



Diversität und Chancengleichheit

Grundlagen für erfolgreiches Handeln
im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen

Mit DVD Verstehen kann heilen

Peter Saladin, Herausgeber

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

Dritte, unveränderte Auflage

Diversität und Chancengleichheit

Grundlagen für erfolgreiches Handeln

im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen



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

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

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

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

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

Diversität und Chancengleichheit

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

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

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

Peter Saladin (Herausgeber) unter Mitarbeit von Renate Bühlmann, Janine Dahinden, Rahel Gall Azmat, Gerhard Ebner und Joachim Wohnhas

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

© 2006, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern

© 2006, H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern

ISBN 978-3-033-021877

Dritte, unveränderte Auflage 2009

Die Publikation erscheint in deutscher, französischer (Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé), italienischer (Diversità e pari opportunità. Basi per un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie) und in englischer Sprache (Diversity and equality of opportunity. Fundamentals for effective action in the microcosm of the health care institution).

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

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

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

Lektorat: Peter Frehner, AbisZ Kommunikation, Basel

Gestaltung und Satz: Esther Schreier, Basel

Videostills: artefakt wort+bild, Bern

Druck: Stämpfli Publikationen AG, Bern

Bindung: Schumacher AG, Buchbinderei, Schmitten

Schrift: Frutiger

Auflage 2009: 1000 Expl. (deutsch, dritte unveränderte Auflage),

500 Expl. (französisch, zweite unveränderte Auflage)

Papier: Arctic the Volume 150 g/m² (FSC-zertifiziert), Opalin Premium 335 g/m²



© Mix

Produktgruppen aus vorbildlich
bewirtschafteten Wäldern, kontrollierten
Herkünften und Recyclingholz oder -fasern.
www.fsc.org Cert. No. SQS-COC-23903
© 1996 Forest Stewardship Council

Diversität und Chancengleichheit

Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen

Herausgeber
Peter Saladin

Unter Mitarbeit von
Renate Bühlmann
Janine Dahinden
Rahel Gall Azmat
Gerhard Ebner
Joachim Wohnhas

Dritte, unveränderte Auflage

Eine Publikation des Bundesamtes für Gesundheit BAG
in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz
(2009)

6_ Dank

7_ Vorwort

9_ Für die eilige Leserin
und den eiligen Leser

Einführung

- 15_ Warum dieses Handbuch?
- 17_ Gesundheitsinstitutionen –
ein vielfältiger Mikrokosmos
- 18_ Strategie des Bundes 2002–2007:
Migration und Gesundheit
- 19_ Projekt Migrant Friendly Hospitals –
Spitalnetzwerk für die Migrations-
bevölkerung (MFH)

Migration
und transkulturelle Kompetenz

- 23_ Migration und Diversität
- 26_ Transkulturelle Kompetenz
- 28_ Kommunikation: Fremde Sprachen
im Spital
- 31_ Forschung im Bereich Migration
und Gesundheit

Unternehmerische Herausforderungen
durch Diversität und Migration

- 35_ Management der Diversität
- 37_ Qualität – ein Widerspruch zu
Wirksamkeit, Zweckmässigkeit,
Wirtschaftlichkeit?
- 38_ Finanzierungsfragen

Empfehlungen

- 43_ Empfehlungen
- 44_ Unternehmensstrategie
- 46_ Erhebung von diversitätspolitisch relevanten Informationen
- 47_ Qualität
- 49_ Hintergrundinformation: Messung der Zufriedenheit von Spitalpatientinnen und -patienten mit Migrationshintergrund
- 52_ Mitarbeitende als Träger und Vermittler transkultureller Kompetenz
- 55_ Medizinisch-pflegerische Prozesse
- 61_ Hintergrundinformation: Gesundheitsversorgung für Sans Papiers: Unité mobile de soins communautaires an der Universitäts-Poliklinik in Genf
- 63_ Dolmetschen und Übersetzen
- 65_ Hintergrundinformation: Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen
- 67_ Hintergrundinformation: Telefondolmetschen im Spital
- 68_ Hintergrundinformation: Möglichkeiten der Verwendung von Piktogrammen in der Verständigung mit Patientinnen und Patienten der Migrationsbevölkerung in Schweizer Spitälern
- 71_ Fortbildung der Mitarbeitenden
- 73_ Hintergrundinformation: Beispiel eines Rahmenprogramms für die interdisziplinäre Fortbildung über Diversität, Migration und Gesundheit in den Bereichen Geburtshilfe, Krankenpflege, Medizin, Management
- 76_ Zentrale Dienste

Das Netzwerk – Adressen von Fach- und Beratungsstellen

- 81_ Eidgenössische Behörden
- 82_ Kantonale und kommunale Behörden
- 83_ Nationale Nicht-Regierungsorganisationen (NGO)
- 85_ Regionale Nicht-Regierungsorganisationen und weitere Fachstellen
- 86_ Forschung
- 88_ Internationale Kontakte

Anhänge

- 91_ Begriffsdefinitionen im Bereich Migration und Gesundheit
- 96_ Die Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa
- 102_ Qualitätsfragebogen aus dem EU-Pilotprojekt Migrant Friendly Hospitals
- 107_ Nationale Standards für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen im Gesundheitswesen der USA

Literatur | Hilfsmittel | Mitwirkende

- 111_ Literatur
- 114_ Hilfsmittel
- 116_ Mitwirkende

Dank

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

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

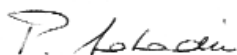
An dieser Stelle danke ich allen Personen, die mit ihrem Wissen, ihren Erfahrungen und ihrem persönlichen Engagement zur Realisierung dieser Publikation beigetragen haben. In erster Linie sind es die Mitglieder des Herausgeberteam und die übrigen Autorinnen und Autoren (siehe Verzeichnis der Mitwirkenden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

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

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

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

P. Saladin



Präsident H+
Projektleiter

Vorwort

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

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

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

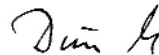
Die Voraussetzungen zur Realisierung dieses Ziels sind zurzeit nicht ideal: Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen sind unter Spardruck bei gleichzeitig wachsenden Ansprüchen an ihre Qualität und Leistungsbereitschaft. Ein kompetenter Umgang mit Migrantinnen und Migranten vermag aber nicht nur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

Prof. Dr. Thomas Zeltner



Direktor
Bundesamt für Gesundheit BAG

Dr. Markus Dürr



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

Für die eilige Leserin und den eiligen Leser

Das vorliegende Handbuch will die schweizerischen Gesundheitsinstitutionen¹ – Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege – in ihren Bestrebungen unterstützen, für die unübersehbaren gesellschaftlichen Phänomene von Diversität und Migration eine glaubwürdige und erfolgreiche Antwort zu finden. Es richtet sich in erster Linie an die für die Unternehmenspolitik verantwortlichen Leitungsorgane. Ihr bewusster und kluger Umgang mit Fragestellungen im Zusammenhang mit Diversität und Migration sowie die sorgfältige Abwägung von Chancen und Risiken bei der Planung und Umsetzung entsprechender Massnahmen bilden die Voraussetzungen für erfolgreiches Handeln. Die konsequente Orientierung am Wohl von Hilfe suchenden Menschen steht dabei im Zentrum.

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

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

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

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

Für die eilige Leserin und den eiligen Leser

| Peter Saladin

Einführung

Migration und
transkulturelle Kompetenz

Unternehmerische Herausforderung

Empfehlungen

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

Unternehmerische Grundlagen	Die Handlungsempfehlungen lassen sich wie folgt zusammenfassen: → Die unternehmerischen Grundlagen wie Auftrag, Mission, Strategie, Angebotsportfolio und Ressourcenplanung sollen sich ausdrücklich auf die Verwirklichung einer diversitäts- und migrationsgerechten Unternehmenspolitik beziehen. Durch geeignete Organisationsentwicklungsprojekte werden das selbstkritische Hinterfragen bestehender Grundlagen sowie handlungsorientierte Neuorientierungen gefördert. Persönliche Überzeugung und Handlungsweise der Leitungsorgane sind Voraussetzung für den Erfolg.
Spezifische Daten	→ Der vielfältige Mikrokosmos von Gesundheitsinstitutionen ist durch spezifische Daten über die eigene Institution und ihre Leistungen erkennbar, in seinen Dimensionen erfassbar und deren Bedeutung für den Erfolg der Institution beurteilbar zu machen. Diese Daten dienen nicht der Abgrenzung, sondern der Integration. Der Datenschutz ist zu beachten.
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	→ Massnahmen zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität schliessen ausdrücklich auch die diversitäts- und migrationsspezifischen Aspekte mit ein. Ihre Berücksichtigung ist eigentlicher Prüfstein für eine patientinnen- und kundenorientierte Leistungserbringung. Wer Unterschiede in den jeweiligen Ausgangslagen beachtet, kann effiziente Strukturen und Prozesse gestalten, die massgeschneiderte Resultate ermöglichen.
Kompetenzen von Mitarbeitenden	→ Die vielfältigen Kompetenzen von Mitarbeitenden aufgrund ihrer Herkunft, Sprache, Religionszugehörigkeit und ihres sozialen Status sollen erkannt, genutzt und gefördert werden. Sie stellen eine Chance dar für die Verwirklichung transkultureller Kompetenz in der Organisation. Die personalpolitischen Grundlagen, die Personaldienste, die Anstellungs- und Beförderungsrichtlinien sowie die Informations- und Kommunikationspraxis haben dieser Situation Rechnung zu tragen.
Medizinisch-pflegerische Prozesse	→ Die medizinisch-pflegerischen Prozesse sind von einem personenzentrierten, die mündige Patientin und den mündigen Patienten respektierenden Ansatz her zu gestalten. Die Prozesse für den regulären Eintritt, den Notfalleintritt, die Diagnose, die Behandlung und den Austritt richten sich danach. Werden Informationen zwischen Menschen mit unterschiedlichen Sprachen und Sprachverständnissen ausgetauscht, kommt dem gegenseitigen Verstehen grösste Bedeutung zu, insbesondere beim Informed Consent. Der Beizug von sprachkundigen Personen in unterschiedlichen Situationen ist schriftlich geregelt und in der Institution bekannt. Die individuellen Ressourcen von Patientinnen und Patienten, von Bewohnerinnen und Bewohnern² sowie ihres Umfeldes werden bewusst genutzt und gefördert.
Sprachvermittlung	→ Zur Überwindung von Sprachbarrieren sind die verschiedenen Möglichkeiten von Sprachvermittlung in der Institution zu verankern und zu regeln. Je nach Bedarf und unter definierten Voraussetzungen sollen externe Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzugezogen (allenfalls per Telefon), mehrsprachige Mitarbeitende als Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt, Bild- und Sprachhilfen (Piktogramme oder Wörterbücher) verwendet, Familienmitglieder und Bezugspersonen angefragt sowie schriftliche Übersetzungen abgegeben werden. Es ist Aufgabe der Leitungsorgane, die Einsatzmöglichkeiten zu regeln und die dafür nötigen Voraussetzungen zu schaffen. Die notwendigen personellen und finanziellen Mittel sind bereit zu stellen, so dass ein möglichst niederschwelliger, diskriminierungsfreier Zugang zu den einzelnen Instrumenten möglich ist.
Fortbildung der Mitarbeitenden	→ Die Mitarbeitenden sind kontinuierlich und systematisch fortzubilden, um die Behandlungsqualität in einem sich stets wandelnden Umfeld zu sichern. Damit erhalten die Mitarbeitenden Sicherheit im Umgang mit Angehörigen unterschiedlicher Herkunft, Sprache,

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

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

- Die zentralen Dienste einer Institution wie die administrative Aufnahme und Entlassung, die Telefondienste, die Auskunft-, Informations- und Dokumentationsdienste, die Dienste für Angelegenheiten von Patientinnen und Patienten (zum Beispiel: Besuchsregelungen), die Hotellerie, die religiösen Dienste sowie die Sozialdienste verfügen über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten, mit den unterschiedlichen Bedürfnissen von Einzelnen und Anspruchsgruppen umzugehen. Zentrale Dienste
- Die Gesundheitsinstitutionen nutzen das eng geflochtene, nationale und internationale Netzwerk (Seiten 81–88). Dieses ermöglicht Unterstützung und Hilfestellungen sowie einen Austausch über neue Erkenntnisse und Erfahrungen. Eine breit gefächerte, wissenschaftliche Literatur vertieft einzelne Themen (Seiten 111–113). Die «Amsterdamerklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa» aus dem Jahre 2005 setzt Massstäbe für die künftige Entwicklung (Seiten 96–101). Netzwerk

Dieses Handbuch soll Ausgangspunkt für eine vertiefte Auseinandersetzung der Institutionen der Gesundheitsversorgung mit den Themen Diversität, Migration und Chancengleichheit sein, mit dem Ziel, optimale Dienstleistungen für alle Bevölkerungsgruppen zu erbringen. Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis werden weitere Entwicklungen befruchten. Zielpublikum

Einführung

Warum dieses Handbuch?

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

Drei Herausforderungen gewinnen offensichtlich an Bedeutung:

- Die Erwartungen von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern² an die stationäre und ambulante Behandlung und den Aufenthalt in Gesundheitsinstitutionen werden auf Grund unterschiedlicher Herkunft, Kultur, Sprache, Wertvorstellungen, gesellschaftlicher und individueller Prägungen sowie des unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverhaltens immer vielfältiger. Dabei geht es nicht allein um Menschen, die während der letzten Jahre und Jahrzehnte durch Migration in unser Land gekommen sind und hier leben; auch die innerschweizerische Migration von Nord nach Süd, von West nach Ost und vom Land in die Stadt schafft Situationen, bei denen das Andersartige, das Verschiedene auf allen Ebenen einer Gesundheitsinstitution zum Thema wird.
- Erfahrungen und wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass der Gesundheitszustand von Angehörigen der Migrationsbevölkerung und von Minderheiten oft schlechter ist als jener der einheimischen Bevölkerung. Dafür gibt es vielfältige Gründe: Unterschiede bei den persönlichen Ressourcen, soziale Ungleichgewichte und ungleicher Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen. Den zentralen Grundwerten der schweizerischen Bundesverfassung gemäss den Artikeln 2, 7 und 8 ist auch und insbesondere im Gesundheitsbereich Nachachtung zu verschaffen, etwa der (möglichst grossen) Chancengleichheit, Menschenwürde und Rechtsgleichheit.
- Ein beachtlicher Teil der Mitarbeitenden von Spitälern, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege – Ärzteschaft, Pflegende, Angehörige zahlreicher anderer Spitalberufe – stammt aus dem Ausland. Ohne sie könnten die schweizerischen Gesundheitsinstitutionen ihre Aufgaben nicht erfüllen.

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

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

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

Warum dieses Handbuch?

| Peter Saladin

Herausforderungen

Zentrale Fragestellungen

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

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

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

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

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

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

Gesundheitsinstitutionen – ein vielfältiger Mikrokosmos

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

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

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

Im Jahre 2003² wurden 36 473 im Ausland lebende Personen in schweizerischen Spitälern stationär oder teilstationär behandelt, das heisst 2.7% der insgesamt 1.3 Millionen Patientinnen und Patienten. Geht man davon aus, dass die Personen mit Migrationshintergrund das Gesundheitssystem etwa in gleichem Ausmass in Anspruch nehmen wie Schweizerinnen oder Schweizer, kämen rund 22% dazu: Insgesamt sind also schätzungsweise ein Viertel der behandelten Personen in den öffentlichen und privaten Spitälern der Schweiz Ausländerinnen und Ausländer oder Personen, die im Ausland wohnhaft sind. Allerdings bestehen grosse Unterschiede zwischen einzelnen Institutionen, je nach Leistungsangebot und / oder geografischer Lage.

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

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

Gesundheitsinstitutionen – ein vielfältiger Mikrokosmos

| Peter Saladin

Anteile von Ausländern
an Wohnbevölkerung

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

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

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

Strategie des Bundes 2002–2007: Migration und Gesundheit

| Petra Aemmer

Strategie des Bundes 2002–2007: Migration und Gesundheit

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

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

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

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

Fünf Interventionsbereiche

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

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

www.bag.admin.ch

Gesundheitsversorgung

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

www.mfh-eu.net

Projekt MFH

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

Die Ziele des Projektes, das vom 1. 12. 2003 bis 30. 11. 2007 dauert, sind:

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

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

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

Über die langfristige Institutionalisierung des Netzwerkes nach Ablauf des Projektes sind zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Publikation noch keine Entscheidungen gefallen. Ziel ist es, die Nachhaltigkeit der eingeleiteten Prozesse durch eigenständige Organisationsentwicklungen und gemeinsame Anstrengungen von Gesundheitsinstitutionen zu sichern.¹

Detaillierte Informationen über das Projekt Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH) – können im Internet eingesehen werden: www.hplus.ch ▶ Branchenlösungen ▶ Migrant Friendly Hospitals.

Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung (MFH)

| Peter Saladin

Erfahrungsaustausch

Finanzierung

Nachhaltigkeit

¹ Seit 2007 ist das Netzwerk MFH Teil des Schweizerischen Netzwerkes gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Siehe www.healthhospitals.ch

www.hplus.ch

Migration und transkulturelle Kompetenz

Migration und Diversität

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

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

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

Migration und Diversität

| Janine Dahinden

Die Schweiz:
Vom Auswanderungs-
zum Einwanderungsland

Diversifizierung
der Migrationsbevölkerung

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

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

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

4 Piguet E (2005) L'immigration en Suisse depuis 1948. Une analyse des flux migratoires vers la Suisse. Seismo, Zürich und

Wicker HR (2003) Einleitung: Migration, Migrationspolitik und Migrationsforschung. In: Wicker HR, Fibbi R und Haug W (Hg.) Migration und die Schweiz. Seismo Zürich, 12–62

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

Diversität und Pluralität
als Elemente von modernen
Gesellschaften

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

Migration
und Chancengleichheit

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

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

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

Diversität und
Gesundheitsinstitutionen

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

Zwei Wege

Um dies zu ermöglichen, sind zwei Wege gleichzeitig einzuschlagen:

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

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

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

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

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

Transkulturelle Kompetenz

| Dagmar Domenig

Transkulturelle Kompetenz

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

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

Barrieren abbauen

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

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

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

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

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

2 Domenig D (2001b)
Migration, Drogen, transkultu-
relle Kompetenz. Hans Huber,
Bern

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

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

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

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

Transkulturelle Kompetenz
als Querschnittsaufgabe



Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital

| Alexander Bischoff

Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital

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

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

Erschwerte medizinische
Abklärungen

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

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

Erschwerte Therapietreue

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

Erschwerte adäquate Behandlung

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

Sprachbarrieren überwinden

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

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

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

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

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

Ad-hoc-Dolmetschende

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

Qualifizierte Dolmetschende

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

Wirkung des Einsatzes von Dolmetschenden

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

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

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

Telefondolmetschen

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

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

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

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

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

Forschung im Bereich Migration und Gesundheit

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

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

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

Für die Schweiz hat Regula Weiss¹ mit ihrem Standardwerk «Macht Migration krank?» erstmals eine differenzierte Übersicht über diesen Forschungsbereich vorgelegt. In ihrem Buch verbindet sie sozialwissenschaftliche, psychiatrische und somatische Perspektiven in Bezug auf die Situation von Migrantinnen und Migranten. Sie stellt die These auf, dass nicht die Migration als solche krank macht, sondern die strukturelle Umgebung und die persönliche Ressourcenausstattung, dies sowohl vor der Migration wie auch im Post-Migrationsprozess.

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

Forschung im Bereich Migration und Gesundheit

| Janine Dahinden

Ursachenforschung

Gesundheitsmonitoring

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

Aktuelle Forschung

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

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

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

Unternehmerische Herausforderungen durch Diversität und Migration

Unternehmen sind zunehmend international tätig und müssen sich mit kulturellen Unterschieden auseinandersetzen. Dies führt zu Herausforderungen in der Kommunikation, im Management und in der Arbeitsorganisation.

Die Herausforderungen entstehen durch die Vielfalt der Mitarbeiter, die unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Sprachen und Werte haben. Dies führt zu Missverständnissen und Konflikten im Unternehmen.

Die Herausforderungen entstehen auch durch die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen in den verschiedenen Ländern, in denen das Unternehmen tätig ist. Dies führt zu zusätzlichen Kosten und Risiken.

Die Herausforderungen entstehen auch durch die unterschiedlichen Arbeitsgewohnheiten und -zeiten in den verschiedenen Ländern. Dies führt zu Schwierigkeiten bei der Koordination und Zusammenarbeit.

Die Herausforderungen entstehen auch durch die unterschiedlichen Erwartungen der Mitarbeiter an das Unternehmen. Dies führt zu Schwierigkeiten bei der Motivation und Bindung der Mitarbeiter.

Die Herausforderungen entstehen auch durch die unterschiedlichen Kommunikationsstile in den verschiedenen Ländern. Dies führt zu Schwierigkeiten bei der Verständigung und Zusammenarbeit.

Die Herausforderungen entstehen auch durch die unterschiedlichen Werte und Normen in den verschiedenen Ländern. Dies führt zu Schwierigkeiten bei der Integration und Akzeptanz der Mitarbeiter.

Die Herausforderungen entstehen auch durch die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen in den verschiedenen Ländern. Dies führt zu zusätzlichen Kosten und Risiken.

Unternehmerische Herausforderungen durch Diversität und Migration

Management der Diversität

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

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

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

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

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

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

Management der Diversität

| Peter Saladin

Chancen und Risiken

Diversität und Standardisierung

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

Der Mensch im Mittelpunkt

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

Menschenwürde

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

Chancengleichheit

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

Zentrale Aspekte
der Unternehmensführung

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

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

2 Grossmann R (2005)
Umsetzung einer MFH-Strategie.
Überlegungen zu Kooperation
und Steuerung in der Organi-
sation: Erkenntnisse der
Organisationsentwicklung für
den Umgang mit Migrantinnen
und Migranten und kulturellen
Unterschieden in der Orga-
nisation Spital. Vortrag, Bern,
22. August 2005.
www.hplus.ch » Branchen-
lösungen » Migrant Friendly
Hospitals

3 Domenig D (2001b)
Migration, Drogen, transkultu-
relle Kompetenz.
Hans Huber Bern 39

Qualität – ein Widerspruch zu Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit?

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

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

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

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

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

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

Qualität – ein Widerspruch zu Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit?

| Peter Saladin

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

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

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

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

Qualitätsstandards

Erfüllung der WZW-Kriterien
durch Berücksichtigung
der Diversität

Finanzierungsfragen

| Peter Saladin

Leistungsabgeltung gemäss KVG

Keine Abgeltung migrations-
spezifischer Leistungen**Finanzierungsfragen**

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

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

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

Auf drei Fragen sei hier besonders verwiesen:

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichtes K 138/01 vom 31.12.2002

2 Ayer A und Gilbert M (2005)

Die Rechte des migrierten

Patienten: Welche Rechtsgrundlagen bestehen für die Arztkonsultation in Gegenwart eines Dolmetschers?

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern

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

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

Innovative Lösungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

Empfehlungen

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

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

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

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

Die Empfehlungen zeigen good practices auf. Es wird keine Vollständigkeit angestrebt. Selbstverständlich bleibt es Aufgabe jeder Institution, die konkrete Umsetzung selbst zu gestalten und allenfalls andere, neue und ihrem Auftrag entsprechende spezifische Massnahmen zu ergreifen. Im Verlaufe der Zeit werden sich daraus hoffentlich best practices herausbilden. Eine umfangreiche Literatur steht zur Verfügung (Seite 111). Insbesondere sei auf die Arbeiten im Rahmen des bereits erwähnten EU-Projektes¹ hingewiesen. Eine stets wachsende Zahl von praktischen Hilfsmitteln steht ebenfalls zur Verfügung (Seite 114). Es sei hier nochmals auf die Begriffsdefinitionen (Seite 91) aufmerksam gemacht.

Empfehlungen

| Peter Saladin

¹ www.mfh-eu.net

Unternehmensstrategie

| Peter Saladin

Unternehmensstrategie

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

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

Checkliste Unternehmensstrategie

Leitung der Institution	☐ Überzeugungen der Institutionsleitung hinsichtlich Diversitäts- und Migrationsthemen sind bekannt und es wird danach gehandelt	Ziel
	☐ Beispiele anderer Institutionen, auch aus der Industrie, wahrnehmen	Anregung zur Umsetzung
	☐ Workshops und Bildungsveranstaltungen mit Fachpersonen durchführen	
	☐ Literatur zugänglich machen	
	☐ Patientenorientierung im Rahmen der Diversitätspolitik definieren	Evaluation der Massnahmen
	☐ Beschluss der Leitung zum Start eines Organisationsentwicklungsprojektes (OE)	
Organisationsentwicklungsprozesse	☐ OE-Projekt ist lanciert, das Fähigkeiten, Einstellungen und Werte von Personen gleichberechtigt berücksichtigt	Ziel
	☐ Spielregeln, Prozesse, Strukturen und Kooperationsbeziehungen sind gemeinsam entwickelt	Anregung zur Umsetzung
	☐ Gruppe von Personen beauftragen, um Vorarbeiten zu leisten	
	☐ Sorgfältiges Projektvorgehen festlegen	
	☐ Daten zur Diversitäts- und Migrationsrealität innerhalb der Institution und im Umfeld erfassen	
	☐ Bestehende Initiativen berücksichtigen	
	☐ Bedürfnisse, Potentiale und Ressourcen ermitteln	
	☐ Migrantinnen und Migranten unter den Mitarbeitenden mitbeteiligen	
	☐ Externe Fachpersonen (etwa Universitätsinstitute, spezialisierte Nicht-Regierungsorganisationen) beiziehen, um authentische Aussensicht zu erhalten	Evaluation der Massnahmen
	☐ OE-bezogenes Qualitätsmanagement	

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

Erhebung von diversitätspolitisch relevanten Informationen
| Peter Saladin

Erhebung von diversitätspolitisch relevanten Informationen

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

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

Checkliste Erhebung von diversitätspolitisch relevanten Daten

Sozio-demographische Daten von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern	■ Notwendige Daten und Informationen zur Verwirklichung und zum Monitoring einer diversitätsorientierten und migrationsfreundlichen Unternehmenspolitik sind beschafft	Ziel
	■ Art und Weise ihrer Erfassung, Verwendung, Aufbewahrung und Vernichtung ist geregelt	Anregung zur Umsetzung
	■ Fachverantwortliche sind entsprechend ausgebildet	
	■ Regeln durch die Institutionsleitung festlegen ■ Neben Standarddaten gemäss der medizinischen und administrativen Statistik beim Eintritt (optimal) erheben: Geburtsort, Nationalität bei Geburt, heutige Nationalität, Religionszugehörigkeit, Sprachkompetenzen, Aufenthaltsstatus ■ Weitere Daten und Informationen erheben, je nach Tätigkeitsfeld der eigenen Institution (z.B. Beschäftigung)	Evaluation der Massnahmen
Ressourcenbezogene Personalinformationen	■ Qualitäts-Controlling im Rahmen der Überprüfung der diversitätsorientierten und migrationsfreundlichen Unternehmenspolitik und des Datenschutzes	
	■ Überprüfung der Angemessenheit der erfassten Daten	
	■ Informationen zur Nutzung und Förderung der Potentiale von Mitarbeitenden liegen vor	Ziel
	■ Regeln durch die Institutionsleitung festlegen ■ Informationen über besondere Ressourcen von Mitarbeitenden erheben (freiwillig) bezüglich Diversität und Migration bei der Anstellung, wie Sprachkompetenzen, besondere Fähigkeiten und Kenntnisse aus früheren Berufen, in Bezug auf fremde Lebenswelten, Religionen, soziale Vernetzungen	Anregung zur Umsetzung
	■ Qualitäts-Controlling im Rahmen der Personalpolitik	Evaluation der Massnahmen

Qualität

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

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

Qualität

| Peter Saladin

Checkliste Qualität

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

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

Hintergrundinformation

Messung der Zufriedenheit¹ von Spitalpatientinnen und -patienten mit Migrationshintergrund

Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes²

| Denise Efionayi

| Ursula Stotzer

| Philippe Wanner

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

2 Der Forschungsbericht kann eingesehen oder heruntergeladen werden:
www.hplus.ch ▶ Branchenlösungen
 ▶ Migrant Friendly Hospitals
 Er ist auch als Publikation des Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM) erhältlich: Efionayi D, Stotzer U, Wanner Ph (2006) Messung der Zufriedenheit von Spitalpatientinnen und -patienten mit Migrationshintergrund. Neuchâtel

3 Die Volkszählung aus dem Jahr 2000 zeigt zwar, dass nahezu 40% der in öffentlichen Spitälern eingewiesenen Personen keinen Schweizer Pass haben. Allerdings werden dabei nur jene Personen berücksichtigt, deren Wohnsitz ans Spital gebunden ist. Es handelt sich deshalb um eine grobe Schätzung, die nicht ohne weiteres verallgemeinert werden kann.

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

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

Diese Studie basiert auf drei Säulen:

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse aus der Literatur

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

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

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

Die Situation in der Schweiz: Ergebnisse und Empfehlungen

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

Mängel und Empfehlungen bei den Umfrageverfahren

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

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

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

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

Mängel und Empfehlungen für die angewendeten Instrumente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mitarbeitende als Träger und Vermittler transkultureller Kompetenz

| Peter Saladin

Mitarbeitende als Träger und Vermittler transkultureller Kompetenz

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

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

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

Checkliste

Mitarbeitende als Trägerinnen und Vermittler kultureller Kompetenz

Personalpolitik	- Die Verwirklichung von Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung ist sichergestellt - Die menschlichen, sozialen und fachlichen Ressourcen der Mitarbeitenden bezüglich transkultureller Vermittlung sind optimal eingesetzt	Ziel
	- Bestehende personalpolitische Grundlagen durch die Personalverantwortlichen überprüfen - Chancengleichheit und Nichtdiskriminierung (bezüglich Salarierung, Karriereplanung, Weiterbildung usw.) als Ziele der Personalpolitik verankern - Sanktionen, falls Bestimmungen verletzt werden, festlegen - Stärken, Fähigkeiten und Bereitschaft zu transkultureller Vermittlung in den Personaldossiers erfassen (Seite 46) - Vertretung von Mitarbeitenden mit besonderen Fähigkeiten und Erfahrungen in Diversitäts- und Migrationsfragen in personalpolitischen Gremien sichern (zum Beispiel Personalausschüsse, Betriebskommissionen, Organisationskomitees, Projektorganisationen) - Einführungsveranstaltungen für Neueintretende mit Migrationshintergrund durchführen	Anregung zur Umsetzung
	- Personalcontrolling - Jährliche Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern - Austrittsberichte	Evaluation der Massnahmen
Personaldienste	Mitarbeitende im Personaldienst, die sich speziell mit Diversitäts- und Migrationsfragen befassen, sind bezeichnet und ausgebildet	Ziel
	- Mitarbeitende mit Migrationshintergrund im Personaldienst beschäftigen - Beim Stellenantritt auf Kontaktpersonen und auf Fachstellen hinweisen	Anregung zur Umsetzung
	Personalcontrolling	Evaluation der Massnahmen

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

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

Medizinisch-pflegerische Prozesse

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

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

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

Medizinisch-pflegerische Prozesse

| Gerhard Ebner

Regulärer Eintritt

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

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

Regulärer Eintritt

Checkliste Regulärer Eintritt

Informieren und Informationen sammeln	■ Patientinnen und Patienten sind über das Gesundheitswesen im Allgemeinen, ihre Rechte und Pflichten sowie Besonderheiten und Möglichkeiten des jeweiligen Spitals informiert ■ Grundlegende Angaben über Aufenthaltstatus und Situation der Patientin und des Patienten, ihre oder seine Forderungen (religiöse, andere) sowie die rechtlichen Implikationen sind erhoben und dokumentiert ■ Abläufe und Berechtigungen für den Zugang zu den erhobenen Daten für Betreuungspersonen sind festgelegt	Ziel
	■ Informationen in den gebräuchlichsten Migrationssprachen bereitstellen (über Patientenrechte, Hausordnung, Ernährungsangebote, Möglichkeiten zur Ausübung religiöser Handlungen und weitere Angebote, etwa Gesundheitswegweiser Schweiz, www.migesplus.ch) ■ Instrumente zur Erfassung von grundlegenden Information über Werte und Erwartungen von Patientinnen und Patienten stehen zur Verfügung (Behandlung, Ernährung, Seelsorge und weitere)	Anregung zur Umsetzung
	■ Audits in Bezug auf Standards und deren Umsetzung ■ Befragung von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden	Evaluation der Massnahmen
Dolmetschen (Seiten 63 bis 70)	■ Die Modalitäten der sprachlichen Verständigung (Dolmetschen, Übersetzungen) sind geregelt	Ziel
	■ Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie interne Sprachressourcen stehen niederschwellig zur Verfügung ■ Genaues Procedere festlegen ■ Angehörige mit einbeziehen ■ Reflexion über Rolle der Dolmetscherin oder des Dolmetschers veranlassen	Anregung zur Umsetzung
	■ Audits ■ Befragung von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden	Evaluation der Massnahmen
Triagierung	■ Sinnvolle Triagierung (Justiz, Somatik, Psychiatrie, Grundversorger) ist vorgenommen	Ziel
	■ Migrationsspezifische Sprechstunden organisieren ■ Hausärztin oder Hausarzt systematisch einbeziehen ■ Patientinnen und Patienten über Gesundheitssystem informieren ■ Entsprechende Standards erarbeiten	Anregung zur Umsetzung
	■ Standards ■ Audits ■ Befragung von zuweisenden und nachbehandelnden Stellen im Rahmen des allgemeinen Qualitätsmanagements	Evaluation der Massnahmen
Betreuungskontinuität, Case Management	■ Bezugspersonen und Prozessverantwortliche sind bestimmt und Betreuungskontinuität ist gewährleistet (inklusive Vertretungen) ■ Patientinnen und Patienten sind über Zuständigkeiten informiert ■ Barrieren in der Institution sind erkannt und Massnahmen zur Überwindung definiert	Ziel
	■ Klare Standards festlegen, falls nötig unterschieden nach ambulantem und stationärem Bereich ■ Patientin oder Patient erhält schriftliche Informationen mit den notwendigen Angaben der verantwortlichen Bezugsperson	Anregung zur Umsetzung
	■ Internes Qualitätsmanagement	Evaluation der Massnahmen

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

Allgemeines zum Informed Consent

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

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

Allgemeines
zum Informed Consent

Notfall-Eintritt

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

Notfall-Eintritt

Checkliste Notfall-Eintritt

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

Diagnostik

Diagnostik

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

Checkliste Diagnostik

Migrationsspezifische Anamnese	☐ Wichtige herkunfts-, migrations- und lebenslagenspezifische Angaben liegen vor ☐ Formulare bereitstellen ☐ Standards mit Checklisten festlegen ☐ Fortbildung des Personals sicherstellen ☐ Coaching ermöglichen	Ziel
		Anregung zur Umsetzung
	☐ Audits ☐ Internes Qualitätsmanagement ☐ Controlling	Evaluation der Massnahmen
Informed Consent (Seite 57)	☐ Patientin oder Patient ist über die Krankheit, deren Hintergründe und Folgen informiert ☐ Patientin oder Patient verfügt im Rahmen des Informed Consents über die Grundlagen, in diagnostische und therapeutische Massnahmen einzuwilligen (Voraussetzung für Einwilligungsfähigkeit liegt vor) ☐ Sprachliche Verständigung ist gewährleistet	Ziel
	☐ Siehe www.migesplus.ch	Anregung zur Umsetzung
	☐ Audits ☐ Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden	Evaluation der Massnahmen

Behandlung

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

Behandlung

Checkliste Behandlung

Ziel	■ Eine rationale Indikationsstellung ist gewährleistet (auch bei Sprachbarrieren, differenziertem Krankheitsverständnis sowie bei hohem Leidensdruck) ■ Aktuell vorhandene Informationsmaterialien stehen den Behandlungs- und Betreuungsteams zur Verfügung ■ Die Auffassung der Patientin und des Patienten zu ihrer bzw. seiner Krankheit sowie die Erwartungen an die Behandlung sind dem Behandlungs- und Pflegeteam bekannt	Indikationsstellung
Anregung zur Umsetzung	■ Interdisziplinäre Kolloquien (zum Beispiel Pain Units) organisieren ■ Kenntnisse von Krankheits- und Therapieverständnis in verschiedenen Kulturen vermitteln ■ Coaching und Supervision ermöglichen	
Evaluation der Massnahmen	■ Outcome-Messungen ■ Audits ■ Befragungen von Mitarbeitenden ■ Supervisionsbefragung	
Ziel	■ Der Einbezug qualifizierter Dolmetschenden ist geregelt ■ Der Einbezug erfolgt niederschwellig ■ Ohne sichere sprachliche Verständigung werden keine Entscheidungen über Behandlungsschritte gefällt (ausserhalb des Notfalls)	Einbezug von Dolmetschenden sowie Information über Meilensteine der Behandlung
Anregung zur Umsetzung	■ Niederschwellige Möglichkeiten für das Hinzuziehen von Dolmetschenden und internen Ad-hoc-Dolmetschenden organisieren ■ Genaues Procedere für ihren Einbezug festlegen ■ Angehörige oder Bezugspersonen für den Informed Consent hinzuziehen ■ Reflexion über Rolle der jeweils dolmetschenden Person veranlassen ■ Allgemeine Standards festlegen und Empfehlungen machen	
Evaluation der Massnahmen	■ Audits ■ Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden	
Ziel	■ Die Qualität der Behandlung entspricht derjenigen der einheimischen Bevölkerung	Gewährleistung einer rationalen Therapie
Anregung zur Umsetzung	■ Sprachliche Verständigung konsequent gewährleisten ■ Grundwissen in transkulturellen Kompetenzen vermitteln (Coaching, Supervision, Fortbildung)	
Evaluation der Massnahmen	■ Audits ■ Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden ■ Outcome-Studien ■ Beschwerdedienste	

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

Austritt

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

Checkliste Austritt

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

Hintergrundinformation

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

| Hans Wolff

Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsbewilligung

Schätzungsweise 90% der in der Schweiz lebenden 80 000 bis 100 000 Sans Papiers¹ sind nicht krankenversichert; dies trotz einer Weisung des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV und des Bundesamtes für Gesundheit BAG an die Krankenversicherer aus dem Jahr 2002. Diese schreibt vor, dass alle Sans Papiers, die sich versichern wollen, zu akzeptieren und deren Daten vor einer Weitergabe an die Fremdenpolizei zu schützen sind. Das grösste Hindernis stellt jedoch die Finanzierung der Prämien dar: Die Löhne der Sans Papiers sind niedrig – in Genf im Durchschnitt bei etwa 1200 CHF pro Monat – und die Krankenkassenprämien hoch – in Genf über 400 CHF pro Monat. Das sind die Hauptgründe für die hohe Rate von Nicht-Versicherten.²

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

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

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

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

Ziele

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

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

Funktionsweise

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

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

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

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

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

Kosten

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

Andere Modelle des niederschweligen Zugangs zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz

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

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

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

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

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

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

Dolmetschen und Übersetzen

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

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

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

Dolmetschen und Übersetzen

| Peter Saladin

Checkliste Dolmetschen und Übersetzen

Ziel	☐ Verfügbarkeit externer Dolmetschenden für planbare Einsätze ist gewährleistet	Einsatz externer Dolmetschenden (face to face-Situation)
Anregung zur Umsetzung	☐ Bedarfsanalyse für Dolmetschdienste erstellen (Art und Umfang möglicher Einsätze, Sprachen, interne und externe Ressourcen) ☐ Grundsätzliche Einsatz- und Organisationsregeln für Dolmetschdienste festlegen ☐ Zusammenarbeit mit externen Fachorganisationen suchen (wie Interpret, Hilfswerke, Vermittlungsstellen für interkulturelles Übersetzen, vergleiche Seite 83) ☐ Synergien mit andern Institutionen und Behörden nutzen (wie kantonale und städtische Integrationsbeauftragte) ☐ Schulung der Mitarbeitenden in der Zusammenarbeit mit Dolmetschenden organisieren ☐ Budget für Dolmetschdienste festlegen und Finanzierung sichern	
Evaluation der Massnahmen	☐ Qualitätsmanagement ☐ Befragung von Patientinnen und Patienten ☐ Zusammenarbeit mit Fachorganisationen zur Überprüfung der Qualität der Arbeit der Dolmetschenden	

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

Ziel	■ Wichtige Informationen für Betroffene stehen in den häufigsten Migrationssprachen zur Verfügung	Einsatz von übersetzten Materialien
Anregung zur Umsetzung	■ Regeln für die Übersetzung von Dokumenten festlegen ■ Mit professionellen Übersetzungsbüros arbeiten (Seiten 83–85)	
Evaluation der Massnahmen	■ Qualitätsmanagement ■ Befragung von Patientinnen und Patienten	

Hintergrundinformation

Dolmetschen im Spital:

Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen

Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes¹

| Alexander Bischoff

| Regine Steinauer

| Elisabeth Kurth

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

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

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

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

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

¹ Der Forschungsbericht ist abrufbar unter www.hplus.ch

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

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

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

Entscheidungskriterien

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

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

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

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

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

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

Hintergrundinformation

Telefondolmetschen im Spital

Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes¹

| Alexander Bischoff

| Florian Grossmann

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

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

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

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

¹ Der Forschungsbericht ist abrufbar unter www.hplus.ch ▶

Im Rahmen von sechs weiteren Fallstudien bei bestehenden Telefondolmetschdiensten² sind Expertenmeinungen erfragt worden. Die Resultate sprechen eindeutig für die Methode des Telefondolmetschens.

Die Voraussetzungen für erfolgreiche Telefondolmetschdienste lassen sich wie folgt zusammenfassen:

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

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

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

Hintergrundinformation

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

Zusammenfassung eines Forschungsberichtes zuhanden des MFH-Netzwerkes¹

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

¹ Der Forschungsbericht ist abrufbar unter www.hplus.ch
► Branchenlösungen ► Migrant Friendly Hospitals

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

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

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

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

² Abdullah R, Hübner R (2005)

Piktogramme und Icons.

Pflicht oder Kür?

Hermann Schmidt, Mainz

Empfehlungen für Gesundheitsinstitutionen

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

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

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

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

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

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

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

Empfehlungen für den Bund

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

Fortbildung der Mitarbeitenden

Die Fortbildung in transkultureller Kompetenz verfolgt drei Zielrichtungen:

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

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

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

Fortbildung der Mitarbeitenden

| Joachim Wohnhas

Checkliste Fortbildung der Mitarbeitenden

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

Hintergrundinformation

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

Joachim Wohnhas

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

Professionell handeln

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

Kommunikation

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

Integration

Asyl, Migration, Kulturbegriff	Rechtliche, soziale und ökonomische Problemlagen bei Migrantinnen und Migranten adäquat einschätzen unter Einbezug und Reflexion der eigenen soziokulturellen Hintergründe	Ziele
	Fähigkeit, migrationsspezifisch rechtliche, soziale und ökonomische Problemlagen zu erfassen und zu beurteilen, eigene soziokulturelle Hintergründe zu erkennen und zu reflektieren sowie deren Einfluss auf die Interaktion und Intervention zu erkennen und dementsprechend zu handeln	Handlungskompetenzen
	- Integrationskonzepte - Ausländerrecht und Asylrecht - Lebensbedingungen in der Migration - Unsicherer Aufenthalt und Auswirkungen auf die Lebenswelten - Sans Papiers und illegale Migration - Kinder und Jugendliche in der Migration - Wandel des Kulturbegriffs in der Ethnologie - Kulturalisierung und Stereotypisierung - Konzept der transkulturellen Kompetenz - Das Fremde und das Andere (ethno-psychoanalytische Ansätze)	Inhalte

Soziozentrierte Systeme

Zusammenarbeit mit soziozentrierten Systemen, Selbsthilfe, Ressourcen, Vernetzung	Unter Einbezug der Ressourcen von Migrantinnen und Migranten mit deren Systemen und Institutionen zusammenarbeiten	Ziele
	- Fähigkeit, das Funktionieren von soziozentrierten Systemen zu verstehen und unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen mit diesen zusammenzuarbeiten - Fähigkeit, eigene und äussere Grenzen zu erkennen und sich bei Bedarf entsprechende Unterstützung zu organisieren sowie mit bestehenden Netzwerken und externen Stellen zusammenzuarbeiten	Handlungskompetenzen
	- Sozio- versus individuumszentrierte Systeme - Rollenverständnisse in soziozentrierten Systemen - Migrationsfamilien - Migrationskinder und deren Zwischenwelten - Mann- / Fraubeziehungen in Migrationsfamilien und deren Wandel im Migrationskontext - Familiarisierung versus professionelle Distanz, beziehungsweise Professionalität - Empowerment und Ressourcenorientiertheit im professionellen Handeln - Gewalt in Migrationsfamilien - Zusammenarbeit mit Migrationsnetzwerken, Fachstellen und anderen Diensten - Einbezug von Mediatorinnen und Mediatoren als «Brückenbauer»	Inhalte

Traumatisierung

Ziele	■ Traumatisierungen bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund erkennen und sachgerecht darauf reagieren	Traumata bei Erwachsenen und Jugendlichen
Handlungskompetenzen	■ Fähigkeit, Traumatisierungen zu erkennen, traumatisierte Personen zu betreuen und zu begleiten sowie bei Bedarf professionelle Hilfe hinzuzuziehen	
Inhalte	■ Begriff Trauma ■ Sequentielle Traumatisierung ■ Posttraumatisches Belastungssyndrom ■ Beratung und Therapie nach Traumatisierungen ■ Sekundäre Traumatisierung ■ Traumatisierte Familien ■ Kriegserfahrungen von Kindern und Jugendlichen	

Gender

Ziele	■ Frauen- und männerspezifische Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten kennen und genderspezifisch handeln	Genderspezifische Gesundheitsaspekte der Migration
Handlungskompetenzen	■ Fähigkeit, genderspezifische Aspekte der Lebenswelt von Migrantinnen und Migranten zu erkennen, durchgehend einzubeziehen sowie diese in frauen-, beziehungsweise männerspezifischen Gesundheitsbereichen angemessen zu begleiten	
Inhalte	■ Wandel von Rollenverständnissen durch die Migration ■ Frauen- und männerspezifische Fluchtgründe ■ Gender, Migration und Gesundheit ■ Genderspezifische Arbeitssituationen und entsprechende Gesundheitsrisiken ■ Schwangerschaft, Geburt, Geburtshilfe ■ Verhütung und Abtreibung ■ Frauen als Haushaltarbeiterinnen ■ Frauen als Sex-Workerinnen ■ Frauenhandel ■ Frauenbeschneidung ■ Männerbeschneidung	

Zentrale Dienste

| Peter Saladin

Zentrale Dienste

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

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

Checkliste Zentrale Dienste

Administrative Aufnahme und Entlassung	■ Aufnahme und Entlassungsgespräche sind so gestaltet, dass die Patientin oder der Patient sowie die Bewohnerin oder der Bewohner die zu vermittelnden Inhalte verstehen, Rechte und Pflichten kennen und Fragen beantwortet erhalten ■ Die Eintretenden werden von den Mitarbeitenden auf vorhandenes fremdsprachiges Informationsmaterial oder auf Auskunftsstellen hingewiesen ■ Die Mitarbeitenden sind im Umgang mit Angehörigen mit Migrationshintergrund speziell ausgebildet	Ziel
	■ Prozesse schriftlich festlegen und nach Verständlichkeit überprüfen (mit betroffenen Personen) ■ Mehrsprachiges Personal rekrutieren ■ Verfügbarkeit von Dolmetschenden (per Telefon) sicherstellen ■ Wichtigste Dokumente in die am häufigsten gebrauchten Fremdsprachen übersetzt bereithalten ■ Liste der fremdsprachigen Informationsmaterialien und Auskunftsstellen bereithalten ■ Spezielle Schulungen und Trainings für dieses Personal durchführen, eventuell mit anderen Dienstleistungsanbietern	Anregung zur Umsetzung
	■ Qualitätsmanagement ■ Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern ■ Beschwerdewesen ■ Spezifische Befragung von Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund nach Aufnahme- und Entlassungsgespräch ■ Regelmässige Überprüfung mit externen Fachstellen ■ Gespräche mit Mitarbeitenden	Evaluation der Massnahmen

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

Religiöse Dienste	■ Unterschiedliche religiöse und konfessionelle Bedürfnisse sind berücksichtigt (insbesondere für Ereignisse wie Geburt, Sterben und Tod) ■ Raum der Stille so gestalten, dass sich Angehörige von religiösen Gemeinschaften wohl und sicher fühlen	Ziel
	■ Seelsorgeorganisation auf die Bedürfnisse von Angehörigen der Migrationsbevölkerung abstimmen ■ Schriftliche Richtlinien für religiöse Dienste erlassen ■ Raum der Stille bereitstellen ■ Kontaktpersonen für die verschiedenen religiösen Gemeinschaften bezeichnen ■ In Informationsmaterialien auf Angebote hinweisen	Anregung zur Umsetzung
	■ Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern sowie von Mitarbeitenden ■ Internes Qualitätsmanagement ■ Beschwerdewesen	Evaluation der Massnahmen
Sozialdienste	■ Spezifische Beratungsressourcen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern stehen in adäquater Form zur Verfügung	Ziel
	■ Sozialdienst mit allen relevanten externen Stellen vernetzen und Case Management sicherstellen ■ Personal mit Migrationshintergrund rekrutieren	Anregung zur Umsetzung
	■ Befragung von Patientinnen und Patienten respektive Bewohnerinnen und Bewohnern ■ Internes Qualitätsmanagement ■ Beschwerdewesen	Evaluation der Massnahmen
Dokumentationen	■ Wichtige Dokumente für einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Institution liegen in den wichtigsten Sprachen der Migrationsgemeinschaften vor ■ Spitalwörterbuch mit Informationen zu verschiedenen Kulturen und Religionen steht zur Verfügung (beispielsweise im Intranet)	Ziel
	■ Richtlinien für die Auswahl der zu übersetzenden Dokumente erlassen ■ Kontakte mit Fachstellen sowie anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung herstellen, um bereits vorhandene Unterlagen zu adaptieren (beispielsweise das Spitalwörterbuch® des Kantonsspital St.Gallen, Bestellung: www.pflegedienst-kssg.ch) ■ Kontakte mit universitären Instituten und Fachorganisationen pflegen ■ www.migesplus.ch konsultieren	Anregung zur Umsetzung
	■ Internes Qualitätsmanagement	Evaluation der Massnahmen

Das Netzwerk – Adressen von Fach- und Beratungsstellen

Das Netzwerk – Adressen von Fach- und Beratungsstellen

Eidgenössische Behörden

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

Bundesamt für Migration BFM

Quellenweg 6, 3003 Bern-Wabern
Tel. 031 325 11 11 | Fax 031 325 93 79
info@bfm.admin.ch | www.bfm.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG Nationales Programm Migration und Gesundheit

Postfach, 3003 Bern
Tel. 031 323 30 15 | Fax 031 322 34 37
info@bag.admin.ch | www.miges.admin.ch

Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT

Effingerstrasse 27, 3003 Bern
Tel. 031 322 21 29 | Fax 031 324 96 15
info@bbt.admin.ch | www.bbt.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Effingerstrasse 20, 3003 Bern
Tel. 031 322 90 11 | Fax 031 322 78 80
www.bsv.admin.ch

Bundesamt für Statistik BfS Sektion Demographie und Migration

Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 67 11
info@bfs.admin.ch | www.bfs.admin.ch

Staatssekretariat für Wirtschaft SECO

Effingerstrasse 31, 3003 Bern
Tel. 031 322 56 56 | Fax 031 322 27 49
www.seco.admin.ch

Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM

Quellenweg 9, 3003 Bern-Wabern
Tel. 031 325 91 16 | Fax 031 325 80 21
ekm@bfm.admin.ch | www.ekm.admin.ch

Eidgenössische Kommission gegen Rassismus EKR

Inselgasse 1, 3003 Bern

Tel. 031 324 12 93 | Fax 031 322 44 37

www.ekr.admin.ch

Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen EKFF

Effingerstrasse 20, 3003 Bern

Tel. 031 324 06 56 | Fax 031 324 06 75

sekretariat.ekff@bsv.admin.ch | www.ekff.admin.ch

Fachstelle für Rassismusbekämpfung

Generalsekretariat EDI, Inselgasse 1, 3003 Bern

Tel. 031 324 10 33 | Fax 031 322 44 37

ara@gs-edi.admin.ch | www.edi.admin.ch/frb

Kantonale und kommunale Behörden

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

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK

Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 684, 3000 Bern 7

Tel. 031 356 20 20 | Fax 031 356 20 30

office@gdk-cds.ch | www.gdk-cds.ch

Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren EDK

Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 660, 3000 Bern 7

Tel. 031 309 51 11 | Fax 031 309 51 50

edk@edk.ch | www.edk.ch

Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK

Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach, 3000 Bern 7

Tel. 031 371 04 29 | Fax 031 371 17 44

office@sodk.ch | www.sodk.ch

Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren KKJPD

Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 690, 3000 Bern 7

Tel. 031 318 15 05 | Fax 031 318 15 06

info@kkjpd.ch | www.kkjpd.ch

Schweizerische Konferenz der kommunalen, regionalen und kantonalen Integrationsdelegierten

Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 444, 3000 Bern 7
Tel. 031 320 30 15 | mail@kdk.ch | www.kdk.ch

Nationale Nicht-Regierungsorganisationen (NGO)

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

Nationales Forum «Alter & Migration»

c/o Schweizerisches Rotes Kreuz
Werkstrasse 18, 3084 Wabern
Tel. 031 960 75 43 | www.alter-migration.ch

Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten FIMM

Speichergasse 39, Postfach 6117, 3011 Bern
Tel. 031 328 98 98 | Fax 031 328 98 81
info@fimm.ch | www.fimm.ch

IAMANEH Schweiz International Association for Maternal and Neonatal Health

Aeschengraben 16, CH-4051 Basel
Tel. 061 205 60 80 | Fax 061 271 79 00
info@iamaneh.ch | www.iamaneh.ch

Internationale Organisation für Migration IOM

Koordinationsbüro Bern | Thunstrasse 11, Postfach 216, 3000 Bern 6
Tel. 031 350 82 11 | Fax 031 350 82 15
bern@iom.int | www.ch.iom.int

Caritas Schweiz

Fachstelle Gesundheit und Integration
Löwenstrasse 3, Postfach, 6002 Luzern
Tel. 041 419 22 22 | Fax 041 419 24 24
gesundheit@caritas.ch | www.caritas.ch/gesundheit

Radix Gesundheitsförderung

Stampfenbachstrasse 161, 8006 Zürich
Tel. 044 360 41 00 | Fax 044 360 41 14
info-zh@radix.ch | www.radix.ch

Schweizerisches Arbeiterhilfswerk SAH

Quellenstrasse 31, Postfach 2228, 8031 Zürich
Tel. 044 444 19 19 | Fax 044 444 19 00
info@sah.ch | www.sah.ch

Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH

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

Schweizerisches Rotes Kreuz SRK

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

INTERPRET

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

Gesellschaft Minderheiten in der Schweiz GMS

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

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

Crêt de la Réunion 2, Case Postale 26, 1142 Pampigny
Tel. 021 800 00 62 | contact@healthhospitals.ch | www.healthhospitals.ch

Stiftung gegen Rassismus und Antisemitismus GRA

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

Stiftung für Erziehung zur Toleranz SET

Hardstrasse 219, 8005 Zürich
Tel. 044 277 71 44 | Fax 044 277 71 12
info@set-toleranz.ch | www.set-toleranz.ch

Contact Netz

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

Gesundheitsförderung Schweiz

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

Solidarité sans frontières

Neuengasse 8, 3011 Bern
Tel. 031 311 07 70 | Fax 031 311 07 75
sekretariat@sosf.ch | www.sosf.ch

H+ Die Spitäler der Schweiz

Geschäftsstelle | Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern
Tel. 031 335 11 11 | Fax 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch | www.hplus.ch ▶ Branchenlösungen ▶ Migrant Friendly Hospitals

Aktive Vermittlungsstellen Interkultureller Übersetzung

www.inter-pret.ch ▶ Akteure ▶ Vermittlungsstellen

Regionale Nicht-Regierungsorganisationen und weitere Fachstellen

Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK

Werkstrasse 16, 3084 Wabern
Tel. 031 960 77 77 | Fax 031 960 77 88
gi-ambulatorium@redcross.ch | www.redcross.ch ▶ Gesundheit ▶ Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK

Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer afk

UniversitätsSpital Zürich, Psychiatrische Poliklinik | Culmannstrasse 8, 8091 Zürich
Tel. 044 255 52 80 | Fax 044 255 44 08 |
www.psychiatrie.usz.ch/PatientenUndBesucher/Spezialangebote/FolterKrieg/

Association Appartenances

Rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne
Tél. 021 341 12 50 | Fax 021 341 12 52
info@appartenances.ch | www.appartenances.ch

Dolmetschdienst Zentralschweiz

Morgartenstrasse 19, 6002 Luzern
Tel. 041 368 51 51 | Fax 041 368 52 88
info@dolmetschdienst.ch | www.dolmetschdienst.ch

Liste der Rechtsberatungsstellen für Asyl Suchende:

www.fluechtlingshilfe.ch ▶ Hilfe ▶ Nützliche Adressen ▶ Adressliste Rechtsberatungsstellen

Médecins sans Frontières MSF

Rue de Lausanne 78, Case postale 116, 1211 Genève
Tél. 022 849 84 84 | Fax 022 849 84 88
office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch

Meditrina

Medizinische Anlaufstelle
Anwandstrasse 7, 8004 Zürich
Tel. 044 291 92 33 | www.msf.ch/meditrina

Medios

Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln
Zypressenstrasse 60, Postfach, 8040 Zürich
Tel. 043 960 26 50 | Fax 043 960 26 54
medios@aoz.ch | www.medios.ch

NCBI TeleLingua

Alte Landstrasse 89, 8800 Thalwil
Tel. 044 721 10 50 | telelingua@ncbi.ch | www.telelingua.ch

Forschung

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

Département Médecine communautaires

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

Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern

Länggassstrasse 49a, 3000 Bern 9
Tel. 031 631 89 95 | Fax 031 631 42 12
information@anthro.unibe.ch | www.anthro.unibe.ch

Ethnologisches Seminar der Universität Basel

Münsterplatz 19, 4051 Basel
Tel. 061 267 27 38 | ethnologie@unibas.ch | www.unibas-ethno.ch

Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM

Universität Neuchâtel, Rue St-Honoré 2, 2000 Neuchâtel
Tél. 032 718 39 20 | Fax 032 718 39 21
secretariat.sfm@unine.ch | www.migration-population.ch

Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel

Bernoullistrasse 28, 4056 Basel
Tel. 061 267 30 40 | Fax 061 267 09 55
nursing@unibas.ch | <http://nursing.unibas.ch>

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich

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

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern

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

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern

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

Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Basel

Steinengraben 49, 4051 Basel
Tel. 061 267 60 66 | Fax 061 267 61 90
info@ispm-unibasel.ch | www.ispm-unibasel.ch

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

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

Institut de médecine sociale et préventive

Centre médical universitaire
Chemin de la Tour de Champel 17, 1211 Genève 4
Tél. 022 379 04 50 | Fax 022 379 04 52
biblio@imsp.unige.ch | www.unige.ch/medecine/imsp/

Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne

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

Internationale Kontakte

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

Weltgesundheitsorganisation WHO/OMS

Avenue Appia 20, 1211 Genève 27

Tél. 022 791 21 11 | Fax 022 791 31 11

info@who.int | www.who.int

Regionalbüro der WHO für Europa Regional Office for Europe

8, Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen

Tel. +45 39 171 717 | Fax +45 39 171 818

postmaster@euro.who.int | www.euro.who.int

Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine

WHO Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion

Rooseveltplatz 2 / 4, A-1090 Vienna

hm.soc-gruwi@univie.ac.at | www.mfh-eu.net

Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent Hospitals TF MFCH

Koordiniert von HPH Regional Network of Emilia Romagna

Via Amendola 2, IT-42100 Reggio Emilia

Tel. +39 0522 335087

Antonio.chiarenza@ausl.re.it | www.ausl.re.it/HPH/

International Hospital Federation IHF

Immeuble JB SAY, 13, Chemin du Levant, F-01210 Ferney Voltaire

Tél. +33 (0)450 42 6000 | Fax +33 (0)450 42 6001

info@ihf-fih.org | www.ihf-fih.org

International Organization for Migration IOM

17, Route des Morillons, 1211 Genève 19

Tél. 022 717 91 11 | Fax 022 798 61 50

info@iom.int, www.iom.int

Begriffsdefinitionen im Bereich Migration und Gesundheit

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

Begriffsdefinitionen im Bereich Migration und Gesundheit

| Peter Saladin

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

Anerkannte Flüchtlinge

Bundesamt für Migration

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

Asyl Suchende

Bundesamt für Migration

Eine **Übersicht der Aufenthaltskategorien** und der dazugehörigen Erklärungen finden sich unter www.bfm.admin.ch ▶ Themen ▶ Aufenthalt

Aufenthaltskategorien
im Ausländerbereich

www.bfm.admin.ch

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

Ausländerin und Ausländer

Bundesamt für Statistik

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

Chancengleichheit

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

Kolip P (2005)

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

Diversität

P. Saladin

Dolmetscherin
und Dolmetscher

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

www.inter-pret.ch

Flüchtlinge

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

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

Informed Consent

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

www.wikipedia.org

Integration

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

Bundesamt für Migration

Interkulturelle Übersetzerin
oder Übersetzer

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

www.inter-pret.ch

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

Interkulturelle Vermittlerin
oder Vermittler

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

www.inter-pret.ch	heiten, über unterschiedliche Regeln des politischen oder des Sozialsystems sowie über unterschiedliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen Migrantinnen und Migranten sowie Bildungs- oder Beratungseinrichtungen und sorgen dafür, dass Unklarheiten zwischen Ärztin und Arzt ↔ Patientin und Patient, Anwältin und Anwalt ↔ Mandantin und Mandant, Lehrerin und Lehrer ↔ Eltern keinen Raum haben. Vergleiche dazu die Anmerkung unter Interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer.	
Wicker HR (1996)	Kultur beinhaltet die im Lebensprozess von Individuen erworbenen Dispositionen, die zu intersubjektiver Bedeutungsbildung und zu sinnhaftem Handeln befähigen. Kultur ist demnach ein offener Prozess, der analysiert werden muss, es gibt kein «Kultur sein». Wicker HR (1996) Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker HR et al (Hg.) Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Seismo Zürich, 373–392	Kultur
www.wikipedia.org	Kulturalismus bedeutet die Überbetonung der ethnischen Anteile eines Kulturbegriffes oder die Ersetzung des Wortes Rasse durch Kultur. Kennzeichen kulturalistischer Ansätze sind: → Ethnische Formulierung: Kultur sei alleine mit der Herkunft verbunden. → Homogenität: alle Mitglieder einer ethnischen Gruppe sollen die gleiche Kultur haben. → Reduzierbarkeit: einzelne Menschen wären auf die kulturellen Eigenschaften einer Gruppe beschränkt. → Starrheit: Kulturen seien nicht oder nur über einen langen Zeitraum (im Rahmen von Generationen) veränderbar. Kulturalistische Argumentationen kommen sowohl im Rechtsextremismus als auch in verkürzten, multikulturalistischen Ansätzen vor. Ein solcher Kulturbegriff ist nicht vereinbar mit der Heterogenität von Gesellschaften mit bestehenden Unterschieden etwa zwischen Alten und Jungen, Stadt und Land, Armen und Reichen sowie Religionszugehörigkeit.	Kulturalismus
www.mediation-svm.ch	Mediatorinnen und Mediatoren werden meist nach einem Konfliktausbruch eingeschaltet. Sie sind interessenunabhängig und den Parteien gleichermassen verpflichtet. Sie unterstützen die Beteiligten darin, ihren Konflikt durch Verhandlungen fair und einvernehmlich zu lösen. Die Mediatorinnen und Mediatoren sind Vermittlerinnen und Vermittler ohne Entscheidungsmacht.	Mediatorin und Mediator
International Organization for Migration IOM (2003)	Migration bezeichnet die Bewegung einer Person oder einer Gruppe von Menschen über administrative oder politische Grenzen hinweg und von einer geographischen Einheit in eine andere, mit dem Wunsch, sich definitiv oder temporär an einem anderen als dem Herkunftsort niederzulassen. International Organization for Migration IOM (2003) Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2	Migration
P. Saladin	Die Begriffe Migrationsbevölkerung, Bevölkerung mit Migrationshintergrund umfassen alle nicht in der Schweiz geborenen Personen sowie ihre Kinder (die so genannte zweite Generation), unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft.	Migrationsbevölkerung, Bevölkerung mit Migrationshintergrund
	Rassismus im engeren Sinn bezeichnet eine Ideologie, die Menschen aufgrund physiognomischer oder kultureller Eigenarten oder aufgrund ihrer ethnischen, nationalen oder religiö-	Rassismus

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

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

Fachstelle für Rassismus-
bekämpfung

Rassistische Diskriminierung

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

Fachstelle für Rassismus-
bekämpfung

Sans Papiers

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

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

gfs. Bern (2005)

Sex – Gender

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

Scott J W (1986) Gender. Eine nützliche Analyse der historischen Kategorien. In: Kimmich D et al. (Hg.) Texte zur Literaturtheorie der Gegenwart. Reclam, Stuttgart

Scott JW (1986)

Transkulturelle Kompetenz

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

Domenig D, siehe Seite 26

Übersetzerinnen und Übersetzer

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

www.inter-pret.ch

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

Vorläufige Aufnahme

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

Migration, Vielfalt, Gesundheit und Krankenhäuser

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

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

Über diesen Aspekt der Menschenrechte hinaus stellt die zunehmende Vielfalt eine grosse Herausforderung für die Gesundheitssysteme und ihre Einrichtungen in Hinblick auf Qualitätssicherung und -entwicklung ihrer Dienstleistungen dar.¹ Angehörige von Minderheiten laufen Gefahr, in der Gesundheitsversorgung nicht dieselbe Qualität bei Diagnose, Behandlung und bei Präventivmassnahmen zu erhalten wie die durchschnittliche Bevölkerung. Sehr oft berücksichtigt das Gesundheitswesen die spezifischen Bedürfnisse von Minderheiten nicht ausreichend. Verschiedene Herausforderungen wie z.B. Sprachbarrieren² oder kulturell unterschiedliche Erwartungen stellen sich für die NutzerInnen und auch die AnbieterInnen von Dienstleistungen gleichermaßen. Darüber hinaus verschärfen knapper werdende Krankenhausressourcen, die häufig geringere Kaufkraft von Minderheiten und teilweise fehlende Anspruchsberechtigungen die Problematik. All das bewirkt, dass (Qualitäts-) Management und Personal vor neue Herausforderungen gestellt werden – speziell auch in Krankenhäusern, die eine besonders wichtige Rolle für die Versorgung dieses Bevölkerungssegments spielen.³ Problematisch sind aber auch Lücken im gesundheitsbezogenen Wissen. MigrantInnen in Europa verfügen oft nicht über ausreichende Informationen, die eine angemessene Nutzung der ambulanten und stationären Versorgung ermöglichen. Auch das allgemeine Wissen über Gesundheit und Gesunderhaltung im spezifischen Kontext der europäischen Gesellschaften ist oft begrenzt.

Einen solchen Informationsmangel nennen MigrantInnen oft als Begründung dafür, dass sie Gesundheitseinrichtungen nicht zielgerichtet nutzen und dass sie selbst keine ausreichenden Massnahmen zur aktiven Krankheitsprophylaxe ergreifen⁴.

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

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

Die Erklärung ist in verschiedenen Sprachen abrufbar unter www.mfh-eu.net

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

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

3 Bischoff, 2003

4 WHO 2003, S. 28

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

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

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

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

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

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

Empfehlungen

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

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

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

Krankenhauseigentümer/-träger / Management / Qualitätssicherung/-management

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

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

Personal / Gesundheitsberufe

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

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

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

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

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

Gesundheitspolitik und öffentliche Gesundheitsverwaltung

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

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

Gesundheitswissenschaften

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

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

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

Kontakt-/Kommunikations-/Kooperationsmöglichkeiten

- Projektgruppe (Task Force) des Health Promoting Hospitals Network der WHO-Europa, koordiniert vom HPH Regional Network Emilia Romagna, Antonio Chiarenza, Via Amendola, 2, 42100 Reggio Emilia, Italien. E-Mail: Antonio.chiarenza@ausl.re.it
- MFH-Website: www.mfh-eu.net
- Pharos (Evelien van Asperen, www.pharos.nl, E-Mail: info@pharos.nl)
- Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Duckworth Lane Bradford BD9 6RJ, Grossbritannien, www.bradfordhospitals.nhs.uk
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), www.iuhpe.org

5 ProjektkoordinatorInnen:

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

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

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

Wer hat die Amsterdamer Erklärung entwickelt?

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

Europäische Pilotspitäler: Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien, AT, Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin, DE, Kolding Hospital, Kolding, DK, Hospital «Spilio-poulia Agia Eleni», Athen, EL, Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz, ES, Turku University Hospital, Turku, FI, Hôpital Avicenne, Paris, FR, James Connolly Memorial Hospital, Dublin, IR, Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, IT, Academic Medical Center, Amsterdam, NL, Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala, SV, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford, UK⁵

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

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

Im Original folgen Landesflaggen und Logos der Beteiligten.

Qualitätsfragebogen aus dem EU-Pilotprojekt Migrant Friendly Hospitals

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

SF-MFQQ

Short Form Migrant Friendly Quality Questionnaire

Deutsche Fassung

MigrantInnen-freundliche Spitäler (MFH)

Teil A: Beschreibung der Leistungen

Bitte geben Sie den geschtzten Prozentwert der Umsetzung von MF-Werten in Quartil-Werten an: 0 keine Umsetzung | 1 bis zu 25% umgesetzt (in wenigen Abteilungen, nicht durchgehend) | 2 bis zu 50% umgesetzt (in einigen Abteilungen) | 3 bis zu 75% umgesetzt (weitgehend, ziemlich zuverlässig) | 4 bis zu 100% umgesetzt (vollständig abgedeckt, gute Qualität, zuverlässig, schnell)

Allgemeine Ressourcen zur Verbesserung der Kommunikation und der Information

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

1. Dolmetsch-Angebote vor Ort im Spital	☐	☐	☐	☐	☐
2. Telefondolmetschdienst	☐	☐	☐	☐	☐
3. Zusammenarbeit mit externen Dolmetscheinrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐
4. Einsatz von sprachkundigen Mitarbeiter/innen	☐	☐	☐	☐	☐
5. Kulturelle Mediation	☐	☐	☐	☐	☐
6. Andere, z.B. informelle oder stellvertretende Dolmetscher/innen (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐	☐	☐	☐

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

7. Schriftliche Patient/innen-Information in verschiedenen Sprachen	☐	☐	☐	☐	☐
8. Patient/innen-Information in geeigneter Form, z.B. kulturspezifisch, audiovisuell gestaltet, Bildzeichen (wenn ja, bitte präzisieren)	☐	☐	☐	☐	☐
9. Visuelle Beschriftung zur Orientierung im Spital (Schilder, Bildzeichen)	☐	☐	☐	☐	☐
10. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐	☐	☐	☐

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

11. Informationen über das Spital für zukünftige Patient/-innen in verschiedenen Sprachen	☐	☐	☐	☐	☐
12. Informationen über das Spital für zukünftige Patient/-innen, in geeigneter Form, z.B. kulturspezifisch, audiovisuell gestaltet, Bildzeichen (bitte präzisieren)	☐	☐	☐	☐	☐
13. Informationen über das Spital für zukünftige Patient/-innen, welche in öffentlichen Einrichtungen aufgelegt werden (z.B. in Behörden, Apotheken, Moscheen)	☐	☐	☐	☐	☐
14. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐	☐	☐	☐

SF_MFQQ

Short Form-Migrant Friendly Quality Questionnaire

Deutsche Fassung

| Ursula Karl-Trummer

| Beate Schulze

| Karl Krajc

| Sonja Novak-Zezula

| Peter Nowak

| Jürgen M. Pelikan

| Bea Kendlbacher, Redaktion

Ludwig Boltzmann Institut für
Medizin- und Gesundheitssoziologie

LBIMGS, Wien, 2007

Während des Spitalaufenthalts

• Serviceleistungen / Hotelkomponente	0%	bis 25%	bis 50%	bis 75%	bis100%
15. Bereitstellung von adäquaten Speisen	☐	☐	☐	☐	☐
16. Möglichkeiten der Nutzung von Räumlichkeiten zur Religionsausübung	☐	☐	☐	☐	☐
17. Bereiche für Besuchsmöglichkeiten (Familie, mehr als 2 Besucher/innen pro Patient/in)	☐	☐	☐	☐	☐
18. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐	☐	☐	☐
• Medizinische Behandlung / Krankenpflege	0%	bis 25%	bis 50%	bis 75%	bis100%
19. Möglichkeit einer gleichgeschlechtlichen Betreuungsperson (Arzt/Pflege), wenn gewünscht	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sicherstellung des Verständnisses der Einverständniserklärung durch die Patient/innen unter Berücksichtigung der sprachlichen Voraussetzungen	☐	☐	☐	☐	☐
21. Transkulturelle psychische Betreuung	☐	☐	☐	☐	☐
22. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐	☐	☐	☐

Entlassung

	0%	bis 25%	bis 50%	bis 75%	bis100%
23. Bereitstellung von Informationen für die Behandlung und Nachbehandlung in verschiedenen Sprachen	☐	☐	☐	☐	☐
24. Bereitstellung von Informationen für die Behandlung und Nachbehandlung, in geeigneter Form, z.B. kulturspezifisch, audio-visuell gestaltet, Bildzeichen (bitte präzisieren)		☐	☐	☐	☐
25. Bereitstellung von kulturspezifischen Empfehlungen und Gesundheitsinformationen für die Entlassung	☐	☐	☐	☐	☐
26. Andere (wenn ja, bitte anführen)	☐	☐	☐	☐	☐

MF-Patient/innen-Schulung / Gesundheitsförderung / Empowerment

	0%	bis 25%	bis 50%	bis 75%	bis100%
27. Bereitstellung von kultursensiblen Schulungsprogrammen für Patient/innen (wenn ja, Programm bitte anführen)	☐	☐	☐	☐	☐
28. Bereitstellung von kultursensiblen Gesundheitsförderungseinrichtungen (wenn ja, Einrichtung bitte anführen)	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

MF-Strategien

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

MF-Budget

	ja	nein
39. Verfügt das Spital über ein eigenes Budget für MF-Massnahmen?	☐	☐
Wenn ja, geben Sie den Betrag in Euro pro Jahr an	Euro	

MF-Managementstrukturen

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

MF-Marketing

• Internes Marketing (im Spital)		ja	nein
44. Gibt es einen MF-Newsletter?		☐	☐
45. Gibt es einen Jahresbericht?		☐	☐
46. Gibt es eine Liste der MF-Kontaktpersonen, welche allen Mitarbeiter/innen zur Verfügung gestellt wird?		☐	☐
47. Andere (wenn ja, bitte anführen)		☐	☐
• Externes Marketing (in der Öffentlichkeit)		ja	nein
48. Gibt es einen Newsletter für die Öffentlichkeit?		☐	☐
49. Gibt es einen MF-Tag der offenen Tür?		☐	☐
50. Gibt es Flyers oder Broschüren für Arztpraxen bzw. für migrant/-innen-spezifische Einrichtungen?		☐	☐
51. Andere (wenn ja, bitte anführen)		☐	☐

ja nein

ja nein

ja nein

Allgemeine Bemerkungen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or green ruling lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Nationale Standards für kulturell und sprachlich angemessene Dienstleistungen im Gesundheitswesen der USA¹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur | Hilfsmittel | Mitwirkende

Literatur

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

Überblickswerke und -artikel

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

Sozialepidemiologie

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

Gesundheit, Soziale Ungerechtigkeit

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

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

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

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

Kinder / Jugendliche

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

Alter in der Migration

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

Psychiatrie

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

Gesundheit von Menschen mit Gewalterfahrung

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

Weitere besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen

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

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

Gesundheit und Gesundheitsversorgung aus der Sicht von Menschen mit Migrationshintergrund

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

Migrantinnen und Migranten in der Pflege

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

Dolmetschen und interkulturelles Vermitteln im Gesundheitsbereich

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

Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen

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

Hilfsmittel

→ **Bundesamt für Gesundheit BAG**

Gesundheitsinformationen für Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten.
www.migesplus.ch

→ **Gesundheitswegweiser Schweiz**

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG, Caritas Schweiz, Schweizerisches Rotes Kreuz
Bestellen unter: www.migesplus.ch

→ **Ich gehe ins Spital!**

Herausgeber: Schweizerischer Verein für die Rechte von Kindern und Jugendlichen im Gesundheitswesen
Bestellen unter: www.migesplus.ch

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

Herausgeber: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft
Bestellen unter: www.migesplus.ch

→ **Info Mutterschaft**

Herausgeber: Travail.Suisse
Bestellen unter: www.migesplus.ch

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

Herausgeber: Interpret. Schweizerische Interessengemeinschaft für Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln
Bestellen unter: www.inter-pret.ch

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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Bestellen unter: www.terre-des-femmes.ch

→ **Schwangerschaft, Muttersein**

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Bestellen unter: www.migesplus.ch

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

Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz, Nationales Sekretariat der Kantonalverbände
Bestellen unter: www.migesplus.ch

→ **Spitalwörterbuch**

Herausgeber: Kantonsspital St. Gallen, Departement Pflege

Bestellen unter: www.pflegedienst-kssg.ch

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

Herausgeber: Interpret. Schweizerische Interessengemeinschaft für Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln.

Bestellen unter: www.inter-pret.ch

Mitwirkende



Petra Aemmer

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

Publikationen zum Thema:

→ Bundesamt für Gesundheit (2002) Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Kurzfassung in 13 verschiedenen Sprachen

→ Bundesamt für Gesundheit (2002) Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006 in Deutsch, Französisch, Italienisch

Petra Aemmer
Bundesamt für Gesundheit
Postfach
3003 Bern
petra.aemmer@bag.admin.ch



Alexander Bischoff

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

Publikationen zum Thema:

→ Bischoff A (2004) Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann? Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich. Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Schweizerisches Rotes Kreuz. Seismo Zürich, 120–128

→ Bischoff A (2005) Der Mediator als Dolmetscher – der Dolmetscher als Mediator. In: von Sinner A und Zirkler M (Hg.) Hinter den Kulissen der Mediation – Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung. Haupt Bern, 115–126

→ Bischoff A and Loutan L (2004) Interpreting in Swiss hospitals. Interpreting 6(1): 183–206

Dr. Alexander Bischoff
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Bernoullistrasse 28
4056 Basel
alexander.bischoff@unibas.ch



Renate Bühlmann Gugliuzza

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

Publikationen zum Thema:

→ Bühlmann Gugliuzza, R (2001) Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. In: Domenig D (Hg.) Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre

und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber Bern

Renata Bühlmann Gugliuzza
Schweizerisches Rotes Kreuz
Rainmattstrasse 10
3001 Bern
renate.buehlmann@red-cross.ch

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

Janine Dahinden

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

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

Publikationen zum Thema:



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

Dagmar Domenig

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

Publikationen zum Thema:

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





Gerhard Ebner

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

Dr. med. Gerhard Ebner
Universitäre Psychiatrische
Kliniken UPK
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
gerhard.ebner@upkbs.ch

Publikationen zum Thema:

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



Denise Efonayi-Mäder

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

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

Publikationen zum Thema:

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



Rahel Gall Azmat

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

Rahel Gall Azmat
Jägerweg 33
3097 Liebefeld
rahel.gall@bluewin.ch

Florian Grossmann
Institut für Pflegewissen-
schaft, Universität Basel
Bernoullistrasse 28
4056 Basel

Florian Grossmann

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



Elisabeth Kurth
Institut für Pflegewissen-
schaft, Universität Basel
Bernoullistrasse 28
4056 Basel
elisabeth.kurth@unibas.ch

Elisabeth Kurth

1968, MNS, Forschungsassistentin und Hebamme. Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft, Basel



Dr. Peter Saladin
Mösliweg 27
3098 Köniz
peter_saladin@bluewin.ch

Peter Saladin

1940, Dr. rer. publ. HSG, Leiter des Projektes «Migrant Friendly Hospitals – Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung MFH», Präsident H+ Die Spitäler der Schweiz



Regine Steinauer
Institut für Pflegewissen-
schaft, Universität Basel
Bernoullistrasse 28
4056 Basel

Regine Steinauer

1970, Pflegefachfrau, BNS, Hilfsassistentin, Projektmitarbeiterin. Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft, Basel





Urszula Stotzer

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

Publikationen zum Thema:

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

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



Philippe Wanner

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

Publikationen zum Thema:

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

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



Madeleine Wick Marcoli

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

Publikationen zum Thema:

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

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

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

Joachim Wohnhas

1949, Supervision IAP, Projektleiter Fondation Charlotte Olivier



Dr. Hans Wolff
Hôpitaux Universitaires
de Genève HUG
Unité de médecine
pénitentiaire
Av. de Champel 9
1211 Genève 4
hans.wolff@hcuge.ch

Hans Wolff

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

Publikationen zum Thema:

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



DVD

Verstehen kann heilen

Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen

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

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

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

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

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

Produktion

artefakt wort+bild, Kathrin Oester, Roland de Roo, Olivia Killias, Martin Wälchli

Der Film wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG realisiert.

Unter dieser Umschlagklappe finden Sie die **DVD Verstehen kann heilen – Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen**. Im Zentrum steht der Dokumentarfilm, der den beispielhaften Umgang von drei Kliniken des Berner Inselspitals mit Diversität von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden zeigt. Zudem enthält die DVD den gesamten Text des Handbuchs – einschliesslich der Listen mit den konkreten Empfehlungen.

Der Dokumentarfilm ist unabhängig vom Handbuch im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit entstanden; die gezeigten Handlungsansätze dokumentieren konkrete Möglichkeiten, mehr Chancengleichheit für Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitende zu erarbeiten, wie sie auch im Handbuch zum Ausdruck gebracht werden.

Der Dokumentarfilm «Verstehen kann heilen» ist von artefakt wort+bild realisiert worden; er kann in PCs oder Mac sowie auch in einem DVD-Player abgespielt werden.

Nutzung der Daten des Handbuchs: Der Text des Handbuchs sowie die Listen mit konkreten Empfehlungen können mit PC oder Mac bearbeitet werden. Die DVD verfügt über eine einfache Navigation, mit der Sie die unterschiedlichen Dateien finden und bearbeiten können. Dabei sollte folgende Vorgehensweise beachtet werden:

Windows: Beim Einlegen der DVD den Dialog «DVD mit erweiterten Funktionen abspielen» auswählen. Der InterActual Player wird installiert und startet automatisch. Dieser Player ermöglicht die leichte Erreichbarkeit der PDF-Dateien.

Mac: Beim Einlegen der DVD startet automatisch der Apple DVD Player. Den Vollbildmodus des Apple DVD Player verlassen (Tastenkombination: Apfel 2). In der Menüleiste «DVD Player» die Option «Einstellungen» öffnen. In der Menükarte «DVDs» (oder «DVD-Einstellungen») die Option «DVD@ccess Web Links» aktivieren. Die Einstellungen mit «OK» bestätigen. Dem Link zu den PDF-Dateien folgen. Beim erneuten Einlegen der DVD müssen die Einstellungen nicht mehr geändert werden.

Linux: Die PDF-Dateien des Handbuchs befinden sich im Ordner «PDF» im Root-Verzeichnis der DVD.

Systemvoraussetzungen PC

Windows 98SE, ME, 2000, XP

4× DVD-ROM-Laufwerk

DVD-Decoder-Software, wie z.B. PowerDVD oder WinDVD

Direct X 7.0

Internet Explorer ab Version 5.0

Adobe Reader

Systemvoraussetzungen Mac

Mac OS X 10.2

DVD-ROM-Laufwerk

Apple DVD Player ab Version 4.0

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

Peter Saladin (Hg.) unter Mitarbeit von Renate Bühlmann,
Janine Dahinden, Rahel Gall Azmat, Gerhard Ebner und
Joachim Wohnhas



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

Das Handbuch erscheint in deutscher, französischer, italienischer und englischer Sprache.

Dritte, unveränderte Auflage 2009

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

