

# Gesundheits- und Integrationsförderung im Kontext von kritischen Lebensereignissen: das Potenzial der interprofessionellen Zusammenarbeit

Dr. med. Fana Asefaw  
Chefärztin für Jugendliche und junge  
Erwachsene IPW Winterthur



---

# Inhalte der Präsentation

- Entwicklung sozialer Benachteiligung und Vulnerabilität (Intersektionalität, Dimension der individuellen und strukturellen Ebene)
- Überblick über Migrationsbevölkerung in der Schweiz
- Gesundheitliche Folgen mangelnder Integration
- Hürden und Herausforderungen im Gesundheitssystem
- Interprofessionelle Antworten und Ansätze (am Beispiel des Projekts „Brückenbauer:innen“)

---

# Wie entsteht soziale Ungerechtigkeit?

- Gesellschaftlicher Kontext (Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik sowie die Normen und Werte) bestimmt die Lage, die eine Person in der Gesellschaft einnimmt.
- Zuteilung einer gesellschaftlichen Position aufgrund von finanziellen Ressourcen, politischer Macht, sozialer Anerkennung (Prestige) und Diskriminierung, die mit vertikalen (z.B. Bildung, Beruf, Einkommen etc.) und horizontalen (z.B. Geschlecht, Migrationshintergrund etc.) Merkmalen einhergeht.
- Je mehr Belastungen und je weniger Ressourcen eine Person hat, umso schlechter ist ihr Gesundheitszustand.
- Verteilung von Gesundheit: Aus der unterschiedlichen Bilanz von Ressourcen und Belastungen entstehen sozial bedingte Unterschiede bezüglich Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Wohlbefinden.

---

# Ursachen gesundheitlicher Vulnerabilität

- Individuelle Faktoren beeinflussen die Gesundheit: bspw. können eine bereits vorliegende Erkrankung, eine Schwangerschaft, hohes Alter etc. die gesundheitliche Vulnerabilität erhöhen.
- Gesundheitliche Chancen können aufgrund sozialer Benachteiligung und mangelnder Integration eingeschränkt sein.
- Das gesellschaftliche Umfeld beeinflusst die Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen negativ, indem es ihnen den Zugang zu materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen einschränkt → sozioökonomischer Status, Geschlecht, Migrationshintergrund, sexuelle Orientierung, etc.

---

# Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz: Der „Ist“-Zustand

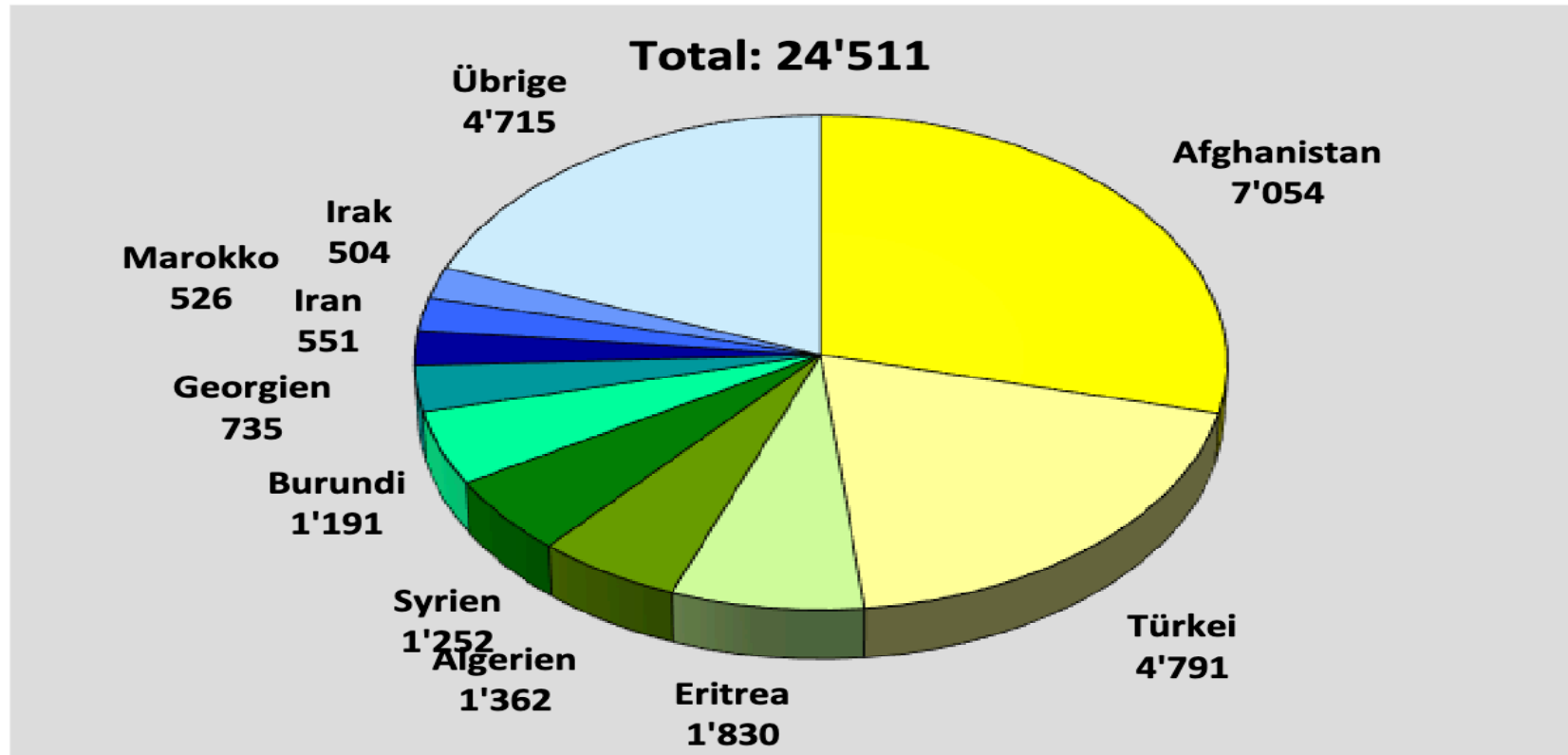
Einer der benachteiligten Bevölkerungsgruppe aufgrund ihres sozioökonomischen Status sind Geflüchtete und Menschen mit Migrationshintergrund

Im Dezember 2022 lebten 2 241 854 Ausländerinnen und Ausländer dauerhaft in der Schweiz.

- Im Vergleich zu 2021 hat die Zahl deutlich zugenommen;
- Ursache: Pandemie (Covid-19), Krieg in der Ukraine etc.

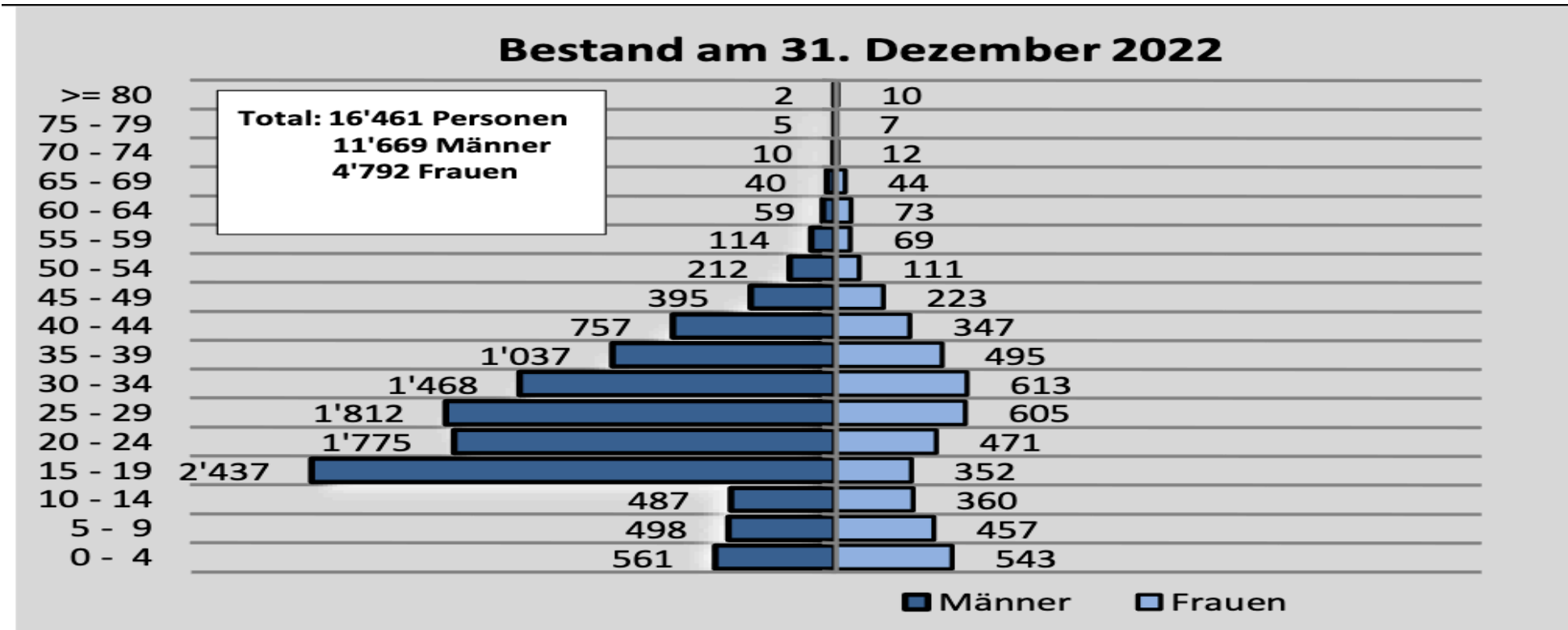
❖ Quelle: [Ausländerstatistik 2022 \(admin.ch\)](#)

# Asylgesuche und Herkunftsländer 2022



**Grafik 18: Asylgesuche: Wichtigste Nationen**

# Geflüchtete in der Schweiz: Junge Menschen



**Grafik 7 : Asylsuchende nach Geschlecht und Altersklassen (ohne vorläufig Aufgenommene)**

---

# Migrationsbevölkerung in der Schweiz

## Heterogene Gruppe

- Unterschiedliche Gründe der Einwanderung
- Verschiedene Migrationswege
- Verschiedene Herkunftswege
- Verschiedene Altersgruppen
- Unterschiedliche Aufenthaltsberechtigungen in der Schweiz
- Unterschiedliche Lebenswelten und Lebensbedingungen in der Schweiz

❖ Quelle: *in Anlehnung an Sibylle Bihr, SRK, ppt SFSS Tagung 2016*





---

# Dilemma?

Die Beschreibung der Zielgruppe und die Analyse konkreter Belastungen und Ressourcen helfen, einen spezifischen Handlungsbedarf zu erkennen und den Fokus für Massnahmen zu setzen.

❖ Quelle: [Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention, Kurzversion für die Praxis, 2020, Seite 8](#)

Es ist schwierig, privilegierte und benachteiligte Gruppen eindeutig und einheitlich zu definieren. Die Intersektionalitätsperspektive (Intersektionen: Überschneidungen von mehreren Benachteiligungsmerkmalen) zeigt, dass viele Überschneidungen von soziodemografischen Merkmalen möglich sind und vielfältige Wechselwirkungen zwischen den Merkmalen bestehen.

❖ Quelle: [Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention, Grundlagenbericht, 2020, Seite 52](#)

---

# Fazit

In der Regel ist es das *Zusammenwirken von individuellen Faktoren* und Benachteiligungsmerkmalen, das soziale Benachteiligung und Gesundheitsprobleme verschärft. Dabei gilt: Je mehr Benachteiligungsmerkmale Menschen aufweisen und je mehr individuelle Faktoren negativ einwirken, desto schlechter steht es um ihre Gesundheit und um ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten, mit einer Erkrankung umzugehen.

❖ Quelle: Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention, Kurzversion für die Praxis, 2020, Seite 8

→ Es braucht Interventionen auf der individuellen + strukturellen Ebene auf beiden Seiten (Betroffene und Fachpersonen)

---

# Wichtige Indikatoren für Gesundheit sind Wohn- und Arbeitsbereich eines Menschen

Bei Geflüchteten, die über Wochen, Monate oder gar Jahre in Durchgangsheimen oder Notunterkünften leben, ist die Beeinträchtigung der Gesundheitssituation enorm.

- Traumatische Erlebnisse auf der Flucht oder in der Heimat, Angst vor Abschiebung, Angst um Familienmitglieder
- Hohe Psychosoziale Belastung in der Schweiz: Wohnen unter prekären Bedingungen, eingeschränkte bis fehlende Arbeitsmöglichkeit, je nach Aufenthaltsstatus

➤ Eigene Ressourcen



Belastungsfaktoren



---

„Je länger ich in der Schweiz lebe, um so kränker fühle ich mich“

- Integration misslingt
- Immer mehr psychische & psychosomatische Symptome
- Sprachliche und kulturelle Barrieren
- Retraumatisierungserfahrungen im Alltag
- Insuffizienzerleben
- Eigene Gesundheitskompetenz nimmt ab

---

# Soziale Dienste & Gesundheitswesen sind oft überfordert

- Kooperationsprobleme von Seiten der Personen mit Migrationshintergrund
- Massnahmen und Angebote werden nicht angenommen z.B. Frühförderung, Familienberatung, Sozialpädagogische FamilienhelferInnen, Abklärungen beim Sozialpsychologischen Dienst (SPD), Integrative Förderung (IF) oder Sonderpädagogische Förderung (SF)
- Aufgrund von Mangel an Dolmetschenden keine detaillierte Aufklärung vor invasiven medizinischen Eingriffen, mangelnde Psychoedukation, geringere Patientenzufriedenheit & Misstrauen gegenüber medizinischem Personal,
- Mangel an bedarfsgerechter und nachhaltiger Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung & Prävention

---

# Mögliche Gründe für mangelndes Vertrauen ins Schweizer System

- Personen mit Migrationshintergrund machen oft diskriminierende Erfahrungen (vom Kindergarten bis ins Pflegeheim)
- Ihr sozioökonomischer Zustand und die psychosoziale Multi-Belastungssituationen (Asylstatus, finanziell, prekäre Wohnverhältnisse, mangelnde Freizeitgestaltung) werden in der Beurteilung nicht berücksichtigt.
- Sprachliche und kulturelle Barrieren auf beiden Seiten.
- Den Betroffenen sind institutionelle Hilfen oder Massnahmen nicht vertraut, oft erleben sie die Dienste als übergriffig
- Eltern haben selber zu hohe psychosoziale Belastungen und weniger Ressourcen. → Ihre Kinder bekommen nicht die nötige Unterstützung, um ihre Entwicklungsaufgaben zu meistern
- Die empfohlenen Massnahmen (Abklärung, Frühförderung, Beurteilungen zum Verhalten oder Leistungen des Kindes/Schülers) werden als nicht fair und einseitig beurteilt.

---

# Sind die Kumulation der Benachteiligungen bei diesen Menschen politisch gewollt?

- Wenn Menschen über Jahre ohne ein positives Asyl in der Schweiz leben, dann sind die Zugänge zu Bildung, Arbeit, Wohnen und Gesundheit deutlich erschwert
  - Politische Abschreckung damit nicht noch mehr Geflüchtete/ArbeitsmigrantInnen in die Schweiz kommen
  - Strukturelle Benachteiligung, mit transgenerationalen Auswirkungen auch auf die Kinder, die hier geboren werden. Z.B. können diese nicht immer in einer höheren Schule (z.B. Gymnasium) oder eine Lehre abschliessen, trotz kognitiven Voraussetzungen.

---

# Gesundheitliche Folgen von mangelnder Integration (Beispiele)

- Schlechtere Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit
- Unterschiede im Krankheitsverständnis, Kommunikationskultur und Tabus erschweren einen Dialog auf Augenhöhe
- Unkenntnisse der Angebote im Schweizerischen System, finanzielle und kulturelle Zugangsbarrieren führen zu schwacher Nutzung bedarfsgerechter Angebote (nicht nur im Schulalter, sondern auch bei Erwachsenen mit chronischen Krankheiten, älteren Menschen oder betreuenden Angehörigen)
- Ressourcen der Betroffenen werden nicht erkannt und genutzt
- Dies kann längerfristig zu psychischen und psychosomatischen Symptomentwicklungen, einer höheren Last an chronischen Krankheiten und Arbeitsbedingter Invalidität, sowie kürzere Lebenserwartung führen





# Interaktion und Kommunikationshürden überwinden:

## Diskrepanz: zwei verschiedene Welten



## Gemeinsames Verständnis



# Epistemisches Vertrauen in der Beziehung aufbauen und entwickeln

Definition «Epistemisches Vertrauen» von Fonagy & Luyten (2016):

„die Bereitschaft eines Individuums, die Kommunikation, die das Wissen einer vertrauenswürdigen Person vermittelt, als für die eigene Person verallgemeinerbar und relevant zu betrachten.“

„Vertrauen kommt aus dem Empfinden sich emotional und kognitiv von einer anderen Person verstanden zu fühlen.“ – Interview mit Fonagy (Duschinsky et al. 2019).

---

# Wie können Fachpersonen handlungsfähig bleiben und interprofessionell zusammenarbeiten?

Trotz strukturellen Einschränkungen interdisziplinäre und systemische Vernetzung anstreben  
Gemeinsames Fallverständnis entwickeln

In interkulturelle Psychoedukation von Klein auf bis zum Lebensende viel Zeit investieren

Systemische und interdisziplinäre Kooperation je nach Situation

Für die komplexen Belastungssituationen braucht es lösungsorientierte Teamarbeit über Settinggrenzen hinaus

- Potenzial der interprofessionellen Zusammenarbeit: nachhaltige Kooperation mit den Betroffenen; Missverständnisse und Rückzug verhindern.

---

# Transkulturelles Arbeiten mit Brückenbauer Trauma

Brückenbauer Trauma mit NCBI „National Coalition Building Institute“ in Thalwil.

Seit 2021 Januar wird ein Pilotprojet von Gesundheitsförderung Schweiz finanziert.

Brückenbauer:innen mit acht verschiedenen Sprachen (Farsi, Dari, Tamilisch, Somali, Tigrinja und Amharisch , Arabisch ) begleiten traumatisierte Geflüchtete.

Therapeuten oder Ärzte können auch in Kliniken die Brückenbauer:innen nutzen.

Es braucht eine Kostengutsprache von Gemeinden, Kantonen, Schulen oder KESB. Die Klient:innen müssen in therapeutischer Behandlung sein.

---

# Kompetenz in der Arbeit mit den Betroffenen

- Anstreben einer tragfähigen Beziehung – kulturspezifische Aspekte treten in den Hintergrund
- Möglichst gründliche Auftragsklärung, Einbezug von psychosozialen und migrationsspezifischen Aspekten
- Niederschwelliger Austausch und Vernetzung der Fachpersonen sowie Implementierung von Case Management
- Regelmässige Helfersitzungen unter Einbezug der Betroffenen und Dolmetscher
- Zustellung der Arztberichte an Rechtsdienst (Anwälte des Patienten)

---

# Erfolgsfaktoren

- Die Beziehung zwischen Klient:innen und Brückenbauer:in
- Mehrdimensionale Rolle der Brückenbauer:in
- Zusammenarbeit aller involvierten Fachpersonen
- Kompetente Beratung und Begleitung der Brückenbauer:innen

# Evaluation: Empfehlungen (Auswahl)

- **Ausbau des Angebots:** Methodik ist wirksam, kosteneffizient, skalierbar zur massgeschneiderten Anwendung für eine breite Zielgruppe von psychisch belasteten Geflüchteten mit soziointegrativen Herausforderungen; schnelle Ressourcenmobilisierung der Betroffenen und salutogenetischer Ansatz.
- **Sensibilisierung von fallführenden und weiteren Fachstellen.** Höhere Effektivität, wenn fallführende Stellen sensibilisiert sowie Asylbetreuung, Integrationsangebote u.a. sind und Betroffene früh (!) anmelden.
- **Nutzen der Ressourcen von Brückenbauer:innen.** Erfahrungen und Kompetenzen der Brückenbauer:innen als entscheidender Erfolgsfaktor; vermehrt für die Unterstützung psychisch belasteter Geflüchteter einsetzen.
- **Reduktion von postmigrantischen Belastungsfaktoren.** Auf politischer Ebene müssen strukturelle Barrieren in der Versorgung psychisch belasteter Geflüchteter erkannt und abgebaut werden.



---

Weitere Informationen und Evaluationsbericht zum Projekt «Brückenbauer\*innen für die psychische Gesundheit von Geflüchteten» :

<https://ncbi.ch/integration-von-gefluechteten/brueckenbauerinnen/bbtrauma/>

<https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-brueckenbauerinnen>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

---

# Anhang

Vertiefende Informationen zum Teil 1 Grundlagen, die aus zeitlichen Gründen nicht präsentiert werden können

---

# Historische Gegebenheiten

- Gesundheitliche Unterschiede bestehen nicht nur zwischen Einzelpersonen, sondern auch zwischen sozialen Gruppen.
- Spätestens im 19. Jahrhundert wurden Zusammenhänge zwischen der sozialen Position eines Menschen und seiner Gesundheit erkannt.
- So wurde in Deutschland bereits um 1890 dokumentiert, dass Leute mit einem tiefen Einkommen ein erhöhtes Risiko hatten, an Tuberkulose zu sterben.
- Tatsächlich profitierten nicht alle Teile der Gesellschaft in gleichem Masse von den gesundheitlichen Verbesserungen, sodass Gesundheit und Erkrankungen immer noch ungleich über die Bevölkerung verteilt sind.

❖ Quelle: Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Grundlagenbericht, 2020, Seite 12

---

# Wo ansetzen?

→ Je nach Rolle, Auftrag und Möglichkeiten können Akteur:innen ihre Massnahmen zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit auf zwei Ebenen ansetzen:

- auf Ebene der sozialen Gesundheitsdeterminanten (unmittelbaren Lebens- und Arbeitsbedingungen).
  - Massnahmen, die bei sozialen Gesundheitsdeterminanten ansetzen, helfen, Belastungen zu reduzieren und Ressourcen benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu stärken.
- auf Ebene der strukturellen Determinanten (d.h. der gesellschaftliche Kontext und die soziale Lage).
  - Massnahmen, die bei strukturellen Determinanten ansetzen, helfen, soziale Ungleichheit und Benachteiligung zu reduzieren.

❖ Quelle: Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention, Kurzversion für die Praxis, 2020, Seiten 6-7

---

# Ansätze, die sich bewährt haben

- Im Kern von chancengerechten Interventionen steht die Stärkung der Ressourcen sozial Benachteiligter. Dadurch sollen Menschen jene Faktoren stärker kontrollieren können, die ihre Gesundheit mitbestimmen. Laut WHO liegt die Kernaufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention, *«gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen»*.
  - Ausserdem soll die Förderung der drei Bereiche: Ernährung/Bewegung, psychische Gesundheit sowie Sucht, die gesundheitliche Chancengleichheit verbessern.
- ❖ [Quelle: Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention, Kurzversion für die Praxis, 2020, Seite 10](#)

# Umsetzung von Massnahmen in der Theorie

---

- Auf strategischer Ebene wurden über die letzten 70 Jahre folgende gesundheitpolitische Grundüberzeugungen und Ziele zur gesundheitlichen Chancengleichheit formuliert:
  - Grundrecht: Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen, den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen
  - Soziale Gerechtigkeit: Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein Menschenrecht und eine Frage der sozialen Gerechtigkeit
  - Gemeinsame Verantwortung: Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit sind nicht ausschliesslich Privatsache – sowohl Einzelpersonen als auch Regierungen und gesamte Gesellschaften sind verantwortlich dafür.
  - Gesamtgesellschaftliche Relevanz: Gesundheitliche Chancengleichheit ist nicht nur ein ethisch-normatives Gebot, sondern auch entscheidend für die soziale Entwicklung und das Wirtschaftswachstum.
  - Anwaltschaft für Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit: Analog zu betriebswirtschaftlichen Interessengruppen, benötigen die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit eine dauerhafte Interessensvertretung, die auf den Prinzipien der Menschenrechte und Solidarität fusst.
- ❖ Quelle: [Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Grundlagenbericht, 2020, Seiten 45-46](#)

# Operative Schwerpunkte und Leitlinien

---

- Stärkung eines chancengerechten Gesundheitswesens: bestehend aus Gesundheitsversorgung und Prävention
- Öffnung des Gesundheitswesens: Angebote und Massnahmen der Gesundheitsversorgung sowie die Gesundheitsförderung und Prävention müssen für alle Mitglieder der Gesellschaft offenstehen
- Soziale Gesundheitsdeterminanten als Schlüssel: gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen kommt eine vorrangige Bedeutung zu
- Strukturelle Determinanten: soziale Ungleichheit in einer Gesellschaft reduzieren
- Empowerment und Gesundheitskompetenz: Damit Menschen mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt ausüben können, sind deren selbstbestimmte Handlungsfähigkeit generell und insbesondere in gesundheitlicher Hinsicht zu stärken. Im Zentrum stehen Gesundheitskompetenz & Selbstmanagementfähigkeiten

---

# Benachteiligungserfahrungen bei der Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Die Patientinnen und Patienten in der Schweiz erleben Benachteiligungserfahrungen in Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung.

- Signifikante Einflussfaktoren die Einfluss auf schlechtere Versorgungsqualität haben:
  - Kumulierte sozioökonomischer Situation bewerten die Versorgungsqualität grundsätzlich schlechter
  - Die jüngste befragte Altersgruppe (18- bis 34-Jährige)
  - in Einelternhaushalt-lebende Personen
  - Migrantinnen und Migranten der ersten Generation
  - Personen mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe

❖ Quelle: [International Health Policy Survey 2020](#)



---

# Grenzen der Studie und Perspektiven

Lassen sich aus der Studie wertvolle Erkenntnisse für die Chancengleichheit in Bezug auf die Qualität des Schweizer Gesundheitssystems gewinnen?

Die Studie wirft aber auch verschiedene Fragen hinsichtlich der Identifizierung der Zielgruppen und der erklärenden Mechanismen auf.

Bei der Definition der möglichen Zielgruppen für Präventions- und Interventionsmassnahmen ist darauf hinzuweisen, dass sich die IHP-Befragung auf den Stichprobenrahmen des BFS abstützt und ausschliesslich in den Amtssprachen (Deutsch, Französisch und Italienisch) zur Verfügung steht.

Folglich sind Personen, die nicht in einem Privathaushalt leben (z. B. Personen ohne festen Wohnsitz oder Personen, die in einer Institution leben) oder die keine Amtssprache genügend gut beherrschen, von der Erhebung ausgeschlossen.

Ebenso können keine Schlussfolgerungen über Personen im Asylverfahren oder Sans-Papiers gezogen werden, da diese in der Stichprobe nicht oder nur unvollständig enthalten sind.

---

# Schlussfolgerung

Der Beitrag der vorliegenden Studie beruht insbesondere darauf, dass sich die Berücksichtigung der Dimension der Chancengleichheit als sehr aufschlussreich erweist:

Die Schweiz schneidet in den internationalen Studien und standardisierten Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Regel sehr gut ab.

Jedoch variiert in dem leistungsfähigen und qualitativ guten Gesundheitssystem die Chancengerechtigkeit beim Zugang zum Gesundheitssystem und bei der Qualität der Versorgung stark .

Zudem gilt es zu beachten, dass die Covid-19-Krise die gesundheitlichen Benachteiligungen noch verschärft hat.

In diesem Kontext – der auch die Schweiz betrifft – fordert diese Studie zu weiterführenden Analysen auf, um die Faktoren, die der mangelnden Chancengleichheit zugrunde liegen, und die besonderen Merkmale der betroffenen Bevölkerungsgruppen besser zu verstehen.

---

# Warum?

- Eine solche Informationsgrundlage wird benötigt, um die Akteure des Gesundheitswesens, die politisch Verantwortlichen und die Leistungserbringer zu sensibilisieren.
- Nur wenn Probleme der Chancengleichheit mit geeigneten Indikatoren gemessen werden, ist es möglich, ein System auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abzustimmen, und die getroffenen Massnahmen zu beurteilen und zu verbessern, um eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können