

# Migration und Gesundheit

Autor(en): **Wyssmüller, Chantal**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **35 (2009)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800622>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Migration und Gesundheit

**Gesundheitschancen und -risiken sind innerhalb der Migrationspopulation ungleich verteilt und können sich im Zeit- und Integrationsverlauf mit der sozialen und individuellen Ressourcenlage sowohl negativ als auch positiv ändern. Zu Suchtverhalten im Migrationskontext können wegen der Komplexität der Thematik und der fehlenden Datengrundlagen zurzeit (noch) keine konkreteren Aussagen gemacht werden.<sup>1</sup>**

## Chantal Wyssmüller

Sozialgeographin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien der Universität Neuchâtel, Rue St. Honoré 2, CH-2000 Neuchâtel, Tel. +41 (0)32 718 39 26, chantal.wyssmuller@unine.ch, www.migration-population.ch

## Migrationshintergründe können krank machen

Rund ein Drittel der in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund. Diese Menschen sind entweder selber eingewandert oder sie sind hier geboren und haben mindestens einen zugezogenen Elternteil.<sup>2</sup> Ihre Lebenssituation ist durch eine eigene oder die Migrationserfahrung enger Familienangehöriger geprägt.<sup>3</sup>

Gestützt auf qualitatives und quantitatives Forschungswissen gilt mittlerweile als unbestritten, dass Migration zwar nicht in jedem Fall krank macht, dass sich ein Migrationshintergrund aber unter Umständen durchaus negativ auf die Gesundheit auswirken kann – und dies nicht selten auch tut. Die vorhandenen Daten zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung in verschiedenen Einwanderungsländern, wie auch in der Schweiz, weisen tendenziell alle in die Richtung, dass weite Teile der zugewanderten Bevölkerung gesundheitlich vergleichsweise schlecht situiert sind.<sup>4</sup>

Für die öffentliche Gesundheit sind die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit demzufolge ein relevantes Thema; sie müssen in Überlegungen und Strategien zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sowie bei der Konzeption von Massnahmen berücksichtigt werden. In der Schweiz wurde das auf Bundesebene in den 1990er Jahren erkannt und führte zur Erarbeitung der «Bundesstrategie Migration und Gesundheit», welche 2002 in Kraft trat und sich zurzeit in ihrer zweiten Umsetzungsphase befindet.<sup>5</sup>

## Wissenslücken aufgrund ungenügender Datenbasis

Obwohl die Forschung im Bereich Migration und Gesundheit in jüngster Zeit auch in der Schweiz intensiviert worden ist, sind viele Fragen rund um die Wechselbeziehungen zwischen Migration und Gesundheit und die Gesundheit der zugewanderten Bevölkerung noch nicht ausreichend geklärt. Es braucht weitere wissenschaftliche Untersuchungen, um zu klären, wie genau, in welchem Ausmass, unter welchen Bedingungen und in welcher Art und Weise Migration den Gesundheitszustand beeinflusst.

Ein wichtiger Grund für die bislang bestehenden Wissenslücken und das Fehlen fundierter Analysen dieser Zusammenhänge ist, dass die zur Verfügung stehenden Grundlagendaten<sup>6</sup> Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Lebenswelten nicht angemessen erfassen und repräsentieren. Die Tauglichkeit der vorhandenen Datensätze für eine migrationsensible Analyse hängt ja zunächst davon ab, ob und inwiefern Menschen mit Migrationshintergrund überhaupt als solche identifizierbar sind. Leider liefert die amtliche Statistik in der Regel (noch) nicht die nötigen Merkmale

zur Identifikation eines Migrationshintergrundes; oft ist lediglich die Staatszugehörigkeit, manchmal der Geburtsort erfasst.<sup>7</sup> Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund wird somit meist auf jene Personen reduziert, die den amtlichen Status «AusländerInnen» haben. Eingewanderte Schweizer BürgerInnen ebenso wie der wachsende Teil der eingebürgerten MigrantInnen – Menschen, die ja ebenfalls eine Migrationserfahrung aufweisen – «verschwinden» dabei einfach in der Mehrheitsgruppe der SchweizerInnen, was das Analyseergebnis beträchtlich verfälscht.

## Vielfältige Migrationsbevölkerung – vielfältige gesundheitliche Lagen

Überhaupt ist «die Migrationsbevölkerung», wie sie oft als Gesamtheit bezeichnet wird, nicht nur was die Staatszugehörigkeit betrifft, sondern auch unter vielen anderen Gesichtspunkten in sich ausgesprochen heterogen. Die unter diesem Begriff subsumierten Menschen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Alter, das Geschlecht, die geographische Herkunft, den sozioökonomischen und Bildungshintergrund, ihre Sprachkenntnisse; aber auch hinsichtlich ihrer Lebensverläufe, der Gründe und Umstände ihrer Migration sowie ihres aufenthaltsrechtlichen Status im Einwanderungsland, um nur einige wichtige Dimensionen zu nennen. Entsprechend vielfältig sind die Konstellationen der Faktoren, die ihre Gesundheit bestimmen, und letztlich auch ihr Gesundheitszustand. Eine pauschale Betrachtung dieser Bevölkerungsgruppe ist also eigentlich nur beschränkt sinnvoll. Sie kann aber aus theoretischer Perspektive zur Entwicklung eines Erklärungs- bzw. Wirkungsmodells beitragen, und zwar indem jenes Kennzeichen fokussiert wird, das die Angehörigen dieser Gruppe trotz ihrer Heterogenität gemeinsam haben: Die Tatsache, dass ihre Lebenssituation in mehrdimensionaler Weise durch die Migrationserfahrung der Familie geprägt ist und sich dadurch von einer Situation ohne Migrationshintergrund abhebt. Ein solches Modell soll in der Folge vorgestellt werden.

In der empirischen (epidemiologischen) Forschung jedoch – und selbstverständlich auch in der praktischen Umsetzung des wissenschaftlich generierten Wissens – muss die Sammelkategorie «Migrationsbevölkerung» weiter ausdifferenziert werden.

## Migrationspezifische Risiken und Ressourcen

Unterschieden werden muss insbesondere nach der sozioökonomischen Lage eines Individuums oder einer Gruppe, hat diese doch unbestrittener Weise einen grossen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten.<sup>8</sup> Studien haben vielfach gezeigt: Dort, wo gesundheitliche Unterschiede zwischen Migrations- und Mehrheitsbevölkerung beobachtet werden, sind diese meist weitgehend darauf zurückzuführen, dass ein Grossteil der Migrations- oder ausländischen Bevölkerung sich im Vergleich zur «einheimischen» Bevölkerung in einer schlechteren sozialen

Lage befindet. Auch in der Schweiz ist immer noch die Mehrheit der Zugewanderten sozial schlechter gestellt als die «Einheimischen», und auch hier schlägt sich dieser Nachteil deutlich in den Gesundheitsdaten nieder.<sup>9</sup>

Allerdings können nicht alle gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund mit dem sozioökonomischen Status erklärt werden. Denn auch wenn sie sozial benachteiligt sind, scheinen Personen aus Migrationsfamilien mit Blick auf andere Gesundheitsmerkmale kaum stärker oder sogar weniger gefährdet zu sein als Menschen ohne Migrationshintergrund. Es muss also noch weitere Faktoren geben, die mit einem Migrationshintergrund in Zusammenhang stehen und die unter Umständen die Gesundheit auch positiv beeinflussen – als migrationspezifische Ressourcen.

In der Vergangenheit und bis heute dominierten in Forschung und Praxis eher defizitorientierte Ansätze: Man interessierte sich für das Krankmachende der Migration und liess die ebenfalls vorhandenen gesundheitsbezogenen Ressourcen ausser Acht. Erst in jüngster Zeit werden vermehrt auch Ressourcen in den Blick genommen, wie etwa für bestimmte Gruppen charakteristische gesundheitsbegünstigende Verhaltensweisen, besonderes Unterstützungspotential durch die Familie oder die Zugewanderten-Community oder die Wirkungen einer konstruktiven Bewältigung des Migrationsereignisses.

### Gesundheitsdeterminanten im Migrationskontext: Modell Schenk

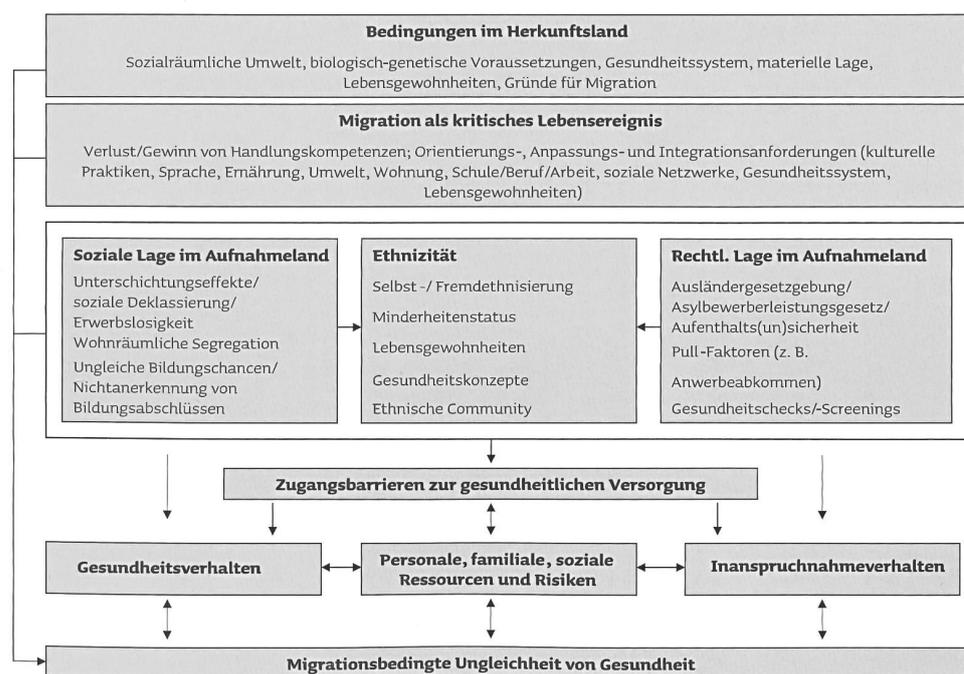
Liane Schenk, eine in Deutschland forschende Medizinsoziologin, hat zusammen mit ihren Mitarbeitenden versucht, die Komplexität der Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Migration und Gesundheit modellhaft darzustellen, um diesen Zusammenhängen in der empirischen epidemiologischen Forschung besser Rechnung tragen zu können (vgl. Abb. 1). Das Modell führt verschiedene theoretische Erklärungsansätze zu Migration und Gesundheit zusammen und integriert auch Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Den Kern des Modells bilden diejenigen zentralen Dimensionen, die eine Situation mit von einer Situation ohne Migrationshintergrund unterscheiden und also potentiell zu gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen der «einheimischen» und der Migrationsgruppe führen können. Ob und welchen Einfluss

die einzelnen Faktoren auf ein bestimmtes Gesundheitsphänomen tatsächlich haben, müsste dann jeweils für die fokussierte Gruppe empirisch geprüft werden. Nicht alle Faktoren müssen für eine spezifische Fragestellung relevant sein.

Die verschiedenen Elemente des Modells im Einzelnen:

- Zu gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen der «einheimischen» und zugewanderten Bevölkerung können spezifische Gegebenheiten im Herkunftsland oder während der Migration führen, die mit Gesundheitsvor- bzw. -nachteilen verbunden sind. Zu denken ist etwa an den Einfluss der Umwelt- und Lebensbedingungen,<sup>11</sup> dann auch an die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung im Herkunftsland, an den von den Betroffenen dort entwickelten Lebensstil oder an die konkreten Umstände, die zu einer (un-)freiwilligen Migration veranlassen, etwa die Erfahrung extremer Gewalt oder Verfolgung.
- Die Migration selbst stellt im Leben einer Migrantin oder eines Migranten in vielen Bereichen einen radikalen Bruch dar. Sie geht einher mit der Erfordernis einer Neuorientierung und bedeutet oft auch die Entwertung praktischen Handlungswissens; sie kann mit sozialer Entwurzelung, Rollenkonflikten oder Statusverlust verbunden sein. Wird dieses kritische Lebensereignis subjektiv als belastend erlebt und fehlen Ressourcen zu dessen konstruktiver Bewältigung, kann dies die Gesundheit einer migrierten Person längerfristig beeinträchtigen. Migrationsbedingte Orientierungs- und Anpassungsanforderungen können auch für nachfolgende Generationen bedeutsam sein. Als Ressourcen für eine konstruktive und gesundheitsbegünstigende Bewältigung der Migrationserfahrung gelten neben materiellen und sozialen u. a. eine positive subjektive Bewertung der Migration und Persönlichkeitsmerkmale wie Optimismus oder ein starker Glaube daran, dass man mit eigenem Handeln oder spezifischem Verhalten etwas bewirken kann.<sup>12</sup>
- Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen prägen die Chancen, gesund zu bleiben oder zu erkranken, erwiesenermassen ganz wesentlich – ungleich stärker als das frei wählbare, also von den sozialen Faktoren unabhängige individuelle Gesundheitsverhalten. Schlechte

Abb. 1: **Determinanten von Gesundheit und Krankheit im Migrationskontext. Erklärungsmodell nach L. Schenk<sup>10</sup>**



Quelle: Schenk/ Neuhauser RKI 2005



- Einkommensverhältnisse und damit einhergehend oft auch suboptimale Wohnverhältnisse, Ernährungs- und Hygienemöglichkeiten sowie gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen sind bedeutende gesundheitliche Risikofaktoren, und zahlreiche Migrantinnen und Migranten sind diesen Risiken stärker ausgesetzt als Nicht-MigrantInnen.
- Nicht nur die besondere soziale Lage, sondern auch der rechtliche Status von Migrantinnen und Migranten im Aufnahmeland kann u. U. eine Rolle spielen. Ihre Situation kann etwa durch einen unsicheren oder irregulären Aufenthaltsstatus und damit einhergehende psychosoziale Belastungen charakterisiert sein.
  - Im Unterschied zu Personen ohne Migrationshintergrund ist die Situation von Migranten und Migrantinnen neben der geschlechts-, bildungs- und generationsspezifischen Zugehörigkeit oft auch durch eine – selbst hergestellte und/oder als Fremdkonstruktion und Fremdzuschreibung erfahrene – ethnische Zugehörigkeit geprägt. Sie kann ebenfalls gesundheitliche Konsequenzen haben – negative etwa infolge der Erfahrung ausländerfeindlicher Diskriminierung von Seiten der ansässigen Bevölkerung, oder positive, wenn die ethnische Community als Identitätsanker unterstützend und psychisch stabilisierend wirkt. Ethnische Zugehörigkeit ist damit ein Merkmal, das die Lebenssituation von Personen mit Migrationshintergrund charakterisieren kann (und oft auch tut), allerdings keinesfalls das einzige und allein erklärende.
  - Schliesslich sind Zugangsbarrieren zu Angeboten der Gesundheits- und Sozialdienste ebenfalls ein Merkmal, das die Situation von Menschen mit Migrationshintergrund kennzeichnen kann. Sie können sich auf der Seite der Migrantinnen und Migranten aus sprachlich bedingten Kommunikationsschwierigkeiten, aus einem schlechten Informationsstand über die Angebote, aus fehlendem Vertrauen in öffentliche Einrichtungen oder spezifischem Krankheitsverständnis oder Schamgefühl ergeben. Auf Angebotsseite sind fehlende transkulturelle Kompetenz der Institutionen und ihrer Mitarbeitenden oder rechtliche Zugangsbeschränkungen mögliche Ursachen für Zugangsbarrieren.

Ein Migrationshintergrund ist demnach ein komplexes Bedingungsgefüge, dessen oben aufgezählte Dimensionen sich wechselseitig beeinflussen und je nach fokussiertem Gesundheitsaspekt unterschiedliche Wirkung zeitigen.

Ein zwischen diesen Dimensionen vermittelnder Faktor ist das Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten, also die gesundheitsbezogenen Einstellungen und Gewohnheiten zum Beispiel in Sachen Ernährung, körperliche Aktivität, Suchtmittelkonsum, Gesundheitsvorsorge und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten. Dieses Verhalten ist sowohl vom Herkunfts- wie auch vom Aufnahmekontext und stark auch von der sozioökonomischen Situation beeinflusst – und es ist dynamisch. Verhaltensmuster unterliegen einem Wandel und werden zwischen den Generationen z. T. konfliktuell ausgehandelt. Mit zunehmender Verweildauer im Aufnahmeland geht eine stärkere Orientierung an der Aufnahmegesellschaft und damit ein Wandel von Gewohnheiten, Gesundheitskonzepten und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen einher, so dass Differenzen innerhalb der Migrationsbevölkerung auch aus der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer der Zugewandertengruppen resultieren können.

Ein weiterer vermittelnder Faktor ist die individuelle Ressourcenlage: Ob die Faktoren des Migrationshintergrunds nämlich gesundheitliche Konsequenzen haben oder nicht, hängt ganz entscheidend von vorhandenen oder nicht vorhandenen personalen, familialen und sozialen Ressourcen ab.

### Zwischenfazit: Gesundheit im Migrationskontext

Gesundheit im Migrationskontext ist also eine komplexe Thematik – in Erklärungsansätzen wird sie allzu oft auf die Wirkungen «unterschiedlicher kultureller Prägungen» verkürzt, was ihr aber in keiner Weise gerecht wird. Das hier präsentierte Erklärungsmodell kann wie folgt zusammengefasst werden: Aus der im Einzelfall je spezifischen Konstellation von Gesundheitsdeterminanten und vorhandenen Ressourcen im Migrationskontext ergeben sich unter Umständen erhöhte oder geringere Gesundheitsrisiken. Oder anders gesagt: Gesundheitschancen und -risiken sind auch innerhalb der Migrationspopulation ungleich verteilt und können sich ausserdem im Zeit- und Integrationsverlauf mit der sozialen und individuellen Ressourcenlage wesentlich verändern. Ins Positive – vielleicht wenn eine Person ihren Aufenthaltsstatus sichern kann, oder wenn sie, falls sie bisher nicht arbeiten konnte, eine Arbeitsstelle antreten kann, oder wenn sie sich mit der Zeit ein soziales Netz aufbauen kann. Ins Negative zum Beispiel wenn sie den Arbeitsplatz verliert, oder wenn sie Diskriminierungserfahrungen macht.

### Gesundheit von MigrantInnen in der Schweiz:

Aber wie steht es denn nun um die Gesundheit von MigrantInnen in der Schweiz? Was weiss man heute darüber? Im Jahr 2004 wurde erstmals eine umfassende Gesundheitsumfrage unter verschiedenen Zugewandertengruppen in der Schweiz durchgeführt, das sogenannte Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung GMM. Obwohl auch diese Erhebung nicht auf «idealen» Daten basiert (MigrantInnen wurden verkürzend als ausländische Staatsangehörige definiert), konnte sie doch einige Tendenzen aufzeigen.

Die Erhebung zeigte u.a., dass hohe Anteile vor allem der Befragten aus Südosteuropa und der Türkei ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht beurteilten und erklärten, in ihrem Alltag durch körperliche und/oder psychische Probleme eingeschränkt zu sein. Gleichzeitig geht hervor, dass in diesen Zugewandertengruppen – insbesondere von Frauen und Personen in höherem Alter sowie von Asylsuchenden – auch relativ häufig Versorgungsleistungen in Anspruch genommen und Medikamente konsumiert werden.<sup>13</sup>

Auch andere Datenquellen<sup>14</sup> weisen in verschiedenen Bereichen der Gesundheit auf schlechtere Werte von Ausländerinnen und Ausländern im Vergleich zu Schweizer Staatsangehörigen hin, etwa bei der reproduktiven und der psychischen Gesundheit (hier insbesondere bei Frauen), bei bestimmten Infektionskrankheiten (v.a. Tuberkulose und HIV) und Krebsarten und bei der Zahngesundheit (hier insbesondere auch bei Jugendlichen). Mit Blick auf Verhaltensindikatoren fällt ein hoher Tabakkonsum bei türkischen Staatsangehörigen beider Geschlechter auf,<sup>15</sup> bei Zugewanderten aus Sri Lanka hingegen scheint Tabakkonsum sehr selten zu sein. Auch Alkoholabstinenz scheint in manchen Gruppen stärker verbreitet zu sein als in der Schweizer Bevölkerung. In Sachen körperliche Aktivität in der Freizeit und Übergewicht zeigen v.a. Ausländerinnen schlechtere Werte als Schweizerinnen. Ausländische Staatsangehörige beider Geschlechter nehmen auch seltener Vorsorgemassnahmen in Anspruch.

Beim Konsum illegaler Drogen sind die im GMM erhobenen Daten wenig aussagekräftig. Man kämpft bei derartigen Befragungen mit der Problematik, dass «sensible» Daten, die mittels Selbsterklärung erhoben werden, nicht sehr zuverlässig sind.

Insgesamt zeigen die vorhandenen Daten, dass die sozioökonomische Benachteiligung von gewissen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und ihr damit in Zusammenhang stehendes Gesundheitsverhalten sich auch im hiesigen Kontext vielfach direkt in schlechteren Gesundheitswerten niederschlagen.

## Sozioökonomische Lage erklärt viel, wenn auch nicht alles

Immer noch sind grosse Teile der Migrationsbevölkerung hierzulande sozial vergleichsweise schlecht gestellt und arbeiten unter Bedingungen, die Gesundheitsrisiken bergen. Dies ist auch im Lichte ihrer Einwanderungsgeschichte und der Entwicklung der schweizerischen Migrationspolitik zu sehen. Jahrzehntlang dominierte das sogenannte Rotations- oder Konjunkturpufferprinzip die Schweizer Einwanderungspolitik: Man setzte auf die aktive Rekrutierung weitgehend unqualifizierter «FremdarbeiterInnen», deren Aufenthalt man sich als temporär vorstellte und über deren gesundheitliche Entwicklung man sich kaum Gedanken machte – zwar sehr wohl über ihren aktuellen Gesundheitszustand, sie mussten ja arbeitsfähig sein, aber nicht längerfristig. Gerade diese MigrantInnen lebten aber in gesundheitlich besonders belastenden und risikobehafteten Situationen, was sich nun, da sie älter sind und werden, besonders deutlich manifestiert. Zuerst waren es die italienischen und spanischen ArbeitsmigrantInnen, die den grössten Gesundheitsrisiken ausgesetzt waren, später dann vor allem Personen aus Südosteuropa (ehemaliges Jugoslawien und Türkei) und aus Portugal, heute auch aus Afrika, Asien und Lateinamerika – die Menschen (und ihre Nachkommen), die in den vergangenen zwanzig Jahren auf der Suche nach Arbeit oder auf der Flucht vor Krieg und Verfolgung in die Schweiz gekommen sind.

Allerdings erklären auch im Schweizer Kontext sozioökonomische Faktoren nicht alles – insbesondere mit Blick auf psychische Gesundheit gibt es weitere migrationspezifischen Einflüsse (vgl. Modell Schenk). Dass gerade zu Suchtverhalten im Migrationskontext zurzeit (noch) keine konkreteren Aussagen gemacht werden können, ist auf die oben erläuterte Komplexität der Thematik und die fehlenden Datengrundlagen zurückzuführen.

## Handlungsansätze

Wie ist den Herausforderungen im Zusammenhang von Migration und Gesundheit zu begegnen?

Was die politisch-strategische Ebene angeht, ergibt sich aus dem heutigen Wissensstand, dass mit breit angelegten, multisektoralen Ansätzen, die auf eine Reduzierung der sozialen Ungleichheit und auf Integrationsförderung abzielen, schon eine beträchtliche Verbesserung auch der Gesundheit der Migrationsbevölkerung erreicht werden könnte. Solche Ansätze werden heute in fast allen europäischen Staaten im Public-Health-Bereich propagiert.

Was die Ebene der Gesundheits- und sozialen Versorgung angeht, so kann man deren Strukturen und Angebote mit einem konsequent bedarfsgerechten Vorgehen und der Förderung der institutionellen und individuellen transkulturellen Kompetenz noch besser auf eine vielfältige, auch von Einwanderung geprägte Klientel ausrichten.

Schliesslich dürften sich eine verstärkte Ressourcenorientierung in der Forschung und die konsequente Stärkung der Ressourcen von Menschen mit Migrationshintergrund ebenfalls positiv auf deren Gesundheit auswirken. ●

### Literatur

- Bischofberger, Iren (2008): HIV-infected sub-Saharan migrants in Switzerland. *Advancing cross-cultural health assessment*. *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care* 19(5): 357-367.
- Bischoff, Alexander/Wanner, Philippe (2007): The Self-reported Health of Immigrant Groups in Switzerland. *Journal of Immigrant Minority Health* 10(4): 325-335.
- Bollini, Paola et al. (2007): Pregnancy outcomes and migration in Switzerland. Results from a focus group study. *International Journal of Public Health* 52(2): 78-86.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2006): Forschung Migration und Gesundheit im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002-2007». Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2007a): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2007b): Wie gesund sind Migrantinnen und Mi-

- granten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Bern.
- Butler, Jeffrey et al. (2007): Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises «Migration und öffentliche Gesundheit». *Bundesgesundheitsblatt* 50(10): 1232-1239.
- Domenig, Dagmar (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern.
- Dratva, Julia/Zemp, Elisabeth (2008): Lebensanfang und Kindheit. S. 37-55 in: Meyer, Katharina (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz*. Nationaler Gesundheitsbericht. Bern.
- Efionayi-Mäder, Denise/Wyssmüller Chantal (2008): Migration und Gesundheit, S. 88-105 in: Meyer, Katharina (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz*. Nationaler Gesundheitsbericht. Bern. [www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.114424.pdf](http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.114424.pdf), Zugriff 27.07.2009.
- Gabadinho, Alexis et al. (2007): La santé des populations migrantes en Suisse. Une analyse des données du GMM. Neuchâtel.
- Mac Kay, Laura et al. (2003): *Migration and health. A review of the international literature*. Glasgow.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern.
- Rausa, Fabienne/Reist, Sara (2008): *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Bericht 2008. Neuchâtel.
- Razum, Oliver et al. (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Berlin.
- Rommel, Alexander et al. (2006): *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung*. Bonn.
- Rotter, Julian B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80, Nr. 609.
- Saladin, Peter et al. (Hrsg.) (2006): *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern.
- Schenk, Liane et al. (2006): Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt* 49(9): 853-860.
- Schenk, Liane (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health* 52(2): 87-96.
- Wanner, Philippe (2004): *Migration und Integration: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel.
- Weiss, Regula (2003): *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich.

### Endnoten

- 1 Dieser Artikel basiert im Wesentlichen auf einem von der Autorin mitverfassten Text (Efionayi-Mäder/Wyssmüller 2008), der im Nationalen Gesundheitsbericht 2008 erschienen ist.
- 2 vgl. Wanner 2004.
- 3 vgl. Schenk 2007.
- 4 vgl. etwa Weiss 2003, Mac Kay et al. 2003, Bundesamt für Gesundheit 2006, 2007a, 2007b, Efionayi-Mäder/Wyssmüller 2008.
- 5 vgl. BAG 2007a, Die Bundesstrategie zu Migration im Internet: <http://tinyurl.com/strategie-migration>
- 6 z. B. die Todesursachenstatistik oder die Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB.
- 7 vgl. die weiter fortgeschrittene Diskussion dazu in Deutschland: Schenk et al. 2006, Butler et al. 2007, Razum et al. 2008.
- 8 vgl. etwa Mielck 2005.
- 9 vgl. weiter unten und Gabadinho et al. 2007. In Einklang mit der Neuausrichtung der Migrationspolitik seit den 1990er Jahren ist zurzeit allerdings tendenziell eine Übersichtung der hiesigen Gesellschaft durch Zuwandernde (vorwiegend aus EU-Staaten) im Gang. In Bezug auf diese neuen Einwanderungsgruppen fallen die negativen Wirkungen sozioökonomischer Benachteiligung auf die Gesundheit denn auch kaum ins Gewicht. Die beobachteten gesundheitlichen Unterschiede zwischen diesen Gruppen und den Schweizerinnen und Schweizern erweisen sich als viel weniger ausgeprägt.
- 10 Schenk 2007: 92.
- 11 Man weiss beispielsweise, wie wichtig die Bedingungen in der frühen Kindheit für die Gesundheit im Verlauf des gesamten Lebens sind, vgl. etwa Dratva/Zemp 2008.
- 12 Für diesen Glauben ist in der deutschsprachigen Psychologie der Fachbegriff «Kontrollüberzeugung» gebräuchlich. Er ging aus dem von US-Psychologen Julian B. Rotter (1966) eingeführten Konzept des «internal and external locus of control» hervor. Das Konzept verweist auf das Ausmass, mit dem jemand glaubt, dass etwas durch das eigene Handeln beeinflussbar ist.
- 13 Rommel et al. 2006, Gabadinho et al. 2007, Bundesamt für Gesundheit 2007b.
- 14 vgl. etwa Bundesamt für Gesundheit 2006, Bollini et al. 2007, Bischoff und Wanner 2007, Rausa/Reist 2008, Bischofberger 2008.
- 15 vgl. zu dieser Thematik auch den Artikel von Schnoz, Salis Gross und Cangatin in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.