreundInnen hin bzw. auf die Gefahren, die mit *ad hoc* Übersetzung verbunden sind.

Garret (2009) diskutiert die aktuellen Forschungserkenntnisse zu Sprachdiensten im australischen Kontext und schlägt ein theoretisches Modell für eine *Health Interpreter Policy* vor, das die derzeitigen Einflussfaktoren erfasst. Anschliessend skizziert sie eine mögliche zukünftige Ausrichtung auf Policy-Ebene.

Eine US-amerikanische Studie (Locatis et al. 2009) verglich Dolmetschdienste via Telefon und Video mit Face-to-face-Übersetzung. 241 spanischsprechende PatientInnen, 24 Gesundheitsfachpersonen und 7 Dolmetschende wurden schriftlich und in Interviews zur Qualität verschiedener Dolmetschsituationen befragt. Gesundheitsversorger und DolmetscherInnen, welche mit allen drei Methoden Erfahrung hatten, bewerteten Face-to-face-Dienste signifikant höher als Dolmetschdienste „aus der Ferne“, während von den PatientInnen beide Methoden gleich gut bewertet wurden.⁴² Von den „Fern-Methoden“ zogen Fachpersonen und Dolmetschende die Video- den Telefondiensten vor. Diese Ergebnisse werfen Fragen auf mit Blick auf die Qualität der telefonisch übersetzten Kommunikation, die ganz auf das visuelle Element der sprachlichen Interaktion verzichten muss.

In einem narrativ gehaltenen Aufsatz gibt Nataly Kelly (2008)⁴³ einen informativen Einblick in ihren Alltag als Telefondolmetscherin für Spanischsprachige in den USA. Sie führt die hohen Anforderungen an eine Telefondolmetscherin im Gesundheitsbereich bildlich vor Augen: Sich auf ausgesprochen vielfältige Settings und Terminologie einstellen können, verschiedene

⁴² Wobei allerdings zu bedenken ist, dass die befragten PatientInnen sich nur auf ihre Erfahrung mit jeweils einer der beiden Methoden stützten.

⁴³ Dieser Text fällt genau genommen nicht unter den für diese Literaturreview definierten Publikationszeitraum (2009). Ein anderer, im Jahr 2009 erschienener Text bezog sich darauf, und nach Lektüre des Texts fanden wir es gewinnbringend, ihn an dieser Stelle zu erwähnen, zumal wir in der letztjährigen Review nicht speziell zu Telefon-Dolmetschen recherchiert hatten.

regionale Varianten der Zielsprache beherrschen oder mit technischen Störfaktoren (etwa der durchs Lautsprechertelefon übertragene Lärmpegel in einer Notfallaufnahme) umgehen sind nur einige ihrer anspruchsvollen Aufgaben. In ihrer täglichen Arbeit erfährt sie nur zu oft, dass in Notfallsituationen der zunächst hergestellte telefonische Kontakt zu ihr als geschulte und erfahrene Dolmetscherin zugunsten eben am Ort des Geschehens eingetroffener Angehöriger, die für diesen anspruchsvollen Job nicht ausgebildet sind, abgebrochen wird, was sie nachdenklich stimmt angesichts von Situationen, in denen es um Leben und Tod geht.

Eine Literaturreview (Jimenez 2009) zielte darauf ab, bestehende Hindernisse bei der Nutzung von Dolmetschdiensten in den USA zu identifizieren. Mit Blick auf die Nutzung von professionellen Diensten erwiesen sich die Kosten als häufigstes Hindernis, weshalb unter anderem Forschung zum Kosten-Nutzen-Verhältnis professioneller Dolmetschdienste empfohlen wird.

Ein *Policy Brief* (Au et al. 2009) gibt einen Überblick über die in den USA in den vergangenen Jahren umgesetzten Massnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Sprachdiensten auf nationaler und Staatenebene. Kalifornien wird als der Bundesstaat hervorgehoben, der auf Gesetzgebungsebene in diesem Bereich klar die Führungsrolle übernommen und bisher behalten hat, was im Bericht kurz erläutert wird. Durch den Vergleich der Massnahmen in verschiedenen Bundesstaaten werden die drei wichtigsten Herausforderungen identifiziert, die sich Akteuren in diesem Bereich stellen: a) Förderung der Inanspruchnahme des jeweils geeigneten Dolmetschdienstes durch die Gesundheitsfachleute, b) Sicherung der Qualität der Dolmetschdienste und c) Identifizierung geeigneter Mechanismen zu deren Finanzierung.

Über den Zugang fremdsprachiger PatientInnen zu Sprachdiensten im Bundesstaat Kentucky und darüber, wie er verbessert werden könnte, informiert ebenfalls ein kurzer Bericht (Colwell et al. 2009).

Ein Forschungsteam aus New York (McEvoy et al. 2009) entwickelte eine Lerneinheit für Medizinstudierende mit dem Ziel, die angehenden ÄrztInnen gezielt auf die Kommunikation mit fremdsprachigen PatientInnen vorzubereiten, d.h. ihnen die Möglichkeit zu bieten, dafür notwendige Kompetenzen zu entwickeln und sie darüber zu informieren, wie sie Dolmetschdienste im Spitalalltag konkret nutzen können. Die Intervention, die sich über drei Jahre erstreckte und während dieser Zeit kontinuierlich angepasst bzw. verbessert wurde, erwies sich als wirksam: der Grossteil der teilnehmenden Studierenden fühlte sich nach der Lerneinheit besser auf die Kommunikationssituation mit fremdsprachigen PatientInnen vorbereitet und fähig, einerseits einen Telefondolmetschdienst zu nutzen, andererseits einer nicht professionellen Übersetzungsperson die notwendigen klaren Anweisungen zu geben.

Mc Graw (2009) schliesslich hat ein Praxis-Werkzeug erarbeitet, welches die Kommunikation mit spanischsprachigen PatientInnen in US-Spitälern in jenen Situationen erleichtern soll, in denen Dolmetschdienste nicht verfügbar oder nicht geeignet sind (etwa beim Aufwachen des Patienten/der Patientin nach einem operativen Eingriff). SPANIT (**S**panish-speaking **A**udiovisual tool for **N**urses-**I**mproving **T**reatment) bietet einfache hörbare Anweisungen für spanischsprachige PatientInnen. Es kann von Pflegefachpersonen angewendet werden, die selber weder Spanisch verstehen noch sprechen.

Nach dem Abstecher nach Übersee zurück nach Europa: Hier gewinnt das Thema Dolmetschen im Gesundheitswesen offensichtlich auch in „neuen“ Einwanderungsländern wie Irland an Interesse in der Forschung. Etwa wurde in einer partizipativ angelegten Aktionsforschung den Einstellungen und Wahrnehmungen fremdsprachiger PatientInnen in Bezug auf die Kommunikation in allgemeinärztlichen Praxen im Westen der Insel nachgegangen (MacFarlane et al. 2009). Es zeigte sich, dass die befragten KlientInnen der Hausarztpraxen abzuwägen hatten zwischen der zum Teil als Vorteil erfahrenen Tatsache, eine Vertrauensperson (FreundIn, Familienangehörige) als ÜbersetzerIn bei sich zu haben, und der als Nachteil empfundenen „Last“, für eine befriedigende Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal selber verantwortlich zu sein bzw. eine Übersetzungsperson organisieren zu müssen. Die Befragten wiesen gestützt auf ihre Erfahrungen auch darauf hin, dass der Einsatz nicht-professioneller Dolmetschender für sie ungeeignet oder gar problematisch sein könne und zum Teil zu Frustrationen und Fehldiagnosen führe. Insgesamt würden sie professionelle Dolmetschdienste in Konsultationen beim Hausarzt *ad hoc* Übersetzenden klar vorziehen – erstere stehen ihnen in Irland in diesem Rahmen aber zurzeit noch nicht zur Verfügung.

Hinzuweisen ist zum Schluss auf ein neues Angebot der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Deutschland) im Auftrag des niedersächsischen Ministeriums für Inneres, Sport und Integration: ein Internetportal, das die Sprachkenntnisse innerhalb des niedersächsischen Gesundheitssystems erfasst und eine bequeme Recherche nach Fachpersonen in Pflegeeinrichtungen, Kliniken, Beratungsstellen, Gesundheitsämtern oder Apotheken mit den gewünschten Sprachkenntnissen ermöglicht (Wächter 2009).

6 Beobachtungen und Tendenzen

Abschliessend sollen in der gesichteten Literatur zu beobachtende Tendenzen (bezüglich Forschungsthemen, Zielgruppen, Interventionsempfehlungen,

Forschungsdesigns) sowie identifizierte Forschungslücken angesprochen und kurz diskutiert werden.⁴⁴

Allgemeine Tendenzen: Themenfelder, fokussierte Gruppen, empfohlene Interventionsansätze

Vieles, was im letztjährigen Bericht an dieser Stelle festgehalten wurde, hat weiterhin Gültigkeit. So die Beobachtung, dass die Publikationen zu Migration und Gesundheit sich ständig mehr und ein beachtliches Ausmass angenommen haben, und dass migrationssensible Auswertungen in der Gesundheitsforschung allmählich ein gewisses Mainstreaming zu erfahren scheinen. Von verschiedenen der gesichteten Texte wird auf die **Dringlichkeit** gepocht, **Routine-Datenerhebungen** und **Forschungsdesigns im Gesundheitsbereich migrations- bzw. differenzsensibel** zu gestalten.

Auffällig ist zudem, wie auch in den „neueren“ europäischen Einwanderungsländern mehr und mehr zu Migration und Gesundheit geforscht wird: In Spanien, Irland oder Italien kommt dem Aufbau eines Monitoringssystems zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung, der Inanspruchnahme von Versorgungsdiensten durch MigrantInnengruppen und möglichen Zugangshindernissen, der Anpassung der Regelversorgung an die Diversität der Klientel, dem interkulturellen Übersetzen etc. zunehmend Aufmerksamkeit zu.

Die bereits im letzten Jahr konstatierte **thematische Kontinuität** und **gruppenintern differenzierende**⁴⁵ **Vertiefung** in gewissen Bereichen ist weiterhin zu beobachten. Ein „Dauerthema“ stellt etwa die **psychische Gesundheit** von MigrantInnen(gruppen) dar, wobei viele Forschungen Asylsuchende und Flüchtlinge bzw. undokumentierte MigrantInnen fokussieren. Auch migrierten Frauen kommt als Risikogruppe Interesse zu, genau wie Kindern und Jugendlichen. Etliche Studien differenzierten bei der Untersuchung der Prävalenz psychischer Erkrankungen die MigrantInnengruppen nach Generationszugehörigkeit. Ausserdem wird der Zusammenhang zwischen Post-Migrations-Stressoren – wie etwa wirtschaftliche Notsituationen oder Diskriminierungserfahrungen – und psychischer Gesundheit untersucht.

⁴⁴ Die Beobachtungen beziehen sich auf die für die Review ausgewählten 199 Publikationen, die im Literaturverzeichnis aufgelistet sind.

⁴⁵ In den gesichteten Studien wird meist auf die innere Heterogenität der Migrationsbevölkerung hingewiesen und auf die Notwendigkeit der Differenzierung. Trotzdem unterscheiden etliche Studien (oft datenbedingt) nach wie vor nur zwischen MigrantInnen und Autochthonen. Die Aussagekraft dieser Ergebnisse dürfte ziemlich gering sein.

Der für 2006-2008 festgestellte Trend hin zu intensiverer Beforschung **nichtübertragbarer und chronischer Krankheiten** (Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen) bzw. diesbezüglicher **Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel** und bestimmte **Ernährungsmuster** bei MigrantInnen wird 2009 bestätigt. Dies deutet darauf hin, dass – zumindest auf europäischer Ebene – in der sozialepidemiologischen Forschung MigrantInnen und Minderheitenangehörige zunehmend berücksichtigt werden, also eine Art Migrationsmainstreaming stattfindet. Dies gilt allerdings nicht für die Schweiz: die im 2009 publizierte Forschung zeichnet sich stark durch den Fokus auf bestimmte marginalisierte Gruppen (Asylsuchende, *Sans-Papiers*) aus; zu nicht-übertragbaren Krankheiten scheint es noch kaum migrations-sensible Auswertungen zu geben, ebenso wenig wie zur Gesundheit und Versorgung älterer MigrantInnen. In den 2009 im hiesigen Kontext publizierten Studien weist wenig auf Erfolge des Migrationsmainstreaming in der allgemeinen Schweizer Gesundheitsforschung hin. Die Studien scheinen unkoordiniert und stark in gewissen Settings verwurzelt (Universitätsspitäler der Westschweiz mit Spezialisierung in Forschung zu marginalisierten Gruppen), wo sich spezifische Problemlagen kristallisieren. Entsprechende Erkenntnisse sind interessant, aber nicht verallgemeinerbar und bleiben fragmentiert.

Weitere kontinuierlich präsente Themen sind – wenn auch nicht in allen Fällen durch eine hohe Zahl an Publikationen vertreten – **Infektionskrankheiten, allgemeine selbstbeurteilte Gesundheit** sowie **Zahngesundheit** im Migrationskontext. Auch hier ist eine zunehmende Zielgruppendifferenzierung zu beobachten: Generell nach Geschlecht, bei Infektionskrankheiten zusätzlich v.a. nach Herkunft und Aufenthaltsstatus, bei allgemeiner und Zahngesundheit insbesondere nach Alter/Generationszugehörigkeit oder zum Teil auch nach Wohnumgebung (urban – ländlich, ethnische Konzentration).

Etwas weniger Publikationen wurden im Jahr 2009 zum Thema **reproduktive Gesundheit** im Allgemeinen registriert, und zu FGM im Besondern sind kaum Texte erschienen. Texte zu diesen Themen legen zudem den Fokus stärker auf notwendige Verbesserungen bei Prävention und Versorgung als auf die Identifizierung von epidemiologischen Auffälligkeiten von Migrantinnen.

Fragen rund um den **Zugang** von MigrantInnen zu **Präventions- und Versorgungsdienstleistungen** (inkl. Angebot und Inanspruchnahme von Dolmetschdiensten) sind ebenfalls weiterhin von Aktualität in der europaweiten bzw. internationalen Forschung. Vielfach wird die Öffnung der Regelversorgung propagiert; allerdings findet man kaum Texte, die von einer wissenschaftlichen Evaluation entsprechender Ansätze und Massnahmen berichten.

Im Bereich der **Prävention** fällt auf, dass MigrantInnen beider Geschlechter und aller Altersgruppen Vorsorge-, Impf- und Früherkennungsmassnahmen

signifikant seltener in Anspruch nehmen, was in Studien aus verschiedenen lokalen Kontexten und mit Bezug auf verschiedene Erkrankungsrisiken bestätigt wird. Darum wird wiederholt auf die Notwendigkeit der Konzipierung zielgruppenspezifischer Präventionskampagnen aufmerksam gemacht.

Informationen zu gesundheitsbezogenen **Ressourcen** von MigrantInnen sind in den gesichteten Studien zum Teil zwar verfügbar, allerdings manifestiert sich in kaum einem Forschungsdesign eine konsequente Ressourcenorientierung. Interessant sind Studienergebnisse, die suggerieren, dass eine ausgeprägte bikulturelle Identität und frühzeitige, gezielte Integrationsförderung protektive Faktoren mit Blick auf die Gesundheit darstellen.

Betrachtet man die **Versorgungsforschung** so entsteht der Eindruck, dass mittlerweile hinreichend auf die Existenz und Wirkung gewisser Zugangsbarrieren für MigrantInnen (wie ungenügende lokalsprachliche Kenntnisse, unterschiedliche Konzeptionen von Gesundheit und Krankheit oder Informationsmangel) hingewiesen worden ist. Andere Hindernisse gilt es allerdings noch weiter auf deren Einflussmechanismen zu untersuchen, etwa Diskriminierungserfahrungen. Besonders präsent scheinen Zugangshindernisse für MigrantInnen im Bereich der spezialisierten psychiatrischen Versorgung. Auf europäischer Ebene zeigen Forschungen, dass eine geeignete Begleitung und Behandlung von chronisch kranken MigrantInnen unter Umständen anders aussehen muss als bei „DurchschnittspatientInnen“ (z.B. Diabetes- oder Asthmamanagement, Begleitung von HIV-Infizierten).

Die ebenfalls im letzten Jahr bereits festgestellte Tendenz in der Forschung, „prekarierte“, von zunehmenden Ausschlussbestrebungen auch in Bezug auf Gesundheitsversorgung betroffene MigrantInnengruppen wie (abgewiesene) Asylsuchende, irreguläre MigrantInnen oder auch Fahrende zu fokussieren, wird in der Literatur 2009 klar bestätigt: Die Zahl von Publikationen und Forschungsprojekten, die das Recht auf Gesundheit(sversorgung) **marginalisierter MigrantInnen** thematisieren, ist beachtlich. Dabei wird auf spezifische Zugangshindernisse für diese Menschen hingewiesen und es werden Initiativen vorgestellt, die diese abzubauen versuchen.

Mit Blick auf **praxisbezogene Interventionsansätze** in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung werden in der gesichteten Literatur vor allem die Folgenden als vielversprechend hervorgehoben und propagiert: Konsequente Zielgruppenorientierung nach differenzierter Zielgruppenanalyse, aufsuchende Arbeit, Zusammenarbeit mit MigrantInnen und/oder Schlüsselpersonen, mehrsprachige Information und Beratung. Die Fachliteratur weist ebenfalls darauf hin, dass sich Ansätze der Integrationsförderung ganz allgemein, besonders wenn sie frühzeitig erfolgt, positiv auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit auswirken (gesundheitsbezogene Informationen

an Neuzuziehende, gezielte Stärkung der Gesundheitskompetenz, Elternbildung, Frühförderung etc.).

Auf die Notwendigkeit einer institutionellen Öffnung für Diversität und der Förderung transkultureller Kompetenzen wird ebenfalls kontinuierlich hingewiesen. Die empfohlenen Ansätze bleiben aber oft wenig konkret.

Insgesamt bestätigt die Literatur 2009 folgende Beobachtung: Einerseits wird in Richtung migrations- und diversitätsgerechte Gesundheitsförderung und Regelversorgung gearbeitet, gleichzeitig wirken aber politikbedingte Ausschlussmechanismen, die sich wiederum auf die Gesundheit der ausgeschlossenen MigrantInnen auswirken und das Interesse der Forschung auf sich ziehen.

Die bereits hinreichend belegte Erkenntnis, dass sozioökonomische Benachteiligung zum grossen Teil für die gesundheitliche Benachteiligung von MigrantInnen verantwortlich zeichnet, wird von zahlreichen gesichteten Publikationen des Jahrs 2009 erneut bestätigt. In Bezug auf gewisse Gesundheitssoutcomes und den Zugang zu Gesundheitsleistungen sind aber auch andere (individuelle) migrationsbedingte Faktoren wirksam und müssen berücksichtigt werden: traumatische Erlebnisse, Diskriminierung, aufenthaltsrechtlicher Status im Zielland, im Einzelfall vorhandene und fehlende Ressourcen. Auch wenn die Forschungsliteratur ein fragmentiertes Bild ergibt, scheint doch insgesamt alles darauf hinzudeuten, dass Politiken und Interventionen gefragt sind, die auf die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten ganz allgemein abzielen (*tackling inequalities in health*). Dies sowohl in Bezug auf Gesundheitsdeterminanten wie auch mit Blick auf Prävention/Gesundheitsförderung und –versorgung, wo konsequente Patientenorientierung ein vielversprechender Ansatz zum Ausgleich von Ungleichheiten darstellt.

Forschungsansätze und Forschungslücken

Bezüglich **Forschungsansätzen**, die in der gesichteten Literatur 2009 zur Anwendung kamen, ist zu beobachten, dass in sozioepidemiologischen Studien vermehrt nicht einfach die Migrations- mit der autochthonen Bevölkerung verglichen wird, sondern verschiedene MigrantInnengruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung oder innerhalb einer Herkunftsgruppe (erste vs. zweite Generation, Asylsuchende vs. ArbeitsmigrantInnen, MigrantInnen mit vs. ohne Aufenthaltsbewilligung, MigrantInnen in europäischen Zielländern vs. ihre Landsleute im Herkunftsland). Weiter werden auch raumbezogene Vergleichsansätze verfolgt (Bevölkerung in urbanen vs. ländlichen Gebieten, Fokus auf benachteiligte oder durch eine bestimmte ethnische Gruppe geprägte Wohnquartiere). Verschiedentlich wurde in der Forschung ausserdem ein kostenanalytischer Ansatz gewählt. Kosten-Nutzen-Analysen erweisen sich allerdings in diesem Bereich als komplex und mit beträchtlichen methodischen Herausforderungen verbunden.

Die **Verbesserung der Datengrundlagen**, d.h. die Sicherstellung migrations-/differenzsensibler Datenerhebung und –auswertung in allen Bereichen der Gesundheitsforschung inklusive Qualitätsmanagement, wird in der Literatur 2009 erneut mehrfach als erwünschte und dringende Voraussetzung für sinnvolle Studiendesigns und aussagekräftigere Forschungsergebnisse angeführt. Ein kohärentes, möglichst europaweit vergleichbares Monitoring der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen ist ohne entsprechende Datengrundlagen nicht möglich.

Zum Verständnis der erst seit Kurzem in den Fokus der Forschung gerückten Situation von MigrantInnen in Bezug auf **Risikoeexposition und Betroffenheit im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten** ist sicher noch weitere Forschung nötig.

Im Bereich **Prävention/Gesundheitsförderung** drängen sich weiter Studien auf, die den Gründen für die tendenziell geringe Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen durch MigrantInnen nachgehen und Wege aufzeigen, wie man hier den Zugang verbessern kann.

Einmal mehr gilt es auch darauf hinzuweisen, dass **ressourcenorientierte Gesundheitsforschung** im Bereich Migration und Gesundheit immer noch die Ausnahme ist.

Etwas überraschend ist Forschung zum Thema **Migration und Alter** in der gesichteten Literatur 2009 wenig präsent; dies obwohl es seit längerem Hinweise gibt, dass die gesundheitliche Benachteiligung von MigrantInnen sich im Alter zugespitzt manifestiert. Die Lücke dürfte mit den fehlenden Datengrundlagen zusammenhängen, auf die in der Literatur mehrfach hingewiesen wird – solche müssten in der Tat dringend bereitgestellt werden.

Auch die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen von MigrantInnen und Gesundheit bzw. **Gesundheit(sförderung) am Arbeitsplatz** werden in der Forschung nach wie vor kaum thematisiert. Internationale Publikationen des Jahres 2009 liefern einige Hinweise auf **Diskriminierung** als Einflussfaktor sowohl auf die Gesundheit wie auch den Zugang zu Versorgung, allerdings bleiben die Erklärungsansätze vage.

Bedenkenswert scheint auch, dass trotz zunehmender Migrationssensibilität in der medizinischen Forschung die **Wirksamkeit von Standard-Behandlungen bei MigrantInnen** und Minderheitenangehörigen noch nicht systematisch untersucht wird, und klinische Versuche und Interventionen selten auch MigrantInnen mit einbeziehen.

Im Bereich **Versorgung/Ausbildung** fordert die Forschung zwar einhellig die Öffnung der Regelstrukturen für eine diverse Klientel und skizziert Ansätze, wie dieses Ziel zu erreichen wäre – gerade die gezielte Aus-/Weiterbildung der Akteure wird oft als unabdingbare Massnahme propa-

giert. Allerdings werden die empfohlenen Massnahmen und Interventionen – abgesehen davon, dass sie in jedem Land unterschiedlich angegangen werden – selten wissenschaftlich evaluiert, und es kommt kaum zum internationalen Austausch über und zur Diskussion von *good practices* hinsichtlich der Förderung transkultureller Kompetenzen. Diesen Mangel gilt es in Zukunft zu beheben, wenn es mit Blick auf eine diversitätsoffene Gesundheitsversorgung nicht nur bei Empfehlungen bleiben soll. Evaluationen und Kosten-Nutzen-Analysen, obwohl methodisch anspruchsvoll, dürften in diesem Handlungsbereich wertvolles Wissen für eine effektive Organisationsentwicklung liefern.

Die in der Schweiz und international durchgeführten Projekte zum Thema **interkulturelle Übersetzungs- und Dolmetschdienste** liefern einige nützliche Grundlagen. Die Forschungsergebnisse aus den berücksichtigten Teilen der Welt konvergieren grösstenteils: Man ist sich einig, dass professionelle Dolmetschdienste im Gesundheitswesen, und v.a. auch deren effektive Inanspruchnahme, weiter zu fördern sind. Dies gilt auch für Telefondienste, die sich unter bestimmten Bedingungen als das geeignete Angebot empfehlen. Notwendig erscheint in diesem Handlungsbereich die Konzeption und Umsetzung praxisnaher, unkomplizierter Zugangsmöglichkeiten zu Dolmetschdiensten und der wirksame Abbau von Barrieren, die deren Nutzung durch die Fachpersonen bisher auch da behindern, wo ein (qualitativ gutes) Angebot besteht (Informationsmangel/Unwissen, Kosten). Die für den Schweizer Kontext geplante diesbezügliche Kosten-Nutzen-Analyse dürfte daher ein nützlicher Schritt sein auf dem Weg zu einer stärkeren Institutionalisierung professioneller Dolmetschdienste im Schweizer Gesundheitswesen.

Zusammenfassend kann man sagen: Die Forschung zu Migration und Gesundheit in Europa ist vielfältig und zunehmend umfangreich, und sie wurde in den letzten Jahren durch den Europarat und die EU wie auch durch Programme in einzelnen Ländern gezielt gefördert. Gleichzeitig kann der Eindruck entstehen, dass man erkenntnismässig nicht recht oder nur in sehr kleinen Schritten vorwärts kommt; gewisse Themen werden – in verschiedenen lokalen Settings – immer wieder behandelt und ergeben die immer gleichen Resultate und Empfehlungen. Das Forschungsfeld erscheint fragmentiert und noch wenig koordiniert bzw. auf das Kreieren bzw. die Nutzung von Synergien ausgerichtet. Verstärkte Koordinationsbemühungen innerhalb und zwi-

schen den verschiedenen Finanzierungsinstitutionen⁴⁶ tun deshalb Not. Ansätze in Richtung besserer europaweiter Koordination der Forschung zu Migration und Gesundheit bestehen in den von der EU-Kommission mitfinanzierten Projekten MEHO⁴⁷, mighealth.net⁴⁸ und COST HOME.⁴⁹ Letzteres verfolgt einen Netzwerk-Ansatz und zielt darauf ab, die interdisziplinäre und internationale Zusammenarbeit und den Austausch bezüglich bestehender *good practices* zwischen Forschenden in den Bereichen Gesundheit und Migration zu fördern (vgl. Ingleby 2009b).

⁴⁶ Verschiedene Direktionen der EU-Kommission (Gesundheit, Forschung, Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit), Europarat, WHO, IOM etc.

⁴⁷ *Migrant and ethnic health observatory*, vgl. <http://www.meho.eu.com/>.

⁴⁸ Vgl. http://mighealth.net/index.php/Main_Page.

⁴⁹ Vgl. http://www.cost.esf.org/domains_actions/isch/Actions/HOME.

Zitierte Literatur

- A'Walelu, Okyta et al. (2009). "Förderung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 16-17.
- Adanu, R. M. und T. R. Johnson (2009). "Migration and women's health." *Int J Gynaecol Obstet*, 106(2): 179-81.
- Agudelo-Suarez, A. et al. (2009). "Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain." *Social Science & Medicine*, 68(10): 1866-1874.
- Agyemang, C. et al. (2009). "Overweight and obesity among Ghanaian residents in The Netherlands: how do they weigh against their urban and rural counterparts in Ghana?" *Public Health Nutr*, 12(7): 909-16.
- Ahonen, E. Q. et al. (2009). "A qualitative study about immigrant workers' perceptions of their working conditions in Spain." *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(11): 936-942.
- Aïna, Elodie (2009). "Santé publique: mieux cibler la communication pour parler à tous." *Hommes & Migrations*, 1282: 34-42.
- Akbiyik, D. I. et al. (2009). "Symptoms of Turkish patients with depression in Ankara and Berlin." *Cult Med Psychiatry*, 33(3): 412-20.
- Ambühl Braun, Brigitte et al. (2009). "Gesundheitskompetenz in der Behandlung kriegs- und foltertraumatisierter Menschen", in Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), *Gesundheitskompetenz: zwischen Anspruch und Umsetzung*. Zürich: Seismo, S. 200-220.
- Amoudruz, P. et al. (2009). "Maternal country of birth and previous pregnancies are associated with breast milk characteristics." *Pediatr Allergy Immunol*, 20(1): 19-29.
- Amstutz, Pius (2009). "Italienische Migrantinnen und Migranten : sie erwarten Offenheit und Einfühlung." *Krankenpflege = Soins infirmiers*: 24-25.
- Aral-Örs, Ayfer (2009). "Barrieren und Zugänge in der gesundheitlichen Versorgung." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 9-10.
- Arandes, A. S. et al. (2009). "Prevalence of Chagas disease in the Latin American immigrant population in a primary health centre in Barcelona (Spain)." *Acta Tropica*, 112(2): 228-230.

- Arizaleta, L. H. et al. (2009). "Impact of immigration on hospital care: utilization, case-mix, and economic effects." *Gaceta Sanitaria*, 23(3): 208-215.
- Arvidsson, Hans und S. Hultsjö (2009). "Needs and care of migrants considered as severely mentally ill – cross-sectional and longitudinal studies of a Swedish sample." *European Psychiatry*, 24. numéro 8: 533-539
- Au, Melanie, Erin Fries Taylor und Marsha Gold (2009). *Improving Access to Language Services in Health Care: A Look at National and State Efforts*.
- BAG (2007). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bailey, E. J. et al. (2009). "Culture-specific programs for children and adults from minority groups who have asthma." *Cochrane Database Syst Rev*, (2): CD006580.
- Balcazar, F. E., Y. Suarez-Balcazar und T. Taylor-Ritzler (2009). "Cultural competence: development of a conceptual framework." *Disabil Rehabil*, 31(14): 1153-60.
- Becares, L., J. Nazroo und M. Stafford (2009). "The buffering effects of ethnic density on experienced racism and health." *Health Place*, 15(3): 670-8.
- Bennegadi, Rachid (2009). Cultural Competence and Training in Mental Health Practice in Europe: Strategies to Implement Competence and Empower Practitioners. Paris, Françoise Minkowska Centre.
- Berg, J. E. (2009). "The level of non-Western immigrants' use of acute psychiatric care compared with ethnic Norwegians over an 8-year period." *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(3): 217-222.
- Besic, Osman und Corinna Bisegger (2009). "Gesundheitskompetenz im Migrationskontext - Auf dem Weg zu gesundheitlicher Chancengleichheit", in Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), *Gesundheitskompetenz: zwischen Anspruch und Umsetzung*. Zürich: Seismo, S. 179-199.
- Bhopal, R. (2009a). "Chronic diseases in Europe's migrant and ethnic minorities: challenges, solutions and a vision." *European Journal of Public Health*, 19(2): 140-143.
- (2009b). "Medicine and public health in a multiethnic world." *Journal of Public Health*, 31(3): 315-321.

- Bischoff, Alexander et al. (2009a). "Do Asylum Seekers Consume More Health Care Resources? Some Evidence from Switzerland." *The Open Pharmacoeconomics & Health Economics Journal*, 1: 3-8.
- (2009b). "Cervical cancer screening among immigrants in Switzerland." *Diversity in Health and Care*, 6: 159-169.
- Bischoff, Alexander und Patricia Hudelson (2009). "Communicating With Foreign Language-Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough?" *Journal of Travel Medicine*, (May).
- Bischoff, Alexander et al. (2009c). "Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study." *European Journal of Public Health*, 19(1): 59-64.
- Bodenmann, P. et al. (2009). "Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study." *Bmc Infectious Diseases*, 9.
- Bonkowski, Doris (2009). "Förderung von Gesundheit als Baustein kommunaler Integrationspolitik." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 23.
- Borde, Theda (2009). "Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung - was heisst das?" *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 2-3.
- Borde, Theda, Matthias David und Ingrid Papies-Winkler (2009). *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Brondolo, E., L. C. Gallo und H. F. Myers (2009). "Race, racism and health: disparities, mechanisms, and interventions." *J Behav Med*, 32(1): 1-8.
- Brunner-Strepp, Brigitte (2009). "Zahngesundheit im benachteiligten Stadtteil fördern." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 20.
- Bureau, Julia, Julia Paruch und Bernd Röhrle (2009). "Psychische Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Menschen mit Migrationshintergrund." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 5-6.
- Caro-Murillo, A. M. et al. (2009). "HIV infection in immigrants in Spain: Epidemiological characteristics and clinical presentation in the CoRIS Cohort (2004-2006)." *Enfermedades Infecciosas Y Microbiologia Clinica*, 27(7): 380-388.
- Carrasco-Garrido, P. et al. (2009). "Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain." *Bmc Public Health*, 9.

- Casamitjana, M. et al. (2009). "Results of a cervical cancer screening programme from an area of Barcelona (Spain) with a large immigrant population." *European Journal of Public Health*, 19(5): 499-503.
- Casanovas, L. V. L., C. S. Canals und M. S. Zafra (2009). "Immigration and health: needs and primary health care use by immigrant population in the Girona Health Region." *Revista Espanola De Salud Publica*, 83(2): 291-307.
- Castaneda, H. (2009). "Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic." *Social Science & Medicine*, 68(8): 1552-1560.
- Chauvin, Pierre, Isabelle Parizot und Nathalie Simonnot (2009). L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe, Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde.
- Che, D. und D. Antoine (2009). "Immigrants and tuberculosis: Recent epidemiological data." *Medecine Et Maladies Infectieuses*, 39(3): 187-190.
- Chedebois, L. et al. (2009). "Relative contributions of acculturation and psychopathological factors to cannabis use among adolescents from migrant parents." *Addictive Behaviors*, 34(12): 1023-1028.
- Chimienti, Milena (2009). "Mighealthnet State of the Art Report - Switzerland". [Online]
<http://mighealth.net/ch/index.php/Main_Page> (Zugriff am 4.3.2010)
- Claussen, B., O. S. Dalgard und D. Bruusgaard (2009). "Disability pensioning: can ethnic divides be explained by occupation, income, mental distress, or health?" *Scand J Public Health*, 37(4): 395-400.
- Cohuet, S. et al. (2009). "A measles outbreak in the Irish traveller ethnic group after attending a funeral in England, March-June 2007." *Epidemiol Infect*, 137(12): 1759-65.
- Cole, P. (2009). "Migration and the human right to health." *Camb Q Healthc Ethics*, 18(1): 70-7.
- Colwell, Paul et al. (2009). Language access services translate to high quality health care : findings from interviews on language services in Kentucky. Jeffersontown, Kentucky youth advocates.
- Commission Européenne (2009). Communication de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions: La lutte contre le VIH/sida dans l'Union européenne et les pays voisins, 2009-2013. Bruxelles, Commission des communautés européennes.

- Daud, A. und P. A. Rydelius (2009). "Comorbidity/overlapping between ADHD and PTSD in relation to IQ among children of traumatized/non-traumatized parents." *J Atten Disord*, 13(2): 188-96.
- Davies, Anita A., Anna Basten und Chiara Frattini (2009). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Geneva, IOM Migration Health Department.
- Delisle, H. F., J. Vioque und A. Gil (2009). "Dietary patterns and quality in West-African immigrants in Madrid." *Nutrition Journal*, 8.
- Derluyn, I., C. Mels und E. Broekaert (2009). "Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents." *Journal of Adolescent Health*, 44(3): 291-297.
- Ebenegger, Vincent et al. (2009). "Differences in eating habits and body composition in preschool children according to migrant and socioeconomic status [Abstract]."
- ECDC Technical Report (2009). *Migrant health: Background note to the 'ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
- Ehehalt, S. et al. (2009). "Incidence of diabetes mellitus among children of Italian migrants substantiates the role of genetic factors in the pathogenesis of type 1 diabetes." *Eur J Pediatr*, 168(5): 613-7.
- El Ansari, W. et al. (2009). "The role of advocacy and interpretation services in the delivery of quality healthcare to diverse minority communities in London, United Kingdom." *Health Soc Care Community*, 17(6): 636-46.
- Ellert, Ute, Hannelore Neuhauser und Liane Schenk (2009). "Gesundheitliche Situation von Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 6-8.
- Europäische Kommission (2009). *Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Solidarität im Gesundheitswesen: Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der EU*. Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Falge, Christiane, Andreas Fischer-Lescano und Klaus Sieveking (2009). *Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*. Bremen: Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik der Universität Bremen (ZERP).

- Fandrem, H., D. L. Sam und E. Roland (2009). "Depressive Symptoms Among Native and Immigrant Adolescents in Norway: The Role of Gender and Urbanization." *Social Indicators Research*, 92(1): 91-109.
- Faskunger, J. et al. (2009). "Risk of obesity in immigrants compared with Swedes in two deprived neighbourhoods." *Bmc Public Health*, 9.
- Fassaert, T., A. E. Hesselink und A. P. Verhoeff (2009). "Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study." *Bmc Public Health*, 9.
- Faucherre, Florence et al. (2009). "Recherche-action et gouvernance clinique : l'exemple du projet "psychiatrie et migrants" du CHUV." *Revue médicale suisse*: 1826-1830.
- Fernandes Guerreiro, Ana Isabel et al. (2009). Ensuring the Right of Migrant Children to Health Care: The Response of Hospitals and Health Services, Meyer University Children's Hospital Florence/Italy, WHO Collaborating Centre for Health Promotion.
- Festini, F. et al. (2009). "Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy." *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2): 220-227.
- Fulliquet, Yann (2009). *Stratégies du maintien de la santé chez le migrant brésilien sans autorisation de séjour et résidant à Lausanne*. Lausanne: Haute école cantonale vaudoise de la santé.
- Gagnon, A. J. et al. (2009). "Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review." *Soc Sci Med*, 69(6): 934-46.
- Garcia, A. M. et al. (2009). "Occupational health of immigrant workers in Spain MAL Project : key informants survey." *Gaceta Sanitaria*, 23(2): 91-97.
- Garret, Pam (2009). "Healthcare Interpreter Policy: Policy determinants and current issues in the Australian context." *Interpreting & Translation*, 1(2).
- Gehrig, Matthias und Iris Graf (2009). *Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie)*. Bern: BAG/Büro BASS.
- Gerritsen, A. A. M. und W. L. Deville (2009). "Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study." *Bmc Public Health*, 9.
- Gijòn-Sánchez, Maria Teresa et al. (2009). Developing a Public Health work force for addressing migrant health needs in Europe, Andalusian School of Public Health.

- Gill, Paramjit et al. (2009). "Access to interpreting services in England: secondary analysis of national data." *Bmc Public Health*, 9(1): 12.
- Giovannelli, L. et al. (2009). "Prevalence of cervical human papillomavirus infection and types among women immigrated to Sicily, Italy." *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(6): 737-42.
- Glaesmer, H. et al. (2009). "Are Migrants More Susceptible to Mental Disorders? An Evaluation of a Representative Sample of the German General Population." *Psychiatrische Praxis*, 36(1): 16-22.
- Goguikian Ratcliff, Betty und Olivier Strasser (2009). *Clinique de l'Exil. Chroniques d'une pratique engagée*. Genève/Chêne-Bourg: Georg éditeur.
- Gonçalves, Marta (2009). *Der Zugang von Migrantenkindern zur psychischen Gesundheitsversorgung : eine Untersuchung mit portugiesisch-sprachigen Familien im multikulturellen Umfeld der Schweiz*. Hamburg: Verl. Dr. Kovač.
- Gross, Corina (2009). "Health Needs of Undocumented Migrants and Main Barriers to Health Care. A qualitative Study of Undocumented Migrant's Health Coverage in the Zurich Area". [Online] (Zugriff
- Grube, M. (2009). "Are Compulsory Admissions More Frequent in Immigrants and Ethnic Minorities?" *Psychiatrische Praxis*, 36(2): 67-71.
- Gualdi-Russo, E. et al. (2009). "Migration and Health in Italy: A Multiethnic Adult Sample." *Journal of Travel Medicine*, 16(2): 88-95.
- Gul, V. und S. Kolb (2009). "Acculturation, Bicultural Identity and Psychiatric Morbidity in Young Turkish Patients in Germany." *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2): 138-143.
- Habermann, M. et al. (2009). "Planning and Controlling Care Services for Elderly Migrants - An Analysis of Health-Care Reporting in Nursing Homes and at Home." *Gesundheitswesen*, 71(6): 363-367.
- Habermann, Monika (2009). "Interkulturelle Arbeit der Pflege - Entwicklungen und Umsetzung." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 10-11.
- Hadziabdic, E. et al. (2009). "Migrants' perceptions of using interpreters in health care." *Int Nurs Rev*, 56(4): 461-9.
- Halves, Catrin und Claudia Berger (2009). "Was ist anders? Schwangerschaft und Geburt bei MigrantInnen." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 14-15.

- Harstad, I. et al. (2009). "Tuberculosis screening and follow-up of asylum seekers in Norway: a cohort study." *Bmc Public Health*, 9.
- Hartman, E., M. E. van den Muijsenbergh und R. W. Haneveld (2009). "Breast cancer screening participation among Turks and Moroccans in the Netherlands: exploring reasons for nonattendance." *European Journal of Cancer Prevention*, 18(5): 349-353.
- Hennke, Gudrun (2009). "Familie - Migration - Baby: "Mein Baby wächst gesund auf" (Fa-Mi-Baby)." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 17.
- Hernandez-Quevedo, C. und D. Jimenez-Rubio (2009). "A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey." *Social Science & Medicine*, 69(3): 370-378.
- Hesselink, A. E., A. P. Verhoeff und K. Stronks (2009). "Ethnic Health Care Advisors: A Good Strategy to Improve the Access to Health Care and Social Welfare Services for Ethnic Minorities?" *Journal of Community Health*, 34(5): 419-429.
- Hommes & Migrations (2009). "Santé et droits des étrangers: réalités et enjeux." *Hommes & Migrations*, 1282.
- Huang, Yu-Ting und Christine Phillips (2009). "Telephone interpreters in general practice : Bridging the barriers to their use." *Australian Family Physician*, 38(6).
- Hudelson, Patricia und Sarah Vilpert (2009). "Overcoming language barriers with foreign-language speaking patients: a survey to investigate intra-hospital variation in attitudes and practices." *Bmc Health Services Research*, 9(1): 187.
- Hultsjo, S., C. Bertero und K. Hjelm (2009). "Foreign-born and Swedish-born families' perceptions of psychosis care." *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1): 62-71.
- Impulse (2009). "Versteht mich hier jemand? Migration, Kultursensibilität und Gesundheit. Themenausgabe." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, März 2009(62): 32.
- Induni, Eliana (2009). *La santé dentaire de la population maghrébine sans statut légal à Genève : entre parcours de migration et pratiques de santé : la situation socio-sanitaire et les traitements dentaires* Genève: Université de Genève, Département de sociologie, Certificat de politique sociale.
- Infodrog (2009). "Migration und Sucht." *SuchtMagazin*, 35(4): 47 S.

- Ingleby, David (2009a). European Research on Migration and Health. Utrecht, University of Utrecht.
- (2009b). "La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe: Les recherches en cours." *Hommes & Migrations*, 1282: 136-150.
- Jackson, Yves (2009). "Migration internationale : phénomène global, impact local, l'exemple de deux parasites." *Revue médicale suisse*, (5): 1022-1025.
- Jiekak Dommange, Sandrine et al. (2009). Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA en Suisse 2004-2008 : étude de faisabilité pour une enquête "sentinelle" auprès des femmes migrantes d'origine subsaharienne en particulier. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP): 31 p.
- Jimenez, Luz Evelyn (2009). Barriers to Interpreter Use in the Medical Clinical Encounter, Yale University School of Medicine. Doctor of Medicine.
- Karl-Trummer, Ursula und Birgit Metzler (2009). Health Care for Undocumented Migrants in the EU: Concepts and Cases. Vienna, Danube-University Krems, Center for Health and Migration.
- Kelly, Nataly (2008). "The voice on the other end of the phone." *Health Affairs*, 27(6): 1701-1706.
- Kofahl, C., J. Hollmann und B. Moller-Bock (2009). "Health-related self-help of immigrants in Germany. Chances, barriers, potential." *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 52(1): 55-63.
- König Setiadi, Marianne und Aline Bernhardt Keller (2009). Migrationsgerechte Suchtarbeit : Texte von der Praxis für die Praxis. Bern, Infodrog: 94 S.
- Krischke, Norbert et al. (2009). "Ein kultursensibler Zugang in der HIV/AIDS-Prävention und Versorgung: Das Bremer Afrika-Projekt." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 21.
- Künzli, Jörg (2009). "Übersetzen im Gesundheitsbereich : Ansprüche und Kostentragung " *Jusletter*, (6 Apr. 2009).
- Leao, T. S. et al. (2009). "The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study." *Ethnicity & Health*, 14(1): 93-105.
- Lee, C. (2009). "'Race' and 'ethnicity' in biomedical research: how do scientists construct and explain differences in health?" *Soc Sci Med*, 68(6): 1183-90.

- Levecque, K., I. Lodewyckx und P. Bracke (2009). "Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(3): 188-197.
- Li, X., J. Sundquist und K. Sundquist (2009). "Risks of rheumatic diseases in first- and second-generation immigrants in Sweden: a nationwide followup study." *Arthritis Rheum*, 60(6): 1588-96.
- Lindert, J. et al. (2009). "Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis." *Soc Sci Med*, 69(2): 246-57.
- Llacer, A. et al. (2009). "Discrimination and mental health in Ecuadorian immigrants in Spain." *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(9): 766-772.
- Locatis, Craig et al. (2009). "Comparing In-Person, Video, and Telephonic Medical Interpretation." *Journal of General Internal Medicine*.
- MacFarlane, A. et al. (2009). "Arranging and negotiating the use of informal interpreters in general practice consultations: Experiences of refugees and asylum seekers in the west of Ireland." *Social Science & Medicine*, 69(2): 210-214.
- Machado, M.C. et al. (2009). Maternal and Child Healthcare for Immigrant Populations. Lisbon, Ministry of Health Portugal, New University of Lisbon.
- Madar, A. A., K. I. Klepp und H. E. Meyer (2009a). "Effect of free vitamin D-2 drops on serum 25-hydroxyvitamin D in infants with immigrant origin: a cluster randomized controlled trial." *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(4): 478-484.
- Madar, A. A., L. C. Stene und H. E. Meyer (2009b). "Vitamin D status among immigrant mothers from Pakistan, Turkey and Somalia and their infants attending child health clinics in Norway." *British Journal of Nutrition*, 101(7): 1052-1058.
- Malin, M. und M. Gissler (2009). "Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland." *Bmc Public Health*, 9.
- Marlow, L. A., J. Wardle und J. Waller (2009). "Attitudes to HPV vaccination among ethnic minority mothers in the UK: an exploratory qualitative study." *Hum Vaccin*, 5(2): 105-10.
- Martelli, P. (2009). "Working together for public health." *Transcult Psychiatry*, 46(2): 316-27.

- Math, Antoine (2009). "Droit à la santé des ressortissants communautaires vivant en France: Les difficultés d'accès à la protection maladie et aux soins." *Hommes & Migrations*, 1282: 122-135.
- Maynard, M. J. et al. (2009). "Developing obesity prevention interventions among minority ethnic children in schools and places of worship: The DEAL (DiEt and Active Living) study." *BMC Public Health*, 9: 480.
- McEvoy, Mimi et al. (2009). "Teaching Medical Students How to Use Interpreters: A Three Year Experience." *Med Educ Online*, 14(12).
- McGraw, Audrey F. (2009). SpAN-IT: Spanish-speaking Audiovisual tool for Nurses-Improving Treatment. Chapel Hill, University of North Carolina.
- Mejean, C. et al. (2009). "Influence of acculturation among Tunisian migrants in France and their past/present exposure to the home country on diet and physical activity." *Public Health Nutrition*, 12(6): 832-841.
- Michelson, D. und I. Sclare (2009). "Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study." *Clin Child Psychol Psychiatry*, 14(2): 273-96.
- Millett, C. et al. (2009). "Ethnic Disparities in Coronary Heart Disease Management and Pay for Performance in the UK." *Journal of General Internal Medicine*, 24(1): 8-13.
- Mladovsky, P. (2009). "A framework for analysing migrant health policies in Europe." *Health Policy*, 93(1): 55-63.
- Molcho, Michal et al. (2009). Foreign-born Children in Europe: An Overview from the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study, New University of Ireland Galway, HBSC Study Group.
- Monge-Maillo, B. et al. (2009). "Imported Infectious Diseases in Mobile Populations, Spain." *Emerging Infectious Diseases*, 15(11): 1745-1752.
- Moreno-Reyes, R. et al. (2009). "Vitamin D deficiency and hyperparathyroidism in relation to ethnicity: a cross-sectional survey in healthy adults." *European Journal of Nutrition*, 48(1): 31-37.
- Moret, Joëlle und Janine Dahinden (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation. Kooperation mit Netzwerken von Zugewanderten*. Bern/Neuchâtel: EKM.
- Moscardelli, S. et al. (2009). "The experience of surgery "Salute senza Margini" dedicated to immigrants without residence permit in the Health District of Casalecchio di Reno of Azienda Unita Sanitaria

- Locale (AUSL) of Bologna." *Tropical Medicine & International Health*, 14: 71-71.
- Munoz, J. et al. (2009). "Clinical profile of *Trypanosoma cruzi* infection in a non-endemic setting: immigration and Chagas disease in Barcelona (Spain)." *Acta Trop*, 111(1): 51-5.
- Ndirangu, E. W. und C. Evans (2009). "Experiences of African immigrant women living with HIV in the U.K.: implications for health professionals." *J Immigr Minor Health*, 11(2): 108-14.
- Ngassa Djomo, Katja und Eva Schwarz (2009). "Das MiMi-Projekt setzt sich durch." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 16.
- Niederer, Iris et al. (2009). "Bodyweight and migration-related differences in motor abilities in preschool children "Ballabeina" [Abstract]."
- Norredam, Marie et al. (2009). "Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Dec;44(12): 1023-9.
- Owen, C. G. et al. (2009). "Ethnic and gender differences in physical activity levels among 9-10-year-old children of white European, South Asian and African-Caribbean origin: the Child Heart Health Study in England (CHASE Study)." *Int J Epidemiol*, 38(4): 1082-93.
- Pace, Paola (2009). *Migration and the Right to Health in Europe*. Brussels, International Organisation for Migration (IOM).
- Pauti, M. D., N. Simonnot und P. Estecahandy (2009). "[Development of actions for the prevention of HIV, hepatitis and sexually transmitted infections among immigrants consulting in the doctors of the world "Missions France"]." *Med Mal Infect*, 39(3): 191-5.
- Perez-Molina, J. A. et al. (2009). "Clinicoepidemiological Characteristics of HIV-Infected Immigrants Attended at a Tropical Medicine Referral Unit." *Journal of Travel Medicine*, 16(4): 248-252.
- Peters, J. et al. (2009). "Health and use of health services: a comparison between Gypsies and Travellers and other ethnic groups." *Ethnicity & Health*, 14(4): 359-377.
- Pfluger, Thomas, Andreas Biedermann und Corina Salis Gross (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen*. Herzogenbuchsee, Public Health Services.
- Plöckinger, U. et al. (2010). "Problems of diabetes management in the immigrant population in Germany." *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(1): 77-86.

- Poethko-Muller, C. et al. (2009). "Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany." *Vaccine*, 27(19): 2563-2569.
- Pool, E., H. Preston und I. van Schim van der Loeff (2009). "Health care for refused asylum seekers: evidence over ideology." *Lancet*, 374(9688): 437-8.
- Povlsen, L. und K. C. Ringsberg (2009). "Learning to live with a child with diabetes - problems related to immigration and cross-cultural diabetes care." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3): 482-489.
- Puig, Francisco, Françoise Ninane und Patrick Bodenmann (2009). "Soins aux requérants d'asile dans le canton de Vaud : un nouveau rôle : le gatekeeping infirmier." *Krankenpflege = Soins infirmiers*: 48-51.
- Rafnsson, S. B. und R. S. Bhopal (2009). "Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe." *European Journal of Public Health*, 19(5): 484-491.
- Regidor, E. et al. (2009). "The association between birthplace in different regions of the world and cardiovascular mortality among residents of Spain." *European Journal of Epidemiology*, 24(9): 503-512.
- Renner, W. und I. Salem (2009). "Post-traumatic stress in asylum seekers and refugees from Chechnya, Afghanistan, and West Africa: gender differences in symptomatology and coping." *Int J Soc Psychiatry*, 55(2): 99-108.
- Riesch, Nicole (2009). "Gesundheitssport für Muslimas." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 18.
- Ritsatakis, Anna und Péter Makara (2009). Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases. Jill L. Farrington, Robert Geneau and Bosse Pettersson. Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Health Organization.
- Rodriguez, N. A. et al. (2009). "Transmission permeability of tuberculosis involving immigrants, revealed by a multicentre analysis of clusters." *Clinical Microbiology and Infection*, 15(5): 435-442.
- Ronellenfitch, U. et al. (2009). "Stomach cancer mortality in two large cohorts of migrants from the Former Soviet Union to Israel and Germany: are there implications for prevention?" *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 21(4): 319-326.

- Ruzzante, N. H. et al. (2009). "Stress and psychopathology in immigrant women: Impact on quality of life." *Behavioral Psychology-Psicologia Conductual*, 17(3): 595-607.
- Salis Gross, Corina (2009a). ""(Nicht-)Rauchen wie ein Türke?"" *SuchtMagazin*, (4): 30-34.
- (2009b). *Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Schlussbericht an den Tabakpräventionsfonds.*
- Sargent, C. und S. Larchanche (2009). "The Construction of "Cultural Difference" and Its Therapeutic Significance in Immigrant Mental Health Services in France." *Culture Medicine and Psychiatry*, 33(1): 2-20.
- Schepker, R. (2009). "Child and Adolescent Psychiatry Approaches to Integration and Prevention of Psychiatric Disorders in Immigrant Children." *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 58(4): 263-277.
- Schouler-Ocak, M. et al. (2009). "[Patient with a history of immigration in inpatient psychiatric clinics--representative country-wide survey of the "Psychiatry and Immigration" Working Group of the Federal Directors Conference]." *Psychiatr Prax*, 36(4): 202.
- Schumacher, Erika (2009). "Patientenkommunikation im Zentrumsspital : vom Arealplan bis zum Sozialdienst." *Competence*: 10-11.
- Schwarz-Nielsen, K. H. und A. Elklitt (2009). "An evaluation of the mental status of rejected asylum seekers in two Danish asylum centers." *Torture*, 19(1): 51-9.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2009a). *Gesundheitskompetenz : zwischen Anspruch und Umsetzung.* Zürich: Seismo.
- (2009b). *Transkulturelle Kompetenz: Bildungsunterlagen.* Wabern, Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Scotto, G. et al. (2009). "Tuberculosis and immigrants: a SIMIT (Italian Society of Infectious Diseases) Clinical, Epidemiological Multicentric Research Investigation." *New Microbiologica*, 32(1): 39-47.
- Siva, N. (2009). "Race relations in the UK's National Health Service." *Lancet*, 373(9679): 1935-6.
- Smith, N. R., Y. J. Kelly und J. Y. Nazroo (2009). "Intergenerational continuities of ethnic inequalities in general health in England." *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(3): 253-258.

- Stafford, M., L. Becares und J. Nazroo (2009). "Objective and perceived ethnic density and health: findings from a United Kingdom general population survey." *Am J Epidemiol*, 170(4): 484-93.
- Staniloiu, A. et al. (2009). "Ganser syndrome with work-related onset in a patient with a background of immigration." *Cogn Neuropsychiatry*, 14(3): 180-98.
- Steinhausen, Hans-Christoph, Cinzia Bearth-Carrari und Christa Winkler Metzke (2009). "Psychosocial adaptation of adolescent migrants in a Swiss community survey." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(4): 308 - 316.
- Stronks, K., I. Kulu-Glasgow und C. Agyemang (2009). "The utility of 'country of birth' for the classification of ethnic groups in health research: the Dutch experience." *Ethn Health*, 14(3): 1-14.
- Svejda-Hirsch, Lenka und Peter Streb (2009). "Kulturwechsel und Erkrankung : von Unterschieden und Gemeinsamkeiten." *Bulletin des médecins suisses = Schweizerische Ärztezeitung*: 1585-1587.
- Tabouri, Aziz (2009). "L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés." *Hommes&Migrations*, 1282: 102-106.
- Taylor, Keith (2009). "Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: a UK perspective." *British Journal of General Practice*, 59: 765-772.
- Tempany, Madeleine (2009). "What Research tells us about the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Sudanese Refugees: A Literature Review." *Transcultural psychiatry*, 46(2): 300 - 315.
- Thabit, H. et al. (2009). "Globalization, immigration and diabetes self-management: an empirical study amongst immigrants with type 2 diabetes mellitus in Ireland." *Qjm-an International Journal of Medicine*, 102(10): 713-720.
- Therianos-Abdelmoumène, Selma (2009). Migration et compétence sanitaire : constats et exemple de l'Hôpital de l'enfance à Lausanne. Lausanne, IEMS (Institute of Health Economics and Management): 49 f.
- Toar, M., K. K. O'Brien und T. Fahey (2009). "Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study." *Bmc Public Health*, 9.
- Trillo, G. et al. (2009). "Access to health services for undocumented immigrants in Italy." *Tropical Medicine & International Health*, 14: 229-230.

- Tubert-Jeannin, S. et al. (2009). "Caries prevalence and fluoride use in low SES children in Clermont-Ferrand (France)." *Community Dental Health*, 26(1): 23-28.
- van der Veen, Y. J. J. et al. (2009). "Hepatitis B screening in the Turkish-Dutch population in Rotterdam, the Netherlands; qualitative assessment of socio-cultural determinants." *Bmc Public Health*, 9.
- van Vliet, M. et al. (2009). "Ethnic differences in cardiometabolic risk profile in an overweight/obese paediatric cohort in the Netherlands: a cross-sectional study." *Cardiovasc Diabetol*, 8: 2.
- Varcoe, C. et al. (2009). "Harms and benefits: collecting ethnicity data in a clinical context." *Soc Sci Med*, 68(9): 1659-66.
- Vieno, A. et al. (2009). "Health Status in Immigrants and Native Early Adolescents in Italy." *Journal of Community Health*, 34(3): 181-187.
- Voll, Peter und Chantal Wyssmüller (2009). *Indikatorensatz zur Erfassung des Migrationshintergrundes in schweizerischen Gesundheitsdatenerhebungen*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Vrgoc-Mirkovic, Jokica (2009). "Hat sich der Balkankrieg auf die psychische Gesundheit der Migranten ausgewirkt?" *Schweizerische Ärztezeitung*, 90(21/22): 871-874
- Wächter, Marcus (2009). "Internetportal zur Recherche nach fremdsprachigen Gesundheitsangeboten." *Impulse - Newsletter zur Gesundheitsförderung*, (1. Quartal/März): 19.
- Wahlbeck, K. (2009). Background document for the Thematic Conference on Prevention of Depression and Suicide. Luxembourg, European Communities.
- Wiking, E. et al. (2009a). "A description of some aspects of the triangular meeting between immigrant patients, their interpreters and GPs in primary health care in Stockholm, Sweden." *Family Practice*, 26(5): 377-383.
- (2009b). "Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2): 290-297.
- Winizki, David (2009). "Heraus aus der Schattenmedizin! Skandalöse Gesundheitsversorgung von Sans Papiers in der Schweiz." *Widerspruch*, 29(56): 39-48.

- Winkler, V. et al. (2009). "Cancer profile of migrants from the Former Soviet Union in Germany: incidence and mortality." *Cancer Causes & Control*, 20(10): 1873-1879.
- Wolter, H. und S. Stark (2009). "Complementary System of Health Care in Cooperation with Migrant Communities - Requirements for Successful Integration in Health Care." *Gesundheitswesen*, 71(6): 358-362.
- Wuschek, Ulrike (2009). "Niederschwellige gynäkologische Sprechstunde in Zürich." *Intercura*, (105): 47-53.
- Wyssmüller, C., J. Dahinden und D. Efionayi-Mäder (2006a). Erarbeitung der Grundlagen für eine Nachfolgestrategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit. Modul 1 : Dokumenten und Literaturreview - Arbeitsbericht. Neuchâtel, SFM.
- (2006b). Ergänzung zum internen Arbeitsbericht Modul 1: Sozial-epidemiologische Arbeiten im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit. Neuchâtel, SFM.
- Wyssmüller, Chantal, Bülent Kaya und Denise Efionayi-Mäder (2009). *Migration und Gesundheit : Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2006-2008*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Zachariassen, K. E. und T. P. Flaten (2009). "Is fluoride-induced hyperthyroidism a cause of psychosis among East African immigrants to Scandinavia?" *Med Hypotheses*, 72(5): 501-3.

Anhang:

Démarches méthodologiques

La recherche documentaire en ligne s'est effectuée en deux démarches successives. La première démarche comprend les procédés visant, d'une part, à délimiter la thématique « migration et santé » et, d'autre part, à déterminer les dispositifs de recherche. Quant à la seconde démarche, elle table sur la recherche documentaire en ligne proprement dite et la sélection des références à analyser.

Dans les paragraphes suivants, nous décrivons de manière détaillée chacune de ces démarches suivies.

Délimitation thématique et détermination du dispositif de recherche

Délimitation thématique

La problématique « migration et santé » regroupe plusieurs thèmes qui peuvent être abordés sous des angles variés (accès au système de santé, état de santé des migrants, politiques de santé publique, par exemple). De ce fait, une délimitation thématique était nécessaire. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur la structure du rapport précédent et les domaines d'action de la stratégie M+S à savoir :

1. *Migration et santé : travaux fondamentaux et ouvrages généraux*
2. *Publications sur l'état de santé des populations migrantes*
3. *Ouvrages spécifiques aux domaines d'action de la Stratégie M+S :*
 - *Promotion de la santé et prévention (une attention particulière sera portée à l'alimentation et l'activité physique)*
 - *Formation et formation continue dans le domaine de la santé et des soins de santé*
 - *Interprétation interculturelle*
4. *Tendances et lacunes observées par les auteurs des recherches dans le domaine étudié*

Il importe de mentionner que, dans la présente étude, le thème de l'« interprétariat par téléphone » a été traité de manière séparée dans la mesure où nous avons procédé à une recherche à part en utilisant les mots-clés spécifiques correspondants en la matière.

Détermination du dispositif de recherche

La précédente revue de la littérature en matière de « migration et santé »⁵⁰ a proposé quelques modifications d'ordre méthodologique dans la perspective d'une mise à jour. Il a été proposé de restreindre la recherche dès le départ à certaines bases de données, à certains pays ainsi qu'à certaines langues que l'on désire prendre en compte.

⁵⁰ Wyssmüller, Chantal et Bülent Kaya en collaboration avec Denise Efionayi-Mäder (2009). Migration et santé. Vue d'ensemble d'un choix d'ouvrages spécialisés, publiés de 2006 à 2008. Berne : Office fédéral de la santé publique, Programme national Migration et santé.

Sur la base de cette recommandation, une rencontre avec le mandant a été organisée lors de laquelle les limitations suivantes ont été retenues en ce qui concerne les bases de données, les pays, l'année de publication ainsi que les langues de publication :

- Les bases de données consultées pour les articles scientifiques sont Web of Science⁵¹, Francis⁵², SAPHIR⁵³, PubMed⁵⁴ ainsi que Google Scholar (uniquement pour l'interprétariat téléphonique). Pour les livres, les catalogues de bibliothèques qui étaient consultés sont RERO⁵⁵, IDS⁵⁶, NEBIS⁵⁷ et SFM⁵⁸ ainsi que les catalogues des organisations internationales telles l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Union européenne (UE) et l'Organisation internationale des migrations (OIM).
- Les références en provenance de pays suivant sont retenues : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, le Finlande, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse⁵⁹. En principes, les sources en provenance d'autres pays sont exclues. Ne sont retenues que celles, notamment en provenance des Etats-Unis et du Canada, qui présentent un intérêt très particulier pour notre problématique.
- Sont retenues les références publiées en 2009 dans une de ces trois langues, à savoir l'allemand, l'anglais et le français.
- Les mots-clés du domaine « migration » sont combinées avec les mots-clés du domaine « Santé ».

⁵¹ **Web of Science** est une base de données bibliographiques qui dépouille plus de 8.500 périodiques internationaux parmi les mieux cotés dans le monde répartis parmi 230 disciplines.

⁵² La base de données **Francis** est produite par l'Institut de l'information scientifique et technique (INIST) à Paris. C'est une base de données bibliographique multidisciplinaire et multilingue signalant près de 1.1 million de références bibliographiques dans les domaines des sciences humaines. Les genres de documents répertoriés sont surtout des articles de périodiques.

⁵³ Base de données du **CHUV** (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois).

⁵⁴ **PubMed** est le principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la biologie et surtout de la médecine scientifique. PubMed donne accès à la base de données bibliographique MEDLINE, rassemblant des citations et des résumés d'articles de recherche biomédicale.

⁵⁵ **RERO** désigne le réseau des bibliothèques de Suisse occidentale. Il regroupe la plupart des bibliothèques universitaires, publiques et patrimoniales des cantons de Genève, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud. RERO gère un catalogue collectif d'environ 215 bibliothèques (<http://www.rero.ch>).

⁵⁶ Le réseau **IDS** (Informationsverbund Deutschschweiz) comprend plus de 450 bibliothèques. La plupart de ces bibliothèques se trouvent en Suisse alémanique, mais il y en a également en Suisse romande et au Tessin. IDS recense plus de 13,5 millions de notices bibliographiques et plus de 19,5 millions d'exemplaires.

⁵⁷ **NEBIS**, le réseau de bibliothèques et de centres d'information en Suisse rassemble plus de 80 bibliothèques d'universités, de HES et d'organismes de recherche de toutes les régions linguistiques. Le catalogue NEBIS contient environ 3 millions de titres : livres, séries et revues.

⁵⁸ La bibliothèque du **SFM** (Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population), contient environ 16000 titres.

⁵⁹ Il importe à mentionner que, sur la base de l'expérience pendant l'élaboration de la revue de littérature précédente, l'équipe de recherche et le mandant ont décidé de ne pas prendre en considération la littérature grise en Suisse.

Nous résumons le procédé de la détermination du dispositif de recherche dans le tableau suivant.

Tableau 1 : le dispositif de recherche

Sources	Articles scientifiques Web of Science / Francis / PubMed / SAPHIR / Google Scholar Livres publiés RERO / IDS / NEBIS / SFM Livres publiés OMS / UE / OIM
L'année de publication	Références publiées en 2009
Zone géographique	l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, le Finlande, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse
Langue de publication	L'allemand, l'anglais et le français
Mots-clés du domaine de la migration	emigration, immigration, migration, emigrants, immigrants, migrants, ethnic groups, minority groups, race relations, foreign born, transients, refugees,
Mots-clés du domaine de la santé	preventive health services, prevention and control, health promotion, health behavior, preventive medicine, preventive psychiatry, primary prevention, health services, health services needs and demand, health services research, health services misuse, health services accessibility, delivery of health care, health care surveys, health care reform, process, assessment, outcome assessment, health care costs, quality assurance, patient acceptance of health care, health care rationing, quality of health care, primary health care, quality indicators, outcome and process assessment, healthcare disparities, needs assessment, cultural competency, transcultural nursing, communication barrier, physician-patient relations, professional-patient relations, nurse-patient relations, minority health, public health, social medicine, epidemiology
Mots-clés du domaine de l'interprétariat téléphonique	Telephone interpreter use, interprétariat médical, interprétariat communautaire, professional interpreters, professional interpreter services, healthcare Interpreters, translating, communication barriers, physician-patient relations, Language interpreter utilization limited

Opérationnalisation du dispositif de recherche

Dans cette dernière étape de notre première démarche, nous avons rendu techniquement opérationnel le dispositif de recherche ainsi déterminé. Il s'agissait d'adapter les critères de sélection retenus à chaque base de données (mots-clés, teste de limitations, activation des alertes etc.) et de valider la pertinence du processus entamé.

Recherche documentaire en ligne et sélection des références à analyser

Lors de cette seconde démarche, après avoir testé les dispositifs de recherche et apporté quelques améliorations (notamment concernant la combinaison de keywords), nous avons procédé à la recherche documentaire en ligne proprement dite. Elle a été réalisée en février 2010. En utilisant les mots-clés (keywords) identifiés, nous avons construit une syntaxe en combinant les mots-clés du domaine de la « migration » avec ceux de la « santé ». Pour ce dernier domaine, nous avons pris les mots clés correspondant aux thèmes des domaines d'action de la Stratégie M+S

Publications/documents mis en ligne après notre recherche en ligne

Pour saisir les publications/documents qui sont parues en 2009, mais mis en ligne après notre recherche en ligne en février 2010, nous avons utilisé un outil de recherche que l'on qualifie de « veille documentaire », qui recourt à une technique de surveillance automatisée afin de rechercher de l'information dans les bases de données. Les systèmes d'alerte auxquels nous nous sommes inscrits ont sauvegardé notre syntaxe (combinaison des mots-clés) que nous avons déterminée pour chaque base de données. Ceux-ci ont été lancés de façon automatique dans les bases de données et les résultats de recherche sont ensuite envoyés dans notre courriel. Toutes références pertinentes ainsi obtenues (soit 13 références) ont été ajoutées à notre base de données sur EndNote.

Après avoir éliminé les doublons, nous avons obtenu un nombre d'environ 500 références qui ont fait l'objet d'une sélection plus stricte et détaillée.

Tableau 2 : nombre de références répertoriées dans les sources retenues pour l'analyse

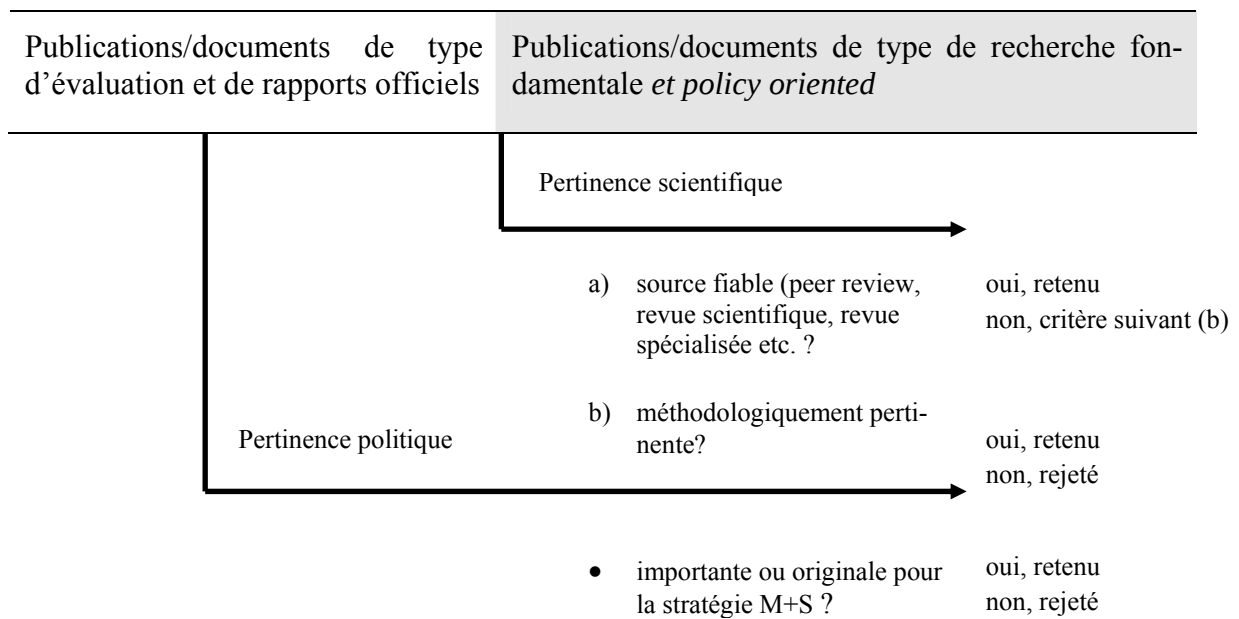
Migration et santé		
	Références répertoriées	Références retenues
Références suisses	Environ 50	39
Références étrangères	Environ 450	160
Total	Environ 500	199

Sélection finale des références à analyser

Ces environ 500 références ainsi obtenues ont fait l'objet d'une sélection finale selon leur pertinence scientifique et/ou leur pertinence politique. Si une publication provient d'une source considérée généralement comme fiable telles des revues avec peer reviews, revues scientifiques, revues spécialisées (Fachzeitschriften), journaux/bulletins professionnels, nous l'avons considérée comme scientifiquement pertinente. Si ce n'est pas le cas, la pertinence scientifique de la publication est estimée par nous en tenant compte de ses aspects théoriques et méthodologiques (références à des travaux scientifiques précédents, définition claire du groupe étudié, nombre suffisant de l'échantillon, etc.). Nous résumons les détails de ce procédé ci-dessous (cf. Figure 1).

Suite à cette démarche, 198 références ont été gardées pour l'analyse, c'est-à-dire pour la rédaction de la revue de littérature en matière de migration et santé 2009.

Figure 1 : dimensions prises en considération pour la dernière sélection



Recherche documentaire sur l'interprétariat par téléphone

Comme il a été mentionné ci-dessus, la recherche sur le thème de l'interprétariat téléphonique a fait l'objet d'un procédé à part. Celle-ci a été limitée aux pays relativement bien avancés en matière d'interprétariat par téléphone, à savoir l'Australie, le Canada, la Finlande, la France et la Suède.

Toutes les références répertoriées lors de la recherche en ligne ont été exportées sur le logiciel EndNote. Nous avons ainsi créé une première version de notre propre base de données. Il s'agit en tout de 67 références dont 10 références ont été retenues pour l'analyse.