

## Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz

---

Im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration, unterstützt vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2008 – 2017“

**Alter und  
Migration**  
Nationales Forum Alter und Migration  
Forum national âge et migration  
Forum nazionale anzianità e migrazione

15. April 2013

**Johanna Kohn, Eva Tov**  
Fachhochschule Nordwestschweiz, Basel

unter Mitarbeit von

Christa Hanetseder und Hildegard Hungerbühler  
Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern

**Prof. Johanna Kohn, lic. lic. phil.**

Dozentin an der Hochschule für Soziale Arbeit an der FHNW im Institut Sozialplanung und Stadtentwicklung.

Arbeitsschwerpunkte: Gesundheit und Biografie, Kulturalität und Migration im Alter. Ethische Entscheidungsfindung und religionssensibles Vorgehen in kritischen Lebenssituationen sowie im Kontext von Pflege und Palliative-Care.

[johanna.kohn@fhnw.ch](mailto:johanna.kohn@fhnw.ch)

**Dr. Eva Tov**

Freie Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an der Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW. Von 1995-2012 Dozentin und Forscherin sowie in leitenden Funktionen an der Hochschule für Soziale Arbeit tätig; seit Juli 2012 selbständige Beraterin in internationalen Kontexten.

Arbeitsschwerpunkte: Konflikt, Migration, Integration, Lernen und Wissensintegration in interdisziplinären und internationalen Teams.

[eva.tov@fhnw.ch](mailto:eva.tov@fhnw.ch)

**Hildegard Hungerbühler, lic. phil.**

Ethnologin, Gerontologin MAS und Sozialarbeiterin. Leitet in der Geschäftsstelle des Schweizerischen Roten Kreuzes den Stab Grundlagen und Entwicklung. Vizepräsidentin des Nationalen Forums Alter und Migration.

Arbeitsschwerpunkte: Migrations- und Altersfragen.

[hildegard.hungerbuehler@redcross.ch](mailto:hildegard.hungerbuehler@redcross.ch)

**Dr. Christa Hanetseder**

Psychologin FSP/SGP. Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Departement Gesundheit und Integration des Schweizerischen Roten Kreuzes.

Arbeitsschwerpunkte: Gewalt- und Misshandlungsforschung, Migration, Alter, Gesundheit und Suizidprävention.

[christa.hanetseder@redcross.ch](mailto:christa.hanetseder@redcross.ch)

**Zitiervorschlag:**

Kohn, Johanna / Tov, Eva / Hanetseder, Christa / Hungerbühler, Hildegard (2013): *Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migranten/innen in der Schweiz*. Eine Studie im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration. Basel/Bern: FHNW/SRK.

## Danksagung

Von August 2012 bis Februar 2013 führte die Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz zusammen mit dem Schweizerischen Roten Kreuz im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration eine Studie über die Nutzung und Einstellung zur Spitex bei der Migrationsbevölkerung in der Schweiz aus der Sicht von Expertinnen und Experten durch. Finanziell unterstützt wurde die Untersuchung vom Bundesamt für Gesundheit. Dafür möchten wir dem Bundesamt an dieser Stelle herzlich danken. Ebenso gilt dem Nationalen Forum Alter und Migration unser Dank für das uns entgegengebrachte Vertrauen.

Ferner gebührt allen Expertinnen und Experten, die sich bereit erklärt haben, uns ihr Wissen und ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen, unser herzlicher Dank. Alle Fachpersonen haben mit grosser Offenheit für das Anliegen der Studie und mit Respekt gegenüber ihren Klientinnen und Klienten über die Thematik Auskunft gegeben und uns so tiefe Einblicke in ihre anspruchsvolle und oft schwierige, aber auch bereichernde und wertvolle Arbeit gewährt. Regelmässige fachlichen Rückmeldungen zum Forschungsdesign, den Interviewfragen und Ergebnissen gaben die Mitglieder der Echogruppe, zu der Karin Gasser vom BAG, Regula Streckeisen von der Spitex und Saskia Schröder Santschi vom BSV gehörten. Ihnen kommt für ihr Vertrauen und die konstruktive Zusammenarbeit grosser Dank zu.

Die inhaltliche und formale Redaktion sowie die Gestaltung des Berichts durften wir dem Textservice von Prof. Dr. Joachim Mugdan übergeben. Für seine gründliche professionelle Arbeit gilt ihm ein besonderer Dank.

Die Verantwortung für Inhalt und Form in seiner vorliegenden Gestalt trägt die Projektleitung.

Für das Projektteam:

Prof. Johanna Kohn

Projektleiterin

# Inhalt

<b>0. Überblick</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Ausgangslage</b> .....	<b>9</b>
1.1 Einleitung .....	9
1.2 Demographische Daten.....	11
1.3 Prognostizierte demographische Entwicklung .....	14
1.4 Gesundheitsrelevante sozio-ökonomische Merkmale .....	15
1.4.1 Bildung.....	15
1.4.2 Ökonomischer Status .....	16
1.5 Gesundheitliche und psycho-soziale Befindlichkeit .....	17
1.5.1 Gesundheitliche Belastung.....	17
1.5.2 Gesundheitliche Risikofaktoren und spezifische Krankheiten.....	18
1.5.3 Ethnizität .....	19
1.6 Gesundheitspolitische Leitlinien in der Schweiz.....	20
1.7 Orientierung im Gesundheitssystem der Schweiz .....	21
1.8 Pflegearrangements im Kontext von Migration und Alter .....	22
1.8.1 Pflege zu Hause .....	22
1.8.2 Auswirkungen häuslicher Pflege auf Pflegebedürftige und Angehörige .....	24
1.8.3 Care Migration .....	26
1.9 Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch Migrantenfamilien .....	26
1.9.1 Spitex.....	27
1.9.2 Stationäre Alters- und Pflegeheime .....	28
<b>2. Anlage der Untersuchung</b> .....	<b>30</b>
2.1 Auftrag .....	30
2.2 Leitfragen .....	30
2.3 Methode.....	31
2.3.1 Fokusgruppe.....	31
2.3.2 Telefoninterviews.....	32
2.4 Auswahl der Fachpersonen.....	32
2.5 Durchführung .....	34
2.5.1 Fokusgruppe.....	34
2.5.2 Telefoninterviews.....	35

<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>37</b>
3.1 Sozio-ökonomische und biographische Merkmale.....	37
3.1.1 Sozio-ökonomischer Status und Migrationsgründe.....	37
3.1.2 Integration.....	38
3.1.3 Familiäre Situation .....	39
3.2 Gesundheit und Krankheit .....	40
3.2.1 Physische und psychische Befindlichkeit .....	40
3.2.2 Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen .....	41
3.2.3 Umgang mit Alter und Krankheit .....	42
3.3 Kenntnisse über Gesundheitswesen und Unterstützungsangebote .....	43
3.4 Pflegeleistungen.....	44
3.5 Belastungsfaktoren .....	45
3.5.1 Belastungen für die Familien .....	46
3.5.2 Belastungsfaktoren für externe Pflegepersonen .....	48
3.5.3 Belastungsfaktoren für die Pflegebedürftigen.....	50
3.6 Palliative Care.....	52
3.7 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Spitex-Diensten .....	53
3.7.1 Sprachliche Hürden und mangelnde Kenntnisse .....	54
3.7.2 Emotionale Hürden .....	54
3.7.3 Finanzielle Hürden.....	56
3.7.4 Organisation und Arbeitsweise der Spitex.....	56
3.8 Einordnung der Ergebnisse; Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....	57
<b>4. Empfehlungen .....</b>	<b>60</b>
4.1 Rechtliche Regelungen.....	60
4.2 Pflegende Angehörige.....	61
4.2.1 Schulung .....	61
4.2.2 Entlastung.....	61
4.3 Spitex.....	62
4.3.1 Grundhaltung .....	62
4.3.2 Erreichbarkeit.....	62
4.3.3 Arbeitsweise .....	62
4.3.4 Personal.....	63
4.3.5 Schulung .....	63
4.4 Information – Kommunikation – Vernetzung.....	64
4.4.1 Informationsvermittlung.....	64
4.4.2 Interkulturelle Übersetzung.....	66
4.4.3 Förderung der Selbstorganisation.....	66
4.4.4 Vernetzungsarbeit.....	67

<b>5. Zitierte Literatur .....</b>	<b>67</b>
<b>6. Anhang: Informationsangebote (in Auswahl).....</b>	<b>78</b>
6.1 Informationen über das Schweizer Gesundheitswesen und verwandte Themen für Migrantinnen und Migranten.....	78
6.2 Internet-Angebote zum Thema Migration.....	82
6.3 Internet-Hinweise auf Weiterbildungsmöglichkeiten .....	83

## 0. Überblick

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit den Fragen,

- welche Haltungen betagte Migrantinnen und Migranten und pflegende Angehörige zu Pflege und Unterstützungsleistungen haben,
- welche Pflegearrangements bei ihnen typisch sind und welche Erfahrungen sie damit machen
- und inwieweit sie die Angebote im Gesundheitsbereich, insbesondere die Spitex-Dienste, nutzen.

Im Mittelpunkt stehen dabei zwei Gruppen: einerseits Migrantinnen und Migranten aus Italien und andererseits solche aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten (insbesondere Serbien, Kosovo, Makedonien, Bosnien-Herzegowina und Kroatien) und Albanien. Diese Wahl ist vor allem dadurch begründet, dass die beiden Gruppen die zahlenmässig grössten sind (s. 1.2) und (abgesehen von den in den Befragungen nicht berücksichtigten Italienerinnen und Italienern in der italienischen Schweiz) in aller Regel die Sprache des Landesteils, in dem sie wohnen, nicht als Mutter- oder Zweitsprache sprechen, was für den Zugang zu Dienstleistungen im Gesundheitsbereich bekanntermassen eine grosse Hürde ist. Die aus Italien stammenden Migrantinnen und Migranten sind ferner deshalb von besonderem Interesse, weil sie häufig schon sehr lange im Land sind und nun hier alt werden, während für die Entscheidung, Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien zu betrachten, auch relevant war, dass ihre gesundheitliche Situation weithin als prekär eingeschätzt wird. Dabei sind wir uns bewusst, dass beide Gruppen (und in besonderem Mass die aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien) in sich durchaus heterogen sind; es war jedoch aufgrund der Datenlage kaum möglich, hier genauer zu differenzieren. Da bei diesen Gruppen Erkrankungen, die für das Alter typisch sind, oft schon bei Fünfzigjährigen auftreten, haben wir „alt“ für unsere Zwecke als „50+“ definiert; bei der Darstellung der Ausgangslage konzentrieren wir uns allerdings auf Alte ab 65 und Hochbetagte ab 80 Jahren.

Da eine direkte Befragung der Betroffenen im Rahmen dieser Studie nicht durchführbar gewesen wäre, wurden Expertinnen und Experten aus der deutschen und der französischen Schweiz befragt, d.h. Fachleute aus Medizin, Pflege, Beratung und Sozialarbeit (die teilweise selbst Migrationshintergrund haben) sowie Schlüsselpersonen aus

Migrationsorganisationen. Die Untersuchung bildet also die subjektive Sichtweise dieser Personen zum Thema ab und hat daher eher den Charakter einer explorativen Studie. Dennoch lassen sich aus den Ergebnissen, die mit Beobachtungen in anderen Studien und in der Fachliteratur weitgehend in Einklang stehen, bereits Schlussfolgerungen ziehen.

In den Bericht fliessen neben den Ergebnissen der durchgeführten Fokusgruppen-Veranstaltung und der telefonischen Interviews auch Aussagen aus einem durch *albinfo* organisierten Roundtable „Altern in der Fremde“ (Bern, 21. November 2012) sowie Befunde aus aktuellen Berichten und der Fachliteratur ein.

Im ersten Kapitel wird die Ausgangslage beschrieben, wobei zunächst einige wichtige Merkmale der beiden Migrationsgruppen genannt werden und dann auf der Basis bisheriger Erkenntnisse skizziert wird, wie gut Migrantinnen und Migranten über das Gesundheitssystem der Schweiz informiert sind, welche Pflegearrangements bei ihnen vorherrschen und inwieweit sie Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Im zweiten Kapitel wird die Anlage der Studie dargestellt, insbesondere Methode und Durchführung. Das dritte Kapitel enthält, nach Themen geordnet, die Ergebnisse der Untersuchung; Schwerpunkte sind Belastungen bei der häuslichen Pflege und Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme der Spitex. Das vierte Kapitel gibt Empfehlungen an die Spitex und an politische Gremien, in die vorwiegend Anregungen und Forderungen der befragten Expertinnen und Experten eingeflossen sind. Im Anhang wird ein kurzer Überblick über einschlägige Informationsangebote gegeben, die sich an Migrantinnen und Migranten und/oder an Fachpersonen richten.



# 1. Ausgangslage

## 1.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird der gegenwärtige Kenntnisstand zur gesundheitlichen und sozio-ökonomischen Situation von alten Migranten und Migrantinnen in der Schweiz dargestellt. Ferner werden bisher verfügbare Informationen über die Nutzung von Pflegediensten und medizinischen Versorgungsangeboten zusammengetragen. Grundlage sind neuere Studien und Veröffentlichungen zur Situation dieser Bevölkerungsgruppe. Vielfach gibt es jedoch nur zu Migrantinnen und Migranten im Allgemeinen (unabhängig vom Alter) oder zu alten Menschen im Allgemeinen (unabhängig vom Migrationshintergrund) genauere Daten, während die spezifische Situation der hier interessierenden Gruppe bisher nicht näher untersucht wurde.

Wenn man als Migrantinnen und Migranten solche Menschen definiert, die irgendwann in ihrem Leben ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz verlassen haben und in die Schweiz eingewandert sind (vgl. z.B. Ausländerinnen 2001: 50), so fallen darunter höchst unterschiedliche Personengruppen. Meist denkt man bei diesem Begriff jedoch zum Beispiel nicht an hochqualifizierte Fachkräfte aus Westeuropa oder Nordamerika, sondern an Arbeitsmigranten und -migrantinnen sowie an politisch Verfolgte und Flüchtlinge aus Kriegs- und Bürgerkriegsgebieten. Dem entspricht auch die Auswahl der beiden Gruppen (aus Italien und dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien), die in dieser Studie im Mittelpunkt stehen.

Statistische Erhebungen erfassen häufig nicht das Merkmal „Migration“, sondern das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ („Nationalität“) und stellen „Schweizer“ (d.h. Personen mit Schweizer Staatsbürgerschaft) und „Ausländer“ (d.h. alle anderen)<sup>1</sup> gegenüber. So bringt ein Bericht des Bundesamts für Migration unter den „wichtigsten Kennzahlen 2010“ keine Angabe zur Anzahl der Migranten und Migrantinnen in der Schweiz, sondern nennt den Ausländeranteil von 22,1% (Migrationsbericht 2011: 7), und das Glossar in der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit“ definiert sogar die Migrationsbevölkerung als „Alle Personen mit ausländischem Pass“ (Strategie 2007: 11). Nicht alle Migranten sind

---

<sup>1</sup> So wird in der Online-Datenbank STAT-TAB des Bundesamts für Statistik BFS verfahren. Unter „Ausländer“ fallen u.a. auch einige wenige Personen, die keine Angabe gemacht haben.

jedoch Ausländer (insbesondere solche, die eingebürgert wurden), und nicht alle Ausländer sind Migranten (insbesondere die in der Schweiz geborenen Kinder von Migranten). Auch das verschiedentlich herangezogene Merkmal „im Ausland geboren“ deckt sich nicht völlig mit „Migrationserfahrung“, denn manche „echten Schweizer“ sind im Ausland zur Welt gekommen, ohne dort eine nennenswerte Zeit gewohnt zu haben, und umgekehrt wurden manche der in der Schweiz lebenden Menschen, die eine Migrationsgeschichte haben, zufällig hier geboren. So können die im Folgenden wiedergegebenen Daten nur bedingt auf die Migrationsbevölkerung in der Schweiz im Allgemeinen und auf die in dieser Studie untersuchten Gruppen im Besonderen bezogen werden.

Wenn wir in diesem Bericht von „Schweizerinnen und Schweizern“ sprechen, bezieht sich das wie beim Bundesamt für Statistik stets auf Personen mit Schweizer Staatsbürgerschaft, die ständig in der Schweiz wohnen. Bei der häufig anzutreffenden Gegenüberstellung von „Schweizerinnen und Schweizern“ einerseits und „Migrantinnen und Migranten“ andererseits sind dagegen nicht alle Menschen mit Schweizer Pass gemeint, sondern nur solche, deren Familien schon so lange in der Schweiz leben, dass sie auch dann, wenn sie einen Migrationshintergrund haben, nicht mehr als „fremd“ gelten. Wir fügen in diesem Fall zur Verdeutlichung *alteingesessen* hinzu; das oft in diesem Sinne verwendete Wort *einheimisch* vermeiden wir weitgehend, weil es fälschlich suggerieren könnte, dass die betreffenden Familien „schon immer“ in der Schweiz gelebt haben.

Die Daten zeigen, dass die Gruppe alter Migranten und Migrantinnen für die Gesundheits- und Sozialpolitik in der Schweiz eine relevante Grösse ist, und es gibt Indizien dafür, dass der Anteil der älteren Menschen unter den Migrantinnen und Migranten (wie in der Schweizer Gesamtbevölkerung) zunimmt. Es handelt sich dabei einerseits um Personen, die in der Schweiz alt geworden sind und häufig ihren ursprünglichen Plan, in ihr Heimatland zurückzukehren, nicht verwirklicht haben, und andererseits um eine deutlich kleinere Gruppe von Personen, die bereits in fortgeschrittenem Alter in die Schweiz eingewandert sind, z.B. im Rahmen von Familiennachzug.

Während bis in die neunziger Jahre die politische Einstellung gegenüber Migranten und Migrantinnen von der Annahme geprägt war, dass die sog. „Gastarbeiter“ in ihr Heimatland zurückkehren würden, werden Arbeitsmigranten und -migrantinnen heute als ein fester Bestandteil der schweizerischen Gesellschaft angesehen. Daher fordert die heutige Integrationspolitik ein von Respekt geprägtes Zusammenleben, das sowohl von den

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

Eingewanderten Anpassungsleistungen erwartet (u.a. die Landessprache zu lernen sowie gesetzliche Rahmenbedingungen und administrative Abläufe kennenzulernen) als auch von den Einheimischen verlangt, die Zuwanderer wohlwollend aufzunehmen. „Fördern und fordern“ ist zu einem zentralen, wenn auch nicht unumstrittenen Schlagwort geworden. Die bereits länger in der Schweiz lebenden und inzwischen alt gewordenen Migrantinnen und Migranten sind jedoch unter anderen Voraussetzungen ins Land gekommen und haben daher häufig die erwarteten Sprachkenntnisse und Informationen nicht. Hier setzt unsere Studie ein, um die Situation dieser Gruppe zu untersuchen und Anregungen zu geben.

## 1.2 Demographische Daten

Ende 2011 lebten über 1,8 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz, 22,8% der ständigen Wohnbevölkerung. Die grösste Gruppe hat die Staatsbürgerschaft von Italien (15,9% der ausländischen Bevölkerung), gefolgt von Deutschland (15,1%) und Portugal (12,3%). Auf Platz vier und fünf folgen Serbien (6%) und Frankreich (5,5%), alle anderen liegen unter 5%. Rechnet man allerdings alle Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien zusammen, so rücken sie an die erste Stelle (17,1%); dazu kommt in unserer Kategorie „ehemaliges Jugoslawien und seinen Folgestaaten“ noch die mit 1289 Personen (0,07%) sehr kleine Gruppe albanischer Bürger und Bürgerinnen.

Ende 2011 waren 6,2% aller mindestens 80-jährigen ständigen Einwohner der Schweiz Ausländer; bei den 65- bis 79-Jährigen betrug der Ausländeranteil 11,8% (STAT-TAB 01.2 Bevölkerungsstand und -bewegung). Der Anteil derjenigen, die im Ausland geboren wurden, ist deutlich höher und lag im Jahr 2000 bei 11,1% der mindestens 80-Jährigen und 19,3% der 65- bis 79-Jährigen (Wanner & al. 2005: 89). Die absoluten Zahlen 2011 zeigt Tabelle 1.

**Tabelle 1: Verteilung von Schweizern und Ausländern nach Alter und Geschlecht**

Staatsangehörigkeit	65-79 Jahre	80+ Jahre	Summe 65+ Jahre
Schweizer	866'843	358'434	1'225'277
davon Männer	392'105	124'264	516'369
davon Frauen	474'738	234'170	708'908
Ausländer	116'023	23'852	139'875
davon Männer	63'466	10'263	73'729
davon Frauen	52'557	13'589	66'146

Gesamt	982'866	382'286	1'365'152
--------	---------	---------	-----------

In der Tabelle fällt auf, dass bei der Schweizer Bevölkerung der Anteil der Männer an den 65- bis 79-Jährigen mit 45% erheblich unter demjenigen der Frauen liegt, während bei der ausländischen Bevölkerung die Verteilung mit einem Männeranteil von 55% genau umgekehrt ist. Bei den Hochbetagten überwiegt der Anteil der Frauen geringfügig.

Tabelle 2 schlüsselt die Zahlen zur ständigen Wohnbevölkerung Ende 2011 nach den am stärksten vertretenen ausländischen Staatsbürgerschaften auf (STAT-TAB 01.2 Bevölkerungsstand und -bewegung).

**Tabelle 2: Verteilung von Ausländern nach Alter und Staatsangehörigkeit**

Staatsangehörigkeit	65-79 Jahre	80+ Jahre	Summe 65+ Jahre
Italien	48'199	10'269	58'468
Deutschland	19'878	3'785	23'663
Frankreich	7'368	2'304	9'672
Österreich	6'456	1'257	7'713
Spanien	5'835	1'273	7'108
Serbien	3'571	306	3'877
Vereinigtes Königreich	2'567	629	3'196
Türkei	2'873	300	3'173
Gesamt	116'023	23'852	139'875

Bemerkenswert ist, dass die Rangfolge der Nationalitäten, wie Tabelle 3 zeigt, abgesehen von den Spitzenreitern Italien und Deutschland je nach Altersgruppe unterschiedlich ist, was vermutlich zum Teil mit der Lebenserwartung korreliert und zum Teil damit, in welchem Alter die verschiedenen Gruppen bevorzugt ein- oder auch rückwandern.

**Tabelle 3: Rangfolge der ausländischen Staatsbürgerschaften nach Alter**

Rang	alle Altersgruppen	65-79 Jahre	80+ Jahre
1	Italien	Italien	Italien
2	Deutschland	Deutschland	Deutschland
3	Portugal	Frankreich	Frankreich
4	Serbien	Österreich	Spanien
5	Frankreich	Spanien	Österreich

6	Türkei	Serbien	Vereinigtes Königreich
7	Kosovo	Türkei	Niederlande
8	Spanien	Vereinigtes Königreich	Serbien,
9	Makedonien	Niederlande	Vereinigte Staaten
10	Vereinigtes Königreich	Kosovo	Türkei
11	Österreich	Portugal	Belgien
12	Bosnien-Herzegowina	Bosnien-Herzegowina	Griechenland

Obwohl die Bürgerinnen und Bürger von Deutschland, Frankreich und Österreich nach denen von Italien die grössten Gruppen der ausländischen Wohnbevölkerung im Alter von 65 Jahren und mehr darstellen, unterscheiden sie sich in vielerlei Hinsicht von der weiteren Migrationsbevölkerung und ähneln im Hinblick auf die interessierenden Variablen eher der eingesessenen Schweizer Bevölkerung. Das ist bei Aussagen zu berücksichtigen, die sich auf die Gesamtheit der Ausländerinnen und Ausländer (oder der im Ausland Geborenen) beziehen.

Da zur Migrationsbevölkerung auch Personen mit Schweizer Staatsbürgerschaft gehören, setzt Tabelle 4, wiederum bezogen auf die ständige Wohnbevölkerung Ende 2011, die Variablen „Staatsangehörigkeit“ und „Geburtsort“ (mit den in 1.1 gemachten Vorbehalten) zueinander in Beziehung und weist die Anteile der mindestens 65-Jährigen und der mindestens 80-Jährigen aus (STAT-TAB 01.3 Migration und Integration).

**Tabelle 4: Verteilung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsort**

Nationalität Geburtsort	Schweizer			Ausländer			Gesamt		
	absolut	% 65+	% 80+	absolut	% 65+	% 80+	absolut	% 65+	% 80+
in der Schweiz	5'439'241	19,47	5,82	356'997	0,73	0,31	5'796'238	18,32	5,48
im Ausland	699'427	23,74	5,99	1'458'997	9,41	1,56	2'158'424	14,05	2,99
Gesamt	6'138'668	19,96	5,84	1'815'994	7,70	1,31	7'954'662	17,16	4,81

Hier zeigt sich, dass die im Ausland geborenen Schweizer Bürger und Bürgerinnen (zu denen insbesondere eingebürgerte Migrantinnen und Migranten gehören) eine Gruppe bilden, die mit knapp 700'000 Personen fast halb so gross ist wie die der im Ausland geborenen Ausländer, und dass der Anteil der alten und hochbetagten Menschen bei ihnen noch etwas höher liegt als bei den in der Schweiz geborenen Schweizer Bürgern und Bürgerinnen.

### 1.3 Prognostizierte demographische Entwicklung

Tabelle 5 stellt die „mittlere“ Prognose des Bundesamts für Statistik für die demographische Entwicklung der alten ausländischen Staatsangehörigen im Vergleich zu Schweizer Bürgern und Bürgerinnen bis ins Jahr 2060 dar (STAT-TAB 01.4 Zukünftige Bevölkerungsentwicklung).

**Tabelle 5: Prognostizierte demographische Entwicklung der Alten und Hochbetagten**

Nationalität	Ausländer		Schweizer	
	%-Anteil 65+	%-Anteil 80+	%-Anteil 65+	%-Anteil 80+
Jahr				
2010	8,33	1,45	20,65	6,48
2020	10,85	2,66	23,88	7,42
2030	14,46	3,69	28,24	9,88
2040	17,89	4,84	30,79	12,10
2050	20,37	6,72	31,33	14,45
2060	21,38	8,03	31,82	14,27

Unter den Annahmen dieser Prognose wird also der Anteil der Personen ab 65 Jahren an der gesamten ausländischen Bevölkerung in einem halben Jahrhundert auf das 2,5-Fache des jetzigen Werts ansteigen, der Anteil der mindestens 80-Jährigen sogar auf das 5,5-Fache. Der Prozentsatz alter und hochbetagter Menschen wird zwar bei den Personen mit Schweizer Bürgerschaft nach wie vor höher sein als bei denen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, doch wird sich diese Differenz deutlich verringern.

Studien zu verschiedenen Migrationsländern kommen insgesamt zu dem Schluss, dass die meisten Migrantinnen und Migranten auch im Rentenalter in der Schweiz bleiben. Ab dem 50. Altersjahr übersteigen die Auswanderungs- und Rückwanderungszahlen die Einwanderungszahlen, da ein bedeutender Teil der Migrantinnen und Migranten vor oder nach der Pensionierung in ihr Heimatland zurückkehrt (Höpflinger 2009: 42). Bolzman/Fibbi/Vial (1999) gehen nur von etwa einem Drittel aus, das definitiv zurückkehrt, während ein weiteres Drittel pendelt und der Rest in der Schweiz bleibt. Exakte Angaben hierzu fehlen allerdings, da die Zahlen lediglich die Wünsche oder Absichten der Befragten widerspiegeln, aber nicht ihr tatsächliches Verhalten (s. Bolzman/Fibbi/Vial 2006). Wie auch immer sich die genauen Zahlen gestalten werden, ist unverkennbar, dass die Gruppe der alten Migrantinnen und Migranten zu einer zunehmend wichtigen Zielgruppe der

Schweizerischen Alterspolitik und -Versorgung wird. Für eine vorausschauende Gesundheits- und Altersplanung bedarf es jedoch genauerer und differenzierterer statistischer Daten.

## **1.4 Gesundheitsrelevante sozio-ökonomische Merkmale**

### **1.4.1 Bildung**

Obwohl zur Migrationsbevölkerung in der Schweiz auch überdurchschnittlich qualifizierte Fachkräfte gehören, handelt es sich insgesamt eher um bildungsferne Personen. Das zeigt sich daran, dass im Jahr 2000 der Ausländeranteil an den Personen ohne abgeschlossene Ausbildung bei 42,5% lag, mehr als doppelt so hoch wie der Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung (20,5%); entsprechend war bei den sozioprofessionellen Kategorien der Ausländeranteil in der Kategorie „ungelernte Angestellte und Arbeiter“ mit 40,6% am höchsten. Während bei den Schweizer Bürgern und Bürgerinnen 2,6% keine abgeschlossene Bildung besaßen und 17,3% lediglich die obligatorische Schule besucht hatten, lagen die Werte bei den ausländischen Bürgern und Bürgerinnen bei 7,3% bzw. 25,2% (STAT-TAB 40.3 Eidgenössische Volkszählung 2000). Bei alten Menschen ist das noch ausgeprägter; so wurde festgestellt, dass 39% der ausländischen AHV-Rentner und 58% der ausländischen Rentnerinnen keine nachobligatorische Ausbildung aufweisen, im Vergleich zu 14% der männlichen und 43% der weiblichen Schweizer Bürger (Höpflinger 2009: 45).

Bis in die neunziger Jahre zeigte die Schweiz kaum Interesse an der Integration von Migranten und Migrantinnen durch (Weiter-)Bildungsangebote und Sprachförderung; vielmehr betrieb sie die sogenannte „Rotationspolitik“, die eine dauerhafte Niederlassung von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz verhindern sollte. Dass viele der Eingewanderten keine grossen Anstrengungen gemacht haben, die Sprache des jeweiligen Landesteils zu erlernen, ist damit zu erklären, dass sie nur temporär in der Schweiz bleiben wollten, dass sie am Arbeitsplatz mit einem Minimum an Sprachkenntnissen auskommen konnten, dass sie nach einem anstrengenden Arbeitstag nicht die Konzentration für einen Sprachkurs aufbrachten, dass es finanzielle und organisatorische Hindernisse gab (zumal bis in die Neunzigerjahre Sprachkurse von Bund, Kanton oder Arbeitgeber nicht gefördert wurden) und/oder dass ihre in der Schweiz aufgewachsenen Kinder ihnen bei sprachlichen Schwierigkeiten (z.B. bei der Erledigung von administrativen Angelegenheiten) zur Seite stehen konnten.

Eine Konsequenz davon ist, dass bis heute die meisten alten Migrantinnen und Migranten aus Süd- und Südosteuropa sprachlich und sozial schlecht in die Mehrheitsgesellschaft integriert sind. Die mangelnden Sprachkenntnisse sind aber nicht nur ein Hindernis für die soziale Integration, sondern erschweren das Aufsuchen von Ämtern und die Verständigung in medizinischen Institutionen. Im zweiten Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) wurde beobachtet: „je nach Migrationsgruppe können zwischen 15% und 45% der befragten Personen ihre eigene[n] Anliegen dem Arzt oft nicht verständlich machen oder verstehen die Informationen des Arztes nur ungenügend“ (Guggisberg, Jürg et al. 2012: III). Aber auch Migrantinnen und Migranten, die keine Verständigungsprobleme haben, fragen selten zurück (Guggisberg, Jürg et al. 2012: III, 55).

#### **1.4.2 Ökonomischer Status**

Entsprechend ihrer Bildungs- und Berufssituation ist auch der sozioökonomische Status von Migrantinnen und Migranten insgesamt niedriger als der der einheimischen Bevölkerung. Die in der Schweiz lebenden ausländischen AHV-Bezügerinnen und -Bezüger erhielten 2011 im Durchschnitt eine monatliche Altersrente von 1460 CHF, Schweizerinnen und Schweizer dagegen 1835 CHF (AHV-Statistik 2012: 21; vgl. auch Hungerbühler/Bisegger 2012: 43). Die Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) hat gerade bei älteren Menschen einen generellen Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitszustand festgestellt: „Bei den Personen ab 50 Jahren hingegen wirkt sich das Einkommen positiv auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand aus. Lediglich 52,0 Prozent der einkommensschwächsten 50- bis 64-Jährigen sind mit ihrem Gesundheitszustand sehr zufrieden gegenüber 75,0 Prozent der wohlhabendsten 50- bis 64-Jährigen“ (SILC 2012: 2). Daher ist zu vermuten, dass der gesundheitliche Zustand von alten Migranten und Migrantinnen, die vorwiegend in niedrigen Lohnklassen gearbeitet haben, schlechter ist als von Personengruppen, die über gesicherte und gute finanzielle Ressourcen verfügen.

Hinzu kommen strukturelle Benachteiligungen, was die Stabilität des Arbeitsplatzes oder die Chancen einer erneuten Erwerbstätigkeit nach Verlust der alten Arbeitsstelle anbelangt. Ausserdem sind Migrationsfamilien durchschnittlich einer grösseren Mehrfachbelastung aufgrund von Familie, Beruf und Integrationsleistungen ausgesetzt als die Schweizer Vergleichsgruppe (Guggisberg, Jürg et al. 2012: 96f).



## 1.5 Gesundheitliche und psycho-soziale Befindlichkeit

### 1.5.1 Gesundheitliche Belastung

Es wird allgemein angenommen, dass die gesundheitliche Situation der Migrantinnen und Migranten schlechter ist als die der Alteingesessenen (vgl. auch Novák 2012: 10-14). So konstatierte das Bundesamt für Gesundheit: „Die ältere Migrationsbevölkerung hat gesundheitlich deutlich mehr Probleme als die einheimische Bevölkerung im selben Alter“ (BAG 2012: 17). Ferner unterscheidet sich die Migrationsbevölkerung von der einheimischen in Bezug auf die Lebensjahre bei guter Gesundheit: „[Es] besteht bei der Lebenserwartung in guter Gesundheit eine Differenz von 7,6 Jahren zwischen Schweizer und ausländischen Frauen (69,3 gegenüber 61,7 Jahren). Bei den Männern sind es 4,9 Jahre (68,4 gegenüber 63,5 Jahren)“ (Indikatoren 2012: 2). Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands bestätigt dieses Bild: „Die Einschätzungen der eigenen Gesundheit nach Alterskohorten zeigen in der Tendenz, dass in der jüngsten Kohorte, 17-34 Jahre, kaum Unterschiede zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung bestehen. [...] Erst in der mittleren und höheren Alterskohorte werden Unterschiede manifest, jedoch nicht überall“ (Guggisberg, Jürg et al. 2011: 13).

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich deutliche Unterschiede: „Die Frauen sind oft stärker belastet als die Männer. Migrantinnen sind sowohl wegen körperlichen als auch psychischen Krankheiten häufiger in ärztlicher Behandlung als Migranten“ (BAG 2012: 16). Auch der subjektive Gesundheitszustand ist bei Migrantinnen deutlich schlechter als bei männlichen Migranten, während bei Schweizer Bürgern der Anteil der Frauen, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen, nur geringfügig hinter dem entsprechenden Anteil der Männer zurückbleibt. Unter den in GMM II untersuchten Gruppen weisen Portugiesinnen und Türkinnen die grösste Differenz zu den Männern auf (Guggisberg, Jürg et al. 2011: 13). Zu untersuchen bleibt, ob Männer vielleicht Krankheitssymptomen weniger Aufmerksamkeit schenken und erst viel später medizinische Hilfe suchen, was Erfahrungswerte aus anderen Untersuchungen andeuten.

Ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit ist die soziale Unterstützung: „Je mehr soziale Unterstützung vorhanden ist, beispielsweise durch die Familie oder in der Nachbarschaft, umso besser ist der Gesundheitszustand. Bei der Migrationsbevölkerung hat die soziale Unterstützung gemäss der Datenauswertung einen grösseren Einfluss auf den Gesundheitszustand als bei der einheimischen Bevölkerung“ (BAG 2012: 20).

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

Eine weitere Besonderheit liegt darin, dass Migrantinnen und Migranten, die als gesunde Arbeitskräfte gekommen waren, früher altern und dann mehr physische und psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Die wissenschaftliche Literatur bezeichnet dieses Phänomen als „exhausted migrant effect“ (Bollini/Siem 1995). Naheliegende Gründe sind bei vielen die jahrzehntelange schwere körperliche Arbeit und – vor allem bei der Asylbevölkerung – Traumata wie Krieg und Verfolgung sowie belastende Migrationserfahrungen und deren Folgen.

Entgegen den Befunden, die das Alter als gesundheitlich und sozioökonomisch prekäre Phase charakterisieren, konstatiert eine neue Studie für die erste Generation italienischer Migrantinnen und Migranten eine höhere Lebenserwartung als für in der Schweiz geborene Schweizer Bürger und Bürgerinnen, was man mit einem besseren gesundheitlichen Ausgangszustand, dem mediterranen Ernährungsstil (häufiger Konsum von Gemüse, Obst, Olivenöl und Fisch) sowie dem in der Regel starken familiären Netz erklären kann (Tarnutzer/Bopp 2012; Wehrli 2013). Dieser Effekt hat sich auch in anderen Studien bestätigt und wird als „healthy migrant effect“ bezeichnet (vgl. Weiss 2003). Für die aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten eingewanderten Personen liegen in GMM II nur Angaben für die Herkunftsländer Kosovo und Serbien vor, die vor allem bei den Frauen einen eher geringen Konsum von Früchten und Gemüsen zeigen (Guggisberg, Jürg et al. 2011: 39). Interessant wäre es, Daten zum Ernährungsverhalten und zur Gesundheitssituation weiterer Gruppen von Migrantinnen und Migranten zu erheben und dabei auch die Variable Alter zu berücksichtigen.

### **1.5.2 Gesundheitliche Risikofaktoren und spezifische Krankheiten**

Obwohl in der Fachwelt inzwischen weitgehend Einigkeit darüber besteht, dass Migration als solche nicht krank macht, sondern dass diverse biographische, dispositive, sozioökonomische und weitere Faktoren zusammenspielen, ist doch eine Häufung von Risikofaktoren sowie eine höhere Rate von Beeinträchtigungen und Krankheiten bei der Population der Migrantinnen und Migranten festzustellen. Ihre Gesundheit „charakterisiert sich unter anderem durch

- Aus dem Herkunftsland mitgebrachte Krankheiten, hauptsächlich infektiöser Art;

- Psychosoziale Beeinträchtigungen der Gesundheit, die mit den Ursachen oder Bedingungen der Migration zusammenhängen (insbesondere bei Asylsuchenden und Flüchtlingen);
- Eine langsame Verschlechterung der Gesundheit im Lauf der Zeit, welche mit einer oft physisch belastenden Arbeit (harte körperliche Arbeit, unregelmässige Arbeitszeiten bzw. Nacharbeit) und den häufig prekären Lebensbedingungen in Verbindung gebracht werden;
- Mehr Probleme im Bereich der reproduktiven Gesundheit; mehr Schwangerschaftsabbrüche, mehr Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, höhere Mütter- und Säuglingssterblichkeit, häufigere Risikoschwangerschaften und einen erhöhten Anteil Frühgeburten;
- Erhöhte Mortalität aufgrund bestimmter Todesursachen, z.B. sterben Migrantinnen und Migranten südeuropäischer Herkunft häufiger an Magenkrebs.“ (Kaya 2007: 11f)

Was spezifische Symptome anbelangt, leiden Migrantinnen und Migranten aus der Türkei besonders häufig unter Rücken- und Kopfschmerzen sowie Energielosigkeit; ähnliches gilt für Asylsuchende aus dem Kosovo und Sri Lanka, bei denen zudem Schlafstörungen auffällig oft vorkommen (Rommel/Weilandt/Eckert 2006: 140). Bei albanischen Einwanderern ist aus langjähriger Beratungspraxis auch über häufiges Auftreten von Diabetes, Bluthochdruck und anderen psychosomatischen Beschwerden berichtet worden (Latifi 2010: 10). Psychisch scheint die Gruppe der Migrantinnen und Migranten ebenfalls höher belastet zu sein als der Schweizer Durchschnitt. Dabei weisen diejenigen, die als Asylsuchende gekommen sind und als vorläufig aufgenommen gelten, nochmals signifikant höhere Werte bei Somatisierungen, Angst, Depression, emotionaler Belastung und posttraumatischen Belastungsreaktionen auf (Moser 2006: 141).

### **1.5.3 Ethnizität**

Nach Hungerbuehler und Bisegger (2012: 17) lassen sich in der Forschung der letzten Jahre zum Thema Ethnizität im Migrationskontext hauptsächlich zwei Ansätze unterscheiden:

Gemäss dem ersten Ansatz hat Ethnizität eine politisch-instrumentelle Funktion als kollektive Organisationsressource zur Bildung von Interessengruppen. Im zweiten Ansatz trägt Ethnizität in einer individuell-entlastenden oder identitätsstiftenden Funktion zur Entstehung affektiver Bindung an eine sich als ethnisch formierende

und definierende Gruppe bei. So dient Ethnizität als subjektive Orientierungshilfe und kann als stabilisierender Faktor in persönlichen Krisensituationen mobilisiert werden.

Die Autorinnen halten fest, dass „gerade im Alter (...) der Bezug auf eine ethnisch definierte Zugehörigkeit für Migrantinnen und Migranten diese zweifache Bedeutung haben“ kann. Bei Migrantinnen und Migranten kommt es dabei im Alter häufig zu einer „Bedeutungszunahme der Ethnizität“ (Paß 2006: 30). Weil sie sich im Alter noch mehr aus den sprachlichen Zusammenhängen (z.B. Arbeitswelt) der Mehrheitsgesellschaft zurückziehen, können z.B. bereits erworbene Sprachkenntnisse (auch ohne Erkrankungen wie Demenz oder Schlaganfall) wieder verloren gehen. Während manche die Bedeutung der Ethnizität des Alters hervorheben und sogar von einem „Rückzug alternder Migrantinnen und Migranten“ in Deutschland auf das Ethnische ausgehen (z.B. Dietzel-Papakyriakou 1993), zeigen andere Studien, dass das nicht in jedem Fall gilt; vielmehr muss auch die Art des Alterns und der Umgang damit differenziert betrachtet werden (Soom Ammann 2011).

## **1.6 Gesundheitspolitische Leitlinien in der Schweiz**

In der Schweiz gilt es wie in manchen anderen europäischen Ländern als selbstverständlich, dass der Staat in der Verantwortung steht, seinen Bürgerinnen und Bürgern ein differenziertes Angebot an Pflege und Betreuung zur Verfügung zu stellen, was unter anderem für die Organisation häuslicher Pflege relevant ist:

The historical background of the state's legal responsibility for its citizens is equally important. A family has no legal responsibilities for dependent members in Scandinavian countries because local authorities are explicitly responsible for care provision and reimbursement. The same holds for more market-oriented countries such as England, Luxembourg and Switzerland. (Genet & al. 2012: 63)

Vermeht ist jedoch in den letzten Jahren ins Bewusstsein gerückt, dass Angehörige (Ehepartner und Ehepartnerinnen sowie erwachsene Kinder oder Schwiegerkinder) und auch Freunde und Bekannte einen wesentlichen Teil daran leisten, betagte und/oder kranke Menschen zu betreuen. Diese informelle Pflege ist mittlerweile Thema der Politik geworden, nicht zuletzt, weil die demographische Entwicklung von einem wachsenden Pflegebedarf ausgeht (vgl. Höpflinger/Bayer-Oglesby/Zumbrunn 2011; Höpflinger/Perrig-Chiello, 2012), der nicht allein durch ambulante und stationäre Dienste abgedeckt werden kann:

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

- Der Bundesrat hat am 29. Juni 2011 im Rahmen des Berichts „Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe“ das EDI beauftragt, eine interdepartementale Arbeitsgruppe einzusetzen, die sich dem Thema widmet.
- Das BAG und das BSV bearbeiten das Thema „Vereinbarkeit Pflege und Erwerbstätigkeit“ im Rahmen von Runden Tischen seit 2012.
- Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) hat ein Grundlagenpapier zum Thema „Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern“ in Auftrag gegeben.
- Auch im Parlament sind in den vergangenen Jahren mehrere parlamentarische Vorstösse zur Angehörigenpflege eingereicht worden (Anfrage Rennwald 27.9.2011, Postulat Schenker 30.9.2011, zwei Initiativen Meier-Schatz 15.3.2011).

Trotz der staatlichen Verantwortung wird aber auch die „Eigenverantwortlichkeit für die Gesundheit“ betont, zu der es im Leitbild des Bundesamts für Gesundheit heisst:

Mit anderen Worten sollten und dürfen sich heute Männer und Frauen jeden Alters nicht vor der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit quasi «dispensieren» und sie in den Schoss des Gesundheitswesens und der Politiker legen.

Natürlich darf der Appell an die Eigenverantwortlichkeit kein fauler Trick der Behörden sein, um sich aus der Verantwortung zu stehlen, der sich alle Politiker und Gesundheitsexperten unseres Landes diskussionslos stellen müssen! So entziehen sich umwelthygienische Faktoren wie Luft- und Wasserqualität der Einflussnahme des Individuums, und es ist keine Frage, dass hier die staatliche – echt gemeinnützige – Kontrolle zum Schutze der einzelnen Person effizient fungieren muss. (BAG Leitbild 2002: 17f).

Eine solche Eigenverantwortlichkeit, die sich unter anderem in gesunder Ernährung und in der Befolgung ärztlicher Anweisungen äussert, setzt jedoch Kenntnisse und Einstellungen voraus, die in Teilen der Migrationsbevölkerung wie auch in Teilen der Schweizer Bevölkerung nicht unbedingt gegeben sind. Daraus ergeben sich Spannungen und die Notwendigkeit einer interkulturellen Übersetzung in Pflegesituationen.

## **1.7 Orientierung im Gesundheitssystem der Schweiz**

Das Pflegeangebot in der Schweiz ist durch ein gut ausgebautes Netz an ambulanter und stationärer Pflege gekennzeichnet (vgl. Perrig-Chiello/Hutchison/Höpfinger 2011:3;

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

Höpflinger 2012). So steht den alten Menschen in der Schweiz grundsätzlich ein differenziertes Pflegeangebot zur Verfügung. Doch sowohl für sie selbst wie für ihre Angehörigen und für Fachleute ist es schwierig, eine Übersicht darüber zu bekommen, welche konkreten Betreuungsangebote zur Verfügung stehen. Das gilt sowohl für Schweizer Bürger und Bürgerinnen wie auch für Migrantinnen und Migranten. Die Situation variiert innerhalb der verschiedenen Kantone und teilweise auch von Gemeinde zu Gemeinde stark. Die Alterspolitik wie auch die damit in Verbindung stehenden Pflegearrangements sind höchst unterschiedlich – insbesondere, wenn man pflegende Angehörige in die Pflegeversorgung einbezieht (vgl. Moor/Aemisegger 2011). Im Anhang findet sich eine Aufstellung der derzeit verfügbaren Informationen (in verschiedenen Sprachen für verschiedene Migrantengruppen) zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsthemen.

Die Schwierigkeit, sich im Gesundheitswesen zu orientieren, ist kein marginales Problem. Jedes Jahr gehen durch Ineffizienzen im gesamten Gesundheitswesen viel Geld, aber auch Menschenleben und zeitliche Ressourcen verloren; so verursacht zum Beispiel eine mangelhafte Koordination in der ambulanten und stationären Versorgung Kosten in der geschätzten Höhe von 3000 Millionen Franken (Iten 2012).

Für die betroffenen alten Menschen und ihre Angehörigen trägt diese komplexe Situation mit zu Überlastung und Überforderung bei. Für Migrantinnen und Migranten verschärft sich die Situation noch weiter. Als ein Beispiel für viele sei eine Recherche zum Altersangebot der Stadt Thun für Migranten und Migrantinnen zitiert, die konstatiert: „Die Stadt Thun verfügt über ein gut funktionierendes KIO (Kompetenzzentrum Integration Thun-Oberland), bietet jedoch zum Thema Alter und Migration keine spezifischen Informations-Plattformen, wo sich Migranten/innen (ab 50+) treffen, austauschen oder beraten lassen können“ (D’Orazio 2012: 9).

## **1.8 Pflegearrangements im Kontext von Migration und Alter**

### **1.8.1 Pflege zu Hause**

Die Mehrzahl der alten Migrantinnen und Migranten lebt ebenso wie die Mehrzahl der alten Schweizerinnen und Schweizer zu Hause. Dabei ist die Tendenz steigend: „Versorgungsarrangements werden zunehmend aus dem stationären in den häuslichen Raum verlagert. Dies ist eine Folge der gesundheitspolitischen Prämisse „ambulant vor stationär“ und den Optionen des medizinisch-technischen Fortschritts“ (Jähnke & al. 2012: 2). Heute wird in der

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

Schweizer Bevölkerung ca. 2/3 des Pflegebedarfs von Angehörigen gedeckt (Perrig-Chiello/Höpflinger 2012). Der Trend zur Pflege zu Hause dürfte angesichts der demographischen Alterung der Gesellschaft noch weiter zunehmen. Dabei sind Unterstützungsmodelle gefragt – nicht nur, weil sie kostengünstiger sind als institutionelle Arrangements, sondern auch, weil auf diese Weise ein Verbleib zu Hause, der meist dem Wunsch der älteren Menschen entspricht, für eine lange Zeit und oft sogar bis zum Lebensende möglich ist.

Unabhängig davon, ob ein Migrationshintergrund vorliegt oder nicht, hat innerfamiliäre Hilfe und Pflege eine grosse Bedeutung. Eine Schätzung spricht von 250'000 Personen, die sich in der Schweiz für ihre Angehörigen einsetzen (Benz/Homann/Vetterli 2012: 20). Vielleicht wird sogar noch mehr informelle Hilfe geleistet, denn man vermutet, „dass Männer, wenn sie in einer Partnerschaft leben, erhaltene informelle Hilfeleistungen nicht als solche einstufen und entsprechend auch weniger häufig angeben“ (Spitex-Inanspruchnahme 2010: 4). Auch 58% der Personen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten zusätzlich informelle Hilfe durch Angehörige, Freunde und/oder Bekannte (Gesundheitsstatistik 2012: 86). Die innerfamiliäre Pflege wird überwiegend durch Frauen (Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter) erbracht. Das Zeitinvestment von Kindern für Hilfe und Pflege für ihre pflegebedürftigen Eltern liegt in der Gesamtbevölkerung bei durchschnittlich 27 Stunden pro Woche in der Deutschschweiz, 37 Stunden in der Romandie und 95 Stunden in der italienischen Schweiz; der Einsatz von Ehepartnerinnen und Ehepartnern ist noch weit höher (Perrig-Chiello/Hutchison/Höpflinger 2011: 30).

Bei den Migrantinnen und Migranten ist der Anspruch, die eigenen Angehörigen möglichst lange zu Hause zu betreuen, oft stärker ausgeprägt als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Dabei zeigen die Angehörigen der zweiten Generation eine grosse Bereitschaft, für die alt gewordenen Eltern Verantwortung zu übernehmen (vgl. z.B. Kobi 2007, 2008). Ein wesentlicher Grund dafür ist die starke innerfamiliäre Bindung, die in vielen Migrantenfamilien anzutreffen ist. Das äussert sich unter anderem darin, dass bei Eingewanderten die Anzahl der Mehrpersonenhaushalte grösser ist als in der Schweizer Bezugsgruppe und dass auch dann, wenn die Generationen nicht im selben Haushalt leben, die räumliche Nähe zu anderen Familienmitgliedern im höheren Mass gesucht und gelebt wird (Höpflinger/Stuckelberger 1999: 125). Migration ist sehr häufig ein Familienprojekt. Auch über den Rahmen der Familie hinaus ist die gegenseitige Unterstützung in manchen

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

(durchaus aber nicht allen) Gruppen von Migrantinnen und Migranten Teil eines ausdifferenzierten (trans-)nationalen Netzwerks, das auch in der Fremde über Jahre gepflegt wird. Dieses Netzwerk kommt gerade in Belastungs- und Problemsituationen zum Tragen, so auch im Alter (vgl. Losego 2012).

Die Unterstützung durch Familie ist wohl jedoch oft nicht ausreichend. Teilweise sind die Angehörigen durchaus bereit, mit entsprechenden Fachdiensten (Bolzmann/Fibbi/Vial 2001) zusammen zu arbeiten, doch können Sprachschwierigkeiten und die wirtschaftliche Situation eine Barriere für die Nutzung externer Dienste darstellen. Manchmal ist auch eine Ablehnung von fremder Hilfe und insbesondere von stationärer Betreuung erkennbar (vgl. Kobi 2008: 209-213, 220-223; Bolzman 1999). So bestätigten beispielsweise Expertinnen und Experten, die am 21. Nov. 2012 am Runden Tisch zum Thema „Alter in der Fremde“ in Bern teilnahmen, übereinstimmend, dass es in der albanischen Gemeinschaft als unethisch und als Versagen gilt, die alten Eltern in fremde Hände zu geben; vielfach sind die hier existierenden Formen der Altersbetreuung unbekannt und existieren in dieser Form im Heimatland nicht. Andererseits möchten die Eltern oft ihren Kindern im Alter nicht zur Last fallen. So gaben Migrantinnen aus der Türkei in Interviews an, dass das selbständige Leben im Alter ihr höchster Wunsch sei (Paß 2006).

### **1.8.2 Auswirkungen häuslicher Pflege auf Pflegebedürftige und Angehörige**

Die durch Alter und Pflegebedürftigkeit nötig werdenden Umstellungen können je nach der Intensität der Veränderungen und je nach den zur Verfügung stehenden materiellen und immateriellen Ressourcen für die Identität der Betroffenen bedrohlich sein. Sie müssen ihr Bild von sich selbst, ihre Pläne, Wünsche und Lebensziele vor dem Hintergrund der veränderten Realität neu definieren und einordnen, um wiederum zu einem stimmigen Bild eines „guten Lebens“ zu kommen (Kraus 1998). Das gilt in besonderem Mass für Personen mit Migrationshintergrund. Für sie stellt sich oft die Frage, ob sie im Alter und in der Abhängigkeit in der Schweiz bleiben sollen, die für sie nie zu einer wirklichen Heimat geworden ist, oder ob sie im Herkunftsland besser aufgehoben sind – obwohl es sich in der Zwischenzeit verändert hat, obwohl die sozialen Netze von früher nicht mehr in gleichem Mass vorhanden sind und obwohl die Qualität von medizinischen Leistungen, Pflegediensten und Heimen dort in der Regel weit unter dem Niveau der Schweiz liegt (vgl. Soom Ammann 2011: 18). Wenn sich die Betroffenen entscheiden, in der Schweiz zu bleiben



(oder durch die Umstände dazu gezwungen sind), müssen sie von den ursprünglichen Rückkehrplänen Abschied nehmen; aber auch dann, wenn sie die Rückkehr verwirklichen, wird sie nicht mit dem früher entworfenen Bild übereinstimmen (s. Soom Ammann 2011: 33). Für viele führt dieses Dilemma zu einem Gefühl von Heimatlosigkeit und einer „verlorenen Jugend“ (Höpflinger 2009: 45). Häufig beginnt die Bilanzierung der eigenen Biographie und die erneute Auseinandersetzung mit der Migration als Erfahrung und „Familienprojekt“ (vgl. z.B. Kobi 2008: 80f) um den Zeitpunkt der Pensionierung, weil damit insbesondere für die Arbeitsmigrantinnen und -migranten die entscheidende Legitimation für ihren Aufenthalt in der Fremde wegfällt. Das Einsetzen einer Pflegebedürftigkeit dürfte die Konfrontation mit der Frage nach der Gestaltung der verbleibenden Lebenszeit noch dringlicher machen.

Für die pflegenden Angehörigen bedeutet die Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds eine Einbusse an Zeit, Kraft und Geld, und sie müssen sich mit Fragen der Reorganisation und Neuorientierung auseinandersetzen. Für Familien mit Migrationserfahrung können sich diese Herausforderungen verschärfen, wenn in der krisenhaften Situation die Migration als „Familienprojekt“ mit den damit verbundenen Hoffnungen und Plänen sowie Erfahrungen von Fremdheit, Abhängigkeit, Ohnmacht und Verletzungen wieder aktuell werden. In solchen Phasen der Verunsicherung besteht die Tendenz, auf alte und vertraute Muster des Umgangs mit Schwierigkeiten zurückzugreifen, selbst wenn sie nicht optimal sind und die neue Situation neue Strategien erfordert. Wenn Belastungen subjektiv höher eingeschätzt werden als die zur Verfügung stehenden Mittel der Bewältigung, kann es zu Stress, Überforderung und Krankheiten kommen, vor allem, wenn das Ungleichgewicht über längere Zeit anhält (vgl. Lazarus 1981).

Dass die Pflege und Betreuung kranker und/oder alter Angehöriger tatsächlich nicht selten zu Lasten der eigenen Gesundheit und auf Kosten der Berufstätigkeit geht, dokumentieren neben Artikeln in der Presse (z.B. Benz/Homann/Vetterli 2012) auch zahlreiche Studien; so haben zwei von drei Pflegenden selbst Erholung nötig (vgl. u.a. Perrig-Chiello/Höpflinger/Schnegg 2010, Perrig-Chiello/Hutchinson/Höpflinger 2011, Perrig-Chiello/Höpflinger 2012; Bischofberger 2011, 2012a, 2012b). Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, von Realisierung eigener Lebensentwürfe und

Unterstützung alter Eltern ist auch für die Migrationspopulation ein potentiell spannungs- und konfliktreiches Problem.

### **1.8.3 Care Migration**

Als eine neue Form der Arbeitsmigration hat sich die sogenannte Care Migration etabliert, bei der Migrantinnen (primär aus osteuropäischen Ländern) zum Zwecke der Pflege älterer Menschen in die Schweiz kommen (vgl. Jähne/van Holten/Bischofberger 2012, Geisen/Studer/Yildiz 2013, Medici/Schilliger 2012, Truong/Schwiter/Berndt 2012, Schilliger 2013). Auch in der Pflege von Migrantinnen und Migranten spielt sie eine zunehmende Rolle. So wird von Italien berichtet, dass dort häufig die Pflege durch sogenannte *badanti* übernommen wird, wie man die Care-Migrantinnen dort nennt (vgl. Baldassar 2007). Noch ist unklar, in wie vielen Haushalten diese Pflegepersonen tätig sind; es zeichnet sich aber ab, dass ihr Einsatz nicht immer unproblematisch ist. Der Schlussbericht eines Projekts in Zürich zieht das Fazit:

Aufgrund der kleinen Fallzahlen von Privathaushalten mit Care-Migrantinnen, die nun erstmals aus der Perspektive der Spitex beleuchtet wurden, fallen die noch kaum entwickelten Konzepte und Standards wenig auf. Allerdings bietet sich hier die Chance, die aufgezeigten Probleme in der Zusammenarbeit mit Care-Migrantinnen rechtzeitig aufzugreifen. Insbesondere ist zu empfehlen, dass sich Spitexorganisationen mit der Care-Migrationsthematik aktiv auseinandersetzen. Die Arbeitsqualität der Care-Migrantinnen, aber auch die gesamte Versorgungsqualität in den Privathaushalten, befindet sich hier auf dem Prüfstand. (Jähne/van Holten/Bischofberger 2012: 3)

## **1.9 Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch Familien mit Migrationshintergrund**

Es liegt wenig gesichertes Wissen darüber vor, wie Migrantinnen und Migranten die bestehenden Pflegeangebote nutzen und was diesbezüglich ihre spezifischen subjektiven und objektiven Bedürfnisse sind. Es wurde aber beobachtet, „dass im Ausland geborene Personen häufiger aus finanziellen Gründen auf Pflegeleistungen verzichten als in der Schweiz geborene Personen (2,0% gegenüber 0,6% bei den medizinischen Leistungen [...])“ (Indikatoren 2012: 2).

### 1.9.1 Spitex

2010 wurden in der Schweiz 245'636 Personen von der Spitex betreut und gepflegt (Gesundheitsstatistik 2012: 84). Das Jahr 2011 zeigt einen leichten Zuwachs auf 251'137 Personen, was knapp 3,2% der ständigen Wohnbevölkerung entspricht (Statistik 2012: 1). Die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen nimmt mit dem Alter deutlich zu. Durchschnittlich beziehen die 80-jährigen und älteren Klientinnen und Klienten pro Jahr 59 Stunden Spitex-Leistungen, während es bei den unter 65-Jährigen 37 Stunden sind (Statistik 2012: 3). Mehr als die Hälfte der verrechneten Stunden werden für die Pflege und Betreuung von 80-jährigen und älteren Klientinnen und Klienten erbracht, die lediglich 5% der Gesamtbevölkerung ausmachen (Statistik 2012: 2). Etwa zwei Drittel der Personen, die Spitex-Leistungen erhalten, sind Frauen. „Dieser Umstand ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer. Zudem werden die Männer zu Hause oft von ihren meist jüngeren Ehefrauen gepflegt, so dass sie die professionellen Spitex-Dienstleistungen weniger in Anspruch nehmen“ (Statistik 2012: 3; vgl. Spitex-Inanspruchnahme 2010).

„Wie viele Ausländerinnen und Ausländer die Spitex heute bereits betreut, ist nicht bekannt: Die Nationalität wird in der Spitex-Statistik nicht erfasst“ (Egger 2007: 26). Ebenso wenig werden Merkmale erfragt, die die Migrationspopulation treffender beschreiben würden. „Fachpersonen aus der Praxis äussern aber eher die Vermutung, dass die Migrationsbevölkerung unter der Spitex-Kundschaft untervertreten ist“ (Hungerbühler/Bisegger 2012: 52). Das GMM II erbrachte aufgrund der geringen Zahl von Befragten, die Spitex-Dienste in Anspruch nahmen, nur vorläufige und unsichere Ergebnisse; mit diesem Vorbehalt wurde festgestellt: „Portugiesen, Serbinnen und Kosovarinnen scheinen dazu zu neigen, weniger als ihre Schweizer Pendants SPITEX-Dienste in Anspruch zu nehmen. Zwischen der verbleibenden Migrationsbevölkerung und den Schweizerinnen und Schweizern besteht kein Unterschied. Allerdings muss hier offen bleiben, ob dies über alle Alterskohorten der Fall ist“ (Guggisberg, Jürg et al. 2012: 34).

Eine Studie im Auftrag von SPITEX Basel hat ergeben, dass Spitex-intern der Anteil von Migrantinnen und Migranten an der Kundschaft als eher niedrig wahrgenommen wird, auch in Quartieren mit hohem Ausländeranteil (Jacobs Schmid 2001b). Das könnte damit zusammenhängen, dass im älteren Bevölkerungssegment Ausländer und Ausländerinnen –

zumindest derzeit noch – anteilmässig weniger stark vertreten sind (vgl. 1.2-1.3). Es könnte aber auch Ausdruck einer tatsächlich geringeren Inanspruchnahme der Spitex-Dienstleistungen sein. In einer Umfrage des Vereins Pro Migrant wurde festgestellt, „dass die Kundschaft von Spitex Basel mit geschätzten 10 bis 15 Prozent einen hohen Ausländeranteil aufweist – besonders im Vergleich mit anderen Schweizer Städten wie beispielsweise Bern“ (Häusel 2010: 6). Solche Angaben müsste man natürlich zum Ausländeranteil an den Einwohnern der jeweiligen Stadt in Beziehung setzen. Mögliche Gründe für die geringere Nutzung von Spitex-Diensten durch die Migrationsbevölkerung sind eines der Themen der vorliegenden Studie.

### **1.9.2 Stationäre Alters- und Pflegeheime**

2010 nahmen in der Schweiz 136'428 Personen Leistungen von Pflegeheimen in Anspruch; 57% von ihnen waren über 84 Jahre alt (Gesundheitsstatistik 2012: 77). 75% der Menschen in Alters- und Pflegeheimen sind Frauen (Gesundheit 2012: 5). Frauen leben zudem länger im Heim, nämlich durchschnittlich drei Jahre gegenüber einem Jahr bei den Männern (vgl. Ryter/Barben 2012: 65). Der Eintritt in ein Pflege- oder Altersheim hängt entscheidend mit dem Gesundheitszustand zusammen: „Bei den meisten in einer *Institution* lebenden befragten Personen ist der Gesundheitszustand schlecht (57% gegenüber 29% bei den Betagten in Privathaushalten) und sie leiden an dauerhaften Gesundheitsproblemen (77% gegenüber 45%)“ (Zimmermann-Sloutskis/Moreau-Gruet/Zimmermann 2012: 12).

„Über den noch kleinen Anteil der älteren Migrantinnen und Migranten in der Altersbevölkerung der Schweiz [...] hinaus sind diese in den Alters- und Pflegeinstitutionen (Langzeitinstitutionen) anteilmässig sogar noch untervertreten“ (Hungerbühler/Bisegger 2012: 52 mit Verweis auf die vom Bundesamt für Statistik durchgeführte Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/09 EGBI). So macht der Anteil von Migrantinnen und Migranten in Alterseinrichtungen nur etwa 10% aus; bei den Personen zwischen 67 und 79 Jahren sind es knapp 13%, bei denen ab 80 Jahren etwa 7% (Hungerbühler/Bisegger 2012: 52). Eine Untersuchung des SRK zeigt, „dass in etwa zwei Dritteln der etwas mehr als 100 befragten Alters- und Pflegeinstitutionen aus der ganzen Schweiz Personen mit Migrationshintergrund leben. Es ist anzunehmen, dass damit teilweise die Staatsangehörigkeit genannt wird, aber auch der Migrationshintergrund von eingebürgerten Personen. In einem Drittel aller Heime der Befragten leben Menschen aus

Italien, je in einem Zehntel aus Spanien/Portugal bzw. aus Südosteuropa (Länder des ehemaligen Jugoslawien)“ (Hungerbühler/Bisegger 2012: 52).

In der Regel sind die stationären Einrichtungen und ihre Mitarbeitenden noch wenig auf die Migrantinnen und Migranten vorbereitet. In der Betreuung lassen sich zwei Ansätze ausmachen: „Das integrative Modell der gezielten transkulturellen Öffnung der Regelversorgung für diese Zielgruppe versus das segregative Modell ethnospezifischer Sonderdienste und -angebote“ (Hungerbühler 2012: 200). Die Förderung eines grösseren Verständnisses für die Situation von Migrantinnen und Migranten erscheint besonders dringlich, weil Befragungen in den Kantonen Waadt und Genf ergeben haben, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund besondere Schwierigkeiten haben, die sie unter anderem daran hindern, ihre Bedürfnisse auszudrücken: „eine Biographie mit Brüchen durch die Migration, ein sozioökonomisch tiefer Status [...], ein schlechter Gesundheitszustand und oft sprachliche Probleme“ (Christen-Gueissaz & al. 2011: 5, übs. Hungerbühler/Bisegger 2012: 53).

Vermehrt wird in jüngster Zeit thematisiert, wie die Chancengleichheit der alteingesessenen und der zugewanderten Bevölkerung in Bezug auf die Betreuung in den stationären Einrichtungen gefördert werden kann (Grêt/Keller 2012: 37f; Hungerbühler/Bisegger 2012; Hungerbühler 2012; Hungerbühler/Abati 2011; Bisegger/Hungerbühler 2008). Das Schweizerische Rote Kreuz will mit dem Projekt HORIZONTE die gesundheitliche Chancengleichheit in der stationären Alterspflege fördern. Es stellt die Organisation als Ganzes in den Mittelpunkt und schenkt sowohl der Diversität des Personals in Bezug auf Herkunft und Qualifikation wie auch der Heterogenität der Bewohnerinnen und Bewohner bewusst Aufmerksamkeit (Liewald 2012).

## 2. Anlage der Untersuchung

### 2.1 Auftrag

In seiner Verfügung Nr. 12.006158 vom 11. September 2012 hat das Bundesamt für Gesundheit BAG die Förderung des Projekts bewilligt und dabei festgehalten:

Das Forschungsprojekt wird den Fragen nachgehen, welcher Unterstützungsbedarf bei älteren und pflegebedürftigen Migranten/-innen besteht, wie die Spitex durch Migranten/-innen wahrgenommen und genutzt wird und über welche andere Pflegemodelle Migranten/-innen verfügen. [...]

Über die Nutzung von Spitex-Diensten durch die Migrationsbevölkerung ist bisher wenig bekannt. Fachpersonen gehen davon aus, dass im Bereich Spitex bei Migranten/-innen eine deutliche Unterversorgung besteht. Das vorliegende Projekt trägt dazu bei, die Nutzung oder Nicht-Nutzung von Spitex-Dienstleistungen durch Migranten/-innen besser zu verstehen.

### 2.2 Leitfragen

Das Wissen von Expertinnen und Experten über die Lage von älteren pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten und deren Familien soll genutzt werden, um insbesondere Antworten auf die folgenden Fragen zu finden:

#### **Kenntnisse**

- Was wissen Migrantinnen und Migranten über pflegerische Dienstleistungen wie die Spitex?

#### **Pflegende Angehörige**

- Wie erleben und bewältigen betroffene Familienmitglieder die Pflege von Angehörigen?
- Wie vereinbaren sie sie mit anderen Aufgaben (Erwerbstätigkeit, Kindererziehung usw.)?
- Welche Massnahmen würden ihnen die Situation erleichtern?

#### **Nutzung der Spitex**

- Aus welchen Gründen wird die Spitex von Migrantinnen und Migranten genutzt oder nicht genutzt?
- Verfügen Migrantinnen und Migranten, die die Spitex nicht nutzen, über befriedigende andere Pflegemodelle?

- Falls ein objektiver Bedarf an Spitex-Leistungen besteht, aber nicht in Anspruch genommen wird, welche Schritte (u.a. bei den Angeboten und auf der Ebene der Kommunikation) wären nötig, um die Inanspruchnahme der Spitex zu fördern?

## **2.3 Methode**

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine zweistufig angelegte explorative Studie. In einem ersten Schritt wurde eine Fokusgruppenveranstaltung mit einschlägigen Expertinnen und Experten durchgeführt, anschliessend erfolgte die telefonische Befragung von weiteren Fachpersonen. Beide Teile wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

### **2.3.1 Fokusgruppe**

Eine Fokusgruppenveranstaltung (vgl. Morgan 1997, Lamnek 2005) wurde deshalb als eine Hauptmethode gewählt, weil sie die Möglichkeit bietet, sich einer Frage durch alltagsnahe Kommunikation explorierend zu nähern und relevante Informationen zu sammeln. Dabei werden nicht nur Einzelperspektiven und Erfahrungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen aneinandergereiht, sondern im gegenseitigen Austausch kann ein Ganzes entstehen, das mehr ist als die Summe seiner Teile. So bietet die Fokusgruppendifkussion die Möglichkeit, fundiert und schnell Erkenntnisse zu gewinnen und Hypothesen zum Forschungsgegenstand aufzustellen. Die Arbeit in der Fokusgruppe verfolgte insbesondere die Ziele,

- die Variationsbreite in den Erfahrungen und Einschätzungen zur Situation der alten Migrantinnen und Migranten sichtbar zu machen;
- Annahmen zu formulieren, die im Rahmen der Telefon-Interviews überprüft werden können;
- Informationen zum Forschungsfeld zu gewinnen, die in die Entwicklung eines Gesprächsleitfadens für die Telefoninterviews einfliessen können.

In der ursprünglichen Planung waren zwei Fokusgruppen, eine für die Deutschschweiz und eine für die Romandie, vorgesehen. Da es sich als schwierig erwies, für die Romandie genügend teilnahmebereite Fachpersonen zu finden, wurde beschlossen, lediglich eine Fokusgruppenveranstaltung durchzuführen und die Situation in der Romandie über Telefoninterviews zu erheben.

### **2.3.2 Telefoninterviews**

Die Telefoninterviews boten die Möglichkeit, den Kreis der relevanten Fachpersonen zu erweitern und auch solche einzubeziehen, denen es nicht möglich war, an der Fokusgruppenveranstaltung teilzunehmen. Bei den Interviews ging es in erster Linie darum, das beruflich-praktische Erfahrungswissen der Experten und Expertinnen einzufangen und nicht ihr theoretisches Wissen zu erfragen, das man auch in einschlägigen Büchern nachlesen könnte. Das Erfahrungswissen ist aber oft implizit und nicht ohne Weiteres abrufbar. Es muss daher durch spezifische Fragen erschlossen werden, z.B. durch die Aufforderung, über selbst erlebte Situationen zu erzählen. Die Telefoninterviews wurden mithilfe eines halbstrukturierten Fragenkatalogs durchgeführt, bei dem die Fragen offen formuliert sind und je nach Interviewpartner und Gesprächsverlauf auch in unterschiedlicher Reihenfolge gestellt werden können.

Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt, was gegenüber persönlichen Gesprächen organisatorisch einfacher und finanziell günstiger war und es erlaubte, innerhalb kurzer Zeit recht viele Personen zu interviewen. Dabei wurde der Kenntnisstand schrittweise vertieft, und die Ergebnisse früherer Interviews konnten bei den nachfolgenden berücksichtigt werden.

Die Telefoninterviews verfolgten vor allem die Ziele,

- das Wissen über das Thema (Kenntnisse und Nutzung von Gesundheitsdiensten, Pflegearrangements und Belastungsfaktoren) explorierend weiter zu vertiefen;
- die Erkenntnisse aus der Fokusgruppe zu überprüfen und zu ergänzen;
- Informationen über etwaige Unterschiede innerhalb der Migrantinnen und Migranten (z.B. nach Herkunftsland, sozioökonomischem Status oder Bildungsstand) zu gewinnen.

### **2.4 Auswahl der Fachpersonen**

Für die Fokusgruppenveranstaltung und die Telefoninterviews wurden Fachpersonen ausgewählt, die langjährige eigene Erfahrungen mit alten Migrantinnen und Migranten aus Italien und/oder dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien sowie deren Angehörigen haben. In Anlehnung an das theoretische Sampling in der Grounded Theory (vgl. Corbin/Strauss 2008) erschien es uns aufgrund unseres Vorwissens über das Untersuchungsgebiet wichtig, bei der Auswahl der Personen bestimmte Merkmale zu berücksichtigen:

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*



- Tätigkeitsfeld (Medizin, Pflege, Beratung, soziale Arbeit; ambulant, stationär),
- Gemeindetyp (Stadt, Land),
- Landesteil (Deutschschweiz, Romandie).

Ferner hielten wir es für sinnvoll, einige Fachpersonen auszuwählen, die selbst einen Migrationshintergrund aufweisen, sowie Vertreter und Vertreterinnen von Migrationsorganisationen einzubeziehen. Die Suche nach Expertinnen und Experten verlief nach dem Schneeballsystem und endete, als wir (unter anderem aufgrund der parallel zur Datenerhebung durchgeführten Auswertung und Analyse) den Eindruck hatten, dass die Hinzuziehung weiterer Personen keine wesentlichen neuen Aspekte hinzufügen würde. Die Entscheidung darüber, wer der Fokusgruppe angehört und wer telefonisch befragt werden sollte, hing zum einen von der Bereitschaft der angefragten Fachpersonen und zum anderen von ihrer zeitlichen Verfügbarkeit ab. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Personen und ihre Tätigkeitsfelder:

**Tabelle 6: Fachpersonen Fokusgruppe und Interviews nach Tätigkeitsfeldern**

Tätigkeitsfeld	Fokusgruppe	Interviews	Gesamt
Spital	4	7	11
Ärzte (niedergelassen)	–	4	4
Spitex	3	4	7
Alters- und Pflegeheim	1	1	2
(Migrations-)organisation	2	3	5
Pro Senectute	–	3	3
Andere	1	1	2
Gesamt	11	23	34

In der Tabelle nicht enthalten sind vier Frauen, die an der Fokusgruppenveranstaltung teilnahmen und in Behörden und/oder interdisziplinären Foren tätig sind, sich also auf einer Metaebene mit dem Thema beschäftigen.

Die Hälfte aller Befragten weist selbst einen Migrationshintergrund auf. 10 der Fachpersonen sind männlich und 24 weiblich. Dass der Fokusgruppe nur Frauen angehörten,

war nicht beabsichtigt, sondern ergab sich daraus, dass in der Pflege und Betreuung primär Frauen engagiert sind.

In der Romandie im Dezember 2012 und Januar 2013 wurden mit je zwei Frauen und zwei Männern Telefoninterviews durchgeführt. Die befragten Personen sind als Forscher, als Geschäftsleiter einer Hauspflegeorganisation, als Geschäftsleiterin einer Migrantenorganisation und als Chefärztin in der Geriatrieabteilung eines Spitals tätig. Drei Personen weisen selbst einen Migrationshintergrund auf; alle haben fünf bis zwanzig Jahre Erfahrung in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten.

## **2.5 Durchführung**

### **2.5.1 Fokusgruppe**

Die Fokusgruppe traf sich am 14. November 2012 in Bern. Zunächst wurden drei Kleingruppen gebildet, die gemäss ihren professionellen Erfahrungen zusammengesetzt wurden. Die Teilnehmenden wurden aufgefordert, ihren persönlichen und professionellen Bezug zum Thema zu erläutern und dann eine Situation zu schildern, die für ihre Erfahrungen mit alten Migrantinnen und Migranten typisch war. Typisch wurde hier im Sinne von häufig und in ähnlicher Form (Anlass, Problem, Verlauf, Personengruppe...)wiederkehrend benutzt. Zum einen wurde dadurch verhindert, dass schon zu Beginn abstrakte, theoretisierende Aussagen formuliert wurden, bei denen unklar ist, inwiefern sie vorgefasste Meinungen und Stereotypen widerspiegeln oder auf tatsächlichen Erfahrungen basieren. Zum anderen erleichtert es das Erzählen über erfahrene Situationen, gespeichertes Wissen abzurufen. Die Bitte, sowohl eine Situation zu schildern, die von dem abwich, was sie als typisch bezeichneten, wie auch eine, bei der es um die Pflege und Betreuung von Schwer- und Todkranken ging, sollte das Spektrum erweitern. Auf dieser Grundlage konnte bei der anschliessenden Analyse das Typische und das Allgemeine über die geschilderten Situationen hinweg herausgearbeitet werden.

In einem nächsten Schritt wurde zum Teil in Kleingruppen, zum Teil im Plenum die These diskutiert, dass sich ältere Migrantinnen und Migranten wünschen, zu Hause von den engsten Angehörigen gepflegt zu werden. Dazu sollten auf dem Hintergrund der beruflich-praktischen Erfahrungen Argumente formuliert werden, die diese These unterstützen oder widerlegen.

Abschliessend wurden die Ergebnisse der beiden ersten Teile in einer Art Brainstorming zu Empfehlungen ausgestaltet.

Insgesamt erfüllte die Fokusgruppe die Erwartungen. Sie erbrachte wichtige Einsichten in Bezug auf Kenntnisse, Nutzung und Einschätzung von Ämtern und Gesundheitsdiensten durch Migrantinnen und Migranten und deren Familien und bot Innensichten über die Dynamik von Pflegearrangements. Dabei wurde eine grosse Variationsbreite sichtbar. Mit dieser Veranstaltung war eine gute Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens für die Telefoninterviews und ein Bezugsrahmen für die Einordnung der daraus resultierenden Ergebnisse geschaffen.

### **2.5.2 Telefoninterviews**

Die Telefoninterviews wurden vom 27. November 2012 bis zum 9. Januar 2013 durchgeführt. Ihre durchschnittliche Länge betrug etwa 50 Minuten; das längste Interview dauerte eine Stunde und zehn Minuten, das kürzeste 25 Minuten. Alle Befragten erhielten vorab eine Beschreibung der Ziele und Fragestellungen der Studie sowie den Leitfaden für das Interview. Der Aufbau des Fragebogens folgte einer Empfehlung (Legewie 2005: 5f), die folgende Schritte vorsieht:

- „Türöffner“ (schriftliche und/oder mündliche Ankündigung): die Befragten wurden telefonisch zur Teilnahme eingeladen und erhielten die erwähnten Unterlagen.
- „Mundöffner“ (offene Einstiegsfrage, die das Gespräch in Gang bringt): Die Interviews begannen mit der berufsbiographischen Einstiegsfrage „Können Sie mir zunächst etwas zu Ihren Erfahrungen mit älteren Migrantinnen und Migranten erzählen?“. Sie gab der interviewten Person die Möglichkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen und etwas von ihrem persönlichen Hintergrund und ihren Erfahrungen mitzuteilen.
- Problemfragen (Hauptteil mit offenen Fragen zu den Hauptthemen und gegebenenfalls spezifischen Nachfragen)
- Änderungsideen (was kann oder muss getan werden?)

Am Ende bestand die Möglichkeit, der Interviewerin Fragen zu stellen oder über das bereits Berichtete hinaus noch Ergänzungen anzubringen.

Das Gespräch wurde von der Interviewerin protokolliert und mit Zustimmung der befragten Person aufgezeichnet. In allen Interviews wurde deutlich, dass sich die Fachpersonen sehr für das Thema und für die betroffenen Personen engagieren. Trotz Arbeitsüberlastung

beantworteten sie die Fragen detailliert und ausführlich und trugen der Komplexität des Themas Rechnung.

### **3. Ergebnisse**

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse aus der Fokusgruppe und den Interviews dar, d.h. die Sicht und Interpretation der beteiligten Fachpersonen. Sofern nicht anders angegeben, gelten die Aussagen für die beiden Gruppen von Migrantinnen und Migranten (Italien, ehemaliges Jugoslawien und seine Folgestaaten und Albanien), auf die sich die Studie konzentriert. Teilweise beziehen sie sich auch auf Migrantinnen und Migranten generell, da die meisten Expertinnen und Experten auch Erfahrungen mit Personen aus anderen Ländern (z.B. Türkei, afrikanische Staaten, Sri Lanka, Spanien, Portugal) haben.

#### **3.1 Sozio-ökonomische und biographische Merkmale**

Alte Migrantinnen und Migranten bilden hinsichtlich ihrer Herkunft, ihrer Familiensituation sowie ihrer Lebens- und Migrationsgeschichte eine heterogene Gruppe (vgl. Dietzel-Papakyriakou 2001: 79; Hubert/Althammer/Korucu-Rieger 2009: 87). Für ihr Leben im Alter sind oft nicht so sehr spezifisch kulturelle Faktoren bestimmend als vielmehr soziale Schicht, Biographie (Kindheit und Jugend, Migrationsverlauf) und Grad der Integration im neuen Kontext (vgl. Höpflinger 2009: 44). Wir haben deshalb die Fachpersonen danach befragt, wie nach ihrer Erfahrung die beiden Gruppen von Migrantinnen und Migranten (aus Italien und dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien) in dieser Hinsicht zu charakterisieren sind.

##### **3.1.1 Sozio-ökonomischer Status und Migrationsgründe**

Die aus Italien stammenden Migrantinnen und Migranten sind oft in den 1950er und 1960er Jahren in die Schweiz eingewandert. Daher gibt es unter ihnen heute viele Pensionierte und Hochbetagte. Fast alle Befragten gaben an, dass ihre italienisch-stämmigen Klientinnen und Klienten der 1. Generation als Arbeitsmigrantinnen und –migranten aus wirtschaftlichen Gründen in die Schweiz gekommen seien. Es handele sich um eher bildungsferne Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status, die ursprünglich die Absicht hatten, ihre ökonomische Situation zu verbessern und dann wieder in die Heimat zurückzukehren. Diese Charakterisierung entspricht den Beschreibungen in der Literatur (s. z.B. Höpflinger 2009). Dass viele doch geblieben sind, war wohl seltener eine bewusste Entscheidung, sondern ergab sich zum Beispiel dadurch, dass andere Familienmitglieder ebenfalls in die Schweiz

kamen oder dass die in der Schweiz geborenen Kinder dieses Land als ihre Heimat betrachteten (vgl. auch Latifi 2010: 7f).

Bei den Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien sind nach dem Einwanderungszeitpunkt zwei Gruppen zu unterscheiden. Die erste Gruppe, zu der zahlreiche politische Flüchtlinge gehörten, kam in den 1970er Jahren. Unter ihnen befindet sich eine nennenswerte Anzahl von Handwerkern wie auch von Personen mit höherer Bildung. Allerdings berichteten einige der Experten und Expertinnen, dass viele von ihnen in der Schweiz keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, die ihrer (zum Teil sehr hohen) Ausbildung entspricht, sondern in „kränkenden Arbeitsverhältnissen“ stehen. Bei der zweiten Gruppe, die in den 1980er Jahren eingewandert ist, handelt es sich meist um Arbeitsmigranten und Arbeitsmigrantinnen aus ländlichen Gegenden mit einer wirtschaftlichen Motivation. Ihre Migrationsbiografie ist derjenigen von italienischen Migrantinnen und Migranten häufig ähnlich. Sozio-ökonomische Merkmale der in den 90er Jahren eingewanderten asylsuchenden Kriegsflüchtlinge lassen sich nicht aus den statistischen Daten konstruieren.

### **3.1.2 Integration**

Die meisten der befragten Expertinnen und Experten äusserten, die Migrantinnen und Migranten seien in die Schweizer Gesellschaft wenig integriert. Das Hauptargument dafür war, dass sie trotz grossenteils jahrzehntelangem Aufenthalt in der Schweiz die Landessprache nur mangelhaft beherrschten. Von den bildungsstärkeren Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien wurde dagegen berichtet, sie seien zum Teil gut integriert und hätten auch gute Sprachkenntnisse (vgl. auch Burri Sharani & al. 2010: 44).

Kontakte zu Schweizerinnen und Schweizern sowie ein Engagement in Vereinen oder einen Besuch von Kursen oder Treffpunkten mit Einheimischen scheint es nach den Expertenaussagen kaum zu geben. Diese soziale Isolation ist zum Teil dadurch zu erklären, dass die Schweizer Bevölkerung kein echtes Interesse zeigte, die sog. „Gastarbeiterfamilien“ in ihre Freundeskreise und Vereine aufzunehmen. Die vermeintlichen oder tatsächlichen sozialen und kulturellen Unterschiede mit ihrer Doppelfunktion als Hürde einerseits und als Schutzwall andererseits wurden selten überwunden, geschweige denn als Bereicherung gewertet. Die Sprachprobleme und die soziale Isolation wirken sich auf den Pflege- und

Genesungsprozess negativ aus und sind für die Pflegenden wie für die Patienten und Patientinnen eine besondere Herausforderung.

Viele der Befragten erwähnten, dass die Migrantinnen und Migranten aus Italien in ihrer eigenen Gemeinschaft sehr gut integriert seien. So besuchen viele regelmässig Veranstaltungen und Treffen, die von entsprechenden Migrationsorganisationen durchgeführt werden, und pflegen regen Kontakt zu ihren Landsleuten. Als Beleg für vielfältige Kompetenzen und Verantwortungsbereitschaft wird gewertet, dass einige dieser Migrantinnen und Migranten freiwillig Haus- oder Spitalbesuche machen oder Clubs und Treffpunkte für ihre Landsleute organisieren. Auch von der ersten Gruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien wird berichtet, dass es darunter Menschen gebe, die gerne ihre Kompetenzen und Expertise ihrer Gemeinschaft zur Verfügung stellten und z.B. Vorträge hielten.

Die Kinder werden als inzwischen gut integriert bezeichnet, als sprachlich und bildungsmässig „topfit“. Über sie als „Brückenbauer“ finde ein Stück Integration der gesamten Familie statt, insbesondere bei der schon länger in der Schweiz anwesenden der Gruppe mit italienischem Migrationshintergrund. Die bessere Integration der zweiten Generation kann beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit der ersten Generation hilfreich sein, weil sie Informationen beschaffen und vermitteln kann; der Unterschied zwischen den Generationen kann aber auch Konflikte auslösen, da sich mit zunehmender Integration Werte und Haltungen verändern können.

In den Telefoninterviews in der Romandie wurde – ohne nähere Differenzierung nach dem Herkunftsland – die (horizontale) Integration in die eigene Migrationsgruppe und in die Nachbarschaft als gut beurteilt, als weniger gut dagegen die (vertikale) Integration in die schweizerischen Institutionen (vgl. Bolzmann 2006).

### **3.1.3 Familiäre Situation**

Die meisten Befragten erwähnten, dass es in den Migrationsfamilien starke Bindungen und Loyalitäten gebe. So wurde öfters betont, dass die Kinder in unmittelbarer Nähe zu den Eltern wohnen. Die Familienstruktur sei in der Regel hierarchisch mit klaren Rollenaufteilungen und dem Vater als Familienoberhaupt. Von Familien aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien, vor allem bei solchen aus Albanien und dem Kosovo, wird von grösseren Familienverbänden mit zahlreichen Kindern,

engen familiären Banden und klar definierten Funktionen berichtet (vgl. Burri Sharani & al. 2010: 34f, 82f). Professionelle Pflegekräfte müssen sich also oft auf eine grössere Gruppe von Bezugspersonen einrichten, die für die pflegebedürftige Person eine Rolle spielen möchten.

Neben familiär eingebundenen alten Migrantinnen und Migranten gibt es aber, wie vor allem Vertreterinnen von Migrationsorganisationen sowie von Institutionen wie Pro Senectute und HEKS berichteten, auch viele Menschen, die wegen Tod, Scheidung oder räumlicher Trennung keinen (Ehe)partner und keine (Ehe)partnerin haben, der für sie sorgen könnte, und/oder deren Kinder nicht in der Nähe wohnen oder sich aus anderen Gründen wenig um sie kümmern. Gerade unter den Kriegsflüchtlingen finden sich häufig alleinstehende, von ihren Familien getrennt lebende und geschiedene Personen, was mit den Kriegsgeschehnissen, Ermordungen, Verschleppungen und posttraumatischen Folgen beispielsweise in Bosnien-Herzegowina, aber auch mit der Asyl- und Platzierungspolitik der Schweiz in Zusammenhang gebracht worden ist (Moser 2006: 144).

## **3.2 Gesundheit und Krankheit**

### **3.2.1 Physische und psychische Befindlichkeit**

Die Frage danach, was sich über den physischen und psychischen Gesundheitszustand der beiden Gruppen von Migrantinnen und Migranten – auch im Vergleich mit den alteingesessenen Schweizern – sagen lässt, wurde unterschiedlich beantwortet. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass das Blickfeld der Befragten durch ihre jeweiligen Berührungspunkte mit diesen Gruppen geprägt ist. Aber auch die Aussagen solcher Expertinnen und Experten, die nicht aus dem Behandlungs- oder Pflegebereich kommen, waren heterogen. Während manche der Fachpersonen meinten, dass die Migrantinnen und Migranten gesundheitlich stärker belastet seien, und das auf jahrelange schwere körperliche Arbeit einerseits oder auf traumatische Erfahrungen von Krieg, Gefangenschaft und Flucht andererseits zurückführten, meinten andere, diese Population sei nicht stärker belastet als ihre jeweilige Altersgruppe insgesamt. Obwohl sich in der Literatur zahlreiche Hinweise darauf finden, dass Personen mit Migrationshintergrund besonders belastet sind (s. 1.5.1), bleibt also der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Migration genauer zu prüfen. Eine Psychiaterin betonte, die Gründe, weshalb Migranten gesund bleiben oder erkranken, seien bis heute nicht systematisch untersucht; als mögliche Faktoren nannte sie:

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*



Hier sind persönliche Anpassungs- und Widerstandskräfte, Ausmass und Intensität der Stressoren, Umgang und Coping-Fähigkeiten von grosser Bedeutung. Es spielt eine grosse Rolle, ob die Migration geplant oder fluchtartig erfolgt, ob Diskrepanzen bestehen zwischen zwei Kulturen, inneren Erwartungen und tatsächlich erreichten sozialen Zielen.

Als typische Beschwerden in der Migrationsbevölkerung nannten die Expertinnen und Experten (weitgehend übereinstimmend mit der Literatur, s. z.B. Rommel/Weilandt/Eckert 2006: 140) Rückenschmerzen, Herzerkrankungen, Schmerzsyndrome und psychosomatische Zustandsbilder. Vor allem Diabetes scheint eine weit verbreitete Krankheit zu sein. Die Fachpersonen, die eine hohe psychische Belastung konstatierten, führten sie vor allem auf die durch Krieg und Flucht erlebten Stresszustände oder Traumatisierungen zurück. Als weiterer Faktor wurde genannt, dass das Alter den Migrantinnen und Migranten endgültig klar mache, dass ihr Rückkehrwunsch zur Illusion geworden sei. Mögliche – oft wohl nur indirekte – Korrelationen zwischen bestimmten Krankheitsbildern und Migrationserfahrung müssen jedoch noch näher erforscht werden.

### **3.2.2 Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen**

Das mangelnde Wissen über Gesundheitsverhalten sowie Krankheiten und Krankheitsverläufe scheint laut den meisten Befragten eine Quelle für Probleme zu sein. Die zumindest bei aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien stammenden Personen häufiger beobachteten ungesunden Ess- und Lebensgewohnheiten wurden öfters als Gesundheitsrisiko genannt. So wurde mehrfach erwähnt, dass insbesondere zahlreiche Männer einen ungesunden Lebensstil hätten: viel Fernsehen, Trinken und Rauchen. Insgesamt wird dieser Gruppe wenig Bewusstsein für Gesundheitsverhalten, entsprechende Ernährung und Lebensgewohnheiten bescheinigt.

Mehrere Fachpersonen berichteten von unrealistischen Einschätzungen chronischer Krankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie würden eher als natürliche Begleiterscheinungen des Alterns gesehen, die zwar auch zum Tod führen können, aber ausser kleineren Umstellungen in der Ernährung keine weitere Behandlung erfordern. Vereinzelt machten die Befragten die Erfahrung, dass Patienten und Patientinnen Medikamente nicht rechtzeitig abholten oder nicht einnahmen. Einzelne Expertinnen und Experten konnten dagegen bei einem Teil der Patientinnen und Patienten, die z.B. an

Diabetes leiden, ein gutes Wissen über Ernährung, Lernfähigkeit und Therapietreue beobachten. Hier scheint es eine Abhängigkeit vom Bildungsgrad zu geben.

Vor allem ArbeitsmigrantInnen und ihre Familien, deren Ziel es war, das schwerverdiene Geld für ein Haus im Heimatland oder für die Kinder zu sparen (vgl. Soom Ammann 2011), zeigten laut Aussagen der Befragten eine geringe Bereitschaft, Geld für die eigene Gesundheit (z.B. für Prävention) auszugeben.

Wenn eine ärztliche Behandlung erforderlich ist, führt für Migrantinnen und Migranten, wie die Fachpersonen in der Deutschschweiz mehrfach schilderten, der erste Weg häufig in die Notaufnahme eines Spitals. Die Entscheidung, ins Spital zu gehen, wurde mehrfach als Ausdruck einer mangelnden Vertrautheit mit den Schweizer Verhältnissen und einem grossen Vertrauen in die „Gerätemedizin“ gedeutet. Einige Fachpersonen führten folgende einsichtige Gründe an: So stehen im Spital Übersetzungsdienste zur Verfügung, oder es lassen sich dort oft Personen finden, die die eigene Sprache sprechen. Ferner bieten Spitäler in der Regel alle fachärztlichen Disziplinen unter einem Dach an und sind apparativ umfassend ausgestattet. Es ist ferner zu bedenken, dass nicht in allen Ländern das Gesundheitssystem den Hausarzt oder die Hausärztin als erste Anlaufstelle vorsieht. Wohin sich (alte) Migrantinnen und Migranten bei Erkrankungen wenden und warum, ist eine noch offene Frage für weitere Untersuchungen. Im Gegensatz zur Deutschschweiz wird in der Romandie der Hausarzt oder die Hausärztin anscheinend nicht wesentlich seltener als das Spital zuerst aufgesucht. Dieser Unterschied zwischen den Landesteilen liess sich im Rahmen der Studie nicht erklären. Zu prüfen wäre die Hypothese, dass es Zusammenhänge mit Bildungsgrad, Sprachkompetenz und/oder Zugänglichkeit der Informationen geben könnte.

### **3.2.3 Umgang mit Alter und Krankheit**

Insgesamt berichteten die Fachpersonen, dass die Migrantinnen und Migranten dem Alter und seinen Begleiterscheinungen und Herausforderungen unvorbereiteter und hilfloser gegenüber stehen als eingewohnte Schweizerinnen und Schweizer. Auch der Umgang mit Krankheiten, so meinten verschiedene Expertinnen und Experten, sei anders. Eine Facette davon sei die „Tabuisierung“ von Tod und Sterben (s. 3.5.2), eine weitere eine stärkere „Therapiegläubigkeit“ (in konventionelle Medizin), selbst in Fällen, wo nach ärztlichem Ermessen der Tod schon bevorsteht.

Mehrmals wurde erwähnt, dass Schmerzen oder Unwohlsein „undifferenziert“ beschrieben würden, was viele Nachfragen erfordere, um den Herd des Schmerzes zu ermitteln. Dies ist teils auf die vom Bildungshintergrund abhängige Ausdrucksfähigkeit zurückzuführen, teils auf sprachliche Schwierigkeiten, die durch Übersetzungen nicht völlig überwunden werden können. Für diese Annahme spricht die Tatsache, dass Befragte, die mit Patientinnen und Patienten in ihrer Sprache sprechen können, diese Schwierigkeiten nicht erleben.

Allerdings gilt als erwiesen, dass Migrantinnen und Migranten häufig ein anderes Krankheitsverständnis haben und beispielsweise Schmerzen anders beschreiben als man es schulmedizinisch gewohnt ist (vgl. Domenig 2007). Fraglich ist deshalb, ob die von Fachpersonen erwähnte Somatisierung von Problemen, die durch die Fokussierung auf den physischen Schmerz aus dem Gesichtsfeld verdrängt werden, überdurchschnittlich ausgeprägt ist.

### **3.3 Kenntnisse über Gesundheitswesen und Unterstützungsangebote**

Von den 23 interviewten Expertinnen und Experten hielten 14 das Wissen der Migrantinnen und Migranten über das Gesundheitswesen und über mögliche Unterstützungsangebote für gering oder ungenügend. Fünf antworteten mit „teils/teils“, und vier beurteilten den Informationsstand als „recht gut“. Ein Hausarzt, der die Kenntnisse als relativ gut einschätzte, gab als Begründung an, dass es in den Familien öfters Angehörige der 2. oder 3. Generation gebe, die in der Pflege arbeiten und Informationen vermitteln können. Das wird auch durch die Aussage einer anderen Expertin, die in der Beratung tätig ist, bestätigt. Eine Expertin, die in einer Migrationsorganisation arbeitet, erklärte, dass die älteren Migrantinnen und Migranten durch ihre Organisation alle notwendigen Informationen erhielten. Asylsuchende, so meinte einer der befragten Hausärzte, hätten eine „recht gute interne Betreuung“. Eine weitere Expertin berichtete, dass Personen mit genügenden Kenntnissen der Landessprache bestens informiert seien.

Einer der Befragten, die angaben, dass nur ein Teilwissen vorhanden sei, erläuterte, dass vor allem Kenntnisse über Spitex und Pro Senectute fehlten; ein anderer meinte, dass bestimmte Details unbekannt seien (z.B. das Nebeneinander von staatlicher und privater Spitex und ihre Finanzierung). Eine weitere Fachperson merkte an, dass die Betroffenen teilweise Informationen zu einem Zeitpunkt bekommen hätten, als sie für sie noch nicht

relevant waren, und sie daher nicht weiter beachtet hätten. Sie sah das Problem weniger bei der Information als bei der Akzeptanz möglicher Unterstützungsleistungen.

Die Befragten, die der Meinung waren, Migrantinnen und Migranten hätten unzureichende Kenntnisse über Gesundheitswesen, Betreuungs- und Beratungsangebote, bezogen das vor allem auf ambulante Hilfs- und Unterstützungsmassnahmen, wie sie die Spitex anbiete, auf das Hausarztwesen und auf Ergänzungsleistungen.

Schriftliches Informationsmaterial scheint allgemein eine geringere Rolle zu spielen als mündliche Auskünfte von Beratungsstellen und der Erfahrungsaustausch der Migrantinnen und Migranten untereinander. Von den Kindern wird berichtet, dass sie sich für ihre Eltern kundig machen und sich oft schon in jungem Alter sehr verantwortungsvoll zeigen.

### **3.4 Pflegeleistungen**

Wie viele der Migrantinnen und Migranten, mit denen die Fachpersonen Kontakt hatten oder haben, pflegebedürftig waren oder sind, ist wegen der Ungenauigkeit der Angaben in vielen Experteninterviews schwer einzuschätzen. Vier der fünf befragten Spitex-Mitarbeitenden bestätigten, dass sie pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten zu ihren Kunden zählen.

Bei den in Anspruch genommenen Leistungen handelt es sich vor allem um behandlungspflegerische Tätigkeiten (z.B. Verbände anlegen, Spritzen und Medikamente verabreichen) und/oder Hilfen im Haushalt. Die Grundpflege wird – ausser bei Pflegebedürftigen, die keine Familie am Ort haben – in den seltensten Fällen von Professionellen übernommen, sondern fast immer durch die Angehörigen geleistet.

In den Telefoninterviews in der Romandie wurde geäussert, dass medizinische oder pflegerische Dienstleistungen von Migrantinnen und Migranten beider Herkunftsbereiche (Italien und ehemaliges Jugoslawien und seiner Folgestaaten und Albanien) leichter angenommen werden als etwa Mahlzeitendienst, Haushaltshilfe, Besuchsdienst oder andere Dienstleistungen, die weithin auf Ablehnung stossen. Auch existiere vor allem in den italienischen Familien durchaus ein Bewusstsein, dass sich die Familie nicht um alle Anliegen ihrer Mitglieder kümmern kann und externe Hilfe beanspruchen muss.

Das Wunscharrangement im Falle von Pflegebedürftigkeit ist nach Aussage aller befragten Expertinnen und Experten (auch aus der Romandie), zu Hause von den engsten Angehörigen gepflegt zu werden. Meistens sind das die Töchter oder Schwiegertöchter, die aufgrund der

für die Migrationsbevölkerung oft zu findenden räumlichen Nähe der Familienmitglieder tatsächlich die Pflege übernehmen können. Dass sie oft selbst erwerbstätig sind und/oder Kinder betreuen haben, wird nicht als Hinderungsgrund angesehen. Während die Interviewten angaben, dass dieses Wunscharrangement sowohl von den Betroffenen als auch von den Angehörigen angestrebt werde, wird in der Literatur sogar von der Tendenz gesprochen, dass die Kinder noch nachdrücklicher darauf bestehen als die pflegebedürftigen Eltern selbst. Als Grund dafür wird die „Norm der Reziprozität“ genannt, also das Bestreben, etwas von der Hilfe und Unterstützung zurückzugeben, die die Eltern den Kindern früher gewährt hatten (vgl. Kobi 2008: 73-77). Zum Teil wird in diesem Kontext auch vom „Generationenvertrag“ gesprochen (so bei dem Roundtable „Altern in der Fremde“ in Bern am 21. November 2012 bezüglich der Verpflichtung von Frauen aus dem Kosovo, die Pflege des Vaters oder Schwiegervaters zu übernehmen). Die Interviews machten deutlich, dass die Kinder die Schwierigkeiten, Entbehrungen und Demütigungen der Eltern infolge der Migration miterlebt haben. Darüber hinaus haben sie wegen der mangelnden Sprachkenntnisse der Eltern und deren geringerer Vertrautheit mit dem Gesellschaftssystem und den Lebensgewohnheiten in der Schweiz oft konkrete Aufgaben übernommen (Übersetzungen, Gänge zu Ämtern, Informationsvermittlung u.v.m.), die sie als Kinder in eine Art Elternrolle gedrängt haben („Parentifizierung“). Ausserdem sind sie über ihre Erziehung und familiäre Sozialisation mit den Werten ihrer Eltern verbunden und haben sie verinnerlicht. Zugleich bejahen sie durch ihre gesellschaftliche Sozialisation meistens die Werte der Schweizer Gesellschaft (vgl. Borde/David 2003, 2007). Allerdings geht die Übernahme gesellschaftlich hoch stehender Werte wie Autonomie und Individualität oft nicht so weit, dass die Kinder die Pflege abgeben würden.

### **3.5 Belastungsfaktoren**

Jede Pflegesituation stellt eine Belastung für die Betroffenen dar, und zwar für die Familie (insbesondere die pflegenden Angehörigen), für externe Pflegepersonen (soweit sie hinzugezogen werden) sowie für die Patienten oder Patientinnen selbst. Dabei gibt es neben organisatorisch-praktischen Herausforderungen (zu denen man auch finanzielle rechnen kann) solche im Bereich von Gefühlen und Werten. Danach ist dieses Unterkapitel gegliedert.

### **3.5.1 Belastungen für die Familien**

Viele der Expertinnen und Experten bestätigten, dass pflegende Angehörige (vor allem Frauen) von alten Migrantinnen und Migranten einer Vielzahl von – freilich grossenteils nicht oder nicht direkt mit der Migration verbundenen – Belastungen ausgesetzt sind und sich neben Erwerbstätigkeit und eigener Familie oft bis zur Erschöpfung verausgaben. Nur zwei der Befragten meinten, pflegende Kinder würden die Belastung gut bewältigen; eine ergänzte, sie wisse allerdings nicht, wie zufrieden sie damit seien.

Mehrfach wurde im Zusammenhang mit Fällen von Burn-Out bemerkt, dass sich Angehörige erst dann, wenn sie ärztlich bescheinigte somatische Beschwerden oder psychische Krankheiten entwickelten, legitimiert fühlten, ein wenig Entlastung zu fordern. In der Regel könnten sie aber das Bedürfnis nach Entlastung nicht selbst äussern, geschweige denn einfordern oder gar durchsetzen. Dass es sich hierbei nicht um ein migrationspezifisches, sondern allgemeines Problem pflegender Angehöriger handelt, bestätigt die Fachliteratur. Vielmehr müssten Anstösse von aussen kommen, sei es durch Beratungen im Spital, durch eine Mitarbeiterin der Spitex, die die Situation wahrnimmt und anspricht, oder über eine Migrationsorganisation. Auch dann brauche es eine Reihe von Gesprächen und viel Überzeugungsarbeit, bis die Betroffenen verstehen und einsehen, dass sie auf Unterstützung von ausserhalb des Familiensystems angewiesen sind. Erst wenn diese Einsicht erreicht ist, wird es laut Aussagen der Befragten möglich, ein gemeinsames Gespräch mit den Pflegebedürftigen zu führen und auf eine Lösung hinzuarbeiten. Wenn einige Fachpersonen meinten, dass in manchen Migrationsfamilien aus dem Blick gerate, dass die pflegenden Angehörigen gesund bleiben müssen, so mag das sowohl auf die Pflegebedürftigen als auch auf die Angehörigen selbst zutreffen.

In der Romandie ist vor allem die Betreuung von Angehörigen, die erst im hohen Alter und oft krank durch ihre Kinder in die Schweiz geholt wurden, für die Familien massiv belastend. Diese Personen sind entwurzelt und oft vereinsamt, da sie nur über ihre Kinder oder Enkel Kontakt nach aussen haben.

#### **Organisatorisch-praktische Herausforderungen**

Den befragten Fachpersonen ist bewusst, dass pflegende Angehörige auch dann, wenn sich die Last der Pflege auf mehrere Familienmitglieder verteilt, viel organisieren und zusätzliche Zeit und Kraft aufbringen müssen, um diese Aufgabe erfüllen zu können. Das gilt

insbesondere dann, wenn sowohl sie selbst als auch ihre Ehepartner berufstätig sind, was bei vielen Kindern und Enkeln von Migrantinnen und Migranten zutrifft. Sie müssen ihre Zeit neu einteilen und dabei Prioritäten anders setzen und möglicherweise mit dem Arbeitgeber über eine flexiblere Arbeitszeit verhandeln. Ferner stellen sich Fragen nach der Betreuung ihrer Kinder, vor allem, wenn sie zuvor durch die jetzt pflegebedürftigen Grosseltern versorgt wurden, wie das in Migrationsfamilien, vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien, häufig zutrifft (vgl. Kobi 2008: 218-220). Werden Frauen pflegebedürftig, so kann das von ihren Ehemännern eine Umverteilung der traditionellen Rollen und Aufgaben (vgl. 3.1.3) verlangen, die sie sowohl praktisch als auch hinsichtlich Werthaltungen und Einstellungen vor besondere Herausforderungen stellt.

Darüber hinaus müssen die Angehörigen lernen, wie sie die Patienten und Patientinnen pflegen und emotional stützen können; sie müssen sich Informationen beschaffen, Unterstützungsmöglichkeiten prüfen und Entscheidungen treffen. Falls sie weiter weg wohnen oder aus anderen Gründen die Hauptpflege nicht selbst übernehmen können, müssen sie für sich klären, welche Implikationen das hat und welche Rolle sie dennoch spielen können. Wenn sie bestimmte Angelegenheiten aus der Distanz regeln müssen, ist das jeweils schwieriger, als wenn sie vor Ort sein können. Für Personen mit Migrationshintergrund sind all diese Herausforderungen umso grösser, je weniger sie integriert sind, was insbesondere pflegende Ehefrauen betrifft.

Die Mitwirkung einer externen Pflegeperson erfordert eine Verständigung zwischen den involvierten Personen, bei der die pflegenden Angehörigen oft Übersetzungsdienste leisten müssen, mit denen sie oft persönlich, sachlich und sprachlich überfordert sind.

### **Emotionale und wertebezogene Herausforderungen**

Die Aussagen der Expertinnen und Experten unterstreichen, dass die moralische Verpflichtung, pflegebedürftigen Familienmitgliedern (insbesondere den Eltern) zu helfen, in Familien mit Migrationshintergrund tief verinnerlicht ist (s. 3.4). Angehörige der zweiten und dritten Generation haben jedoch oft zusätzlich oder stattdessen individuelle, von dieser Tradition abweichende Lebensentwürfe entwickelt und geraten dadurch in Konflikte. So berichtete eine Expertin, dass sich in Familien aus dem Kosovo die „modernen“ Schwiegertöchter öfters weigerten, die pflegende Rolle zu übernehmen. Wenn Personen von aussen, wie hier von der Spitex, hinzukommen, könne das die Konflikte im Familiensystem noch verstärken.

Die inneren Konflikte und emotionalen Verluste, mit denen die Pflegebedürftigen selbst konfrontiert sind, müssen auch von den Angehörigen verkraftet und verarbeitet werden. Das gilt unter anderem dann, wenn die Entscheidung ansteht, ob die Betroffenen in der Schweiz bleiben oder ins Heimatland zurückkehren sollen, oder wenn sich diese Frage aufgrund der Umstände gar nicht mehr stellt und sich damit die Hoffnung auf Rückkehr als Illusion erweist (vgl. 1.8.2).

Bei Gesprächen zwischen Pflegebedürftigen und anderen Personen zu übersetzen, wird für Angehörige extrem belastend, wenn sie den Pflegebedürftigen unangenehme Mitteilungen machen müssen. Als „unmöglich“ wurde es eingeschätzt, wenn Angehörige dabei selbst zum Thema werden (z.B. wenn es darum geht, dass sie externe Hilfe benötigen) und dadurch in Loyalitätskonflikte geraten.

### **3.5.2 Belastungsfaktoren für externe Pflegepersonen**

Obwohl in der Studie nicht nach den Belastungen für externe Pflegepersonen gefragt wurde, zeigte sich in den Gesprächen verschiedentlich, dass auch sie sich mit Schwierigkeiten konfrontiert sehen, die sich aus der Komplexität und Dynamik migrationspezifischer Pflegesituationen ergeben. Die Tatsache, dass sie bei der Pflege von Migrantinnen und Migranten nicht routinemässig tätig sein können, macht ihnen auch ihre Grenzen deutlich. Bei ihnen besteht ebenfalls die Gefahr, dass im Stressmodell von Lazarus (1981) die Ressourcenseite im Vergleich zu der Stressorenmenseite zu schwach ist (vgl. 1.8.2).

#### **Organisatorisch-praktische Herausforderungen**

Eine der grössten Herausforderungen besteht nach allgemeiner Einschätzung der Fachpersonen darin, dass die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex die Sprache ihrer Klientinnen und Klienten nicht beherrschen und auf Übersetzungen angewiesen sind, deren Korrektheit sie nicht überprüfen können. Oft erkennen sie erst an Fehlern der pflegenden Angehörigen, dass es Missverständnisse gegeben hat. Das Fehlen einer gemeinsamen Sprache erschwert es, mit den Betroffenen in unmittelbaren Kontakt zu treten und eine Beziehung zu ihnen aufzubauen, was von den externen Pflegepersonen verlangt, kreative Lösungen zu suchen. Ferner sind vor allem bei der Gruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien oft zahlreiche Angehörige an der Pflege direkt oder indirekt beteiligt, wollen informiert sein und machen ihre Meinungen und Ansprüche geltend. Bei den Pflegehandlungen, nach denen die Spitex



abrechnet und für die sie jeweils eine definierte Zeiteinheit vorsieht, werden jedoch – was von den Befragten häufig bemängelt wurde – sämtliche Kommunikations- und Beziehungsaspekte von Pflege nicht berücksichtigt. Dass die Mitarbeitenden der Spitex unter enormem Zeit- und Effizienzdruck stehen und daher migrationspezifische Situationen die Routine stören, kristallisierte sich als ein entscheidendes Problem heraus. Es ist massgeblich für die Nutzung der und Haltung zur Spitex durch Migranten und Migrantinnen und ihre Familien.

Obwohl es in Spitälern Dolmetscher und Dolmetscherinnen gibt, handelt es sich zumeist nicht um qualifizierte interkulturelle Übersetzungen, sondern es werden oft Angestellte eingesetzt, die die betreffende Sprache sprechen. Ein Arzt berichtete von positiven Erfahrungen mit einem telefonischen Übersetzungsdienst. Wenn Angehörige übersetzen, fehlt es ihnen oft an der nötigen Sachkenntnis. Als ein weiteres Problem wurde genannt, dass in den wenigen Gesprächen, die mit Dolmetscher geführt werden können, zu viele Informationen auf einmal gegeben werden müssen, als dass die Patienten und Patientinnen und ihre Angehörige sie aufnehmen könnten.

Wenn die Pflegeperson über die gleiche geographische Herkunft verfügt, aus der gleichen Ethnie stammt und dieselbe Sprache spricht, können sich andere Probleme ergeben. So wurde manchmal beobachtet, dass an eine solche Pflegeperson Erwartungen gestellt wurden, die bei weitem ihre beruflichen Pflichten überstiegen. Angehörige zeigten geringere Hemmungen, Gefühle von Ungeduld, Ohnmacht oder Enttäuschung über das Pflegearrangement zu äussern und versuchten, die Pflegeperson für ihre Forderungen zu vereinnahmen. Die Beziehungen zu den Patienten und Patientinnen und zu deren Angehörigen konnten so nur schwer in dem vorgegebenen professionellen Rahmen gestaltet werden.

Eine weitere sowohl praktische als auch emotionale Belastung ist es für externe Pflegepersonen, wenn sie eine Mittlerrolle zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen übernehmen müssen. So wurde erzählt, dass sie sich manchmal genötigt sehen, gegen den Willen der Pflegebedürftigen eine Unterstützung für die pflegenden Angehörigen durchzusetzen, die diese aufgrund von Loyalitätskonflikten und Familiendynamik offensichtlich nicht selbst einfordern können. Mit ähnlichen Problemen sahen sich Pflegekräfte in Heimen konfrontiert. So wurde berichtet, dass sie manchmal die Auflösung der Wohnung vor den Patienten geheim halten mussten, weil die Angehörigen sich (noch)

nicht in der Lage sahen, darüber zu sprechen. Diese Erfahrung kehrt jedoch in der Pflege immer wieder und ist nicht migrationspezifisch.

### **Emotionale und wertebezogene Herausforderungen**

Aus den im Rahmen der Untersuchung geführten Gesprächen kann man den Eindruck gewinnen, dass die emotionalen Herausforderungen die Pflegenden noch schwerer belasten als die organisatorisch-praktischen. Es wurde berichtet, dass sie z.B. die Gepflogenheiten, Normen und Werte der Betroffenen nicht gut genug kennen, um mit der Situation angemessen umgehen zu können. Das Gefühl, in eine unbekannte Welt einzutreten, kann Verunsicherung auslösen. Sprachschwierigkeiten und/oder die Anwesenheit weiterer, in der Pflege engagierter, Angehöriger, erhöhen den Stress. Die Pflegepersonen erlebten es als zeitlich und emotional belastend, dass sie oft Rolle, Funktion und Aufgaben der Spitex besonders erklären und zuweilen gegen Widerstände und Misstrauen verteidigen müssen.

Oft wurden Herausforderungen angesprochen, die sich daraus ergeben, dass in der Schweiz wie in anderen westlichen Industrienationen Autonomie und Selbstbestimmung ein hoher und positiv besetzter Wert ist, während für Migrantinnen und Migranten oft familiäre Bindung zentral ist. Häufig ist geäußert worden, dass Migrantinnen und Migranten mit dem Alter die Vorstellung verbinden, nun - nach einem langen, entbehnungsreichen Leben - umsorgt zu werden. Die an sie gestellte Erwartung, nun selber gewisse "Dienstleistungen" vorzunehmen, wie z.B. einen Verband zu wechseln, werde dann als Zumutung (und nicht als Ermöglichung von Selbständigkeit) erlebt. Daher ist Migrationsfamilien oft auch die „Ressourcenorientierung“ fremd, die Klientinnen und Klienten in ihren eigenen Möglichkeiten und Stärken fördern will.

Auf die besonderen Herausforderungen, die das Thema Sterben und Tod mit sich bringt, wird im Abschnitt „Palliative Care“ (3.6) eingegangen.

### **3.5.3 Belastungsfaktoren für die Pflegebedürftigen**

Auch bei den Pflegebedürftigen selbst konnten die Expertinnen und Experten vielfältige Belastungen feststellen. Soweit sie mit denen für die Angehörigen übereinstimmen oder die „Kehrseite der Medaille“ darstellen, werden sie hier nicht noch einmal dargestellt.

### **Organisatorisch-praktische Herausforderungen**

Die Unterstützungs- oder Pflegebedürftigkeit bringt es mit sich, dass die Betroffenen zumindest einen Teil ihrer selbständigen Lebensbewältigung aufgeben müssen und dass sich

mit dem Einzug fremder Personen auch die Organisation des eigenen Haushalts und der Lebensführung verändert. Auf dem Hintergrund einer Migrationsgeschichte können sich zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegenden Probleme verstärken. Darüber hinaus hat externe Unterstützung höhere finanzielle Kosten zur Folge, was für manche finanziell schwach gestellten Migrationsfamilien zur Belastung werden kann (s. 1.4.2).

Wenn die Betroffenen die Landessprache nur unzulänglich beherrschen, so bedeutet das, dass sie sich in Situationen, die Vertrauen und Sicherheit brauchen, gegenüber medizinischem und pflegerischem Personal nicht angemessen verständigen und ihre Ängste und Bedürfnisse nicht artikulieren können. Das wurde von vielen Befragten als eine grosse Belastung beschrieben, die zugleich die Kommunikationspartner und –partnerinnen betrifft (s. 3.5.2). Die hier beschriebenen Probleme kumulieren meistens.

### **Emotionale und wertebezogene Herausforderungen**

In den Expertengesprächen wurde immer wieder eine bei Migrationsfamilien zu beobachtende Familienstruktur beschrieben, in der die Familie als geschlossenes, sich selbst unterhaltendes und komplementär funktionierendes System einen grundlegenden Wert wahrgenommen wird, wobei es eine klare Rollenaufteilung mit entsprechenden Aufgaben und Funktionen gibt: Der Mann gilt als Oberhaupt und Ernährer der Familie, dem sowohl von der Ehefrau als auch von den Kindern Respekt und Achtung zukommt, während die Frau komplementär dazu in vielfältiger Weise für die Bedürfnisse des Mannes und der Kinder sorgt. Aus diesem kollektiven Familiensystem ergeben sich gegenseitige Verpflichtungen und Loyalitäten, zu denen nicht zuletzt die Erwartung von Angehörigen der älteren Generation gehört, bei Bedarf von den Kindern gepflegt werden. Während die Angehörigen der ersten Generation im Heimatland mit diesem Familienbild sozialisiert worden sind, haben die in der Schweiz aufgewachsenen Kinder und Enkel bereits andere Werte und Normen verinnerlicht. Durch die Migration wird deshalb die Haltbarkeit des Systems und der ihm zugrunde liegenden Werte in besonderem Mass auf die Probe gestellt.

Wenn die Familie sich eingestehen muss, dass sie auf Hilfe von aussen angewiesen ist, bedeutet das für die Betroffenen eine Niederlage, ein Scheitern und eine Entwertung des Schatzes „Familie“. Das ist wohl nach Einschätzung der Befragten ein Hauptgrund dafür, warum es vor allem Männern so schwer fällt, fremden Pflegepersonen Zutritt zu ihrem Haushalt zu gewähren. Sich gegen den eigenen Willen in den eigenen vier Wänden einer fremden Person unterstellen zu müssen, löse bei ihnen Gefühle von Ohnmacht und Scham

aus. Zudem repräsentieren die meisten von aussen kommenden Helferinnen und Helfer (ungeachtet ihrer persönlichen Haltung) eine Gesellschaft, die den Migranten jahrzehntelang primär als Arbeitskraft, aber nicht als Mensch mit Gefühlen, Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten gesehen und ihn ausgegrenzt hat.

Von Migrantinnen und Migranten, die in der Schweiz keine Angehörigen haben oder in relativ grosser Entfernung zu ihnen leben, wurde berichtet, dass sie in der Regel besonders unter Einsamkeit und Isolation leiden. Wenn sie die Annahme von Hilfe verweigern, könne es zu Verwahrlosung kommen, und im Pflegefall sei meist eine Heim- oder Spitaleinweisung unvermeidlich. Neben Einsamkeit, Krankheit und Verwahrlosung bedeute dies zusätzlich den Verlust der vertrauten Umgebung und führe häufig zu einem frühen Tod.

### **3.6 Palliative Care**

Etwa die Hälfte der Befragten – darunter drei Spitex-Mitarbeiterinnen und fast alle im Spital Tätigen – gaben an, zumindest punktuell Erfahrungen mit Patienten und Patientinnen gemacht zu haben, die Palliativ-Pflege erhielten, d.h. eine Pflege, die bei unheilbaren Krankheiten eine Linderung von Schmerzen und anderen (physischen, psychosoziale oder spirituellen) Beeinträchtigungen des Wohlbefindens anstrebt. Die Spitex wurde öfters erst in der Endphase der Pflege hinzugezogen; die Kranken wurden teils bis zum Tod zu Hause begleitet, teils zuletzt noch ins Spital verlegt.

Für alle Beteiligten werden die Herausforderungen, die schon die „normale“ Pflege mit sich bringt (s. 3.5), in der Palliative Care noch grösser. Das gilt auch im Migrationskontext. So führen Unterschiede in den Wertvorstellungen dazu, dass das Anliegen der Palliative Care, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen nach Möglichkeit zu verbessern, zugleich aber auf aussichtslose Therapieversuche zu verzichten und (praktisch wie emotional) auf den unausweichlichen Tod vorzubereiten, nicht für alle Angehörigen und Patienten in gleicher Weise wünschenswert und akzeptabel ist.

Als besondere Quelle für Unbehagen und Befremden bei externen Pflegepersonen nannten die Befragten anders ausgeprägte Vorstellungen und Einstellungen in Bezug auf Sterben und Tod. Alle Expertinnen und Experten, die im Pflegekontext arbeiten, meinten, dass diese Themen vor allem bei Personen aus Italien kaum oder gar nicht ansprechbar seien und bewerteten das als „Tabuisierung“ oder „Verdrängung“. Eine Spitex-Mitarbeiterin formulierte dies sehr drastisch: Italiener und Italienerinnen würden manchmal "eine Art

hysterisches System" bilden, das auf das Sterben mit viel Unruhe, Sorge und Angst reagiere. Im Gegensatz dazu erlebe sie die Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien/Albanien als gelassener und ruhiger.

Eine andere Fachperson meinte, dass die Weigerung, die Realität des bevorstehenden Todes anzuerkennen, zum Teil „groteske Formen“ annehme. Als ein konkretes Beispiel wurde genannt, dass vor allem die Kinder der Pflegebedürftigen immer wieder klagten, dass die Mutter oder der Vater nicht esse und doch Nahrung brauche, um wieder zu Kräften zu kommen. Der Versuch zu erklären, dass die Appetitlosigkeit ein normales Zeichen dieser Phase sei und der Patient oder die Patientin nicht zum Essen gezwungen werden sollte, stosse auf „komplettes Unverständnis“, und manchmal würden immer wieder die gleichen Fragen gestellt. Die Befragten fanden das vor allem deshalb eigenartig, weil diese zweite Generation sich ansonsten flexibel zeige und die Haltungen ihrer Umgebung übernommen habe. Dass Migrationsfamilien nahezu alle lebensverlängernden Massnahmen, die es gibt, ausschöpfen möchten und öfters eine bereits im Sterben liegende Person nochmals ins Spital transportieren lassen, wurde teils als eine Abwehrreaktion der Angehörigen interpretiert, teils als ein Versuch, die sterbende Person zu schützen.

Diese Einschätzungen der Expertinnen und Experten wurden oft mit Nachdruck und Vehemenz vorgebracht und unterstellen durch die Wortwahl – „hysterisches System“ „groteske Formen“, „komplettes Unverständnis“ – eine krankhafte Abweichung vom sogenannten „Normalen“. Sie nehmen das beobachtete Verhalten also als unverständlich und sinnlos wahr. Hätten sie dagegen die Möglichkeit gehabt, es als (insbesondere innerhalb einer stresshaften und herausfordernden Situation) durchaus sinnhaft zu interpretieren, hätten sie möglicherweise alternative, verständnisvollere und empathischere Erklärungen gefunden. Die Befragten sind offenbar, obwohl sie ihre Arbeit und die damit verbundenen Herausforderungen äusserst engagiert, motiviert, wertschätzend und achtsam schildern konnten und durchaus ehrlich um Respekt und Verständnis bemüht sind, durch die Konfrontation mit anderen Ausdrucks- und Bewältigungsformen und anderen Werten tief verunsichert, und werten diese als defizitär oder abnormal ab.

### **3.7 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Spitex-Diensten**

Viele der befragten Expertinnen und Experten gingen davon aus, dass Migrantinnen und Migranten Spitex-Dienste zu spät, zu wenig oder gar nicht beanspruchen, obwohl sie sie

eigentlich (zumindest nach Einschätzung Aussenstehender) brauchen. Die in den Gesprächen mit Fachpersonen genannten Hauptgründe entsprechen grossenteils den bereits beschriebenen Belastungsfaktoren (s. 3.5).

### **3.7.1 Sprachliche Hürden und mangelnde Kenntnisse**

Dass die Spitex-Dienste nur wenig bekannt sind und dadurch auch zu wenig genutzt werden, erklären die meisten Expertinnen und Experten der Deutschschweiz mit den mangelhaften Sprachkenntnissen. (vgl. 3.3). Die bildungsnahen Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien verfügten allerdings über gute Deutschkenntnisse (vgl. 3.1.1) und kennen sich dementsprechend auch im Gesundheitswesen besser aus, nutzen die Spitexangebote jedoch nicht häufiger als bildungsfernere Personen. Migrantinnen und Migranten mit niedrigem Bildungsniveau können dagegen auch Unterlagen in ihrer eigenen Sprache häufig nicht oder nur begrenzt verstehen. So wurde berichtet, dass es unter den Frauen vereinzelt Analphabetismus gebe. In der Romandie wurden zu geringe Sprachkenntnisse ebenfalls als grosse Hürde genannt, vor allem bei alten (verwitweten) Frauen. Es wurde auch beobachtet, dass Migrantinnen und Migranten oft zu wenig über ihre Rechte und über Unterstützungsangebote, insbesondere für alte Menschen, informiert sind. In diesem Zusammenhang wurde bemängelt, dass es nicht genug Informationstexte gebe, die für diese angepasst sind. Einige Expertinnen und Experten meinten, dass Migrantinnen und Migranten nicht vorausschauend und –planend mit dem Thema Alter und Unterstützungsbedürftigkeit umgingen. Sie beachteten früher erhaltene Informationen nicht (s. 3.3), sondern kümmerten sich erst um allfällige Möglichkeiten, wenn die Situation eingetreten ist. Während manche berichteten, dass die Kinder sich dann gut die nötigen Informationen beschaffen könnten, erzählten andere, dass zu diesem Zeitpunkt Abwehrreaktionen einsetzten, die dazu führen, dass eine benötigte Unterstützung verzögert oder gar nicht in Anspruch genommen wird.

Die eingeschränkte Möglichkeit sich sprachlich verständlich zu machen und auszutauschen, lässt die Familien in der Kontaktaufnahme mit der Spitex zurückhaltend sein. (s.3.5).

### **3.7.2 Emotionale Hürden**

Dass die Annahme fremder Hilfe als ein mit grosser Scham besetztes Versagen des Familiensystems empfunden wird (s. 3.1.3, 3.4, 3.5.3), ist ein wesentlicher Grund für

Migrantinnen und Migranten, die Spitex nicht in Anspruch zu nehmen: Für sie geht es nicht nur um eine organisatorisch-praktische Angelegenheit, sondern um ihr Wertesystem und ihre emotionale Sicherheit. Die Expertinnen und Experten berichteten, dass die Bereitschaft, externe Hilfe anzunehmen, grösser sei, wenn sich die Familien schrittweise an diesen Gedanken gewöhnen könnten. Dazu sei es hilfreich, mit den Beteiligten zunächst getrennte Gespräche zu führen. Bei Patientinnen und Patienten, die nach einem Spitalaufenthalt zu Hause gepflegt werden sollen, habe es sich bewährt, wenn Pflegerinnen oder Pfleger der Spitex schon im Spital Kontakte anbahnen und noch vor der Entlassung der Pflegebedürftigen eine grundsätzliche Zustimmung zur Mitwirkung der Spitex erreichen können. (Vor allem in der Onkologie scheint eine solche Vernetzung zwischen Hausarzt, Spital und Spitex sehr gut zu funktionieren, während es für andere chronisch Kranke laut Aussage der Befragten keine eingespielten Abläufe gibt, sodass sie es viel schwerer haben.) Wo die Spitex Zugang zum Familiensystem bekommen konnte, seien trotz aller Schwierigkeiten, Widerstände und Unsicherheiten, die auch dann noch auf allen Seiten bestanden, die Erfahrungen durchweg positiv gewesen.

Die Notwendigkeit, sich körperlich vor einer fremden Person und gar noch einer des anderen Geschlechts zu exponieren, sei vor allem für Muslime emotional höchst belastend. Aus diesem Grund liessen sich pflegende Angehörige gerne in der Grundpflege anleiten, um sie dann selbst durchführen zu können.

Weitere Faktoren sind Misstrauen und Angst. Vor allem bei Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien/Albanien falle zum Teil ein grosses Misstrauen gegenüber Ämtern auf. Sie sträubten sich beispielsweise dagegen, Dokumente zu unterzeichnen oder bei der Sozialberatung ihre finanzielle Situation offenzulegen. Einer der Experten erklärte das zum einen mit mangelnden Kenntnissen über die über das administrative System im Schweizer Sozial- und Gesundheitswesen; so sei den Betroffenen nicht klar, was mit diesen Informationen geschieht und wohin sie möglicherweise weitergeleitet werden. Zum anderen machte er die oft traumatisierenden Erfahrungen von Verfolgung für den Verlust an Vertrauen in staatliche Institutionen verantwortlich (vgl. auch Moser 2006). Die Fachpersonen aus der Romandie nannten noch weitere Vorbehalte. In manchen Fällen lösen frühere belastende Erfahrungen mit Schweizer Institutionen bei Migrantinnen und Migranten in der Begegnung mit einer neuen Institution Angst aus, z.B. weil sie rassistische Äusserungen und Einstellungen fürchteten. Ihre Zurückhaltung, die Dienstleistungen zu

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

nutzen, kann zudem auch im Zusammenhang mit den wiederholt in politischen Diskussionen geäusserten Vorwürfen stehen, Migranten würden das Schweizer Sozial- und Gesundheitssystem ausnutzen. Bei Einzelnen führt das dazu, dass sie legitime Ansprüche nicht geltend machen, um nicht Vorwürfen des Sozialschmarotzertums ausgesetzt zu sein. Als weiterer Grund für die Nicht-Beanspruchung der Spitex-Angebote wurde Angst vor Autonomieverlust angeführt.

### **3.7.3 Finanzielle Hürden**

Viele der Expertinnen und Experten hielten die finanziellen Aspekte für ein „Riesenproblem“. Abgesehen davon, dass viele Migrationsfamilien im Allgemeinen finanziell nicht sehr gut gestellt sind (s. 3.1.1), geht es dabei vorwiegend darum, dass Migrantinnen und Migranten oft weniger bereit seien, Geld für die eigene Gesundheit auszugeben (s. 3.2.2), und manchmal Unverständnis darüber äussern, dass sie für Hilfe zur Selbsthilfe bezahlen sollen, z.B. wenn ihnen das Spitex-Personal zeigt, wie sie Verbände anlegen oder Spritzen setzen können (s. 3.5.2).

Ein besonderes finanzielles Problem betrifft die dringend benötigten professionellen interkulturellen Übersetzungen. Deren Bezahlung ist höchstens im Spital abgedeckt, während die befragten Spitex-Mitarbeiterinnen und Hausärzte Übersetzungsdienste zum Teil selbst bezahlen, weil die Migrantinnen und Migranten dazu nicht in der Lage sind.

### **3.7.4 Organisation und Arbeitsweise der Spitex**

Mehrere Experten und Expertinnen merkten an, dass die Zentralisierung der Spitex, die eine Kontaktaufnahme über eine Telefonzentrale oder über das Internet erfordert, die Zugangsschwelle für Personen mit Migrationshintergrund erhöht.

Immer wieder wurde erwähnt, dass die Spitex-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, die in einer bestimmten Familie tätig sind, zu häufig wechseln, als dass ein Aufbau von Verständigung, Verständnis und Vertrauen möglich wäre. Dem steht ferner der Verrechnungsmodus entgegen, der die ganze Pflege auf einzelne praktisch-technische Pflegehandlungen reduziert und keine Zeit für Kommunikation und Beziehungsaufbau vorsieht (s. 3.5.2). Dadurch ist es auch nicht möglich, auf wichtige Fragen und Probleme einzugehen, die – wie einer der Experten erzählte – oft erst am Ende des Spitex-Besuchs angesprochen werden. Für manche Personen, die von dieser Arbeitsweise wissen, ist sie ein



Grund, die Spitex nicht in Anspruch zu nehmen; andere brechen deshalb die Nutzung der Spitex ab.

Frühere schlechte Erfahrungen mit der Spitex oder ein unbefriedigendes Verhältnis zwischen Leistung und Kosten wurden vor allem von Vertreterinnen von Migrationsorganisationen als Grund genannt, diese Dienste nicht (mehr) zu beanspruchen. Es ist allerdings schwer einzuschätzen, wie gross die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der Spitex ist, denn einige der Befragten berichteten von einer guten Zusammenarbeit mit Migrationsfamilien, wenn die Spitex erst einmal Zugang bekommen hatte und ein gewisses Vertrauen aufgebaut war.

### **3.8 Einordnung der Ergebnisse; Gemeinsamkeiten und Unterschiede**

In vielen Punkten bestätigen die unserer Befragungen Ergebnisse anderer Studien oder Erörterungen in der Fachliteratur. Das gilt zum Beispiel für die Einschätzung, dass sprachliche Schwierigkeiten sowohl die grösste Hürde bilden, die einer Inanspruchnahme externer Hilfe entgegensteht, als auch das grösste Hindernis bei der konkreten Zusammenarbeit zwischen Migrantenfamilien und Spitex (s. 3.5, 3.7.1).

seien (s. 3.3). Erwartungsgemäss meinten die Expertinnen und Experten, dass Migrantinnen und Migranten über pflegerische Dienstleistungen wie die Spitex oft nicht ausreichend informiert seien; bemerkenswert ist aber, dass auch manche Fachpersonen offenbar zu wenig Überblick darüber haben, welche fremdsprachigen Informationsmaterialien zur Verfügung stehen (s. 3.7.1).

Deutlicher als bisher wurde, dass die Pflegesituation für alle Beteiligten grosse Herausforderungen vielfältiger Art mit sich bringt (s. 3.5). Manche dieser Belastungen sind kennzeichnend für die Pflegesituation als solche und betreffen alle Kranken. Bei anderen haben Migrantinnen und Migranten aufgrund ihrer jeweiligen individuellen Lebens- und Migrationsgeschichte und ihnen wichtigen Vorstellungen spezifische Bedürfnisse.

Die an Organisation und Arbeitsweise der Spitex vorgebrachte Kritik (s. 3.7.4) und der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege (s. 3.7.2) beschränken sich ebenfalls nicht auf Migrationsfamilien; diese Punkte sind aber bei ihnen für Akzeptanz und Erfolg der Spitex besonders relevant. Ferner zeigte sich, welche Bedeutung finanzielle Probleme haben: Die Nicht-Nutzung von Unterstützungsmöglichkeiten ist nicht nur auf einen Mangel an Mitteln

zurückzuführen, sondern mindestens ebenso die Einstellung, dass die Geldressourcen nur in bestimmten Fällen für Gesundheitszwecke eingesetzt werden sollen (s. 3.7.3).

Den Wunsch nach häuslicher Pflege durch die nächsten Angehörigen teilen Migrationsfamilien mit der alteingesessenen Schweizer Bevölkerung; die Generationen der Kinder und Enkel sind jedoch aufgrund räumlicher Nähe eher in der Lage, diesen Wunsch zu erfüllen, und fühlen sich auch in stärkerem Mass dazu verpflichtet (s. 3.4). Wenn die Pflege ihre Kräfte oder Möglichkeiten übersteigt, können sie das Bedürfnis nach Entlastung schwer eingestehen oder gar durchsetzen (s. 3.5.1), da die Annahme fremder Hilfe weithin als Niederlage der Familie gilt (s. 3.5.3, 3.7.2). Differenzen zur Bevölkerung, die bereits lange in der Schweiz lebt, bestehen auch in den Wertvorstellungen, die mit Krankheit und Alter, Sterben und Tod verbunden sind (s. 3.6).

Unterschiede unter den Migrantinnen und Migranten je nach ihrer geographischen Herkunft dürften teilweise primär sozio-ökonomisch bedingt sein, wobei die Gruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien und seinen Folgestaaten und Albanien sehr viel heterogener ist als die aus Italien. Gewisse (von den Fachpersonen kulturell und/oder religiös erklärte) Unterschiede scheint es dagegen im Umgang mit Sterben und Tod zu geben (s. 3.6).

Als ein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern zeigte sich die bereits bekannte Tatsache, dass die pflegenden Angehörigen ganz überwiegend Frauen sind. Soweit sie selbst der älteren Generation angehören, haben sie meist noch grössere Sprach- und Integrationsprobleme als die Männer, während für Männer die Übernahme häuslicher Pflege eine Abkehr von ihrem traditionellen Rollenverständnis erfordert. Es handelt sich hier eher um ein generationenspezifisches als um ein migrationsspezifisches Problem der Männer. (s. 3.5.1). Männer sind noch weniger als Frauen bereit, fremde Hilfe anzunehmen (s. 3.5.3); unter anderem deshalb ist die Lage Alleinstehender besonders problematisch (vgl. 3.1.3).

Obwohl die befragten Fachpersonen engagiert und bemüht waren, fallen vor allem beim Thema Sterben und Tod die zum Teil sehr heftigen negativen Wertungen der Verhaltensweisen von Migrantinnen und Migranten auf (s. 3.6). Sie machen deutlich, dass viele Expertinnen und Experten sich sehr schwer damit tun, andere Werte und Normen im Umgang mit Sterben und Tod nachzuvollziehen und zu akzeptieren. Hinzu kommt das Problem, dass andere Vorstellungen von Pflege die effiziente Routine einer professionellen Organisation wie Spitex stören und viel aufwändiger machen.

Nicht nur den betroffenen Patienten und Patientinnen und ihren pflegenden Angehörigen, sondern auch etlichen Fachpersonen ist das umfangreiche und in vielen Sprachen vorliegende Informationsmaterial zum Gesundheitswesen der Schweiz und zu den Spitexdiensten im Besonderen (s. Anhang) nicht bekannt.

Es ist erstaunlich, dass die Bedeutung transnationaler Netzwerke, die Unterstützung pflegebedürftiger Angehöriger im Herkunftsland oder Pflegeunterstützung, die man sich im Herkunftsland „holt“, nur von 3 Expertinnen erwähnt wurde, während etliche Studien die zunehmende Inanspruchnahme transnationaler Pflegearrangements bestätigen und deren Auswirkungen auf alle Betroffenen analysieren (s. 1.8.3). Die Rolle betagter Migrantinnen und Migranten als transnationale Akteure, die Güter, Kapital und Wissen in beide Richtungen transferieren, so, wie sie Hungerbühler und Bisegger (2012: 39) skizzieren, kam nicht zur Sprache.

## 4. Empfehlungen

Ein Bestandteil der Fokusgruppenveranstaltung war die Formulierung von Anregungen zur Verbesserung der Situation von pflegebedürftigen alten Migrantinnen und Migranten und ihren Angehörigen (s. 2.5.1). In den Telefoninterviews (s. 2.5.2) wurde unter anderem gefragt, was verbessert werden könnte, damit die Spitex vermehrt von Migrantinnen und Migranten und deren Familien in Anspruch genommen wird, und was ausserdem von wem getan werden könnte, um den Bedürfnissen dieser Gruppe bezüglich Pflege und Unterstützung besser gerecht zu werden. Dabei kamen neben den schon von der Fokusgruppe vorgetragenen Erwägungen einige weitere Aspekte zur Sprache. Die folgenden Empfehlungen beruhen auf diesen Anregungen und Forderungen von Fachpersonen, ergänzt durch Überlegungen des Projektteams unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur. Sie richten sich an die Spitex und – soweit es um die Rahmenbedingungen geht – an weitere Akteurinnen und Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene.

### 4.1 Rechtliche Regelungen

Mit der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit“ wird das Ziel verfolgt, „zum Abbau gesundheitlicher Benachteiligungen von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz“ beizutragen und die Voraussetzungen dafür zu verbessern, „dass diese dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten“ (Strategie 2007: 5). Zur Verwirklichung dieses Ziels wären auch neue gesetzliche Regelungen ein wichtiger Schritt, insbesondere

- die Verankerung professioneller interkultureller Übersetzungen als Basisleistung der Krankenkassen;
- **Schaffung und Sicherung rechtlicher Grundlagen für einen Abrechnungsmodus, der über die einzelne Pflegehandlung hinaus eine ganzheitliche, auch sozialmedizinische Aspekte berücksichtigende Pflege ermöglicht und unter anderem Raum für Kommunikation und Beziehungsarbeit lässt.**
- eine bessere finanzielle Anerkennung der Leistungen pflegender Angehöriger (vgl. 4.2.2).

## 4.2 Pflegende Angehörige

### 4.2.1 Schulung

Damit der in dieser Erhebung von den Befragten wahrgenommene starke Wunsch von Migrationsfamilien nach häuslicher Pflege durch die nächsten Angehörigen verwirklicht werden kann, ist eine Schulung der pflegenden Angehörigen, idealerweise mit einem qualifizierenden Abschluss, von grosser Bedeutung. Das reduziert zum einen die Notwendigkeit, fremde Hilfe hinzuzuziehen, was auch wirtschaftlich von Vorteil ist, und verhilft zum anderen den Angehörigen (insbesondere Frauen) zu einer (zusätzlichen) beruflichen Qualifikation. Pflegende Angehörige können z.B. den Lehrgang Pflegehelfer/-in SRK absolvieren und erhalten hier wichtige Grundlagenkenntnisse in der Betreuung von Kranken und Alten. Auch die Aktivitäten der Spitex selber in diese Richtung sind sehr begrüssenswert (vgl. Hadorn-Lüthi 2013). Wichtig ist auch, Personen, die bereits Angehörige pflegen oder damit rechnen, das künftig tun zu müssen, auf solche Angebote aufmerksam zu machen (vgl. 4.4.1) sowie Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, an einer solchen Weiterbildung teilzunehmen.

### 4.2.2 Entlastung

Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind direkte oder indirekte finanzielle Erleichterungen wesentlich. Zu den bereits bestehenden Möglichkeiten gehören

- Hilflosenentschädigung der IV und AHV für die Pflegebedürftigen sowie
- Betreuungsgutschriften bei der AHV für die pflegenden Angehörigen.

Abgesehen davon, dass Migrantinnen und Migranten besser über ihre diesbezüglichen Ansprüche informiert werden müssen (s. 4.4.1), ist es wünschenswert, diese Hilfen grosszügiger zu gewähren. Zu erwägen wäre beispielsweise eine Verkürzung der Wartezeit von einem Jahr bei der Hilflosenentschädigung und – entsprechend der tatsächlichen Doppelbelastung – eine Gewährung von Betreuungsgutschriften zusätzlich zu Erziehungsgutschriften.

Darüber hinaus sind verschiedene neue Modelle in Diskussion oder Erprobung (vgl. Benz/Homann/Vetterli 2012; Bischofberger 2012a, 2012b), unter anderem:

- eine direkte Entlohnung pflegender Angehöriger,
- eine Anstellung pflegender Angehöriger durch die Spitex,
- die Gewährung von Zeitgutschriften des Arbeitgebers zur Pflege von Angehörigen,

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

- die Einrichtung eines Zeitkontos, auf dem man durch geleistete Hilfen ein Guthaben aufbauen kann, von dem man dann, wenn man selbst auf Unterstützung angewiesen ist, „abheben“ kann.

Verschiedene Formen von praktischer Entlastung für pflegende Angehörige, wie sie u.a. Pro Senectute, die Entlastungsdienste des SRK oder die Stiftung SOS Beobachter anbieten, sind ebenso wie Tagesstrukturen für die Kranken weitere wichtige Hilfen, die besser bekannt gemacht und ausgebaut werden müssten.

## **4.3 Spitex**

### **4.3.1 Grundhaltung**

Eine angemessene Haltung zur Arbeit mit Migrantinnen und Migranten muss von der ganzen Organisation getragen sein. Dazu gehört ein Bekenntnis zu Vielfalt und Transkulturalität im Leitbild der Spitex.

### **4.3.2 Erreichbarkeit**

Der Zugang zur Spitex wird Migrantinnen und Migranten erheblich erschwert, wenn sie nicht im eigenen Quartier persönlich vorsprechen können. Der gegenwärtige Trend zu Zentralisierung und Anonymität (Internetseite, Telefonzentrale) ist ein Schritt in die falsche Richtung. Vielmehr sollten (wieder) Anlauf- und Beratungsstellen auf Quartiersebene eingerichtet werden, durch die der persönliche Kontakt niederschwellig hergestellt und gepflegt werden kann.

Die Erreichbarkeit der Spitex sollte auch auf Abend- und Nachtzeiten sowie auf die Wochenenden ausgedehnt werden.

### **4.3.3 Arbeitsweise**

Wichtige Verbesserungen in der Arbeitsweise der Spitex, die ihre Akzeptanz bei Migrantinnen und Migranten wesentlich erhöhen können, sind:

- möglichst geringer Wechsel der Pflegepersonen, die mit einer bestimmten Familie arbeiten,
- Berücksichtigung des verbreiteten Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege, der möglicherweise sogar höhere Priorität haben sollte als der Einsatz einer sprachkundigen Pflegekraft,

- Ersetzung des auf einzelne Pflegehandlungen reduzierten Abrechnungsmodus durch einen, der eine ganzheitliche, auch sozialmedizinische Aspekte berücksichtigende Pflege ermöglicht und unter anderem Raum für Kommunikation und Beziehungsarbeit lässt, was letztlich auch wirtschaftlich günstiger sein dürfte.

#### **4.3.4 Personal**

Der Zugang zur Spitex kann Migrantinnen und Migranten erheblich erleichtert werden, wenn sie unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Menschen finden können, die ihre Sprache sprechen und ihre Lebenswelt kennen (auch wenn das zuweilen nicht unproblematisch ist, vgl. 3.5.2). Es ist daher ein begrüßenswerter Schritt, dass der Spitex Verband Schweiz im Rahmen des Projekts „Attraktiver Arbeitsplatz Spitex“ verstärkt Migrantinnen und Migranten als Pflegekräfte gewinnen möchte (s. Projekt 2012). Generell ist es wichtig, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzustellen, die Fremdsprachen beherrschen und bereit sind, offen auf Menschen mit anderen lebensgeschichtlichen Erfahrungen und unterschiedlichen Lebenskonzepten zuzugehen.

#### **4.3.5 Schulung**

Pflegekräfte sollten Pflege als ganzheitlichen Prozess auffassen, in dem unter anderem auch die psychische Befindlichkeit, die Wertvorstellungen und die Familiendynamik der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen berücksichtigt werden. Sie sollten sich ihrer berufsethischen Verpflichtungen gegenüber Migrantinnen und Migranten bewusst sein und über transkulturelle Kompetenz verfügen (vgl. Domenig 2007). Transkulturelle Kompetenz umfasst die Fähigkeit, "individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten." Domenig 2007: 174) "Transkulturelle Kompetenz basiert auf Hintergrundwissen, Selbstreflexion und Empathie. ... basiert nicht auf einem so genannten Kulturenwissen, sondern stützt sich auf Konzepte genereller Art ab. Hintergrundwissen, Daten und Fakten zu Migration, Integration, Grund- und Menschenrechten, Diskriminierung und individuellen Lebenswelten in der Migration ..." (Besic & Bisegger 2009: 187)

Pflegekräfte sollten unter anderem so ausgebildet sein, dass sie

- in der Lage sind, deren biographischen und soziokulturellen Hintergrund sorgsam zu erheben,
- mit Problemen in der Familiendynamik vertraut sind und darauf angemessen reagieren können.

Um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex zu einem sensiblen und fachlich fundierten Umgang mit Migrationsfamilien zu befähigen, sind entsprechende Weiterbildungen unerlässlich. Unter anderem kann professionelles transkulturelles Coaching des Spitex-Personals

- Bewusstsein für menschliche Vielfalt sowie Respekt für andere Wertsysteme und Verständnis für die Eigenlogik hinter dem fremd erscheinenden Verhalten anderer Menschen fördern,
- Sensibilisieren für unterschiedliche Lebensläufe, die durch biografische, geschichtliche, migrationsgeschichtliche und v.a. auch sozioökonomische Einflüsse geprägt wurden,
- Sensibilisieren für Beziehungen und Konflikte zwischen versch. Generationen in Migrationsfamilien
- Ängste vor fremd erscheinenden Anschauungen und Praktiken abbauen,
- Kenntnisse über Einstellungen zu Krankheit und Pflege, Alter und Sterben in verschiedenen soziokulturellen Kontexten vermitteln, über Riten, Gepflogenheiten, Feiertage und religiöse Vorschriften informieren,
- zu in unterschiedlichen Pflegesituationen und -konstellationen transkulturell kompetentem Handeln befähigen.

## **4.4 Information – Kommunikation – Vernetzung**

### **4.4.1 Informationsvermittlung**

Für Migrantinnen und Migranten sollte Informationsmaterial über

- das Gesundheitswesen in der Schweiz,
- die Spitex,
- diverse Pflegeangebote und Angebote für alte Menschen,
- Organisationen wie Pro Senectute und Schweizerisches Rotes Kreuz,
- finanzielle und praktische Entlastungsmöglichkeiten bei häuslicher Pflege,
- häufige Krankheiten und den Umgang damit,
- wichtige Aspekte häuslicher Pflege

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*



und ähnliche Themen in der Sprache verfügbar sein, die sie am besten verstehen. Dabei ist die Berücksichtigung sprachlicher Minderheiten nicht nur aus praktischen Gründen wichtig, sondern setzt auch das Signal, dass diese Gruppen in der Schweiz anerkannt und willkommen geheissen werden. Es sollte ferner darauf geachtet werden, dass die Informationen auch für Menschen mit geringem Bildungsniveau leicht verständlich sind.

Informationen sollten nicht nur in schriftlicher Form gegeben werden, sondern auch durch kreative Werbespots und Videoclips in Radio und Fernsehen, im Internet oder auf DVD.

Über die Website [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch) sind bereits unterschiedlichste Materialien und Medien in sehr vielen Migrationssprachen zugänglich, so z.B. der Gesundheitswegweiser des BAG und SRK. Dieses Angebot müsste weiter bekanntgemacht werden.

Die Verbreitung des verfügbaren Informationsmaterials muss verbessert werden. Dabei sind solche Orte, an denen Migrantinnen und Migranten zusammenkommen oder die sie häufig besuchen, von besonderer Wichtigkeit. Zu denken ist unter anderem an:

- Migrationsorganisationen,
- Religionsgemeinschaften,
- Quartierzentren und andere Treffpunkte,
- Cafés, Coiffeur-Salons und Geschäfte,
- Anlässe wie Hochzeiten und Feste.

Schlüsselpersonen, die das Vertrauen der Migrantinnen und Migranten besitzen, kommt bei der Informationsverbreitung grosse Bedeutung zu. Sie sollten durch die Spitex und/oder kantonale Stellen entsprechend geschult und gezielt eingesetzt werden. Ebenso wichtig ist die Einrichtung niederschwelliger, leicht erreichbarer Beratungsstellen im Quartier, in denen mehrsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Migrantinnen und Migranten umfassend über ihre Rechte und die ihnen zustehenden Unterstützungsmöglichkeiten aufklären können.

Personen und Organisationen, die im Gesundheitsbereich oder in der Altersarbeit mit Migrantinnen und Migranten in Kontakt kommen, sollten nicht nur Informationsmaterial für sie auflegen, sondern es möglichst im Rahmen von persönlichen Gesprächen weitergeben oder darauf hinweisen. Dazu müssen sie einen besseren Überblick über die bereits bestehenden Materialien erhalten (s. Anhang).

#### **4.4.2 Interkulturelle Übersetzung**

Da die Verständigung im medizinischen Bereich auch für Personen, die die Landessprache bereits recht gut beherrschen, oft sehr schwierig ist und da Missverständnisse folgeschwer sein können, ist – wie auch in der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit“ anerkannt wird (s. Strategie 2007: 44f) – die Unterstützung durch Dolmetscherinnen und Dolmetscher mit transkultureller Kompetenz nötig; sie sollte für die Betroffenen unentgeltlich sein (s. 4.1). Auch in diesem Bereich ist einerseits eine bessere Information nötig, damit die bereits zur Verfügung stehenden Möglichkeiten wahrgenommen werden, und andererseits ein Ausbau des Angebots, indem noch mehr Personen als interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher geschult werden.

Eine wichtige Hilfe ist der vom BAG eingerichtete Telefon-Übersetzungsdienst für ärztliches und pflegerisches Fachpersonal, das in der Arbeit mit Migranten und Migrantinnen auf sprachliche oder transkulturelle Verständigungsprobleme stösst. Dieser Dienst ist jedoch kostenpflichtig und wird von den Spitälern/Ärzten/Spitex u.a. deswegen nicht nachgefragt; teilweise ist er auch noch nicht bekannt. (Angaben zu diesem Dienst auf der BAG-Website [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch) und [www.alter-migration.ch](http://www.alter-migration.ch))

#### **4.4.3 Förderung und Unterstützung der Selbstorganisation**

Viele Migrantinnen und Migranten sind in Migrationsorganisationen gut integriert und fühlen sich dort wohl. Diese Organisationen sind für sie eine wichtige Anlaufstelle. Sie sollten verstärkt einbezogen werden und können eine wesentliche Rolle für den Abbau des Informationsdefizites über die Spitexdienste spielen durch:

- Vermittlung von Informationen in Form von Veranstaltungen, Workshops, Treffen, Vorträgen usw.,
- Erfahrungsaustausch,
- offizielle Vertretung der Bedürfnisse der Migrantenfamilien gegenüber der Spitex
- Förderung des Verständnisses des Schweizer Gesundheits- und Sozialwesens, rechtlicher Regelungen, Umgang mit Gesuchen und Anträgen etc.
- Aufbau einer aktiven, aufsuchenden Sozialarbeit und Entwicklung spezifischer Hilfsangebote,
- Koordination von ehrenamtlicher Nachbarschaftshilfe und Freiwilligenarbeit (z.B. Hausbesuche bei Kranken und Pflegebedürftigen).

Die Bildung und die Tätigkeit von Migrationsorganisationen sollten daher auf Kantons- und Gemeindeebene gefördert und unterstützt werden.

#### **4.4.4 Vernetzungsarbeit**

Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für alte Migrantinnen und Migranten erfordert eine Vernetzung aller dabei beteiligten Akteure auf lokaler Ebene, zu denen

- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte,
- Spitex, Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, das Nationale Forum Alter und Migration und andere Organisationen,
- Alters- und Pflegeheime,
- Beratungsstellen,
- Sozialdienste,
- Migrationsorganisationen

und andere gehören. Sie sollten darin unterstützt werden, unter Einbeziehung der Betroffenen beispielsweise

- Informationen und Erfahrungen auszutauschen,
- politische Entwicklungen und neue Forschungsergebnisse zu rezipieren,
- gemeinsame Ziele und Strategien zu entwickeln,
- Veranstaltungen gemeinsam zu planen und durchzuführen.

Wesentlich ist, dass eine Stelle die Initiative übernimmt und den Vernetzungsprozess leitet. Hier könnte es sinnvoll sein, den von *dialog-gesundheit* Schweiz ([www.dialog-gesundheit.ch](http://www.dialog-gesundheit.ch)) geschaffenen Rahmen zu nutzen. Gemäss der Struktur von Organisationen wie Spitex, Pro Senectute, SRK usw. ist eine entsprechende Vernetzung auch auf kantonaler Ebene wichtig. Auf interkantonaler und nationaler Ebene ist eine umfassende, auf Politik und Wissenschaft ausgedehnte Vernetzung und Koordination insbesondere bei der Erarbeitung politischer Leitsätze im Bereich Alter und/oder Migration von grosser Bedeutung.

Vernetzungsarbeit bietet überdies ein Lernfeld für die Konfrontation mit Fremdheit, Unverständnis und Vorurteilen auf verschiedenen Seiten, in dem die Beteiligten nachfragen und erklären und dadurch einander besser verstehen können.

## **5. Zitierte Literatur**

Alle genannten Internetseiten wurden zuletzt im März 2013 abgerufen.

- AHV-Statistik (2012) = *AHV-Statistik 2011*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.157870.pdf>).
- Ausländerinnen (2001) = *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz: Bericht 2001*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS ([http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen\\_statistik/publikationskatalog.Document.26128.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.Document.26128.pdf)).
- BAG Leitbild (2002) = *Unser Leitbild*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG (<http://www.bag.admin.ch/org/index.html>).
- BAG Bundesstrategie "Migration und Gesundheit" 2002-2007.
- BAG Bundesstrategie Phase II "Migration und Gesundheit" 2008-2013
- BAG (2012) = *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz*, 2010. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG (<http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00572/index.html>).
- Baldassar, Loretta (2007): „Transnational Families and Aged Care: The Mobility of Care and the Migrancy of Ageing“, *Journal of Ethnic and Migration Studies* 33:2, 275-297.
- Benz, Daniel / Homann, Birthe / Vetterli, Martin (2012): „Hilfe für Helfer: Verwandtenpflege“. *Beobachter* 23/2012, 20-31 (Online-Version [http://www.beobachter.ch/familie/sozialfragen/artikel/verwandtenpflege\\_hilfuer-helfer/](http://www.beobachter.ch/familie/sozialfragen/artikel/verwandtenpflege_hilfuer-helfer/)).
- Besic Osman und Bisegger Corinna (2009): Gesundheitskompetenz im Migrationskontext - Auf dem Weg zu gesundheitlicher Chancengleichheit. in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): *Gesundheitskompetenz. Zwischen Anspruch und Umsetzung (Gesundheit und Integration - Beiträge aus Theorie und Praxis)* Zürich: Seismo, 179-199.
- Bischofberger, Iren (2011): „Angehörige als wandelnde Patientenakten: Ausgewählte Ergebnisse aus einem Projekt zur Klärung der Rolle der Angehörigen“. *Care Management* 4:5, 27-29 ([http://www.careum.ch/documents/55401/97423/Angehörige\\_als\\_wandelnde\\_Patientenakte\\_\(Care\\_Management\\_Nr.\\_5\)](http://www.careum.ch/documents/55401/97423/Angehörige_als_wandelnde_Patientenakte_(Care_Management_Nr._5))).

- Bischofberger, Iren (2012a). „«work & care»: Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenpflege – Entwicklungen und Ausblick“. Vortrag auf der 10. Nationalen Fachtagung des Departements Gesundheit und Integration SRK „Zukunft Alter – Neue Wege für eine generationenfreundliche Gesellschaft“, Bern 20. Sept. 2012 (vgl. [http://www.redcross.ch/data/news/pdf/redcross\\_nft2012\\_bischofberger\\_250912.pdf](http://www.redcross.ch/data/news/pdf/redcross_nft2012_bischofberger_250912.pdf)).
- Bischofberger, Iren (2012b): „Erwerbstätige pflegende Angehörige – drei zentrale Handlungsfelder“. *Soziale Sicherheit CHSS* 2012, 6-8 (<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03158/03159/index.html?lang=de>).
- Bisegger, Corinna / Hungerbühler, Hildegard (2008): *Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz: Landesweite Erhebung der Situation älterer Migrantinnen und Migranten*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz SRK (<http://www.alter-migration.ch/data/80/Bericht.pdf>).
- Bollini, Paola / Siem, Harald (1995): „No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000“. *Social Science and Medicine* 41, 819-828.
- Bolzman, Claudio (1999): „Les Italiens et les Espagnols proches de la retraite en Suisse: Situation et projets d'avenir“. *Gérontologie et Société* 91, 137-151.
- Bolzman, Claudio / Fibbi, Rosita / Vial, Marie (2001): „La famille: une source de légitimité pour les immigrés après la retraite? Le cas des Espagnols et Italiens en Suisse“. *Revue Européenne des Migrations Internationales* 17:1, 55–78.
- Bolzman, Claudio / Fibbi, Rosita / Vial, Marie (2006): „What To Do After Retirement? Elderly Migrants and the Question of Return“. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 32, 1359-1375.
- Bolzman, Claudio / Fibbi, Rosita / Vial, Marie (Hrsg., 1999): *Alter und Migration: Europäische Projekte mit älteren Migrantinnen und Migranten* (Pro Senectute Fachpublikation 4). Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- Borde, Theda / David, Matthias (Hrsg., 2003): *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Borde, Theda / David, Matthias (Hrsg., 2007): *Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

- Burri Sharani, Barbara / Efonayi-Mäder, Denise / Hammer, Stephan / Pecoraro, Marco / Soland, Bernhard / Tsaka, Astrit / Wyssmüller, Chantal (2010): *Die kosovarische Bevölkerung in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Migration (<http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/publikationen/diasporastudie-kosovo-d.pdf>).
- Christen-Gueissaz, Eliane / Bruchez, Christine / Cochand, Sophie / Cornuz, Nathalie / Martinet, Evelyne (2011): *Enjeux de la diversité culturelle dans l'interaction entre résidents migrants et professionnels de l'accompagnement: Recherche exploratoire réalisée dans 14 établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées – Cantons de Vaud et Genève*. Lausanne: Unité de recherche en gérontologie UniGer ([http://www.uniger.ch/Rapport\\_enjeux\\_complet.pdf](http://www.uniger.ch/Rapport_enjeux_complet.pdf)).
- Corbin, Juliet / Strauss, Anselm (<sup>3</sup>2008): *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks CA: Sage.
- D’Orazio, Fabrizio (2012): *Da und fort: Leben in zwei Welten*. Situationsbericht zum Alter und Migration in Thun.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (1993): *Altern in der Migration: die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben?* (Soziologische Gegenwartsfragen N.F. 54). Stuttgart: Enke.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria (2001): „Elderly foreigners, elders of foreign heritage in Germany“. *Revue Européenne des Migrations Internationales* 17:1, 79-99.
- Domenig, Dagmar (<sup>2</sup>2007): *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber (1. Aufl. 2001 als *Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*).
- Domenig Dagmar (2012): Migrationsspezifische Aspekte der gesundheitlichen Chancengleichheit. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): *Transkulturelle Public Health. Ein Weg zur Chancengleichheit (Gesundheit und Integration - Beiträge aus Theorie und Praxis 7)*. Zürich: Seismo, 18-35.
- Egger, Theres (2007): *Spitex – Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse: Literaturübersicht*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS ([http://www.buerobass.ch/studienPopup\\_d.php?projektId=64](http://www.buerobass.ch/studienPopup_d.php?projektId=64)).
- Fluder, Robert / Hahn, Sabine / Bennett, Jonathan / Riedel, Matthias / Schwarze, Thomas (2012): *Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*. Zürich: Seismo.

Geisen, Thomas / Studer, Tobias / Yildiz, Erol (Hrsg., 2013): *Migration, Familie und soziale Lage: Beiträge zu Bildung, Gender und Care*. Wiesbaden: Springer VS.

Genet, Nadine / Boerma, Wienke / Kroneman, Madelon / Hutchinson, Allen / Saltman, Richard B. (Hrsg., 2012): *Home Care across Europe: Current structure and future challenges* (Observatory Studies Series 27). Copenhagen: World Health Organization WHO / European Observatory on Health Systems and Policies ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf)).

Gesundheit (2012) = *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.Document.163045.pdf>).

Gesundheitsstatistik (2012) = *Gesundheitsstatistik 2012*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.166650.pdf>).

Grêt, Nadine / Keller, Yela (2012): *Migranten im Alters- oder Pflegeheim*. Bachelorarbeit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Institut für Pflege.

Guggisberg, Jürg et al. (2011) = *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht*, im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Bundesamt für Migration (BFM). Winterthur: ZAHW; Lausanne: M.I.S Trend; Bern: ISPM; BASS AG (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12535/index.html>).

Hadorn-Lüthi, Brigitte (2013) (im Druck): *Hand in Hand, pflegende Angehörige beraten, begleiten und unterstützen*. in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): *Who cares? Gesundheit und Integration - Beiträge aus Theorie und Praxis* 8. Zürich: Seismo.

Häusel, Rebecca (2010): „Alltag in einem multikulturellen Umfeld“. *Spitex bewegt* 2010:2, 4-7 ([http://www.spitexbasel.ch/fileadmin/pdf/Spitex\\_bewegt\\_0210.pdf](http://www.spitexbasel.ch/fileadmin/pdf/Spitex_bewegt_0210.pdf)).

*Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*

- Höpflinger, François (2009): „Bleiben, zurückkehren oder pendeln?“. *terra cognita* 14, 42-47 (<http://www.terra-cognita.ch/14/hoepflinger.pdf>).
- Höpflinger, François (2012): „Angehörigenpflege – im Spannungsfeld von traditionellen Familienbildern und gesellschaftlichen Realitäten“. Vortrag auf der 10. Nationalen Fachtagung des Departements Gesundheit und Integration SRK „Zukunft Alter – Neue Wege für eine generationenfreundliche Gesellschaft“, Bern 20. Sept. 2012 (vgl. [http://www.redcross.ch/data/news/1559\\_de.pdf](http://www.redcross.ch/data/news/1559_de.pdf)).
- Höpflinger, François / Bayer-Oglesby, Lucy / Zumbrunn, Andrea (2011): *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Höpflinger, François / Stuckelberger, Astrid (1999): *Demographische Alterung und individuelles Altern: Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter/Veillesse/Anziani*. Zürich: Seismo (2. Aufl. 2000).
- Hubert, Sandra / Althammer, Jörg / Korucu-Rieger, Canan (2009): *Soziodemographische Merkmale und psychophysisches Befinden älterer türkischer Migrantinnen und Migranten in Deutschland: Eine Untersuchung auf Basis der Haupt- und Zusatzbefragung des Generations and Gender Survey der ersten Welle* (Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung 39). Berlin: Pro Business.
- Hungerbühler, Hildegard (2012): „Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Vielfältige Biografien – vielfältiges Altern“. *Soziale Sicherheit CHSS 2012*, 198-202 (<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03158/03208/index.html?lang=de>).
- Hungerbühler, Hildegard / Abati, Viviana (2011): *MIGRALTO – Ein partizipatives Modell für die aktive Bürgerschaft der älteren Migrationsbevölkerung in Schweizer Gemeinden*. Diplomarbeit zum MAS in Gerontologie, Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit (Kurzfassung: [http://www.integration.sg.ch/home/publikationen/\\_jcr\\_content/Par/downloadlist\\_1/DownloadListPar/download\\_4.ocFile/KURZFASSUNG\\_-\\_MIGRALTO\\_291220111.pdf](http://www.integration.sg.ch/home/publikationen/_jcr_content/Par/downloadlist_1/DownloadListPar/download_4.ocFile/KURZFASSUNG_-_MIGRALTO_291220111.pdf)).
- Hungerbühler, Hildegard / Bisegger, Corinna (2012): „Und so sind wir geblieben ...“: *Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen

EKM



([http://www.ekm.admin.ch/content/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat\\_alter\\_d.pdf](http://www.ekm.admin.ch/content/dam/data/ekm/dokumentation/materialien/mat_alter_d.pdf)).

Indikatoren (2012) = „Indikatoren zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ungleichheiten nach Nationalität und Geburtsort“, Medienmitteilung vom 10. Dez. 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=8453>).

Iten, Rolf (2012): „Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitssystem: Stossrichtungen für Verbesserungen.“ Vortrag beim Symposium Nachhaltiges Gesundheitssystem, Bern 4. Dez. 2012 (vgl. [http://www.akademien-schweiz.ch/dms/D/Projekte-und-Themen/Medizin-im-Wandel/Rolf\\_Iten.pdf](http://www.akademien-schweiz.ch/dms/D/Projekte-und-Themen/Medizin-im-Wandel/Rolf_Iten.pdf)).

Jacobs Schmid, Inge (2001b): „Migration und Spitex: Wie können die MigrantInnen die Spitex-Dienste nutzen?“. *Soziale Medizin* 28:2, 6.

Jähneke, Anke / van Holten, Karin / Bischofberger, Iren (2012): *Befragung der Spitex zur Situation in Privathaushalten mit Care-Migrantinnen: Schlussbericht Teilprojekt im Rahmen des Projekts „Arbeitsmarkt Privathaushalt“ der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich*. Zürich: Careum ([http://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Gleichstellung/PDF\\_files/Publikationen/2012/spitex\\_befragung\\_bericht\\_careum.pdf](http://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Gleichstellung/PDF_files/Publikationen/2012/spitex_befragung_bericht_careum.pdf)).

Kaya, Bülent (2007): *Grundlagendokument „Migration und Gesundheit“*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies SFM ([http://www.quintessenz.ch/de/files/Migration\\_und\\_Gesundheit.pdf](http://www.quintessenz.ch/de/files/Migration_und_Gesundheit.pdf)).

Kobi, Sylvie (2007): *... und wenn sie alt werden? Studie «Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Die Sicht der Betroffenen»*. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit (Kurzfassung von Kobi 2008; [http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/soziale\\_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/Migrantinnen\\_Alter\\_Bedarf\\_Kurz.pdf](http://www.sozialarbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/Migrantinnen_Alter_Bedarf_Kurz.pdf)).

Kobi, Sylvie (2008): *Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Eine theoretische und empirische Untersuchung* (Social Strategies 43). Bern: Peter Lang.

Kraus, Wolfgang (1998): „Das Leben als Erzählung“. *Psychologie heute* 25:1, 36-41.

- Lamnek, Siegfried (2005): *Gruppendiskussion: Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz (UTB 8303).
- Latifi, Mihane (2010): *Gesundheitsprobleme der albanischen Einwanderer geschildert an praxisbezogenen Fallbeispielen*. Unveröffentlichte Prüfungsarbeit zur Berufsprüfung Fachperson Migration. Zürich.
- Lazarus, Richard S. (1981): „Streß und Streßbewältigung: ein Paradigma“, in: Filipp, Heide-Sigrun (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg, 198-232 (3. Aufl. 1995 Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union).
- Legewie, Heiner (2005): *Vorlesungen zur Qualitativen Diagnostik und Forschung 9: Interviewformen in der Forschung* ([http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung\\_9.pdf](http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_9.pdf)).
- Liewald, Katharina (2012): „Diversität in der stationären Alterspflege – kann die gesundheitliche Chancengleichheit gewährleistet werden?“, in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Transkulturelle Public Health: Ein Weg zur Chancengleichheit* (Gesundheit und Integration – Beiträge aus Theorie und Praxis 7). Zürich: Seismo, 169-192.
- Losego, Sarah Vanessa (2012). „Soziale Netzwerke und Altenpflege: (Trans-)nationale Unterstützungspraktiken von Migrantenfamilien in der Schweiz. Ein Forschungsüberblick“, in: Helga Mitterbauer / Katharina Scherke (Hrsg.), *Alter(n)* (Moderne: Kulturwissenschaftliches Jahrbuch 6). Innsbruck: Studienverlag, 54-71.
- Medici, Gabriela / Schilliger, Sarah (2012): Arbeitsmarkt Privathaushalt - Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen. in: Soziale Sicherheit CHSS, Heft 1, 17-20.
- Migrationsbericht (2011) = *Migrationsbericht 2010*. Bern: Bundesamt für Migration (<http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/berichte/migration/migrationsbericht-2010-d.pdf>).
- Moor, Caroline / Aemisegger, Andreas (2011): *Unterstützung pflegender Angehöriger in den Kantonen: Zusatzanalyse zum Bericht „Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz“* (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/10). Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie ([http://www.zfg.uzh.ch/projekt/alt/spitex-angehoerige-2011/Spitex\\_Angehoerige\\_2011.pdf](http://www.zfg.uzh.ch/projekt/alt/spitex-angehoerige-2011/Spitex_Angehoerige_2011.pdf)).

- Morgan, David L. (<sup>2</sup>1997): *Focus groups as qualitative research* (Qualitative Research Methods Series 16). Thousand Oaks CA: Sage.
- Moser, Catherine (2006): „Der Aufnahmekontext und die Bewältigung von Folter- und Kriegstraumatisierung: bosnische Flüchtlinge in der Schweiz“, in: Peter van Eeuwijk / Brigit Obrist (Hrsg.), *Vulnerabilität, Migration und Altern: Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis*. Zürich: Seismo, 134-148.
- Novák, Michelle (2012): *Migration und Gesundheit: Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2010 und 2011*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12538/index.html>).
- Paß, Rita (2006): *Alter(n)svorstellungen älterer Migrantinnen: Eine explorative Studie über deren biografische Lebensentwürfe* (Studien zur Migrationsforschung 7). Hamburg: Kovač.
- Perrig-Chiello, Pasqualina / Höpflinger, François (2012): *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*. Bern: Huber.
- Perrig-Chiello, Pasqualina / Höpflinger, François / Schnegg, Brigitte (2010): *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. Schlussbericht SwissAgeCare-2010 (<http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/2FF10C60B3.pdf>)
- Perrig-Chiello, Pasqualina / Hutchison, Sara / Höpflinger, François (2011): *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Suisse Latine (inkl. Vergleich mit der deutschsprachigen Schweiz)*. Forschungsbericht AgeCare-SuisseLatine (<http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/FDAB600C70.pdf>).
- Projekt (2012) = „Projekt Attraktiver Arbeitsplatz Spitex“. *INFO SVBL* (Spitex-Verband Baselland) 2012:3, 3 (<http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/F272C57CA5/299DF8AB56.pdf>).
- Rommel, Alexander / Weilandt, Caren / Eckert, Josef (2006): *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung: Endbericht*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands WIAD (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12535/index.html>).

- Ryter, Elisabeth / Barben, Marie-Louise (2012): *Das vierte Lebensalter ist weiblich: Zahlen, Fakten und Überlegungen zur Lebensqualität im hohen Alter*. Bern: Manifestgruppe der GrossmütterRevolution ([http://www.grossmuetter.ch/uploads/pdfs3/bericht\\_hochaltrigkeit\\_def2.pdf](http://www.grossmuetter.ch/uploads/pdfs3/bericht_hochaltrigkeit_def2.pdf)).
- SILC (2012) = „Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung: Erhebung über die Einkommen und die Lebensbedingungen (SILC) 2011“, Medienmitteilung vom 18. Dez. 2012. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.Document.t.166439.pdf>).
- Soom Ammann, Eva (2011): *Ein Leben hier gemacht: Altern in der Migration aus biografischer Perspektive – Italienische Ehepaare in der Schweiz*. Bielefeld: Transcript.
- Spitex-Inanspruchnahme (2010) = *Spitex-Inanspruchnahme – eine Genderbezogene Analyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007*. [Bern:] Bundesamt für Gesundheit BAG (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10417/11220/11460/index.html>, „Factsheet Spitex“).
- Statistik (2012) = *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause – Ergebnisse 2011: Zahlen und Trends*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4974>).
- STAT-TAB: Die interaktive Datenbank des Bundesamtes für Statistik BFS (<http://www.pxweb.bfs.admin.ch>).
- Strategie (2007) = *Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013)*. [Bern:] Bundesamt für Gesundheit BAG (<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html>)
- Tarnutzer, Silvan / Bopp, Matthias (2012): „Healthy migrants but unhealthy offspring? A retrospective cohort study among Italians in Switzerland“. *BMC Public Health* 12, 1104 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1104>).
- Wanner, Philippe / Sauvain-Dugerdil, Claudine / Guilley, Edith / Hussy, Charles (2005): *Eidgenössische Volkszählung 2000 – Alter und Generationen: Das Leben in der*

*Schweiz ab 50 Jahren.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS ([http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen\\_statistik/publikationskatalog.Document.50755.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.Document.50755.pdf)).

Wehrli, Christoph (2013). „Italiener leben länger“. Neue Zürcher Zeitung vom 8. Jan. 2013, (<http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/italiener-leben-laenger-1.17926621>).

Weiss, Regula (2003): *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten.* Zürich: Seismo (2. Auflage 2005).

Zimmermann-Sloutskis, Dorith / Moreau-Gruet, Florence / Zimmermann, Erwin (2012): *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées à domicile ou en institution* (OBSAN Rapport 54). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé OBSAN (<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.165001.pdf>).

## **6. Anhang: Informationsangebote (in Auswahl)**

### **6.1 Informationen über das Schweizer Gesundheitswesen und verwandte Themen für Migrantinnen und Migranten**

Für Informationen im Bereich Gesundheit und Migration ist die Internetplattform *migesplus* ([www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)) des Schweizerischen Roten Kreuzes SRK von zentraler Bedeutung. Dort findet man eine grosse Zahl von hilfreichen Büchern, Broschüren und/oder Merkblättern, sowohl für die Migrationsbevölkerung als auch für Fachpersonen. Die Unterlagen werden oft zum Download angeboten oder können kostenlos bestellt werden. Hier sei eine Auswahl genannt, alphabetisch nach Themenkreisen geordnet:

#### **Alter und Migration**

Anke Kayser / Katja Navarra / Katharina Liewald (2012): Älter werden in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit / Schweizerisches Rotes Kreuz SRK. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Albanisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Portugiesisch, Türkisch.]

#### **Demenz und Alzheimer-Erkrankungen**

Schweizerische Alzheimervereinigung: Demenz vorbeugen. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch.]

Schweizerische Alzheimervereinigung: Alzheimer ... geht uns alle an. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch.]

Schweizerische Alzheimervereinigung: Demenz. Diagnose, Behandlung und Betreuung. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch.]

Schweizerische Alzheimervereinigung: Vergesslich? Eine Abklärung hilft weiter. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch.]

Schweizerische Alzheimervereinigung: Vergesslich? Eine Abklärung hilft weiter. [Informationsblatt auf Deutsch, Französisch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Türkisch.]

Schweizerische Alzheimervereinigung: Verwirrte und demenzkranke Patienten im Akutspital. Informationen für Familie und Freunde. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch.]

### **Depression**

Martin E. Keck (2010): Depression: Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt? Was ist der Zusammenhang mit Stress? [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch, Albanisch, Arabisch, Griechisch, Hebräisch, Kroatisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Tamilisch, Thai, Türkisch.]

SRK (2010): Depression kann jede und jeden treffen. [Broschüre auf Albanisch, Deutsch, Französisch, Italienisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch, Arabisch, Englisch, Tamilisch.]

### **Ernährung**

Maya Rühlin (2011): Mangelernährung trotz Überfluss?! [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch.]

### **Gesundheitswegweiser**

Gesundheitsdienst Basel-Stadt / Verein pro migrante (2011): la bussola: Gesundheitsinformationen im Kanton Basel Stadt. [Magazin auf Deutsch, Italienisch.]

Fachgruppe Migration und Gesundheit des Kantons Luzern (2004): Gesundheitswegweiser Luzern. [Broschüre auf Deutsch, Englisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Italienisch, Spanisch, Tamilisch.]

Katja Navarra / SRK (2011): Gesundheitswegweiser Schweiz. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Arabisch, Englisch, Farsi, Portugiesisch, Russisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Somalisch, Spanisch, Tamilisch, Thai, Tigrinya, Türkisch, Urdu, Vietnamesisch.]

Christine Zumstein Regolo / Osman Besic: *Gesund leben*. [Buch auf Deutsch, mit dem man gezielt Deutsch lernen und einen Einblick ins Schweizer Gesundheitswesen gewinnen kann.]

## **Herz und Kreislauf**

Schweizerische Herzstiftung (2011): Herzhaft gesund. [Broschüre auf Deutsch, Italienisch, Albanisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Türkisch.]

## **Krebs**

Eva Ebnöter (2010): Blasenkrebs – Harnblasenkarzinom. [Informationsblatt auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch.]

Eva Ebnöter (2010): Brustkrebs (Mammakarzinom). [Informationsblatt auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch.]

Eva Ebnöter (2010): Dickdarm- und Enddarmkrebs (Kolon- und Rektumkarzinom). [Informationsblatt auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch.]

Eva Ebnöter (2010): Gebärmutterkörperkrebs (Endometriumkarzinom). [Informationsblatt auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch.]

Eva Ebnöter (2010): Prostatakrebs (Prostatakarzinom). [Informationsblatt auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch.]

Eva Ebnöter (2010): Lungenkrebs (Bronchialkarzinom). [Informationsblatt auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch.]

## **Osteoporose**

Rheumaliga (2011): Osteoporose. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch.]

## **Pensionierung**

Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen: Heimweh. [Fotoroman-Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Serbisch/Kroatisch, Portugiesisch, Türkisch.]



Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen (2001): Pensionierung. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Englisch, Serbisch/Kroatisch, Spanisch, Portugiesisch, Türkisch.]

Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen: Vorbereitung. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Albanisch, Kroatisch, Portugiesisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch.]

### **Pflege**

Careum Verlag / Pro Senectute / SRK (2010): Pflegend begleiten: Ein Ratgeber für Angehörige und Freunde pflegebedürftiger Menschen. [Broschüre auf Deutsch, Französisch.]

### **Süchte**

ZüFam in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für transkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (2008): Schlaf- und Beruhigungsmittel: Die Risiken. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Arabisch, Englisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Somalisch, Spanisch, Tamilisch, Türkisch.]

Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention: Fakten zum Rauchen und Passivrauchen. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch.]

### **Rechtliches**

Bundesamt für Migration (2010): Sozialversicherungen: Aufenthalt in der Schweiz und Ausreise. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Italienisch, Albanisch, Arabisch, Englisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Tamilisch, Türkisch.]

Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (2008): Die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten. [Broschüre auf Deutsch, Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Türkisch.]

Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft (2004): Ihre Recht bei der Ärztin, beim Arzt und im Spital. [Broschüre auf Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Tamilisch, Türkisch.]

## Übersetzung

Lucienne Rey: Sprachliche Brücken zur Genesung – Transkulturelles Übersetzen im Gesundheitswesen der Schweiz. [Publikation auf Deutsch, Französisch.]

Kantonsspital St. Gallen/Sekretariat Leitung Departement Pflege: Spitalwörterbuch auf CD-Rom. [CD Rom: Ausgangssprache Deutsch, Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Italienisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Tamilisch, Türkisch, Ungarisch.]

## Traumatisierung

Schweizerisches Rotes Kreuz / Thomas Hofer (2012): Wenn das Vergessen nicht gelingt: Ein psychisches Trauma kann alle treffen. [Broschüre auf Deutsch, Französisch, Albanisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Türkisch.]

Schweizerisches Rotes Kreuz / Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer: Patienteninformation Posttraumatische Belastungsstörungen. [Informations-Broschüre auf Albanisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Italienisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Türkisch.]

## 6.2 Internet-Angebote zum Thema Migration

<a href="http://www.albinfo.ch">www.albinfo.ch</a>	Nachrichten und Informationen zum Leben im Kosovo und in der Schweiz auf Albanisch, Deutsch und Französisch, primär für (Kosovo-)Albaner und -Albanerinnen in der Schweiz.
<a href="http://www.alter-migration.ch">www.alter-migration.ch</a>	<i>Nationales Forum Alter und Migration</i> . Webseite auf Deutsch, Französisch und Italienisch mit einem Verzeichnis von bei Pro Senectute verfügbaren Medien und einigen Grundlagentexten.
<a href="http://www.bfm.admin.ch">www.bfm.admin.ch</a>	<i>Bundesamt für Migration</i> . Bietet u.a. eine Reihe von kostenlosen Dokumentationen an, z.B. <i>EURES: Aufenthalt in der Schweiz</i> und <i>EURES: Das Sozialsystem in der Schweiz</i> .
<a href="http://www.fabialuzern.ch">www.fabialuzern.ch</a>	<i>Fachstelle für die Beratung und Integration von Ausländerinnen und Ausländern</i> mit Informationen auf Deutsch und einer kurzen Selbstdarstellung in neun Sprachen.

www.fimm.ch	<i>Forum für die Integration von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz</i> (Dachorganisation der Migrantenorganisationen in der Schweiz) mit Informationen auf Deutsch und Französisch und weiterführenden Links. FIMM hat eine Arbeitsgruppe „Soziale Rechte, Gesundheit und Alter“ und führte 2012 ein Pilotprojekt zum Thema Migration und Alter durch.
www.fluechtlingshilfe.ch	<i>Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH</i> mit Informationen auf Deutsch, Englisch und Französisch. Bietet u.a. Weiterbildungen für Personen, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten.
www.humanrights.ch	Informationsplattform „Schweizer Menschenrechtsportal“ auf Deutsch, Englisch und Französisch. Enthält eine grosse Zahl von Stichworten, u.a. auch zu älteren Menschen (Themendossier „Menschenrecht im Alter“), zu Ausländerrecht usw.
www.migraweb.ch	Website von MigrantInnen für MigrantInnen mit einer Vielzahl von Informationen und Links zum Schweizer Alltag in zwanzig Sprachen.
www.promigrante.ch.vu	<i>Pro Migrante – Verein für MigrantInnen im Alter</i> . Will die Lebenssituation der älteren MigrantInnen in der Schweiz verbessern“; bietet bislang nur kurze Informationen auf Deutsch.
www.terra-cognita.ch	<i>terra cognita</i> (deutsch / französisch / italienisch), Zeitschrift der Schweizer Eidgenossenschaft zu Integration und Migration mit Themenheften; Download oder Bestellung kostenlos.
www.transkulturelle-kompetenz.ch	<i>tkk Transkulturelle Kompetenz</i> . Internetseite des Schweizerischen Roten Kreuzes zu transkultureller Kompetenz. Enthält News, Publikationen, Tools und Unterrichtseinheiten für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten.

### 6.3 Internet-Hinweise auf Weiterbildungsmöglichkeiten

www.agogis.ch	<i>Agogis Weiterbildung Zürich</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lehrgang „Fachperson Migration“ unter dem Patronat von PROBAM (Verein pro Berufsprüfung) und BFM (Bundesamt für Migration), für eine Tätigkeit in der Beratung, Betreuung</li> </ul>
---------------	--

	und Förderung von Migrantinnen und Migranten
www.alter.bfh.ch	<i>Berner Fachhochschule, Institut Alter</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MAS Gerontologie</li> <li>▪ CAS Beraten, Anleiten, Begleiten von Freiwilligen und Angehörigen</li> </ul>
www.hslu.ch	<i>Hochschule Luzern, Departement Soziale Arbeit</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MAS Alter und Gesellschaft.</li> </ul>
www.fhnw.ch	<i>Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Wirtschaft</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CAS Diversity- und Gleichstellungskompetenz [in Kooperation mit der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, der Universität Basel und der Humboldt-Universität zu Berlin]</li> </ul>
www.fhnw.ch	<i>Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CAS Migrationssensibles Handeln</li> </ul>
www.fhsg.ch	<i>Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen, Weiterbildungszentrum</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MAS Palliative Care</li> </ul>
www.gesundheit.bfh.ch	<i>Berner Fachhochschule, Gesundheit</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MAS Spezialisierte Pflege</li> </ul>
www.gesundheit.zhaw.ch	<i>Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MAS Gerontologische Pflege</li> <li>▪ MAS Patienten- und Familienedukation</li> </ul>
www.ikf.ch	<i>Institut für Kommunikation und Führung Luzern</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CAS Transkulturelles Coaching</li> <li>▪ CAS Transkulturelle Kommunikationsmethoden &amp; Mediation</li> <li>▪ CAS Transkulturelle Kommunikation &amp; Handlungskompetenz</li> </ul>
www.uzh.ch	<i>Universität Zürich, Weiterbildung</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CAS Gerontologie heute</li> <li>▪ CAS Gerontopsychologie</li> <li>▪ MAS/CAS Psychotraumatologie</li> </ul>