

Supplementary file:

German translation of the Viewpoint “Equitable health care in the context of migration»

English version: <https://doi.org/10.57187/s.4245>

Chancengerechte medizinische Versorgung im Kontext von Migration

Anne Jachmann¹²³⁴, Julia Brandenberger⁵, Matthis Schick⁶

¹ Universitätsklinik für Notfallmedizin, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern, Schweiz

² Departement für Medizin, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Allschwil, Schweiz

³ Schweizerische Gesellschaft der Fachärztinnen und -ärzte für Prävention und Public Health, Swiss Public Health Doctors (SPHD),

⁴ Universität Basel, Basel, Schweiz

⁵ Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern, Schweiz

⁶ Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Zürich, Universität Zürich, Schweiz

Korrespondenzautorin:

Anne Jachmann

Inselspital, Universitätsspital Bern

Universitätsklinik für Notfallmedizin

Rosenbühlgasse 27

CH-3010 Bern

anne.jachmann[at]insel.ch

Key Words

Prevention and Public Health, Health Inequity, Migration, soziale Determinanten der Gesundheit

Einleitung

Jüngste Ereignisse, wie die weltweit zunehmenden Flüchtlingsströme oder die Covid-19 Pandemie, haben verdeutlicht, dass Gesundheit und Krankheit in der Schweizer Bevölkerung ungleich verteilt sind [1; 2; 3]. Soziale Determinanten der Gesundheit (SDG) wie ein tiefes Einkommens- und Bildungsniveau, Verständigungsschwierigkeiten oder ein unsicherer Aufenthaltsstatus gehen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einem erhöhten somatischen und psychischen Erkrankungsrisiko einher. Die gesundheitlichen Unterschiede, welche aus sozialen Ungleichheiten entstehen und vermeidbar sind, werden «gesundheitliche Ungerechtigkeit» (Health Inequity) genannt und basieren auf einer erhöhten Exposition an Belastungs- und Risikofaktoren (z.B. gesundheitsgefährdende Lebens- und Arbeitsbedingungen) und einem Mangel an Ressourcen [1]. Typischerweise liegen diese Faktoren nicht isoliert, sondern in Kombination vor, wodurch die Fähigkeit, Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen oder mit einer Erkrankung bestmöglich umzugehen, deutlich eingeschränkt wird.

Hinzukommt, dass gemäss «inverse care law» benachteiligte Bevölkerungsschichten trotz höheren Bedarfs paradoxerweise weniger Gesundheitsdienstleistungen erhalten, als privilegiere Schichten mit weniger Bedarf [3]. Massnahmen zur Förderung der öffentlichen und individuellen Gesundheit und Prävention können jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn *alle* Personen einer Bevölkerung gleichermaßen erreicht werden [4]. Gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG) beruht das Schweizer Gesundheitssystem auf dem Prinzip der Solidarität und Offenheit und muss daher für alle zugänglich sein [5].

Personen mit Migrationshintergrund sind überproportional häufig mit einer Kumulation sozialer Risikofaktoren und einem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem konfrontiert [1]. So können die Unterbringung in deprivierten Wohnlagen, mangelnde Integration, limitierter Zugang zu Bildungseinrichtungen, dem Arbeitsmarkt oder Freizeitaktivitäten Einfluss auf den Gesundheitsstatus nehmen.

Der Anteil der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz mit Migrationshintergrund stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an und erreichte 2022 erstmalig 40%, wovon 80% der Personen im Ausland geboren sind (erste Generation) [6]. Dabei ist die Migrationsbevölkerung sehr heterogen und umfasst Personen mit niedrigem bis sehr hohem sozioökonomischen Status. Der Teil, welcher von SDG negativ betroffenen ist, stellt keine Randgruppe, sondern einen relevanten Anteil der Bevölkerung dar, welcher von Gesundheitsfachpersonal aller Fachbereiche in der regulären medizinischen Versorgung gesehen wird. Folglich können Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung weitreichende Auswirkungen haben (siehe Tabelle 1 für Details [1; 7; 8]).

Tabelle 1: Folgen von Zugangsbarrieren zu chancengerechter medizinischer Versorgung von Patient:innen mit Migrationshintergrund auf verschiedene Ebenen

Ebene	Folgen
Gesellschaft	- Produktivitätsverlust durch Krankheitsausfälle - vermindertes Integrationspotential
Gesundheitssystem	- Mehrkosten durch vermeidbare Mehrfachkonsultationen oder Spitalaufenthalte - Mehrkosten durch un-, fehl- oder verzögert behandelte Erkrankungen
Gesundheitsfachperson	- unzureichendes Wissen zur Patientengeschichte (lückenhafte Anamnese) - reduzierte Diagnose- und Behandlungsqualität - Häufung von medizinischen Fehlern - Unmöglichkeit der Einhaltung medicolegaler Vorgaben - Frustration, Unsicherheit, Unzufriedenheit
Patient:in	- Progredienz / Chronifizierung von un-/fehlbehandelten Krankheiten - Unsicherheit, Misstrauen gegenüber Gesundheitsfachpersonen / -system - Verzicht auf Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen - Verminderung der Adhärenz / Compliance - erhöhte psychische Belastung

Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung für Patienten:innen mit Migrationshintergrund

Kommunikation, der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und Kontinuität stellen Herausforderungen in der Behandlung von Patienten:innen mit Migrationshintergrund dar [9]. Sie sind sowohl im Kontext des spezifischen Gesundheitssystems als auch im persönlichen Kontext der Patienten:innen zu betrachten.

Eine der grössten Zugangsbarrieren stellen Kommunikations- /Verständigungsschwierigkeiten dar. Liegen diese vor, sollten (interkulturelle) Dolmetscher für die Konsultationen hinzugezogen werden, um Risiken durch die Verwendung von Laiendolmetschern vorzubeugen. Leider besteht schweizweit keine einheitliche Regelung bezüglich der Vergütung dieser Dienstleistung. Dies betrifft insbesondere den ambulanten Sektor, da abhängig vom Kanton zum Teil erwartet wird, dass entweder die Patienten:innen oder die Spitäler und Privatpraxen selbst für die Kosten aufkommen. Ein fehlendes Verständnis während der Konsultation seitens der Patienten:innen und/oder seitens der Gesundheitsfachperson kann zu schwerwiegenden Folgen führen (siehe Tabelle 1). Im Bereich der psychischen Gesundheit ist ohne ausreichende sprachliche und transkulturelle Verständigung eine angemessene Behandlung nicht möglich [8]. Auch die gesetzliche Aufklärungspflicht und das Einholen eines «Informed Consent» sind ohne qualifizierte Übersetzung nicht zu gewährleisten.

Dabei stellt nicht nur die Sprachkompetenz, sondern auch die Anwendung von Stereotypen oder Vorurteilen, fehlendes Verständnis der kulturellen Prägung der Patienten:innen oder medizinanthropologischer Aspekte (ihrem Verständnis von Gesundheit, Krankheit und der notwendigen Behandlung) eine Barriere dar. Hierbei können Faktoren wie Religiosität, Tradition oder Bildung eine wesentliche Rolle spielen. Beispielsweise sind die Konzepte von psychischer Gesundheit oder Hebammen geleiteter Geburtsvorbereitung, welche in der Schweiz angewendet werden, nicht allen Personen bekannt. Hinzu kommen Stigmatisierungen, wie etwa bezgl. Schwangerschaftsabbruch, Kontrazeption oder Konsultation eines Psychologen, welche zum sozialen Ausschluss führen können. Auch unzureichende Vertrautheit mit der Funktionsweise des Schweizer Gesundheitssystems oder die Erfahrung von Diskriminierung kann zu wissentlichem oder unbewusstem Verzicht auf Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen führen.

Massnahmen für eine chancengerechte medizinische Versorgung

Entwicklung und Umsetzung einheitlicher, nationaler Rahmenbedingungen in der Schweiz

In Bezug auf das Angebot und die Vergütung von (interkulturellen) Dolmetscherdiensten sowie medizinischen Versorgungsleistungen u.a. für Personen «sans papier» benötigt es kantonsübergreifende Regelungen auf Bundesebene, damit ein chancengleicher Zugang zum Gesundheitssystem schweizweit gewährleistet wird. Dies beinhaltet auch die Anpassung von Informations- und Präventionsstrategien an die Bedürfnisse und Lebensumstände der Zielgruppe [10]. Die oft komplexe Lebenssituation und verschiedenen SDG von Patienten:innen mit Migrationshintergrund erfordern eine konsequente Ausrichtung der Gesundheitsversorgung am biopsychosozialen Modell, dahingehend geschultes Fachpersonal, interprofessionelle Zusammenarbeit und die Etablierung eines Netzwerkes von eng kooperierenden Gesundheitsfachkräften [11].

Systematische Datenerfassung

Um Barrieren erkennen und erfolgreich bekämpfen zu können, ist eine systematische und kontinuierliche Datenerfassung hinsichtlich «Health Inequity» notwendig, wodurch ein chancengerechter Zugang messbar und somit überprüfbar wird. Zum aktuellen Zeitpunkt fehlt eine systematische Datenerhebung und Berichterstattung über Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz (z.B. Sprachbarrieren/ Dolmetscherbedürftigkeit, Angaben zum sozioökonomischen oder Aufenthaltsstatus). In diesem Rahmen engagieren sich verschiedene Akteure, wie das «Swiss Health Network for Equity», Universitätskliniken und das Bundesamt für Gesundheit für die Verwendung einheitlicher Indikatoren zur Erfassung der Chancengerechtigkeit in der Schweiz [12].

Sensibilisierung und Schulung von Gesundheitsfachpersonal

Eine Sensibilisierung für die Thematik chancengerechte Gesundheitsversorgung im Kontext von Migration ist auf allen Ebenen und Institutionen (einschliesslich medizinischer Fakultäten, Gesundheitsfachhochschulen, Spitäler) und allen Fachbereichen erforderlich. Dafür sind Ausbau und Nutzung von etablierten Aus- und Weiterbildungsangeboten sowie bedarfsgerechte Unterstützung für die Stärkung von im Bereich Migration und Gesundheit tätigem Personal notwendig. An grösseren Instituten und Spitälern kann die Einrichtung einer zentralen Fachstelle für «Equity» und Migrationsthemen sinnvoll sein, welche u.a. Beratung, Zugang zu Fort-/Ausbildungsangeboten und zu Dolmetscherdiensten anbietet.

Zusammenfassung

Dem gesundheitspolitischen Leitmotiv des chancengerechten Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen stehen im Migrationsbereich Barrieren auf Seiten der Betroffenen wie auch seitens des Gesundheitssystems entgegen. Die operationalisierte Messung von Health Inequity, Schulung und Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich bedarfsgerechter Versorgung, Diversität, transkultureller, medizinanthropologischer und sozialmedizinischer Aspekte sowie die Gewährleistung qualifizierter Verständigung gehören zu den Massnahmen, welche zur Verminderung der Unter- und Fehlversorgung dieser Bevölkerungsgruppe beitragen können.

Acknowledgments

Authors` Contribution

Konzept, Schreiben, Erstellung des Originalentwurfs, AJ; Schreiben, Überprüfen, Editieren, alle Autoren. Alle Autorinnen und Autoren haben das eingereichte Manuskript gelesen und sind für alle Aspekte des Werkes mitverantwortlich.

Potential competing interests

All authors have completed and submitted the International Committee of Medical Journal Editors form for disclosure of potential conflicts of interest. No potential conflict of interest related to the content of this manuscript was disclosed.

Literaturverzeichnis

1. Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK.*
2. Morisod, K., Grazioli, V. S., Schlüter, V., Bochud, M., Nusslé, S. G., D'Acremont, V., ... & Bodenmann, P. (2023). *Prevalence of SARS-CoV-2 infection and associated risk factors among asylum seekers living in asylum centres: A cross-sectional serologic. study in Canton of Vaud, Switzerland. Journal of Migration and Health, 7, 100175. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100175>*
3. Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N., Low, N., Egger, M. (2021). *Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. The Lancet Public Health, 6(9), e683-e691. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)*
4. Kleinberger U., Eser Davolio M., Schwarz N., Adili K., Merminod G., 2023. *Lessons learned aus der Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung. Zürich: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.21256/zhaw-30354>*
5. Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Gesundheitliche Chancengleichheit. [Online] 20. 03 2024. [Zitat vom: 01. 04 2024.] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit.html> .*
6. Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Demografie und Migration. *Bevölkerung nach Migrationsstatus. [Online] 2023. [Zitat vom: 26. 03 2024.] <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>.*
7. Spiess, Manuela und Schnyder-Walser, Katja (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz – Hintergrunddokument. Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), August 2018.*

8. Kiselev N, Pfaltz M, Haas F, Schick M, Kappen M, Sijbrandij M, De Graaff AM, Bird M, Hansen P, Ventevogel P, Fuhr DC, Schnyder U, Morina N. Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *Eur J Psychotraumatol*. 2020 Feb 4;11(1):1717825. doi: 10.1080/20008198.2020.1717825. PMID: 32128044; PMCID: PMC7034440. .
9. Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health*. 2019 Jun 14;19(1):755. doi: 10.1186/s12889-019-7049-x. PMID: 31200684; PMCID: PMC6567460.
10. Jachmann, A., Saffuri, R., Eijer, H., Brown, A. D., Karamagioli, E., Pikoulis, E., Exadaktylos A., Klingberg K., Srivastava, D. (2022). Trauma consultations in a Swiss tertiary emergency department: Comparison of asylum seekers and the local population—Patient characteristics and patterns of injuries, a retrospective study. *PLoS one*, 17(11), e0277418.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0277418>
11. Cignacco, E., zu Sayn-Wittgenstein, F., Sénac, C. et al. Sexual and reproductive healthcare for women asylum seekers in Switzerland: a multi-method evaluation. *BMC Health Serv Res* 18, 712 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3502-2>.
12. Courvoisier D. et al., (2023). Messung der Versorgungsgerechtigkeit in Schweizer Spitälern: Machbarkeit und Fallstudie. *PRIORITY-Studie: Panorama of Indicators on Equity in Healthcare. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: BAG.