

# TANGRAM 16

Bulletin der  
Eidgenössischen  
Kommission gegen  
Rassismus  
Oktober 2004

Bulletin de la  
Commission  
fédérale contre  
le racisme  
octobre 2004

Bollettino della  
Commissione  
federale contro  
il razzismo  
ottobre 2004

Bulletin da la  
Cumissiun federala  
cunter il rassissem  
october 2004



Gesundheit

Santé · Sanità

ek<sub>J</sub>

cf<sub>J</sub>

## • • • • • • • • • • Editorial / Editorial / Editoriale

- 5 **Pas d'immunité contre le racisme** Boël Sambuc  
6 *Nicht immun gegen Rassismus*  
8 *Nessuno è immune al virus del razzismo*

## • • • • • • • • • • Aus der Kommission / Nouvelles de la commission / La commissione informa

- 10 **«Raser aus dem Balkan»** Georg Kreis  
10 *«Des chauffards des Balkans»*  
11 *«Pirati della strada di origine balcanica»*

*Zum Tod von Sigi Feigel*

- 11 **Ungeteilte Loyalität** Georg Kreis

### Medienmitteilungen / Communiqués aux médias / Comunicati stampa

- 13 **Erleichterte Einbürgerungen**  
13 *Naturalisation facilitée*  
13 *Naturalizzazione agevolata*

- 13 **Rassistische Propaganda**  
14 *Propagande raciste*  
14 *Propaganda razzista*

### Projekte / Projets / Progetti

- 15 **Neuer Auftritt der EKR im Internet** Gioia Weber  
15 *Un nouveau site Internet pour la CFR*  
16 *Il sito della CFR ha cambiato veste*

- 16 **«Sackgasse Rassismus» – Didaktische Anregungen** Gioia Weber  
17 *«Le racisme: une impasse» – Aides didactiques*  
17 *«Razzismo: un vicolo cieco» – Spunti didattici*

### Fälle aus der Beratung / Cas tirés de la pratique / Casistica del servizio di consulenza

- 18 **STTV zieht Benachteiligung für Nicht-EU-Angehörige zurück** Doris Angst  
18 *La FSTT lève les restrictions pour les ressortissants de pays non européens*  
19 *La FSTT è tornata sui suoi passi*

- 19 **Multiple Diskriminierung** Doris Angst  
20 *Discrimination multiple*  
20 *Discriminazione multipla*

- 21 **Rassistische Konflikte im Gesundheitsbereich** Doris Angst  
22 *Conflits dus au racisme dans le domaine de la santé*  
23 *Conflitti razziali in ambito sanitario*

## «Gesundheit / Santé / Sanità»

25	<b>Rassismus gefährdet die Gesundheit</b>	Anne Kilcher
30	<b>Torture, soins et racisme</b>	Marco Vannotti et Silvia Schutzbach
35	<b>Gesundheit – ein Menschenrecht</b>	Tarek Naguib
37	<b>Internationale Instrumente</b>	Tarek Naguib
37	<i>Instruments internationaux</i>	
37	<i>Strumenti internazionali</i>	
39	<b>Weltkonferenz gegen Rassismus von 2001</b>	Tarek Naguib
44	<i>La Conférence mondiale contre le racisme de 2001</i>	
49	<i>Conferenza mondiale contro il razzismo 2001</i>	
51	<b>Rassistisch, diskriminierend oder transkulturell inkompetent?</b>	Dagmar Domenig
57	<b>Rassismus im Spital</b>	Maya Shaha
59	<b>Im Alltag erlebt</b>	Maya Shaha
59	<i>Scènes de la vie quotidienne</i>	
59	<i>Episodi di vita vissuta</i>	
63	<b>Ausgeschlossen durch die fremde Sprache</b>	Alexander Bischoff
68	<b>Fremde Gefühle in der Pflege</b>	Silvia Käppeli
76	<b>Kein guter Nährboden für Rassismus</b>	Judith Pok Lundquist
	<i>SPITEX</i>	
81	<b>Gast und Gastgeber aus unterschiedlichen Kulturen</b>	Hanna Schiltknecht
83	<b>Massnahmen gegen Fremdenangst</b>	Hanna Schiltknecht
83	<i>Des mesures contre la peur de l'étranger</i>	
83	<i>Misure contro la paura degli stranieri</i>	
	<i>Interview mit Spitalangestellten afrikanischer Herkunft</i>	
86	<b>«Sie sind nicht so wie die anderen!»</b>	Martin Leutenegger
87	<b>HIV-Präventionsprojekt AFRIMEDIA</b>	Martin Leutenegger
89	<i>Projet de prévention du sida AFRIMEDIA</i>	
91	<i>Il progetto di prevenzione dell'AIDS AFRIMEDIA</i>	
	<i>Aidspolitik</i>	
92	<b>Abkehr von der Ausgrenzung</b>	Brigit Zuppinger und Roger Staub
98	<b>Razzismo e sanità</b>	Patrizia Pesenti
	<i>Psichiatria</i>	
103	<b>Diskriminierende Praxis bei Arbeitsbewilligungen der Ärzte</b>	Robert Hämmig
107	<b>Unterschiede integrieren statt Abweichungen wahrnehmen</b>	Sandro Cattacin und Isabelle Renschler
113	<b>Migration und Public Health</b>	
114	<i>Migration et santé publique</i>	
115	<i>Migrazione e sanità pubblica</i>	



# Pas d'immunité contre le racisme

Boël Sambuc

Le présent numéro de TANGRAM est consacré au thème du racisme et de la xénophobie dans le système de la santé. Sa publication marque la poursuite d'une réflexion engagée par la *Commission fédérale contre le racisme* au début de cette année avec le concours des milieux concernés – professionnels de la santé, chercheurs et ONG – qui débouchera sur une journée de travail en 2005 à Berne.

Pourquoi ce thème et pourquoi maintenant? Dans un domaine où le dévouement et la recherche de l'excellence médicale sont la règle, le racisme et la discrimination raciale sont certes l'exception. Pourtant, pas plus que d'autres secteurs de la vie en société, le monde de la santé n'est par essence immunisé contre les comportements stigmatisants suscités par des considérations de couleur, de religion ou d'ethnie. Dans le contexte émotionnel spécifique de l'hôpital ou du cabinet médical, face à des événements significatifs tels que la naissance, la maladie ou la mort d'un proche, des propos ou des actes dévalorisants, même d'apparence anodine, sont susceptibles de blesser profondément la dignité des personnes visées.

Sur le terrain, un malentendu persistant tend à confondre la problématique des discriminations raciales avec celle de la gestion des différences culturelles et de la migration en général. Or, si la population étrangère est indéniablement exposée au racisme et à la xénophobie, notamment concernant l'accès aux soins, d'autres groupes, de nationalité suisse, sont également touchés, tels que les Roms/Sintis/Jénisch, les personnes d'ascendance africaine ou asiatique, les tenants d'une religion minoritaire ou d'autres encore.

Faut-il le rappeler? Constaté la différence n'a rien à voir avec un comportement

stigmatisant. Celui-ci suppose en plus la dévalorisation et la hiérarchisation de caractéristiques intimes de l'individu ou du groupe visé en fonction de généralisations et de clichés collectifs. Dans ce TANGRAM, le récit de Maya Shaha, «Scènes de la vie quotidienne», l'illustre de façon éloquente.

D'autre part, le respect des sensibilités spécifiques ne signifie pas pour autant une tolérance sans limites.

Ici comme ailleurs, le droit à la différence ne veut pas dire différence de droits. C'est ainsi qu'un non ferme doit être opposé à toute demande de soins conditionnée au genre du médecin ou du personnel soignant, même si la requête est fondée sur la religion. Une telle logique ségrégationniste serait contraire au principe de l'égalité entre hommes et femmes ancré dans la loi et dans la Constitution.

Il est tout aussi inacceptable qu'un patient refuse de se faire soigner sous prétexte que le personnel qui s'occupe de lui soit Noir ou d'origine étrangère, comme cela se passe encore dans les hôpitaux publics ou privés de notre pays.

Enfin, l'acte raciste est aussi l'expression d'un rapport de force entre l'auteur et sa victime, comme le montre Doris Angst dans l'article présentant des cas de conflits. Lorsque l'exercice de ce pouvoir peut s'appuyer sur une hiérarchie institutionnelle, tel que l'hôpital, l'expérience commande d'être particulièrement attentif aux risques de dérapages racistes et de recourir sans délai à des stratégies de prévention.

Depuis quelque temps, une évolution est perceptible dans les instances internationales comme sur le plan national. Selon l'*Organisa-*

tion mondiale de la santé (OMS), notamment, la santé n'est plus seulement définie comme l'absence de maladie mais comme un facteur important de la qualité de vie de la personne humaine. C'est aussi la vision partagée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans son rapport de juin 2002 intitulé «Migration et santé 2002–2006». Du point de vue des droits humains, cette évolution signifie un déplacement du simple droit à la non-discrimination vers une revendication globale visant à la mise en place de conditions de vie décentes propres à assurer le bien-être et la dignité des individus (voir à ce propos les articles de Madame Patricia Pesenti et Tarek Naguib).

En 2001, la Conférence mondiale contre le racisme de Durban avait accordé une place importante à ces préoccupations en formulant une série de recommandations précises (voir l'encadré en page 44). Depuis lors, le thème des discriminations raciales relatives à la santé a été placé en tête de liste par le Groupe de travail de l'ONU chargé d'accompagner le suivi de la conférence par les Etats participants dont la Suisse.

Pour toutes ces raisons, la *Commission fédérale contre le racisme* pense aujourd'hui faire œuvre utile en ouvrant ce nouveau chapitre de la politique de lutte et de prévention du racisme.

*Boël Sambuc est vice-présidente de la CFR.*

*Boël Sambuc*

## Nicht immun gegen Rassismus

Die vorliegende Ausgabe von TANGRAM ist dem Thema «Rassismus und Fremdenfeindlichkeit im Gesundheitssystem» gewidmet. Ihre Publikation markiert die Fortsetzung einer Reflexion, die von der *Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus* zusammen mit den betroffenen Kreisen – Gesundheitsfachleuten, Forschenden und NGOs – Anfang Jahr initiiert wurde und 2005 mit einer Arbeitstagung in Bern abgeschlossen werden soll.

Warum dieses Thema, und warum jetzt? In einem Bereich, in dem hohe Einsatzbereitschaft und das Streben nach einer medizinischen Versorgung von Spitzenqualität die Regel sind, sind Rassismus und Rassendiskriminierung sicher die Ausnahme. Dennoch ist das Gesundheitswesen – wie jeder andere Bereich der Gesellschaft – nicht von Natur aus immun gegen diskriminierende Verhaltensweisen auf Grund von Hautfarbe, Religion oder Ethnie. Im spezifischen emotionalen Umfeld des Spitals bzw. der Arztpraxis, im Angesicht bedeutender Ereignisse wie Geburt, Krankheit oder Tod von Angehörigen können abwertende Worte und Taten, mögen diese noch so harmlos scheinen, die Würde der Betroffenen tief verletzen.

In der Praxis führt ein hartnäckiges Missverständnis dazu, dass die Problematik der Rassendiskriminierung und diejenige des Umgangs mit kulturellen Unterschieden und der Migration im Allgemeinen häufig vermischt werden. Obschon die ausländische Bevölkerung unbestreitbar Rassismus und Fremdenfeindlichkeit ausgesetzt ist, namentlich was den Zugang zu medizinischer Versorgung betrifft, gilt dies auch für andere Bevölkerungsgruppen schweizerischer Nationalität, wie z.B. Roma, Sinti und Jenische,

Personen afrikanischer oder asiatischer Abstammung, Mitglieder von Minderheitsreligionen und andere.

Muss man es wiederholen? Unterschiede anzuerkennen hat nichts mit einem diskriminierenden Verhalten zu tun. Ein solches liegt erst dann vor, wenn die Eigenarten der betroffenen Person oder Gruppe aufgrund von Verallgemeinerungen und kollektiven Klischeevorstellungen als «niedriger» eingestuft und herabgewürdigt werden. Ein eindrückliches Beispiel dafür liefert in diesem TANGRAM der Bericht «Im Alltag erlebt» von Maya Shaha. Andererseits ist Rücksichtnahme auf spezifische Empfindlichkeiten nicht mit grenzenloser Toleranz gleichzusetzen. Hier wie andernorts bedeutet das Recht auf Anderssein nicht unterschiedliche Rechte. So haben die Ärzteschaft oder das Pflegepersonal beispielsweise jeglichem Ersuchen um geschlechtsabhängige medizinische Versorgung ein resolutes Nein entgegenzusetzen, selbst wenn die Bitte religiös begründet ist. Eine solche diskriminierende Haltung würde gegen den in Gesetz und Verfassung verankerten Grundsatz der Gleichstellung von Mann und Frau verstossen.

Ebenso inakzeptabel ist es, wenn Patientinnen und Patienten es ablehnen, sich pflegen zu lassen, unter dem Vorwand, dass das zuständige Pflegepersonal schwarzer Hautfarbe oder ausländischer Herkunft sei, wie dies in privaten und öffentlichen Spitälern unseres Landes immer noch vorkommt.

Schliesslich sind rassistische Handlungen auch Ausdruck eines (asymmetrischen) Machtverhältnisses zwischen Tätern und Opfern, wie Doris Angst in ihrem Artikel über Konfliktfälle aufzeigt. Wenn sich dieses Machtverhältnis – wie in einem Spital – auf eine institutionelle Hierarchie abstützen

kann, so ist aus Erfahrung besondere Vorsicht hinsichtlich des Risikos rassistischer «Entgleisungen» geboten und es gilt umgehend Präventionsstrategien einzuleiten.

Seit einiger Zeit zeichnet sich in den internationalen Gremien und auf nationaler Ebene eine Entwicklung ab. So definiert insbesondere die *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* Gesundheit nicht mehr nur als Freisein von Krankheit, sondern als einen Hauptfaktor menschlicher Lebensqualität. Diese Vision teilt auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bericht «Migration und Gesundheit 2002–2006» vom Juni 2002. Vom Standpunkt der Menschenrechte aus gesehen, bedeutet diese Entwicklung eine Abkehr vom blossen Recht auf Nichtdiskriminierung hin zu einem umfassenderen Anspruch auf die Schaffung akzeptabler Lebensbedingungen, die das Wohlbefinden und die Würde aller Menschen gewährleisten (siehe hierzu die Artikel von Frau Patricia Pesenti und Tarek Naguib).

Die Weltkonferenz gegen Rassismus im südafrikanischen Durban von 2001 mass diesem Anliegen eine grosse Bedeutung bei, indem sie eine Reihe von konkreten Empfehlungen formulierte (siehe Kasten auf Seite 39). Seither hat die UNO-Arbeitsgruppe, die von den Teilnehmerstaaten (darunter der Schweiz) beauftragt wurde, die Folgearbeiten der Konferenz zu begleiten, das Thema der Rassendiskriminierung im Gesundheitsbereich an die Spitze der Liste gesetzt.

Aus allen diesen Gründen hält es die *Eidgenössische Kommission gegen Rassismus* heute für sinnvoll, dieses neue Kapitel in der Politik zur Bekämpfung und Prävention von Rassismus aufzuschlagen.

*Boël Sambuc ist Vizepräsidentin der EKR.*

Boël Sambuc

## Nessuno è immune al virus del razzismo

Il presente numero di TANGRAM è dedicato al tema del razzismo e della xenofobia nel sistema sanitario. La pubblicazione rappresenta la continuazione di una riflessione avviata dalla Commissione federale contro il razzismo all'inizio di quest'anno, in collaborazione con le cerchie interessate – operatori della sanità, ricercatori e organizzazioni non governative – che si concluderà con una giornata di lavoro prevista a Berna nel 2005.

Perché questo tema e perché proprio adesso? In un settore in cui la devozione al prossimo e la ricerca dell'eccellenza medica sono la regola, il razzismo e la discriminazione costituiscono sicuramente l'eccezione. Ciononostante, il mondo della sanità non è per definizione immune più di altri settori della vita sociale a comportamenti stigmatizzanti, dettati da considerazioni di tipo religioso o etnico o basate sul colore della pelle. Nel contesto emotivo specifico dell'ospedale o dello studio medico, di fronte ad avvenimenti carichi di significato quali la nascita, la malattia o la morte di un caro, affermazioni o atti sprezzanti anche apparentemente di poco conto possono ferire profondamente la dignità delle persone colpite.

Sul campo, un malinteso persistente fa sì che si tenda a confondere la problematica delle discriminazioni razziali con quella della gestione delle differenze culturali e della migrazione in generale. Ora, se è indiscutibile che la popolazione straniera è esposta al razzismo e alla xenofobia, specialmente per quanto riguarda l'accesso alle cure, è anche vero che altri gruppi di nazionalità svizzera, come i Rom, i Sinti, gli Jenisch, le persone d'origine africana o asiatica, gli appartenenti

a una religione minoritaria ecc., sono parimenti toccati dal problema.

Occorre ricordarlo? Costatare la differenza non ha nulla a che vedere con un comportamento stigmatizzante. Quest'ultimo presuppone, in più, lo svilimento e la gerarchizzazione di caratteristiche intime dell'individuo o del gruppo preso di mira sulla base di generalizzazioni e stereotipi collettivi. In questo numero di TANGRAM, il fenomeno è illustrato in maniera eloquente mediante il racconto di Maya Shaha, «Episodi di vita vissuta».

D'altro canto, il rispetto delle sensibilità specifiche di ciascun individuo non equivale a una tolleranza senza limiti.

In questo settore come in altri, il diritto alla differenza non vuol dire differenza di diritti. Occorre perciò opporsi con fermezza a qualsiasi richiesta di cure subordinata al sesso del medico o del personale infermieristico, anche se vengono addotte motivazioni religiose. Una simile logica segregazionista sarebbe contraria al principio dell'uguaglianza fra uomo e donna sancita dalla legge e dalla Costituzione.

È inaccettabile, inoltre, che un paziente rifiuti di farsi curare con il pretesto che il personale che si occupa di lui è di colore o di origine straniera, come succede ancora negli ospedali pubblici o privati del nostro Paese.

L'atto razzista, infine, è anche l'espressione di un rapporto di forza fra l'autore e la sua vittima, come mostrato da Doris Angst nel suo articolo dedicato a una serie di casi di conflitto. Quando l'esercizio del potere può appoggiarsi a una gerarchia di tipo istituzionale, come l'ospedale, l'esperienza insegna che occorre essere particolarmente vigili per



# «Raser aus dem Balkan»

Georg Kreis

Es war vorauszusehen: Nach den fürchterlichen Autounfällen wurde die Nationalität der Raser zu einem Thema gemacht. Es dürfte nun nicht überraschen, dass auch eine Reaktion auf diese Reaktion folgt und darauf hingewiesen wird, wie problematisch das Bild von den «Rasern aus dem Balkan» ist. Wer aber – mit entsprechender Empörung – hofft, dass die Betrachtung der Unfallstatistik nach nationalen Gesichtspunkten nun als rassistisch oder mindestens politisch inkorrekt bezeichnet wird, den muss mindestens diese Stellungnahme enttäuschen.

Der Chef der St. Galler Verkehrspolizei soll solche Feststellungen machen dürfen. Was jedoch seine Erklärungen für das beobachtete Phänomen («kulturelle Neigung zum Machismo») betrifft, könnte man sich Deutungen von berufenerer Stelle vorstellen. Doch wie auch immer: Die Erklärungskette, die bei der schlechten Ausbildung einsetzt und über stark eingeschränkte Berufschancen hin zu kompensatorischen Bedürfnissen geht, zeigt, wie wichtig gute Integration ist und wie kurzsichtig es ist, diese einzig als Aufgabe der zuwandernden Bevölkerung zu verstehen. Selbst wenn dem so wäre, das Beispiel der Strassenunfälle zeigt, dass von nicht gelungener Integration grundsätzlich alle betroffen sein können.

«Raser aus dem Balkan»: Steht das Bild der «Gefahr aus dem Balkan» nicht etwas zu schnell zur Verfügung, weil es seit mindestens über hundertzwanzig Jahren unsere Phantasie animiert? Ersetzt der «rasende Balkanese» da nicht den «messerstechenden Balkanesen»? Und müssten, wenn schon nach Gruppenzugehörigkeit sortiert wird, nicht auch innerhalb der Schweiz die kantonalen Kategorien statistisch ausgewiesen werden, sodass wir wissen, ob beispielsweise die St. Galler, die Aargauer oder die Jurassier

die gefährlicheren Fahrer sind? Wir hätten dann allerdings ein Problem, das wir im Falle der Ausländer nicht berücksichtigen wollen: Wir müssten entscheiden, ob Bürgerrecht oder Wohnort oder Immatrikulationsort des Autos massgebend ist. Einen positiven Effekt könnte die Betrachtungsweise des St. Galler Verkehrspolizisten schon haben: Sie könnte uns darüber nachdenken lassen, warum wir die Bedeutung der Einbürgerungen derart hoch einstufen, wenn doch die Lizenz nicht zum politischen Mitbestimmen, sondern die Lizenz zum Autofahren eine Zulassung von viel grösserer Tragweite ist.

*Georg Kreis ist Präsident der Eidg. Kommission gegen Rassismus (EKR)*

## «Des chauffards des Balkans»

C'était à prévoir: après ces terribles accidents de la route, la nationalité des chauffards a été montée en épingle. Personne ne s'étonnera donc qu'une réaction succède à cette réaction et que l'on relève à quel point l'image des «chauffards des Balkans» pose problème. Mais ceux qui espèrent, en s'indignant comme il se doit, que le fait de considérer la statistique des accidents en fonction de la nationalité des chauffeurs sera qualifié de raciste ou à tout le moins de politiquement incorrect, risquent d'être déçus par la présente prise de position.

Laissons au chef de la police des routes de Saint-Gall le droit de faire de telles constatations. Mais lorsqu'il explique le phénomène observé par «une tendance culturelle au machisme», on pourrait s'attendre à des interprétations de source plus autorisée. Cela dit, les explications vont d'une mauvaise formation aux besoins de compensation en passant



Il capo della polizia stradale sangallese è naturalmente libero di fare constatazioni del genere. Quanto ai suoi tentativi di spiegazione del fenomeno («cultura impregnata di machismo»), sarebbe auspicabile che fossero lasciati agli organi designati. In ogni caso, la spiegazione che fa risalire il fenomeno ad una concatenazione di cause – cattiva formazione, sbocchi professionali fortemente ridotti e conseguente bisogno di rivalse – evidenzia l'importanza di una buona integrazione e la miopia di coloro che considerano l'integrazione un compito che riguarda esclusivamente gli immigrati. Anche se così fosse, l'esempio degli incidenti stradali mostra come un'integrazione non riuscita può avere conseguenze negative per chiunque.

Identificando i pirati della strada con gli immigrati di origine balcanica non peschiamo con troppa disinvoltura nell'immaginario più che centenario della «minaccia portata

dai popoli balcanici», semplicemente sostituendo il «volante» al «coltello»? E se già facciamo distinzioni per gruppi, non sarebbe il caso di stilare anche una statistica per Cantoni, intesa ad accertare ad esempio chi, tra i sangallese, gli argoviesi o i giurassiani, rappresenta il pericolo più grande al volante?

Allora si porrebbe però un problema di cui non si tiene conto nel caso degli stranieri: saremmo costretti a decidere se il criterio determinante è la cittadinanza, il domicilio o il luogo d'immatricolazione del veicolo. Il modo di vedere del capo della polizia stradale sangallese potrebbe comunque avere questo di positivo: ci spinge a riconsiderare l'importanza della naturalizzazione, vista la portata nettamente maggiore che ha la licenza di condurre rispetto al diritto di partecipare alla vita politica.

*Georg Kreis, presidente della Commissione federale contro il razzismo (CFR)*

# Medienmitteilungen

## Communiqués aux médias

### Comunicati stampa

#### Erleichterte Einbürgerungen

Die EKR begrüsst die Revision des Bürgerrechts, insbesondere die darin enthaltene Absicht, Jugendliche der zweiten Generation erleichtert und Angehörige der dritten Generation bei Geburt in der Schweiz einzubürgern. Die bürgerrechtliche Gleichstellung der jungen Menschen der zweiten und dritten Ausländergeneration mit den gleichaltrigen jungen Schweizerinnen und Schweizern ist ein langjähriges und breit unterstütztes Postulat. Sie müssen die Chance erhalten, in dem Land als gleichberechtigte Individuen zu leben, in dem sie aufgewachsen sind, dessen Landessprachen sie sprechen und wo sie die Schule besucht haben. Wiederholt haben fragwürdige Einbürgerungsverweigerungen gezeigt, dass einheimische Ausländerinnen und Ausländer auf Grund «falscher» Staatszugehörigkeit diskriminiert und in ihrer beruflichen Entfaltung eingeschränkt werden. Sie aussen vor zu halten, kommt einer aktiven Ausgrenzung gleich.

#### Naturalisations facilitées

La CFR soutient la révision du droit de cité, parce qu'elle facilite la naturalisation des jeunes de la deuxième génération et accorde la nationalité aux enfants de la troisième génération à leur naissance en Suisse. L'égalité de droit entre les jeunes étrangers de deuxième et troisième génération et les jeunes Suisses est revendiquée depuis longtemps par de larges couches de la population. Les jeunes étrangers de la deuxième et de la troisième génération qui parlent notre langue – ou notre dialecte – doivent disposer des mêmes droits que les indigènes dans le pays où ils ont grandi et dont ils ont fréquenté les écoles. A plusieurs reprises, des

demandes de naturalisation ont été rejetées uniquement en raison de la «mauvaise» origine des demandeurs. Il y a là une discrimination inacceptable qui porte entrave à leur vie professionnelle. Leur refuser le droit de cité revient à les exclure de la société.

#### Naturalizzazioni agevolate

La Commissione federale contro il razzismo (CFR) sostiene la revisione dei diritti di cittadinanza, che prevede in particolare la naturalizzazione agevolata per i giovani della seconda generazione e l'acquisizione della cittadinanza svizzera alla nascita per le persone della terza generazione. Da parecchi anni vi è un ampio consenso sull'esigenza di equiparare i giovani stranieri della seconda e terza generazione ai loro coetanei svizzeri. I giovani della seconda e terza generazione, che parlano le lingue nazionali, devono poter vivere nel Paese in cui sono cresciuti e in cui hanno frequentato le scuole beneficiando degli stessi diritti dei loro coetanei svizzeri. Come hanno dimostrato i diversi e discutibili casi di naturalizzazione negata, gli stranieri residenti in Svizzera provenienti da determinati Paesi vengono discriminati e penalizzati sul piano professionale. Non accoglierli come membri a pieno titolo della comunità nazionale significa emarginarli volutamente.

#### Rassistische Propaganda

Die Eidgenössische Kommission gegen Rassismus (EKR) wendet sich gegen die rassendiskriminierende Polemik im Vorfeld der Abstimmung über die eidgenössischen Einbürgerungsvorlagen vom 26. September 2004. Ein SVP-Plakat, auf dem verschiedenfarbige Hände nach Schweizer Pässen grei-

fen, macht unter anderem die Hautfarbe zum Einbürgerungskriterium. Nun diffamiert ein Inserat des «Überparteilichen Komitees gegen Masseneinbürgerungen» aus dem Kanton Zürich die Musliminnen und Muslime wegen ihrer angeblich höheren Geburtenrate als Bedrohung für die Schweiz. Die vordergründige Objektivität des Inserats darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass damit eine ganze Bevölkerungsgruppe diffamiert wird, deren einzige Gemeinsamkeit darin besteht, derselben Religionsgemeinschaft anzugehören. Wer systematisch Hetze gegen Minderheitengruppen betreibt, gefährdet ernsthaft den öffentlichen Frieden in diesem Land.

## Propagande raciste

La Commission fédérale contre le racisme (CFR) s'insurge contre la polémique raciste et discriminatoire soulevée dans le cadre de la campagne pour la votation du 26 septembre 2004 sur les projets de naturalisation facilitée.

Une affiche de l'UDC sur laquelle on peut voir des mains de différentes couleurs agrippant des passeports suisses fait de la couleur de la peau un critère de naturalisation. Une annonce récemment publiée par le «Comité contre les naturalisations en masse» du canton de Zurich accuse les musulmans de représenter une menace pour la Suisse en raison de leur taux de natalité prétendument élevé. La prétendue objectivité de l'annonce ne doit pas masquer le fait que tout un groupe de population, dont le seul point commun est d'appartenir à la même communauté religieuse, se voit diffamé. Quiconque pratique l'incitation systématique à la haine contre des groupes minoritaires menace sérieusement la paix publique dans notre pays.

## Propaganda razzista

La Commissione federale contro il razzismo (CFR) deplora e considera inaccettabili le argomentazioni discriminanti addotte in vista della votazione popolare del 26 settembre 2004 sulle naturalizzazioni agevolate.

In un manifesto dell'UDC, sul quale sono raffigurate delle mani di persone di diverse etnie che si allungano su un mazzo di passaporti svizzeri, il colore della pelle assurge a criterio per la naturalizzazione. Nel frattempo il «Comitato interpartitico contro le naturalizzazioni di massa» del Canton Zurigo ha pubblicato un'inserzione nella quale diffama i musulmani insinuando che costituiscono una minaccia per la Svizzera a causa del loro elevato tasso di natalità. L'apparente oggettività dell'inserzione non deve trarre in inganno sul fatto che è diffamato un intero gruppo della popolazione il cui unico denominatore comune è quello di appartenere alla stessa comunità religiosa. Chi fomenta sistematicamente sentimenti di ostilità verso le minoranze mette in serio pericolo la pace pubblica nel nostro Paese.



## Il sito della CFR ha cambiato veste

Le pagine web della CFR sono state completamente ridisegnate. La loro struttura e la loro impostazione grafica sono state adeguate alla nuova strategia internet della Confederazione che poggia su due elementi: gestione decentralizzata dei siti e accesso più semplice e diretto per gli utenti esterni. Anche i contenuti sono stati rielaborati. La CFR prevede altresì di aprire un portale in lingua inglese oltre a quelli attuali in tedesco, francese e italiano.

La presenza in internet è diventata un elemento fondamentale dell'attività di comunicazione della CFR. Il sito [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch) suscita grande interesse: l'anno scorso si sono contati oltre 100000 collegamenti da tutto il mondo, ad esempio dagli Stati Uniti, dal Sud Africa, dalle isole Vanuatu, da Trinidad e Tobago e dalle Filippine. Anche le pubblicazioni della CFR vengono ordinate sempre più spesso via internet.

*Gioia Weber, addetta alle pubbliche relazioni della segreteria della CFR*

### Neue Publikation

## «Sackgasse Rassismus» – Didaktische Anregungen

Das Lehrmittel gibt Schülerinnen und Schülern zwischen dreizehn und fünfzehn Jahren, aber auch den Lehrpersonen Arbeitsblätter in die Hand, die auffordern, sich aktiv mit Rassismus zu befassen und dabei eigenes Handeln selbstkritisch zu reflektieren. Das Dossier ist praxisorientiert und thematisiert verschiedene Formen des Rassismus, Antisemitismus und der Fremdenfeindlichkeit. Es setzt sich aus acht illustrierten Unterrichtseinheiten zusammen und macht Angaben zu weiterführender Literatur. Es gibt Antworten auf grundlegende Fragen wie «Was ist Rassismus?» oder «Wann ist eine Ideologie rassistisch?». Durch den einheitlichen Aufbau ist das Dossier handlich und regt die Benutzer und Benutzerinnen an, eigene Erfahrungen oder Erlebnisse mit einzubeziehen.

Dieses Lehrmittel existiert leider nur in deutscher Sprache. Es kann integral als pdf-Dokument von der Internetseite der EKR ([www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)) heruntergeladen werden.

Das Lehrmittel wurde von Angelica Wehrli im Auftrag der *Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus (EKR)* erstellt. Angelica Wehrli hat an der Universität Bern Ethnologie, Medienwissenschaften und Pädagogik studiert und im Oktober 2003 ihr Studium mit dem Lizentiat abgeschlossen.

*Gioia Weber, Verantwortliche für Öffentlichkeitsarbeit des Sekretariats der EKR*

*Nouvelle publication*

## «Le racisme: une impasse» – Aides didactiques

Le dossier veut fournir aux élèves âgés de 13 à 15 ans et aux enseignants des outils (fiches de travail) qui les encouragent à se confronter activement au racisme en les incitant à une réflexion autocritique sur leur propre manière d’agir. Il est axé sur la pratique et thématise différentes formes de racisme, d’antisémitisme et de xénophobie. Constitué de huit unités didactiques illustrées, il est complété par une bibliographie et fournit des réponses à des questions comme «Qu’est-ce que le racisme?» ou «Quand une idéologie est-elle raciste?» Grâce à sa structure uniforme, le dossier est facile à utiliser et incite élèves et enseignants à partager leurs propres expériences et leur vécu.

Ce texte didactique n’existe malheureusement qu’en allemand. On peut le télécharger (document pdf) à partir du site web de la CFR ([www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)).

Angelica Wehrli a établi ce dossier sur mandat de la Commission fédérale contre le racisme (CFR). Elle a étudié l’ethnologie, les sciences des médias et la pédagogie à l’Université de Berne où elle a obtenu sa licence en octobre 2003.

*Gioia Weber, responsable des relations publiques  
du secrétariat de la CFR*

*Nuova pubblicazione*

## «Razzismo: un vicolo cieco» – Spunti didattici

Il dossier contiene fogli di lavoro destinati a scolari, soprattutto a quelli tra i 13 e i 15 anni, e ai docenti per affrontare il problema del razzismo, migliorando la consapevolezza e anche la capacità critica sul proprio operato. Basato su aspetti concreti, il dossier affronta diverse forme di razzismo, antisemitismo e xenofobia. Si compone di otto lezioni illustrate con rimandi per approfondimenti ad altre opere di riferimento. Dà risposta a domande essenziali quali «cos’è il razzismo?» o «quando un’ideologia è razzista?». Grazie alla sua struttura unitaria, il dossier è di facile impiego e invoglia gli scolari a riflettere anche sulle esperienze personali. Si tratta di uno strumento scientificamente fondato, ma orientato alle situazioni della vita quotidiana!

Lo strumento didattico, disponibile purtroppo soltanto in tedesco, può essere scaricato nella versione integrale in formato PDF dal sito della CFR ([www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)).

Il dossier è stato allestito su mandato della Commissione federale contro il razzismo (CFR) da Angelica Wehrli, laureata nell’ottobre 2003 presso l’Università di Berna in etnologia, scienze della comunicazione e pedagogia.

*Gioia Weber, addetta alle pubbliche relazioni  
della segreteria della CFR*

# Fälle aus der Beratung

## Cas tirés de la pratique

### Casistica del servizio di consulenza

#### STTV zieht Benachteiligung für Nicht-EU-Angehörige zurück

Wie in TANGRAM Nr. 15 berichtet wurde, hatte der *Schweizerische Tischtennis-Verband STTV* an seiner technischen Generalversammlung vom Januar 2004 beschlossen, gleichzeitig mit der Lockerung der Zulassungsbestimmungen für Spielerinnen und Spieler aus EU-Staaten eine verschärfte Lizenzbestimmung für alle andern ausländischen Spielerinnen und Spieler einzuführen. Diese sollten den Ausländervermerk «E» in der Lizenz, der zum Beispiel von einer Teilnahme an Verbandsmeisterschaften ausschloss, permanent beibehalten müssen.

Nach Kontakten mit der Beratungsstelle der EKR reichten betroffene Spieler einen Rekurs gegen den ergangenen Beschluss ein. Die EKR ihrerseits wandte sich in einem Schreiben an den Vorstand. Der STTV liess daraufhin ein Rechtsgutachten von *Swiss Olympic* erstellen, das auf den Verlust wohlverworbener Rechte der lange ansässigen Spielerinnen und Spieler aus Nicht-EU-Ländern verwies. An der Generalversammlung der Delegierten vom 26./27. Juni kam der *Schweizerische Tischtennis-Verband* auf den damaligen Entscheid zurück: Dem Antrag der Referendumsinitianten wurde entsprochen; die benachteiligende Regelung für Nicht-EU-Bürgerinnen und -Bürger wird nicht eingeführt.

*Doris Angst, Leiterin des Sekretariats der EKR,  
Ausführende der Beratungsfunktion*

#### La FSTT lève les restrictions pour les ressortissants de pays non européens

Comme l'avait relaté TANGRAM N° 15, lors de son assemblée générale technique de janvier 2004, la *Fédération suisse de tennis de table FSTT* avait décidé d'assouplir les conditions d'affiliation pour les joueurs venant des Etats de l'UE et, dans le même temps, de les durcir pour tous les autres joueurs. Un «E» pour «étranger» aurait dû être apposé en permanence sur la licence de ces derniers, ce qui ne leur aurait plus permis de participer aux championnats de la fédération.

Après avoir pris contact avec le service de consultation de la CFR, les joueurs concernés ont déposé un recours contre cette décision. De son côté, la CFR a écrit au comité de la fédération. La FSTT a demandé à *Swiss Olympic* une expertise juridique qui a conclu à la perte de droits acquis par des joueurs provenant de pays non européens établis depuis longtemps en Suisse. A l'occasion de l'assemblée générale de ses délégués, les 26/27 juin, la fédération est revenue sur sa décision: la demande des recourants a été satisfaite; le règlement défavorable aux citoyens de pays non européens ne sera pas introduit.

*Doris Angst, responsable du secrétariat de la CFR  
et du service de consultation*

## La FSTT è tornata sui suoi passi

Come riferito nel numero 15 di TANGRAM, in occasione dell'Assemblea generale tecnica del gennaio 2004 la *Federazione svizzera tennis tavolo (FSTT)* aveva deciso di ammorbidire le disposizioni per l'affiliazione di giocatori provenienti dall'UE e di inasprire le condizioni per il rilascio delle licenze a tutti gli altri giocatori stranieri. Secondo le nuove norme, questi ultimi avrebbero ottenuto unicamente una licenza contrassegnata dall'indicazione «E», che di fatto non avrebbe più consentito loro di partecipare ad esempio ai campionati nazionali.

Dopo essersi rivolti al servizio di consulenza della CFR, alcuni giocatori direttamente toccati dal provvedimento hanno presentato ricorso. Dal canto suo, la CFR ha inoltrato una presa di posizione al comitato della federazione. La FSTT ha in seguito commissionato a *Swiss Olympic* una perizia giuridica dalla quale è emerso che la disposizione prevista priverebbe i giocatori extraeuropei residenti da tempo nel nostro Paese di diritti acquisiti. La FSTT è quindi tornata sulla sua decisione in occasione dell'Assemblea dei delegati del 26-27 giugno 2004 e ha dato seguito alla richiesta dei promotori del ricorso, che chiedevano la revoca della decisione, giudicata discriminatoria per i giocatori di Paesi non appartenenti all'UE.

*Doris Angst, direttrice della segreteria della CFR e addetta alla consulenza*

## Multiple Diskriminierung

An der UNO-Weltkonferenz gegen Rassismus in Durban (Südafrika) vom September 2001 wurde der Begriff der «multiplen Diskriminierung» geprägt. Gemeint ist damit eine sich vervielfachende und dadurch umso schmerzhaftere Ausgrenzung, zum Beispiel auf Grund des Geschlechts, der Hautfarbe und der sozialen Situation.

Der EKR wurde in diesem Jahr ein solcher Fall gemeldet. Zwei behinderte Männer dunkler Hautfarbe parkieren ihre Autos in einer Tiefgarage an Plätzen, wo sie möglichst praktisch vom Rollstuhl ins Auto umsteigen können. Immer wieder, fast täglich, finden sie die Windschutzscheiben ihrer Fahrzeuge voller Spucke vor. Da diese entwürdigende Verunreinigung jedoch keine eigentliche Beschädigung der Fahrzeuge darstellt, kann oder will die Polizei nicht eingreifen. Ebenso wenig unternimmt die Immobiliengesellschaft etwas zum Schutze der bei ihr eingemieteten, behinderten Fahrzeughalter.

Nach Meinung der EKR handelt es sich um eine böswillige und auf ihre Art sehr gewalttätige Handlung mit rassistischem Charakter, die zusätzlich auf die vielleicht verstärkte Wehrlosigkeit invalider Personen abzielt. Die beiden Opfer melden nach Beratung durch die EKR den Sachverhalt der Bezirksanwaltschaft.

*Doris Angst, Leiterin des Sekretariats der EKR, Ausführende der Beratungsfunktion*

## Discrimination multiple

Utilisé officiellement lors de la Conférence mondiale de l'ONU contre le racisme qui s'est tenue à Durban (Afrique du Sud) en septembre 2001, le terme de «discrimination multiple» désigne une exclusion cumulative et d'autant plus douloureuse, basée par exemple à la fois sur le sexe, la couleur de la peau et la situation sociale.

Un tel cas a été signalé à la CFR cette année. Il s'agit de deux hommes handicapés à la peau foncée qui garent leur voiture dans un parking souterrain sur des places où ils peuvent facilement passer de leur chaise roulante à la voiture. Fréquemment, presque quotidiennement, ils retrouvent leur pare-brise souillé par des crachats. Or, la police ne peut ou ne veut pas intervenir, car ces souillures dégradantes ne représentent pas à proprement parler des dommages au véhicule. La société immobilière ne fait rien non plus pour la protection de ses locataires handicapés.

De l'avis de la CFR, il s'agit d'actes de méchanceté à caractère raciste, très violents à leur manière, visant des personnes invalides qui ne peuvent pas se défendre. Sur le conseil de la CFR, les deux victimes ont signalé les faits au procureur de district.

*Doris Angst, responsable du secrétariat de la CFR et du service de consultation*

## Discriminazione multipla

Coniato in occasione della Conferenza mondiale dell'ONU contro il razzismo, tenutasi a Durban in Sud Africa nel settembre 2001, il termine «discriminazione multipla» designa l'emarginazione cumulativa, e per questo ancora più dolorosa, per fattori legati per esempio al sesso, al colore della pelle o allo statuto sociale.

Nel corso di quest'anno, alla CFR è stato segnalato un caso di discriminazione multipla ai danni di due uomini di colore, entrambi disabili, che parcheggiano le loro auto in un'autorimessa, in un'area che consente loro di accedere facilmente dalla vettura alla sedia a rotelle e viceversa. Quasi ogni giorno i due uomini trovano il parabrezza imbrattato di sputi. Per quanto umiliante, questo fatto non costituisce un danno ai veicoli per cui la polizia non può (o non vuole) intervenire. Analoga la reazione della società immobiliare, alla quale i due uomini pagano l'affitto per i parcheggi.

Secondo la CFR, gli sputi costituiscono un'aggressione a sfondo razzista, meschina e brutale, perpetrata ai danni di persone rese ancora più vulnerabili dalla loro disabilità. Su consiglio della CFR, i due uomini hanno denunciato il fatto alla pretura distrettuale.

*Doris Angst, responsabile della segreteria della CFR e addetta alla consulenza*

## Rassistische Konflikte im Gesundheitsbereich

Im Gesundheitsbereich können rassistische Konflikte verschiedene Charakteristika aufweisen. Einerseits ist die Verletzlichkeit von Kranken und alten, gebrechlichen Menschen besonders gross. Die eigene Verunsicherung kann rasch zum Abspulen von Vorurteilen den anderen gegenüber führen. Andererseits sind Spital- und Pflegestrukturen stark hierarchisch gegliedert, was zu Machtgefällen führt, die in Diskriminierung münden können. Eine Machtsituation ergibt sich auch aus dem Verhältnis zwischen Pflegepersonen und Patientinnen und Patienten – allerdings nicht nur einseitig.

Konkret sind der EKR folgende Konfliktfälle zugetragen worden:

- Ein tamilischer Blutspender wurde beim Blutspendedienst abgewiesen. Er fasste dies als eine Abweisung auf Grund seiner Hautfarbe und ethnischen Herkunft auf, was einer Diskriminierung gleichkäme. Über eine Mediation konnte die Angelegenheit jedoch als Missverständnis aufgelöst werden: Der Mann war an jenem Tag aus rein organisatorischen Gründen abgewiesen worden, hatte dies jedoch als prinzipielle Ablehnung seiner Person verstanden.
- Eine brasilianische Bewerberin um einen Hauspflegeposten wird mit dem Hinweis abgewiesen, man könne den alten Patientinnen und Patienten den Kontakt mit einer schwarzen Pflegerin nicht zumuten. Der Fall konnte im Nachgang mit dem Arbeitgeber bearbeitet werden.
- Ein Patient in der allgemeinen Abteilung beschimpft einen dunkelhäutigen Mit-

patienten rassistisch und weigert sich, mit diesem im gleichen Zimmer zu liegen. Durch Verlegung des ausfälligen Patienten in ein anderes Zimmer konnte die Situation entschärft werden.

- Eine Pflegerin türkischer Abstammung fühlt sich durch eine Verunglimpfung ihres Vornamens, ausgeführt von Berufskolleginnen, so nachhaltig betroffen, dass sie den Vornamen ablegt.

Die Fälle zeigen, dass die allgemein in der Gesellschaft vorhandenen Vorurteile und Stereotypen auch in der spezifischen Situation von Kranksein, Pflege, Arbeitsverhältnissen und Abhängigkeiten auftauchen. Sensibilisierung gegen Diskriminierungen ist im Gesundheitsbereich deshalb genauso angebracht wie in andern gesellschaftlichen Bereichen auch.

*Doris Angst, Leiterin des Sekretariats der EKR,  
Ausführende der Beratungsfunktion*

## Conflits dus au racisme dans le domaine de la santé

Dans le domaine de la santé, les conflits dus au racisme peuvent présenter différentes caractéristiques. D'une part, les malades âgés et fragiles sont particulièrement vulnérables, et leur propre insécurité peut facilement les amener à ressortir tous leurs préjugés à l'encontre des autres. D'autre part, les structures hospitalières et sanitaires sont très hiérarchisées, ce qui entraîne des disparités de pouvoir susceptibles de déboucher sur des discriminations. Un rapport de force peut aussi s'établir entre personnel soignant et patient(e)s, mais il n'est pas à sens unique.

Concrètement, les cas de conflits suivants ont été soumis à la CFR:

- Un donneur de sang d'origine tamoule a été refusé au service de don du sang. Il a pris ce refus pour un rejet dû à la couleur de sa peau et à son origine ethnique et par conséquent pour une discrimination. Cependant, grâce à un entretien de médiation, cet incident s'est révélé être un malentendu. Ce jour-là, l'homme avait été renvoyé uniquement pour des motifs d'organisation, et non pour des raisons liées à sa personne.
- Une Brésilienne qui se présentait pour un poste dans le domaine des soins à domicile a été écartée pour la raison qu'on ne pouvait pas attendre des personnes âgées qu'elles acceptent le contact avec une infirmière de couleur. Ce cas a pu être discuté ensuite avec l'employeur.
- En division commune, un patient a proféré des insultes racistes à l'encontre d'un autre patient à peau foncée, refusant de rester dans la même chambre que lui. La situation

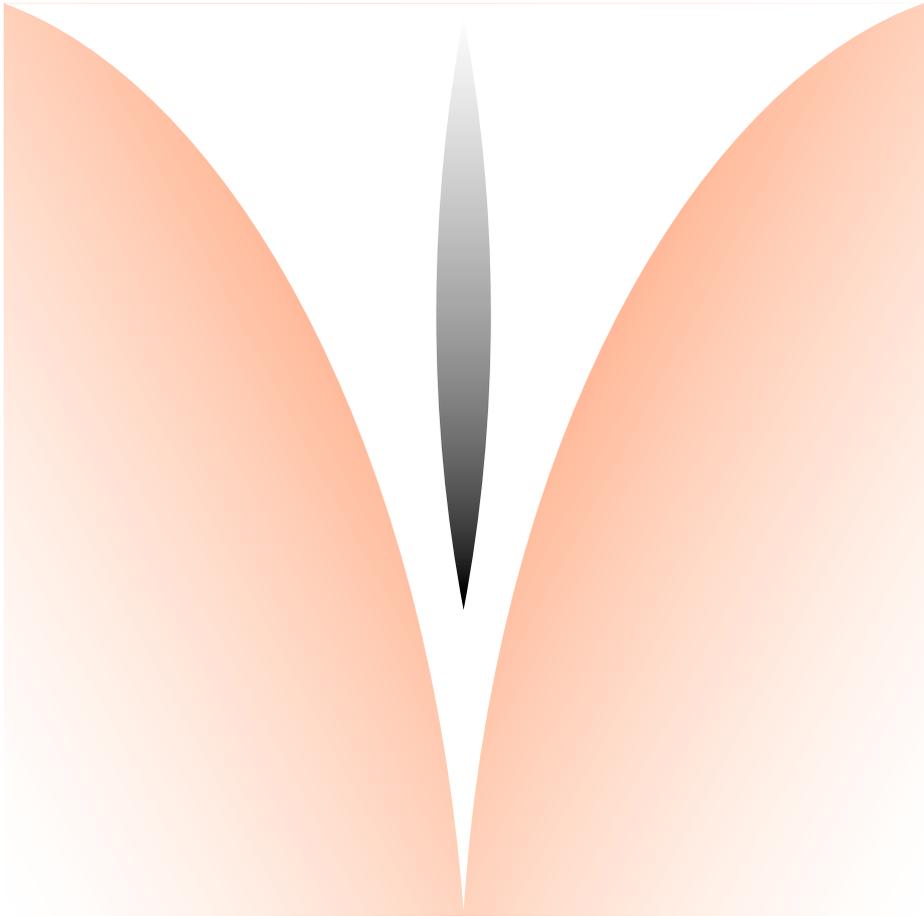
s'est détendue lorsqu'on a transféré ce patient agressif dans une autre chambre.

- Une infirmière d'origine turque s'est sentie si humiliée par la façon dont ses collègues de travail déformaient son prénom qu'elle a fini par y renoncer complètement.

Ces cas montrent que dans le secteur de la santé comme dans les autres domaines de la société, le travail de sensibilisation est fondamental pour lutter contre les préjugés et les stéréotypes les plus répandus.

*Doris Angst, responsable du secrétariat de la CFR et du service de consultation*





# Rassismus gefährdet die Gesundheit

Anne Kilcher

**Rassismus bzw. rassistische Diskriminierung können sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Forschungsergebnisse zeigen, dass psychische Störungen, aber auch Bluthochdruck, Atem- oder Herzerkrankungen mit erfahrener Rassismus in Zusammenhang gebracht werden können. Eine besondere Rolle spielt dabei die Gesundheitsversorgung, die nicht nur Rassismus-Betroffene als Patientinnen und Patienten versorgt, sondern selbst Schauplatz von Rassismus und Diskriminierung sein kann.**

In den letzten Jahren wurden im Rahmen der Strategie «Migration und Gesundheit 2002–2006» des Bundes Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit untersucht. Studienergebnisse zeigen, dass nicht die Migration, sondern belastende Begleitumstände ebendieser die Gesundheit beeinträchtigen können. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass sich Migrantinnen und Migranten, verglichen mit der restlichen Bevölkerung, kränker fühlen.<sup>1</sup> Belastungsfaktoren im Migrationskontext können schwierige Lebensbedingungen in der Aufnahmegesellschaft wie problematische Arbeits- und Wohnverhältnisse, ein tiefer sozioökonomischer Status, eine unsichere Aufenthaltssituation, soziale Isolation, aber auch ein erschwerter Zugang zur Gesundheitsversorgung sein (Weiss 2003). Erfahrene Ablehnung und Ausgrenzung in der Aufnahmegesellschaft bzw. Rassismus oder rassistische Diskriminierung gehören ebenso zu derartigen Belastungen. Es stellt sich nun die Frage, wie krank machend Rassismus und Diskriminierung sein können.

## Auswirkungen von rassistischer Diskriminierung

Gesundheit ist laut der WHO-Definition «ein Zustand des vollständigen körperlichen,

geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen». In der Verfassung der WHO heisst es des Weiteren, dass der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes «eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung» bilde (WHO 1946, für die Schweiz 1948 in Kraft getreten). Abgeleitet von diesem Gesundheitsverständnis wird eine Person, die Rassismus<sup>2</sup> oder rassistische Diskriminierung<sup>3</sup> erfährt, in ihrem Wohlergehen und somit in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Anders formuliert kann Rassismus als Krankheitsursache bezeichnet werden. Dies wird von verschiedenen Studien aus dem anglophonen Sprachraum belegt, die mit dem Ziel durchgeführt wurden, direkte und indirekte Auswirkungen von Rassismus bzw. rassistisch motivierter Diskriminierung auf die Gesundheit zu untersuchen.<sup>4</sup>

Verschiedene britische und US-amerikanische Querschnittstudien belegen, dass Rassismus und rassistische Diskriminierung die Gesundheit des Opfers negativ beeinflussen können.<sup>5</sup> In den Studien wurde nachgewiesen, dass wahrgenommene rassistische Diskriminierung zu erhöhtem Stress und somit zu mehr stressbezogenen Krankheiten wie Bluthochdruck, Atem- und Herzerkrankungen oder Problemen des Nervensystems führen können. Auch können ein niedrigeres Geburtsgewicht bei Kindern von diskriminierten Müttern, häufigere krankheitsbedingte Absenzen sowie vermehrt Depressionen, Psychosen, Ängste, Sorgen sowie Minderwertigkeits- und Ohnmachtsgefühle die Folge sein (Karlsen & Nazroo 2002, Krieger 2000, McKenzie 2003). Das Ausmass der direkten Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit hängt von der Art, Häufigkeit und Dauer der Belastungen (akut oder

chronisch), aber auch vom Vorhandensein von *Coping*-Möglichkeiten wie persönlichen Ressourcen oder tragfähigen Beziehungen ab.

### Indirekte Folgen von Rassismus

Nicht immer kann Rassismus direkt mit einer Erkrankung in Zusammenhang gebracht werden. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn Rassismus Ursache von belastenden Lebensbedingungen ist, die langfristig die Gesundheit beeinträchtigen können. Rassismus beeinflusst die Gesundheit somit indirekt negativ. Als Beispiel können problematische Arbeitsbedingungen vieler Migrantinnen und Migranten angeführt werden, die oft körperlich belastend, wenig qualifiziert bzw. repetitiv sind und Unfälle, Verletzungen oder Armut begünstigen können. Die Tatsache, dass Migrantinnen und Migranten häufig solche Arbeiten ausüben, hat mit dem tiefen sozioökonomischen Status oder einer geringen Schulbildung zu tun. Oft erleben sie aber auch direkte und indirekte Formen von (rassistischer) Diskriminierung beim Zugang zum Arbeitsmarkt (und zu qualifizierten Stellen) oder am Arbeitsplatz, indem Migrantinnen und Migranten auf Grund ihrer Herkunft, ihres Namens oder ihres Aussehens gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen, z.B. in Bezug auf den Lohn, die Beförderungsmöglichkeiten oder Weiterbildungen, benachteiligt sind.

In Hinblick auf diese indirekten Auswirkungen macht es Sinn, die kausale Korrelation von Rassismus und Gesundheit in den grösseren Kontext soziogenetischer Krankheitsfaktoren zu stellen. Dadurch wird Rassismus als einer von vielen negativen sozialen Einflüssen betrachtet, die sich oft gegenseitig verstärken (Weiss 2003).<sup>6</sup> Wie eingangs erwähnt und am Beispiel der Arbeitsbedingungen aufgezeigt, kommt es im Migrationskontext oft zu einem komplexen Zu-

sammenspiel verschiedener Belastungsfaktoren, die Krankheiten hervorrufen können. Dabei geht das Krankheitsspektrum über stressbezogene Krankheiten wie Bluthochdruck, starkes Rauchen oder psychischen Stress hinaus, indem auch Unfälle, körperlicher Verschleiss, gesundheitliche Folgen schlechter Wohnsituationen oder Fehlnahrung auf Grund von Armut indirekte Auswirkungen von Rassismus sein können (Krieger 2000).

### Rassismus in der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung eignet sich, um die komplexen Zusammenhänge zwischen Rassismus und Gesundheit zu veranschaulichen. Denn diese ist nicht nur Ort, wo die erwähnten Krankheiten behandelt werden, sondern sie ist auch Schauplatz für verschiedene Rassismusformen.

So ist in der Gesundheitsversorgung häufig institutioneller Rassismus anzutreffen. Laut dem Macherson-Report (über Rassismus bei der Polizei) stellt institutioneller Rassismus «das kollektive Versagen einer Organisation» dar, «Personen wegen ihrer Hautfarbe, Kultur oder ihres ethnischen Ursprungs angemessene und professionelle Dienste bereitzustellen» (Randall 1993). Ursachen dafür sind scheinbar neutrale Vorschriften und Praxen, die zu einer Benachteiligung der betreffenden Personengruppe führen. Institutioneller Rassismus ist schwer nachweisbar, da er oft weder von Opfern noch von «Tätern» als solcher erkannt wird. Er trifft zum einen Patientinnen und Patienten, die einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu deren Leistungen haben (z.B. durch fehlende Bereitschaft der Dolmetscherfinanzierung). Zum andern kann auch medizinisches Personal damit konfrontiert sein, indem es zu institutioneller Diskriminierung am Arbeitsplatz kommt

## Rassismus als Krankheits- ursache

(zum Beispiel Nichtanerkennung von Diplomen von Ärztinnen und Ärzten aus früher so genannten «Drittworldländern»).

Direkte (rassistische) Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung ist ebenso möglich. Bei betroffenen Patientinnen und Patienten kann dies absichtlich unterlassene Informationen oder Leistungen umfassen, was sich gravierend auf die Gesundheit auswirken kann (McKenzie 2002). Verschiedene US-amerikanische Studien wiesen beispielsweise nach, dass die afroamerikanische Bevölkerung eine schlechtere medizinische Versorgung bei Herzkrankheiten (z.B. weniger Bypass-Operationen), bei Nierenversagen, Blasenkrebs und Lungenentzündung erhält als weiße US-Amerikanerinnen und -Amerikaner (Bhopal 1998). Bei Mitarbeitenden kann sich Rassismus als Mobbing oder verbale Beleidigungen seitens von Arbeitskolleginnen, aber auch von Patienten – beiderlei Geschlechts – äussern.

Ein weiterer Aspekt ist Rassismus in der Medizin. Davon ist die Rede, wenn genetische Faktoren für rassistische Unterschiede in der Gesundheit verantwortlich gemacht werden, wobei gewisse ethnische Gruppen als biologisch schwächer bezeichnet werden. Ein solcher Ansatz beschränkt sich leider nicht nur auf historische Auffassungen während der Kolonialzeit oder im Dritten Reich. Er ist – wenn auch in stark abgeschwächter Form – Ausgangspunkt verschiedener US-amerikanischer Studien, die Unterschiede im Gesundheitszustand unterschiedlicher ethnischer Gruppen (*Races*) messen und biologistisch und kulturalisierend erklären (Bhopal 1999). Die Verknüpfung von Rassismus und Gesundheit birgt also die Gefahr, dass bewusst oder unbewusst eine Verbindung zwischen (gene-

tischer) Morbidität mit bestimmten ethnischen Gruppen hergestellt wird.

### Fazit

Gesundheitliche Auswirkungen von Rassismus werden am besten vor dem Hintergrund verschiedener Wirkungszusammenhänge betrachtet. Das ist möglich, indem Rassismus als einer von vielen soziogenetischen Krankheits- und Belastungsfaktoren aufgefasst wird, wie sie im Migrationskontext häufig auftreten. Die akuten oder chronischen Stressoren beeinflussen sich gegenseitig negativ und beeinträchtigen die Gesundheit Betroffener – unabhängig davon, ob sie direkt oder indirekt wirken.

Krankheit als Folge von Rassismus und Diskriminierung kann verallgemeinernd als Verstoss gegen die Menschenrechte interpretiert werden, was im Falle von verhinderter Behandlung zusätzlich Patientenrechte verletzt. Deshalb müssen auf verschiedenen Ebenen Massnahmen in Form einer breit angelegten Sensibilisierung ergriffen werden. Ziel dabei ist, Entscheidungs- und Machtträger aus Politik und Wirtschaft auf das Vorhandensein und die Folgen von Rassismus und rassistischer Diskriminierung, insbesondere der institutionellen Form, aufmerksam zu machen. Dabei geht es um Massnahmen zur Verbesserung des gesundheitlichen Wohlergehens und zur Ressourcenstärkung von Opfern. Einerseits sollen bisherige Bestrebungen zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Migrantinnen und Migranten weiter gefördert werden. Andererseits ist es nötig, vermehrt und niederschwellig über das Vorhandensein von Opferbetreuungsstellen zu informieren.

Hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ist es besonders wichtig, dass eine Sensibilisierung für die Problematik stattfindet. Dazu

bedarf es gezielter Weiterbildungen auf unterschiedlichen Hierarchiestufen und in allen Fachbereichen. Diese zielen darauf ab, Massnahmen zur aktiven Rassismusbekämpfung zu vermitteln sowie aufzuzeigen, wie man die Situation in der Gesundheitsversorgung durch transkulturell kompetentes Verhalten langfristig verbessern könnte. Solche Massnahmen sind auch deshalb wichtig, weil Migrantinnen und Migranten bereits in anderen Lebensbereichen Rassismus und Diskriminierung erfahren. Zumindest in der Gesundheitsversorgung, wo die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit das Ziel ist, sollten sie möglichst davor geschützt werden.

*Die Ethnologin Anne Kilcher arbeitet im Zentrum für Migration und Gesundheit des Schweizerischen Roten Kreuzes, Fachbereich Bildung und Gesundheitsförderung. Dort ist sie für Weiterbildungen zu den Themen «Rassismus und Diskriminierung im Spital», «transkulturelle Teams», «transkulturelles Management» sowie «migrationsspezifische betriebliche Gesundheitsförderung» zuständig. Die Kurse werden für Betriebe sowie für Führungskräfte im Gesundheitsbereich angeboten.*

#### Literatur

Bhopal, R. 1998. *Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States*. In: BMJ 316, pp. 1970–73.

Bhopal, R. 1999. *Racism in medicine: The spectre must be exorcised*. In: BMJ 322, pp. 1503–04.

Calmonte, R., Spuhler, Th. & W. Weiss. 2000. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Karlsen, S. & J. Y. Nazroo. 2002. *Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups*. In: American Journal of Public Health 92 (4), pp. 624–31.

Krieger, N. 2000. *Discrimination and Health*. In: Berkman, L. F. & I. Kawachi (Hrsg.). *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 36–75.

<sup>1</sup> So ergab die schweizerische Gesundheitsbefragung 1997, dass sich Migrantinnen und Migranten einsamer fühlen, grössere psychische Probleme haben und über mehr körperliche Beschwerden berichten als die übrige Bevölkerung (Calmonte et al. 2000).

<sup>2</sup> Rassismus ist laut Albert Memmi (1994) «die verallgemeinerte und verabsolutierte Wertung tatsächlicher oder fiktiver Unterschiede zum Nutzen des Anklägers und zum Schaden des Opfers [...], mit der seine Aggression gerechtfertigt werden soll».

<sup>3</sup> Von rassistischer Diskriminierung ist dann die Rede, wenn Personen auf Grund biologischer oder kultureller Merkmale in vergleichbaren Situationen ungleich behandelt werden.

<sup>4</sup> Einschränkung ist anzumerken, dass die Forschung zu Rassismus und Gesundheit noch in den Kinderschuhen steckt und dass es sich bei den meisten Studien um sekundäre Analysen handelt (McKenzie 2003).

<sup>5</sup> Für eine Übersicht zu Studien zu rassistischer Diskriminierung und Gesundheit siehe Krieger 2000.

<sup>6</sup> Eine solche Verallgemeinerung macht auch deshalb Sinn, weil Untersuchungen ergaben, dass die Folgen von Diskriminierung dieselben sind, unabhängig davon, ob die Diskriminierung rassistisch motiviert ist oder sich auf das Geschlecht oder die sexuelle Orientierung bezieht. Mehrfachdiskriminierung (z. B. als Frau und als Migrantin) hat eine Verstärkung der Symptome zur Folge (vgl. Krieger 2000).

McKenzie, K. 2002. *Understanding Racism in Mental Health*. In: Bhui, K. (Hrsg.). *Racism and mental health: prejudice and suffering*. London: Jessica Kingsley.

McKenzie, K. 2003. *Racism and health: Antiracism is an important health issue*. In: BMJ 326, pp. 65–66.

Memmi, A. 1994 (1982). *Le racisme*. Paris: Gallimard.

Randall, V. R. 1993. *Racist health care: Reforming an unjust health care system to meet the needs of African-Americans*. In: Health Matrix, Spring, pp. 127–94.

Weiss, R. 2003. *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo-Verlag.

## Résumé

### Le racisme est dangereux pour la santé

Si une personne tombe malade parce qu'elle a été victime de racisme ou de discrimination, on peut, par extension, considérer aussi cette maladie comme une atteinte aux droits de l'Homme. Si, de surcroît, la personne ne reçoit pas le traitement nécessaire, on peut alors parler de violation des droits du patient. C'est pourquoi il faut mener à différents niveaux une vaste campagne de sensibilisation dont l'objectif est de rendre les décideurs et les responsables des milieux politique et économique attentifs à l'existence et aux effets du racisme et de la discrimination raciale, notamment sous leur forme institutionnelle. Il faut encourager les efforts entrepris jusqu'à présent pour améliorer les conditions de vie des migrants et mieux informer ces derniers de l'existence des centres d'aide aux victimes tout en leur facilitant l'accès à ces centres. La sensibilisation est en outre particulièrement importante dans le secteur de la santé et des soins. Il faut offrir des cours de formation continue au personnel de ce domaine aux différents échelons de la hiérarchie et dans toutes les spécialités, pour montrer à la fois comment lutter activement contre le racisme et comment il est possible, en adoptant un comportement respectueux des autres cultures, d'améliorer sur le long terme la situation des migrants dans le domaine de la prise en charge sanitaire. Car c'est autant que possible dans ce domaine, consacré au maintien et au rétablissement de la santé, qu'il faudrait protéger les migrants du racisme et de la discrimination.

## Riassunto

### Il razzismo nuoce alla salute

Una persona che si ammala a seguito di atti di razzismo o discriminazione può essere considerata lesa nei suoi diritti umani non solo per l'atto in sé, ma anche per la malattia contratta. Se poi le viene anche negato l'accesso alle cure, si ha altresì una violazione dei suoi diritti di paziente. Per prevenire questo rischio s'impone una vasta e capillare campagna di sensibilizzazione, volta a richiamare l'attenzione dei responsabili del mondo politico ed economico sulla diffusione e gli effetti del razzismo e della discriminazione razziale, in particolare in ambito istituzionale. Occorre inoltre proseguire le attività intraprese per migliorare le condizioni di vita dei migranti, come pure intensificare e rendere più capillare l'informazione sulle possibilità di assistenza offerte alle vittime. La sensibilizzazione è particolarmente importante nell'assistenza sanitaria. In questo ambito occorre organizzare corsi per personale di vari livelli gerarchici e di ogni disciplina che illustrino le possibilità per lottare attivamente contro il razzismo e mostrino come, con un comportamento rispettoso delle altre culture, sia possibile migliorare a lungo andare la situazione nell'assistenza sanitaria. Almeno in questo settore, votato com'è alla conservazione e al ristabilimento della salute, i migranti dovrebbero essere al riparo da atti di razzismo e discriminazione.

# Torture, soins et racisme

Marco Vannotti et Silvia Schutzbach

**Les réfugiés victimes de torture rencontrent souvent de nouvelles formes de discrimination dans leur pays d'accueil, y compris de la part du personnel soignant. Cumulant les facteurs de vulnérabilité, ils hésitent à recourir à un médecin ou peuvent se montrer réticents aux traitements proposés. Il importe dès lors que le médecin établisse une relation de confiance avec son patient afin de lui assurer une protection. Une attitude trop neutre risque de conduire les migrants à de nouvelles expériences traumatiques.**

La torture est définie comme «l'administration délibérée, systématique ou gratuite de douleurs physiques et mentales de la part d'une ou plusieurs personnes qui agissent seules ou sous les ordres d'une autorité, afin de forcer une autre personne à donner des informations ou à rendre une confession ou pour toute autre raison» (Amnesty International, 1985). Elle est une œuvre de destruction de l'homme et des valeurs dont il est porteur: par la terreur, l'humiliation et la douleur infligées, le tortionnaire recherche l'annihilation et l'aliénation totale d'une personne. La torture mine profondément, chez la victime, la confiance en soi et en l'autre, car la violence est une forme de négation de l'autre. Pour celles et ceux qui en sont rescapés, la sensation de ne pas exister, jointe aux menaces de mort, rend la vie encore plus insupportable. La torture laisse des traces profondes et modifie durablement l'existence et l'univers relationnel du sujet. Le rapport d'Amnesty International 2001 souligne également le rôle de la discrimination dans la persistance de la torture. Pour un tortionnaire, il est plus facile de faire souffrir quelqu'un qui est considéré comme un déchet de l'humanité, que ce mépris soit de nature sociale, ethnique, politique ou de genre.

La discrimination fait le lit de la torture car elle fait apparaître la victime non pas comme un être humain, mais comme un objet qu'il est possible de traiter de manière inhumaine, raison pour laquelle les séquelles de la torture sont terribles et persistantes. Elles auront des implications médicales qui risquent de mettre à mal les savoirs des soignants – souvent insuffisamment préparés à saisir et à contenir l'indicible et la souffrance liés à l'expérience de la torture.

## Vulnérabilité particulière des femmes

Les réfugiés de guerre sont majoritairement des femmes et des enfants. Les femmes, victimes de torture, peuvent avoir subi les mêmes violences que les hommes. Les violences sexuelles sont chez elles deux fois plus fréquentes que chez les hommes. La violence sexuelle est une des formes les plus communes de torture relatée par les réfugiées. Même si le viol systématique des femmes a été désigné comme un crime de guerre par la Commission des droits de l'Homme des Nations Unies, peu d'entre elles admettent avoir subi des expériences de viol, les tabous culturels et la honte expliquant certainement un tel déni.

Lorsqu'elles arrivent dans un pays en paix, leurs peines ne sont point finies. Les expériences traumatiques, notamment sexuelles, retentissent sur elles – en raison de sentiments contrastés comme la honte et la haine – et sur leur vie familiale. La précarité de leur situation somatique, psychique et sociale les expose davantage au risque de devenir victimes de formes ordinaires de violence et de racisme. De plus, leur accès aux soins et aux mesures de protection est rendu bien plus difficile par les innombrables barrières linguistiques et culturelles, et la complexité du système de soins du pays d'accueil.

## Les séquelles de la torture auront des implications médicales.

Les femmes migrantes sans statut légal (les «sans-papiers») sont, quant à elles, d'autant plus vulnérables à toute forme de violence, de discrimination raciale et d'abus, qu'elles ne peuvent, au risque d'être expulsées, porter plainte ou défendre leurs droits.

### Formes de racisme à l'égard des migrants et des requérants d'asile

En Suisse, les populations de réfugiés, très hétérogènes, sont globalement peu intégrées (notamment dans le réseau de soins). On les accueille avec réticence, mais, dans certaines situations, on ne se prive pas de les exploiter. Par ailleurs, leur statut précaire peut les rendre corvéables à merci: beaucoup d'entre eux feraient n'importe quoi pour rester.

Ainsi, ayant voulu fuir la violence, les migrants et les réfugiés sont confrontés à une nouvelle violence, qui pourrait se révéler – sous d'autres formes – non moins dure ou humiliante. Car même si l'on considère l'avilissement, la menace vitale ou la pauvreté des conditions pré-migratoires, on peut craindre que les conditions post-migratoires, tout en garantissant une meilleure sécurité, puissent ne pas représenter nécessairement un gain dans le domaine général du respect des droits de l'Homme. Chaque migrant peut en effet être confronté à une violence inhérente à son statut; une violence sociétale et institutionnelle qui aura souvent raison de sa capacité d'adaptation.

### Faible tolérance de la part des soignants

Les soignants cultivent – à leur insu – des préjugés relevant justement des déterminants culturels de la violence, de la paresse, de la roublardise, de la «théâtralité» de l'expression de la souffrance. Pour les migrants, qui se sont vus contraints de quitter leur pays

à cause de la violence en l'occurrence, et de la misère, il est extrêmement dur d'être considéré dès le départ comme intrinsèquement violents ou abuseurs.

Pourtant, certains préjugés ont la «vie longue». Prenons l'exemple de celui qui consiste à admettre que les Turcs ont des méthodes d'éducation qui légitimeraient la violence: on entend affirmer que les Turcs frappent leurs enfants, que cela est inscrit dans leur culture. Si l'on peut se permettre une hypothèse psychologique, on pourrait avancer qu'une telle projection vise à faire endosser aux autres, aux «différents», l'ensemble des affects violents menaçant le propre moi idéal. L'autre pourra être perçu comme sale, simulateur, profiteur, infantile, méchant ou ignorant. Ces clivages interagissent avec des fantaisies narcissiques de type «groupal» entretenues par un dynamisme sociétal conflictuel institué par des frontières entre étrangers (résidents provisoires), réfugiés (accueillis assistés) et autochtones. Et ces attitudes qui caractérisent des formes ordinaires de racisme n'épargnent pas les soignants. Mais la méfiance se révèle être, pour ainsi dire, réciproque. Prenons en ce sens un exemple proche de notre pratique: si, pour la plupart de nos patients, la consultation médicale constitue un lieu rassurant et protecteur, pour les réfugiés et surtout pour les femmes réfugiées, le personnel médical peut être d'emblée suspecté comme un possible tortionnaire, violeur ou délateur. En effet, les professionnels de la santé du pays d'origine ont dérogé parfois à leurs devoirs et se sont transformés en tortionnaires ou délateurs. Toute figure d'autorité peut alors susciter, notamment chez des victimes de torture, de la méfiance, voire un sentiment d'angoisse ou de terreur.

## Des formes ordinaires de racisme

### La rencontre avec le système de soins

En raison d'un cumul de facteurs de vulnérabilité, la demande d'aide médicale peut dès le départ se révéler difficile pour celles et ceux qui sont victimes de violence. Ces patients peuvent se montrer sceptiques, méfiants et peu adhérents aux traitements proposés. Le médecin, même le plus clairvoyant et empathique, fera certainement des erreurs; la gentillesse, la participation chaleureuse se heurtant nécessairement aux vécus traumatiques des réfugiés. Or, c'est par sa façon d'être avec le malade, «que le médecin restitue à la personne qui a tendance à se parcelliser, son unité, sa dignité d'homme» (Cayol, 1980). En ce qui concerne le traitement des victimes de violence et de torture, le médecin peut éprouver des sentiments similaires à ceux des victimes elles-mêmes: peur, impuissance, nausée ou sidération, et pourrait être enclin à minimiser les faits et l'ampleur de la souffrance engendrée, se défendant ainsi contre des affects pénibles et difficiles à élaborer.

Par ailleurs, le médecin peut mettre en difficulté le migrant s'il prescrit – avant d'avoir établi un début de relation de confiance – des manœuvres diagnostiques intrusives comme une endoscopie, manœuvres qui pourraient raviver le souvenir de tortures ou de violences.

Il importe que le médecin ait une conscience lucide qui lui permette d'entrevoir qu'il sera amené à rencontrer, dans sa pratique, des migrants qui, même s'ils n'en parlent pas, ont été et sont confrontés au phénomène de la torture et de la violence. Si la violence reste cachée et méconnue, elle ne sera pas prise en compte. Souvent, lorsque les migrants demandent des consultations, ils le font pour des motivations qui ne concer-

### n'épargnent pas les soignants.

nent pas, de façon directe, leur expérience de torture ou de violence. Nous pouvons avoir le sentiment qu'ils viennent demander des certificats médicaux qui attestent la gravité de leur état, pour justifier devant les autorités compétentes de leur absolue nécessité de rester en Suisse. Mais c'est peut-être l'indicible qui demande à trouver une forme d'expression, un début de reconnaissance. C'est ainsi que la surdité et l'aveuglement du médecin deviennent – à son insu – une forme de racisme qui frappe celui qui est différent en raison de l'inhumanité de ce qu'il a subi, de la langue, de la culture ou du statut socio-économique.

De nombreuses études ont attesté que des difficultés de communication liées à la langue, à la culture et au statut juridique et social peuvent influencer de manière significative l'évaluation médicale, la prescription médicamenteuse au détriment de la relation «narrative», l'évolution de la maladie, la durée de l'hospitalisation, la consultation en urgence, l'hospitalisation non-volontaire et l'offre psychothérapeutique.

### Les responsabilités du médecin

L'orientation éthique de l'intervention médicale, la responsabilité dont le médecin est porteur, exigent de lui la capacité de discriminer entre le bien et le mal ou, en termes plus directement relationnels, le «bienfaisant» et le «malfaisant» pour le patient qui demande à être soigné. Le médecin devrait mieux connaître (anamnèse spécifique du migrant avec attention de genre) les souffrances de cette population.

Lorsque le médecin est confronté à l'histoire traumatique des réfugiés, on doit postuler qu'il entre dans son mandat d'intervenir, à chaque fois que la situation l'exige,

sans se réfugier derrière une position de stricte neutralité, pour assurer une certaine protection de ses patients.

## Conclusions

Il revient pourtant à la communauté de veiller à ce que la prise en charge des migrants et des réfugiés ne soit pas source de nouveaux traumatismes à leur égard. Les médecins peuvent y contribuer personnellement par trois voies: d'abord en *coopérant*, pour des raisons évidentes, avec d'autres intervenants du réseau de soins; en créant, ensuite, un climat de *confiance*, en offrant un environnement clinique sûr au patient; en prenant enfin une position claire contre toutes les formes de *racisme*. Rappelons que le devenir éthique du médecin est de respecter le principe de justice qui requiert que toute personne soit traitée de manière équitable.

*Marco Vannotti, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie est privatdocent à l'Université de Lausanne. Il est maître d'enseignement et de recherche au Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA), Service de psychiatrie de liaison, et à la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de l'Université de Lausanne.*

*Silvia Schutzbach travaille actuellement comme psychologue et chargée de recherche pour la santé publique à la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de l'Université de Lausanne. Elle a été engagée comme psychologue consultante à SOFIE (Solidarité avec les femmes immigrées et exilées), travaille comme psychothérapeute en cabinet privé et est chargée de recherches à l'Unité d'urgences psychiatriques (HUG) à Genève.*

## Bibliographie

Amnesty International. 1985. Declaration of Tokyo. Medical Codes and Declarations relevant to Health Professions. London: Amnesty International.

Weiss, R. 2003. Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo-Verlag.

Patsalides, BH., Moreno, A. et Liebschutz, J.M. 2003. *Immigrants, refugees, and survivors of torture*. In: Violence against women. Liebschutz, J., Frayne, S., and Saxe, G. (eds.). American College of Physicians, pp. 225–236.

Vermot-Mangold, R.-G. 2003. *La migration, un défi de société – ou la compétence transculturelle et de nouvelles perspectives!* In: SUVA Informations médicales, vol. 74, pp. 13–22.

Rey, H. et Rinaldi Baud, I. 2000. *Violence et accessibilité aux soins: vulnérabilités et ressources des soignants*. In: Médecine et Hygiène, vol. 58, pp. 1938–1942.

Cayol, R. L. 1980. *Le migrant et son médecin*. In: XXII<sup>e</sup> Colloque de la société de psychologie médicale de langue française. Marseille, 30–31 mai 1980, pp.1705–1715.

Kleinmann, A. 1977. *Lessons from a clinical approach to medical anthropology*. In: Medical anthropology newsletter, vol. 8, n° 4, pp. 11–15. Berkeley: University of California Press, journals division.

Eugster S. & Sabbioni M (1996). *Interactions of a history of migration with the course of pain disorder*. In: Psychosomatische Medizin, vol. 58–59, pp. 59–97.

Guex, P., Métraux, L., Singy, P. et al. 2003. *La médecine en quête d'interprètes*. In: Médecine et Hygiène.

Red, G. 1982. *Eine unheimliche Wirklichkeit. Lebensbelastungen von italienischen Gastarbeitern in der Schweiz*. In: Psychosozial, n° 16, vol. 5, pp. 112–125.

Testa Mader, A., Clerici, N., Degrate, A. 2002. Il punto di vista delle persone immigrate sul loro contatto con la psichiatria pubblica ticinese: problematiche, tipi di cure, soddisfazione e bisogni. Mendrisio: Dipartimento della sanità e della socialità, Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC), Centro documentazione e ricerca.

Weiss, R., Stucker, R. 1999. *Wenn Patienten und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen*. Konzepte zur Übersetzungspraxis. In: Sozial und Präventivmedizin, vol. 44, n° 6, pp. 257–263.

### Zusammenfassung

## Folter, Betreuung und Rassismus

Migrantinnen, Migranten und Asyl Suchende, die Gewalt, Verfolgung oder Folter überlebt haben, sind gezeichnet von physischen und psychischen Traumata, die dauerhafte Spuren hinterlassen. Nach der Ankunft im Aufnahmeland hört die gegen sie gerichtete Gewalt nicht unbedingt auf, denn die Einwanderung kann ihrerseits neue Formen von Gewalt, Diskriminierung und Rassismus generieren, die sich gegen Personen richtet, die durch ihre Erfahrungen vor der Migration bereits verletzt worden sind. Eine Reihe von Stressfaktoren wie z.B. die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus, soziale Isolation, prekäre finanzielle Verhältnisse, eine schwierige Wohnsituation, Sprachbarrieren, der schwierige Umgang mit Behörden oder Betreuenden usw. beeinträchtigen den Aufbau eines Gefühls von Sicherheit und Schutz. Letzteres ist aber notwendig für die gewollte Integration – gewollt durch das Solidaritätsprinzip, dem sich die Gesellschaft (vor allem im Hinblick auf die Ärmsten und Verwundbarsten) verpflichtet hat. Frauen und Kinder sind auf Grund ihres prekären Status eine besonders exponierte Zielgruppe für sämtliche Formen von Diskriminierung und Rassismus.

### Riassunto

## Tortura, cure e razzismo

I migranti e i richiedenti l'asilo sopravvissuti a violenze, persecuzioni o torture hanno sperimentato traumi fisici e psichici che hanno lasciato tracce. Una volta arrivati nel paese d'accoglienza, le violenze non cessano però necessariamente, in quanto l'immigrazione stessa può dar luogo a nuove forme di violenza, discriminazione e razzismo, che colpiscono individui già resi vulnerabili dalle loro esperienze pre-migratorie. L'incertezza sull'autorizzazione della permanenza, l'isolamento sociale, la precarietà, le difficoltà legate all'alloggio, le barriere linguistiche, la difficile comunicazione con le autorità amministrative o il personale curante sono altrettanti fattori di stress che non aiutano ad acquisire un sentimento di sicurezza e protezione, necessario per l'integrazione voluta dal principio di solidarietà che la nostra società rivendica, soprattutto per le fasce più vulnerabili e povere della popolazione. Le donne in particolare e i bambini sono esposti a ogni forma di discriminazione e razzismo a causa della precarietà della loro posizione.

# Gesundheit – ein Menschenrecht

Tarek Naguib

**Jeder Mensch hat ein Recht auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit. Dieses international gültige Menschenrecht schützt alle Personen in gleichem Masse, unabhängig davon, welche Farbe ihre Haut hat, welche Lebensform sie pflegen, welcher Ethnie sie entstammen, welchen nationalen Ursprung sie aufweisen oder welcher Glaubensrichtung sie sich zugehörig fühlen. Der Artikel diskutiert das Thema ausschliesslich aus einer juristischen Perspektive.**

Das Recht auf Gesundheit ist mehr als nur ein moralisches Postulat. Es umfasst ein vielschichtiges und komplexes Netz von unterschiedlichen Rechten und Pflichten, die das Individuum schützen und unterstützen und den Staat in die Verantwortung nehmen. Das Recht auf Gesundheit besteht einerseits aus rechtlich durchsetzbaren Freiheitsrechten und Minimalansprüchen, andererseits beinhaltet es Schutz- und Leistungspflichten, die unmittelbar oder durch langfristige Massnahmen (programmatisch) zu erfüllen sind und vor nationalen Gerichten grundsätzlich nicht eingeklagt werden können – es sei denn, es handle sich um justiziable<sup>1</sup> Teilgehalte des Rechts auf Gesundheit.

Zum Einstieg in die Thematik zuerst ein paar Fälle aus dem Alltag.

## Fälle zum Einstieg<sup>2</sup>

*Fall 1:* Eine dunkelhäutige, aus dem Sudan stammende, muslimische Frau und ein hellhäutiger Schweizer warten auf ein Spenderherz. Das frei werdende Organ wird dem Schweizer zugesprochen, obwohl sein eigenes, krankes Herz laut ärztlicher Prognose etwa drei Monate länger funktionstüchtig gewesen wäre als dasjenige der Frau.

*Fall 2:* Eine seit fünf Monaten in der Schweiz wohnhafte türkische Frau leidet an körperlichen Schmerzen und seelischen Spannungen. Sie konsultiert eine Schweizer Ärztin. Die Kommunikation zwischen der Patientin und der Ärztin ist schwierig. Die türkische Frau spricht schlecht Deutsch. Die Ärztin kann trotz intensiver Untersuchung keine Diagnose stellen, die auf einen Krankheitszustand hinweisen würde. Die Patientin geht frustriert nach Hause und meldet sich trotz Zunahme der Schmerzen und Spannungen nicht mehr.

*Fall 3:* Ein jüdischer Mann – langjähriger Mitarbeiter eines Reisebüros – wird täglich von seinem neuen Vorgesetzten schikaniert. Sprüche wie «Du musst doch als Jude gar nicht arbeiten, ihr habt ja sowieso genug Geld!» sind keine Seltenheit. Von einem Tag auf den anderen wird ihm gekündigt mit der Begründung, seine Arbeitsmoral sei schlecht. Er sieht keine Möglichkeiten, wie er sich gegen die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit aus antisemitischen Motiven ausgesprochene Kündigung wehren kann, denn klare Beweise für den rassistischen Hintergrund kann er keine erbringen. Der jüdische Mann findet während Monaten keine neue Arbeitsstelle und fällt in eine schwere Depression.

*Fall 4:* Ein «Sans-papiers» hat seit mehreren Tagen starke Magenkrämpfe. Er geht nicht zum Arzt, da er Angst hat, aus der Schweiz ausgewiesen zu werden. Dies hätte fatale Folgen für ihn: Da er homosexuell ist, würde er bei einer Rückkehr von seiner Familie und seinen Freunden verstossen. Eine Rückweisung ins Ursprungsland will er um jeden Preis verhindern.<sup>3</sup>

*Fall 5<sup>4</sup>:* Ein junger, aus Somalia stammender Mann flüchtet in die Schweiz. Durch einen Unfall wird er an Beinen und Armen

## Die Vertragsstaaten «[...] anerkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit».

gelähmt (Tetraplegie). Der Somalier wird in der Schweiz vorläufig aufgenommen (F-Bewilligung<sup>5</sup>), weil eine Wegweisung aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar ist. Nach drei Monaten Behandlung und Training im Zürcher Balgrist-Spital wird seine Rehabilitation von den zuständigen Ärzten für abgeschlossen erklärt. Durch eine engagierte Frau erhält er die Möglichkeit, ins Rehabilitationszentrum Nottwil zu gelangen. Im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten im Balgrist-Spital attestiert ihm dort der Chefarzt ein relativ grosses Potenzial zur Wiederherstellung bestimmter Körperfunktionen. Da der Patient einen F-Status hat, darf er aber nur im Kanton Zürich medizinische Leistung in Anspruch nehmen. Nottwil liegt im Kanton Luzern.

### Das Recht auf Gesundheit – justiziabler Anspruch oder Ziel?

Der für die Schweiz seit dem 18.9.1992 gültige UNO-Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19.12.1966 (UNO-Pakt I)<sup>6</sup> umschreibt in Art. 12 Abs. 1 das Recht auf Gesundheit als eine Verpflichtung, die sich an die Vertragsstaaten richtet: Diese «[...] anerkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit». In Absatz 2 desselben Artikels werden von den Vertragsstaaten Massnahmen verlangt:

- a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
- b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
- c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten sowie

d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Diese Aufzählung ist nicht abschliessend, sondern lediglich beispielhaft zu verstehen. Die Staaten sind verpflichtet, das Recht auf Gesundheit unter «Ausschöpfung aller [ihrer] Möglichkeiten [...] und [...] mit allen geeigneten Mitteln» zu verwirklichen.<sup>7</sup> Die Vertragsstaaten haben sich dadurch rechtlich gebunden, eine aktive Gesundheitspolitik zu verfolgen. Das Recht auf Gesundheit darf jedoch nicht dahingehend missverstanden werden, dass es ein Recht mit einschliesst, gesund zu sein. Eng mit dem Recht auf Gesundheit verknüpft sind das Recht auf Leben und das Folterverbot.<sup>8</sup>

Welche normative Wirkung entfaltet aber das in Art. 12 UNO-Pakt I niedergeschriebene Recht auf Gesundheit? Wer hat welche Pflichten zu erfüllen? Wem stehen welche Rechte zu?

### Das Recht auf Gesundheit nach UNO-Pakt I

Art. 12 UNO-Pakt I ist in erster Linie an die Staaten gerichtet. Auf einer ersten Ebene sind diese verpflichtet, *bestimmte Handlungen zu unterlassen*, welche die Gesundheit beeinträchtigen bzw. die sozioökonomischen und ökologischen Bedingungen für eine optimale Entfaltung der persönlichen Gesundheit negativ beeinflussen.<sup>9</sup> Man nennt diese Unterlassungspflichten aus der Sicht der Rechtsträger<sup>10</sup> Abwehransprüche. Beispielsweise sind dem Staat medizinische Experimente ohne Einwilligung der Betroffenen untersagt. Ebenfalls verboten sind zwangsweise Sterilisationen und Abtreibungen.<sup>11</sup>

# Internationale Instrumente Instruments internationaux Strumenti internazionali

*Das Recht auf Gesundheit wird in folgenden internationalen Konventionen geregelt:*

- *Art. 12 des UNO-Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UNO-Pakt I) beinhaltet das Recht auf Gesundheit.*
- *Art. 6 und 7 des UNO-Pakts über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II).*
- *Art. 2 und 3 der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) beinhalten ein Recht auf Leben und ein Folterverbot.*
- *Art. 5 des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (RDK) verbietet die rassendiskriminierende und rechtsungleiche Behandlung im Rahmen des Rechts auf Gesundheit.*

Tarek Naguib

*Le droit à la santé est régi par les conventions internationales suivantes:*

- *L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte I de l'ONU) mentionne le droit à la santé.*
- *Les articles 6 et 7 du Pacte de l'ONU relatif aux droits civils et politiques (Pacte II de l'ONU).*
- *Les articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) contiennent un droit à la vie et une interdiction de la torture.*
- *L'article 5 de la Convention internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CERD) interdit toute discrimination raciale et toute inégalité de droit au traitement dans le cadre du droit à la santé.*

Tarek Naguib

*Il diritto alla salute è disciplinato nelle seguenti convenzioni internazionali:*

- *l'articolo 12 del Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali (Patto ONU I) sancisce il diritto alla salute;*
- *gli articoli 6 e 7 del Patto internazionale relativo ai diritti civili politici (Patto ONU II);*
- *gli articoli 2 e 3 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) sanciscono il diritto alla vita e il divieto di tortura;*
- *l'articolo 5 della Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale vieta la discriminazione razziale e la disparità di trattamento in riferimento al diritto alla salute.*

Tarek Naguib

Einem Staat ist es zudem grundsätzlich nicht erlaubt, Patienten an ihrer freien Wahl der Therapieform zu hindern.<sup>12</sup> Solche Eingriffsverbote in die Freiheit einer Person gelten mit Ausnahme des Folterverbots nicht absolut. Eingriffe sind aber nur zulässig unter Berücksichtigung der Eingriffsschranken gemäss Art. 4 des UNO-Pakts I: Sie müssen gesetzlich vorgesehen sein, einen rechtlich legitimen Zweck verfolgen und verhältnismässig ausgeübt werden. Beispielsweise dürfen Heilmethoden dann untersagt werden, wenn eine kompetente medizinische Begleitung nicht garantiert werden kann.

Auf einer zweiten Ebene werden die Staaten verpflichtet, gesetzgeberische, administrative und weitere *Massnahmen zu treffen, damit der Einzelne vor negativen Einflüssen auf die Gesundheit durch hoheitliches und privates Handeln geschützt wird.*<sup>13</sup> Zu nennen ist hier beispielsweise die Pflicht der Staaten, strafrechtliche Bestimmungen einzuführen, welche Tötungen, Körperschädigungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen ab einer bestimmten Schwere unter Strafe stellen. Ein anderes Beispiel ist die im Arbeitsrecht festgehaltene Pflicht des Arbeitgebers, seine Arbeitnehmer vor gesundheitsschädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz zu schützen.

Eine weitere Schutzpflicht zwingt den Staat sicherzustellen, dass im Gesundheitswesen arbeitende Personen eine profunde Ausbildung aufweisen und ethische Grundsätze kennen. Hat ein Staat die entsprechenden Massnahmen noch nicht getroffen oder missachtet er sie, liegt in vielen Fällen eine Verletzung der in Art. 12 UNO-Pakt I verankerten Schutzpflicht vor.

Auf einer dritten Ebene ist es den Staaten *verboten, ein schon erreichtes Leistungsniveau abzubauen*, ausser wenn sie nachweisen können, dass der Rückschritt nicht vermeidbar ist oder anderweitig für Kompensation der Nachteile gesorgt wird.<sup>14</sup> Beispielsweise kann eine Erhöhung der Krankenkassenprämien durch finanzpolitische Überlegungen gerechtfertigt bzw. für diejenigen durch eine Steuererleichterung abgedeckt werden, die vom Abbau am meisten betroffen sind (Familien, Leute mit niedrigem Einkommen usw.). Ein Abschaffen von Spitälern, sodass die Bevölkerung eines ganzen Kantons keinen Zugang mehr zu einem eigenen Spital hätte, wäre wohl kaum zu rechtfertigen. Sogar simple Budgetstreichungen in der Aids- oder Suchtprävention unterliegen meines Erachtens einer Begründungspflicht. Auch ein Abbau im Umwelt- oder Konsumentenschutz muss – sofern dies eine Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung hat – im Licht des Rechts auf Gesundheit gerechtfertigt werden.

Auf einer letzten Ebene sind die Staaten verpflichtet, durch unterschiedliche Massnahmen gesetzgeberischer, administrativer und finanzieller Natur *Leistungen zu erbringen und auszubauen*. Hier ist beispielsweise an einen Ausbau des Leistungskatalogs im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung zu denken. Auch sind die Staaten verpflichtet, einen strategisch ausgerichte-

ten nationalen Aktionsplan zur Gesundheitspolitik auszuarbeiten und dessen Ziele rasch und effektiv umzusetzen. Ein Staat kann jedoch nicht dazu verpflichtet werden, seine Leistungen bis zu einem bestimmten Niveau auszubauen. Auch soll er den Einwohnerinnen und Einwohnern eine gewisse Selbstverantwortung über die eigene Gesundheit nicht abnehmen. Hingegen gibt es so genannte *Minimalansprüche*, die der Staat gewähren muss und bei deren Verletzung ein justiziabler Anspruch besteht. Die Schweiz ist dieser Pflicht durch die Verankerung des Rechts auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV) nachgekommen. Gemäss diesem Grundrecht auf Existenzsicherung hat jeder Mensch einen Anspruch auf eine grundlegende medizinische Versorgung<sup>15</sup>, die – klinisch erprobt – im Rahmen der bestehenden ambulanten oder stationären Infrastruktur grundsätzlich angeboten wird.<sup>16</sup> Zudem wird auch die Finanzierung im Einzelfall sichergestellt. Zu denken ist hier beispielsweise an einen auf der Strasse lebenden Drogenkranken ohne Krankenversicherung. Eine Verletzung dieses Rechts käme nicht nur einem Verstoss gegen das erwähnte, verfassungsrechtlich geschützte Grundrecht gleich, sondern wäre aus Sicht von Art. 12 UNO-Pakt I eine für Industrienationen kaum widerlegbare Vermutung einer Menschenrechtsverletzung. Alle andern *über die medizinische Grundversorgung hinausgehenden Leistungen* haben die Staaten «unter Ausschöpfung aller ihrer Möglichkeiten und mit allen geeigneten Mitteln zu verwirklichen».<sup>17</sup> Die Schweiz ist dem weitestgehend nachgekommen: beispielsweise hat sie ein Krankenversicherungssystem aufgebaut, ein flächendeckendes Angebot von qualitativ hochstehenden Arztpraxen und Spitälern sichergestellt und betreibt Sucht- und Aidsprävention. Zudem werden fast 100 Prozent der Bevölkerung mit qualitativ hochstehendem Trinkwasser

## Weltkonferenz gegen Rassismus von 2001

Vom 31. August bis 8. September 2001 fand in Durban (Südafrika) die dritte Weltkonferenz gegen Rassismus, Rassendiskriminierung, Fremdenfeindlichkeit und damit zusammenhängende Intoleranz statt. Sie endete mit der Verabschiedung einer Erklärung und eines Aktionsprogramms durch die anwesenden Staatendelegationen. Während sich die Erklärung primär dem historischen und politischen Kontext und den Zielen widmet, beinhaltet das Aktionsprogramm spezifische Aufforderungen an die Staaten, an verschiedene internationale Institutionen und nicht-staatliche Organisationen, diese Ziele umzusetzen.

Eines der Ziele ist es, Gruppen von Menschen, die ethnisch-kultureller Diskriminierung ausgesetzt sind, vor Diskriminierung im Bereich Gesundheit zu schützen (siehe Nr. 51 der Erklärung). Zur Umsetzung dieses Ziels verlangt das Aktionsprogramm Massnahmen auf nationaler und internationaler Ebene. Auf nationaler Ebene fordert es u. a.:

- die Sicherstellung gleicher Ansprüche aller Gruppen im Rahmen der Gesundheitsversorgung (Nr. 30);
- die Beseitigung der gesundheitlichen Unterschiede, die auf Rassendiskriminierung und Fremdenfeindlichkeit zurückzuführen sind (Nr. 109);
- wirksame Mechanismen zur Bekämpfung der Diskriminierung im Gesundheitswesen (Nr.110);

- das Ergreifen von Massnahmen, um den gleichberechtigten Zugang zu umfassender und hochwertiger, für alle erschwingliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Nr. 110);
- die Förderung der Ausbildung von Gesundheitspersonal, das einen vielfältigen Hintergrund hat (Nr. 110);
- die Zusammenarbeit aller involvierter Kreise, um den Gesundheitszustand in marginalisierten Gemeinschaften zu verbessern (Nr. 110);
- die Schaffung eines sicheren und gesundheitsfördernden Umfeldes für Opfergruppen (Nr. 110);
- den Zugriff auf Informationen über Gesundheits- und Umweltfragen (Nr. 111);
- den Austausch von Technologien und bewährten Praktiken zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit (Nr. 111).

Das Aktionsprogramm fordert die Staaten nachdrücklich auf, umfassende rechtliche Hilfe zum Schutz vor Rassendiskriminierung zur Verfügung zu stellen, z.B. den Opfern von Rassendiskriminierung, namentlich Opfern von Folter und Misshandlungen, den Zugang zu allen angemessenen rechtlichen Verfahren und kostenlosem rechtlichen Beistand zu erleichtern (Nr. 160–162).

Auf internationaler Ebene legt das Aktionsprogramm internationalen Organisationen nahe:

- Aktivitäten im Hinblick auf die Anerkennung der Auswirkungen von Rassismus, Rassendiskriminierung, Fremdenfeindlichkeit und damit zusammenhängender Intoleranz als wichtige soziale Bestimmungsfaktoren des körperlichen und geistigen Gesundheitszustandes und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung zu fördern und zu erarbeiten (Nr. 154),
- konkrete Projekte, darunter auch Forschungsarbeiten, durchzuführen, um faire Gesundheitssysteme für die Opfer zu gewährleisten (Nr. 154).

Die Erklärung und das Aktionsprogramm von Durban sind keine rechtlich verbindlichen Standards. Die Staaten verpflichten sich nicht, konkrete Resultate zu erbringen. Hingegen können sie als konkrete Vorschläge und Richtlinien betrachtet werden, wie die diskriminierungsfreie Sicherstellung des Rechts auf Gesundheit voll verwirklicht werden kann.

Die rechtlich verbindliche Pflicht der Staaten besteht hingegen darin, unter Ausschöpfung aller ihrer Möglichkeiten sofort und effektiv Massnahmen im Sinne des Aktionsplans von Durban zu treffen, um nach und nach mit allen geeigneten Mitteln die volle Verwirklichung der Ziele von Durban, namentlich die Gleichstellung aller ethnischen, nationalen, religiösen und kulturellen Minderheiten, im Gesundheitsbereich sicherzustellen.

Tarek Naguib

versorgt. Nach UNO-Pakt I ist das Recht auf Gesundheit somit weitaus mehr als die Regelung des Zugangs zu Arztpraxen, zu Spitälern oder Medikamenten. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, alle Massnahmen zu treffen, damit das Recht auf Gesundheit voll verwirklicht wird.<sup>18</sup> Eine Verletzung von Unterlassungspflichten ist, sofern sie nicht begründet und verhältnismässig ist, meist vor Gericht einklagbar.

Bei Leistungsabbau, Schutz- und Leistungspflichten ist die Situation komplexer: Die Möglichkeit einer Klage vor einem nationalen Gericht oder einem internationalen Überwachungsgremium ist beschränkt und muss jeweils im Einzelfall geprüft werden. Diskriminierungen durch staatliches Handeln können in jedem Fall eingeklagt werden.

### Diskriminierungsfreie Sicherstellung des Rechts auf Gesundheit

In Art. 2 Abs. 2 des UNO-Pakts I werden die Staaten verpflichtet «[...] zu gewährleisten, dass die in diesem Pakt verkündeten Rechte ohne Diskriminierung hinsichtlich der Rasse, der Hautfarbe, [...] der Religion, [...] der nationalen Herkunft [...] ausgeübt werden».

Zudem steht in Art. 5 des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (RDK), dass die Staaten «[...] das Recht jedes Einzelnen, ohne Unterschiede der Rasse, der Hautfarbe, des nationalen Ursprungs oder des Volkstums auf Gleichheit vor dem Gesetze [zu] gewährleisten [haben]».<sup>19</sup> Dies gilt unter anderem für das Recht auf effektive Gesundheitsfürsorge und ärztliche Betreuung.

Gemäss Sozialausschuss zählt das Sicherstellen des diskriminierungsfreien Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen, -gütern und

-dienstleistungen zu den *Kernverpflichtungen* der Staaten.<sup>20</sup> Unzulässig sind zudem Diskriminierungen im Rahmen der sich auf die Gesundheit auswirkenden Faktoren wie Zugang zu gesundem Wasser, Hygiene, Nahrung, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen und eine gesunde Umwelt.<sup>21</sup> Im Falle einer Diskriminierung im Einzelfall muss die innerstaatliche Rechtsordnung den Betroffenen Rechtsansprüche einräumen.<sup>22</sup> Auch Art. 6 RDK verpflichtet die Staaten, «wirksame Rechtsbehelfe [...] gegen alle diskriminierenden Handlungen [zu gewährleisten]». Besondere Bedeutung hat dieser Anspruch beispielsweise in der Transplantationsmedizin und in anderen Gebieten, wo knappe Ressourcen eine vollumfängliche Behandlung aller Patienten und Patientinnen verunmöglichen.<sup>23</sup> Dort, wo infolge von Ressourcenknappheit bestimmten Personen der Vorzug für ein Spenderherz gegeben werden muss, darf nur nach sachlichen Kriterien entschieden werden (vgl. dazu Fall 1).

Bei den *Abwehransprüchen* ist das Diskriminierungsverbot eine zusätzliche Schranke, die beachtet werden muss, bevor in das Recht auf Gesundheit eingegriffen werden kann. Schwarze, Juden, Kurden und Fahrende haben genauso das Recht, nicht gegen ihren Willen eine medizinische Untersuchung über sich ergehen lassen zu müssen. Da das Diskriminierungsverbot einen strengen Massstab an die Rechtfertigung bei einer allfälligen Ungleichbehandlung stellt, kann nur bei gewichtigen öffentlichen oder privaten Interessen eine Ungleichbehandlung auf Grund der Ethnie oder nationalen bzw. regionalen Herkunft menschenrechtskonform sein. Beispielsweise können Menschen aus Zentralafrika nicht ohne Rechtfertigung einem Aids-Test unterzogen werden. Hier würde allenfalls eine schwerwiegende Epidemie in den Herkunftsländern der Flüchtlinge

## Diskriminierungen durch staatliches Handeln können eingeklagt werden.

die Massnahme rechtfertigen. Ein solcher obligatorischer Test wäre aber möglicherweise unverhältnismässig und aus diesem Grunde menschenrechtswidrig. Auch traditionelle, durch andere Kulturen angewandte Heilpraktiken und Heilmittel dürfen nur unter Berücksichtigung der Eingriffsvoraussetzungen in Art. 4 UNO-Pakt I verboten bzw. eingeschränkt werden.

Auch beim *Leistungsausbau* und beim *Abbau eines bestehenden Leistungsstandards* muss das Diskriminierungsverbot berücksichtigt werden. Weder Ausbau noch Abbau darf diskriminierend vorgenommen werden.

Bei den *progressiv zu erfüllenden Leistungspflichten* – dem Ausbau des Leistungsstandards – müssen zudem gemäss Sozialausschuss in einem ersten Schritt besonders benachteiligte Personengruppen identifiziert und in einem zweiten Schritt gezielte staatliche Leistungen erbracht werden, damit diese benachteiligten Gruppen in ihrer Gesundheit genauso gut geschützt sind wie alle anderen. Dies fordert spezielle, auf die Gruppe ausgerichtete Massnahmen. In diesem Sinn argumentiert der Sozialausschuss, indem er verlangt, dass gezielt auf die Bedürfnisse der *most vulnerable groups* einzugehen ist. Die Staaten werden verpflichtet,

«(i) das Erkennen von Faktoren, die positive gesundheitliche Resultate begünstigen (wie z.B. Untersuchungen und Informationsbeschaffung), zu fördern;

(ii) sicherzustellen, dass Gesundheitsdienstleistungen kulturell angemessen sind und dass das Gesundheitspersonal genügend ausgebildet ist, um auf die spezifischen Be-

dürfnisse von verletzlichen oder marginalisierten Gruppen adäquat eingehen zu können;

(iii) sicherzustellen, dass sie [die Staaten] angemessene Informationen verbreiten betreffend Lebensstil im Bereich Gesundheit, Nahrung, verletzliche traditionelle Praktiken, und dass die Menschen in ihren Entscheidungen unterstützt und entsprechend informiert werden;

(iv) Menschen zu unterstützen, damit sie in der Lage sind, eine selbstständige Wahl bezüglich ihrer Gesundheit zu treffen.»<sup>24</sup>

Die Staaten sind somit verpflichtet, im Rahmen ihrer Gesundheitspolitik gezielt Massnahmen zu treffen, damit rechtliche und faktische Benachteiligungen vulnerabler Gruppen im Verhältnis zwischen Staat und Privatpersonen sowie im Verhältnis zwischen Privatpersonen abgebaut werden.

Staatliche Diskriminierungen bei Abwehransprüchen, Schutzpflichten, Leistungsausbau und Leistungsabbau müssen vor nationalen Gerichten eingeklagt werden können. Zudem kann letztinstanzlich der Ausschuss zur Beseitigung von Rassendiskriminierung (CERD, Überwachungsorgan der RDK) angerufen werden.

### Erfüllt die Schweiz ihre Pflichten?

In seinen Schlussbemerkungen zum ersten Staatenbericht der Schweiz<sup>25</sup> lobt der Sozialausschuss (Überwachungsorgan des UNO-Pakts I) den hohen Standard der Schweiz im Bereich des Gesundheitswesens.<sup>26</sup> Er moniert jedoch die hohen Krankenkassenkosten und das Fehlen einer Mutterschaftsversicherung. In diesem Zusammenhang – insbesondere wegen der hohen Gesundheitskosten – empfiehlt er der Schweiz, das Gesundheitssystem einer grundsätzlichen Überprüfung zu unterziehen. Er verlangt zudem

im nächsten Staatenbericht vertiefte Informationen über den mentalen Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz.<sup>27</sup> Im Bereich ethnisch-kultureller Diskriminierung stellt er keine expliziten Mängel fest. Auch der CERD hat in seinen Schlussbemerkungen zum zweiten/dritten Staatenbericht wenig zu beanstanden. Er bittet lediglich um Informationen über die geltende Gesetzgebung hinsichtlich des Verbots der Rassendiskriminierung im Gesundheitswesen.<sup>28</sup>

Dieser für die Menschenrechtslage in unserem Land positive Befund erscheint nicht weiter verwunderlich, sind wir doch ein Land mit hohem Wohlstand. Trotzdem sind Zweifel angebracht: Wird dieses scheinbar lupenreine Resultat unserer gesellschaftlichen Realität gerecht?

Die Schweiz statuiert in der Bundesverfassung ein Diskriminierungsverbot (Art. 8 Abs. 2 BV), welches dem Staat verbietet, in seinem Handeln zu diskriminieren. Das Diskriminierungsverbot ist ein selbstständiges Grundrecht, welches ethnisch-kulturelle Diskriminierung bei Unterlassungs-, Schutz- und Leistungspflichten sowie bei einem Abbau des Leistungsstandards verbietet bzw. Ungleichbehandlungen einer strengen Rechtfertigungspflicht und Verhältnismässigkeitsprüfung unterstellt (Art. 36 BV). In Art. 8 Abs. 1 BV ist das Rechtsgleichheitsgebot verankert, welches u. a. Ungleichbehandlungen zwischen Schweizern/-innen und Ausländern/-innen oder zwischen Ausländern mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus nur dann erlaubt, wenn sachliche Gründe vorliegen. Art. 8 BV ist u. a. im Rahmen der Gesundheit anwendbar. Die Schweiz verfügt zudem über ein wirksames Rechtsschutzsystem, das allen Menschen zugänglich ist und unter anderem bei einer Verletzung des Diskriminierungsverbots durch staatliche Institutionen einen

umfassenden Rechtsschutz bietet. Schliesslich gibt es auch im Privatrecht, welches die Beziehung unter Privaten regelt, gewisse Regelungen, die bei Diskriminierungen unter Privaten den Betroffenen Rechtsschutz gewähren. Trotz dieser vermeintlich einwandfreien Rechtslage kommen in der gesellschaftlichen Realität Defizite zum Vorschein. Dies sollen anhand vier ausgewählter Bereiche und eines aktuellen Einzelfallbeispiels aufgezeigt werden.

*Bereich 1 – Defizite in der transkulturellen Kompetenz beim Umgang mit Migrantinnen und Migranten (siehe dazu Fall 2):*

Der Zugang zu bestehenden Institutionen, Medikamenten und Behandlungsmethoden ist für Menschen mit anderem ethnischen oder kulturellen Hintergrund meist schwieriger als für Schweizerinnen und Schweizer. Dies lässt sich vor allem auf ein Defizit in der transkulturellen Kompetenz und Kommunikation<sup>29</sup> zurückführen.

Die Studie «Rapid Assessment»<sup>30</sup> stellte fest, dass es dem hiesigen Gesundheitswesen an Informationen über kultur- bzw. ethniespezifische Krankheitsbilder fehlt. Man weiss z. B. wenig darüber, welche Symptombilder im Fall von psychischen Erkrankungen bei verschiedenen Ethnien auftreten. Auch sind allgemein wenig Kenntnisse über die Gesundheitsbedürfnisse in bestimmten Kulturen vorhanden und über die Strategien, die zur Deckung dieser Bedürfnisse verfolgt werden.

Weiter erwähnt die Studie die Sprachbarriere als ein nicht zu unterschätzendes Problem. Viele Gesundheitseinrichtungen können nicht auf professionelle Dolmetscherdienste zurückgreifen. Migrantinnen und Migranten haben ein grosses Defizit bei der Verständigung. Sie haben meist nur man-

gelhafte Kenntnisse über unser Gesundheitssystem, auch ihr Vertrauen in das hiesige Gesundheitssystem ist oft sehr gering. Dies ist unter anderem auf einen Mangel an migrationspezifischen Informations- und Präventionskampagnen zurückzuführen. Die Schaffung eines niederschweligen Beratungsangebots und eine bessere Koordination und Vernetzung der Dienstleistungen wären dringend nötig. Die ungenügende Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Versorgungsinstitutionen sowie der fehlende Einbezug von Migrantenorganisationen bei der Suche nach Lösungen sind gewichtige Probleme.

Die Studie stellt auch Mängel in der Ausbildung des medizinischen Personals fest. Insbesondere im Medizinstudium werden kaum migrations- bzw. kulturspezifische Vorlesungen angeboten. Wie zum Beispiel mit beschnittenen Frauen umgegangen werden soll, wird kaum eine Ärztin oder ein Arzt an der Hochschule je lernen.

Auf Grund der festgestellten Unzulänglichkeiten besteht *ein hohes Informationsdefizit* sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten als auch der Behandelnden. Dadurch leidet die Qualität der medizinischen Versorgung.<sup>31</sup> Dies wirkt sich negativ auf den Heilungsprozess aus und tangiert offensichtlich das Recht auf Gesundheit von Menschen anderer Ethnie, Kultur, Religion bzw. von Migrantinnen und Migranten.

#### *Bereich 2 – unsichere Gesundheitssituation von «Papierlosen» (siehe Fall 4):*

Eine weitere Herausforderung ist die grund- und menschenrechtlich verbindliche Sicherstellung der grundlegenden medizinischen Versorgung (gemäss Art. 12 BV und Art. 12 UNO-Pakt I) für «Papierlose».<sup>32</sup> Hier besteht zurzeit noch ein grosses Defizit an

empirischen Daten und gesichertem Wissen über die tatsächliche Lage, in der sich «Papierlose» gesundheitlich befinden.<sup>33</sup> Es ist jedoch anzunehmen, dass der ständige Stress wegen der Angst vor Entdeckung und die prekären Lebens- und Arbeitsbedingungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Personen mit illegalem Status haben.

#### *Einzelfallbeispiel – vorläufige Aufnahme (siehe Fall 5):*

Der Fall des an Armen und Beinen gelähmten Somaliers mit F-Bewilligung ist ein gutes Beispiel für eine rechtlich fragwürdige Unterscheidung zwischen Ausländerinnen bzw. Ausländern mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus. Hier stellt sich die Frage, ob die Verweigerung des Zugangs zum Rehabilitationszentrum Nottwil (LU), dessen Chefarzt dem Gelähmten ein grosses Entwicklungspotenzial attestiert, vor der Rechtsgleichheit i.S.v. Art. 8 Abs. 1 BV standhält. Insbesondere die Tatsache, dass der Betroffene wohl sein Leben lang auf die medizinische Behandlung in der Schweiz angewiesen sein wird, macht es meines Erachtens unverständlich, weshalb man ihn anders als eine Person mit definitivem Aufenthaltsstatus behandelt.<sup>34</sup>

An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass streng zwischen einer Ungleichbehandlung wegen der Hautfarbe, der Ethnie und der Religion und einer Ungleichbehandlung auf Grund eines ausländer-/asylrechtlichen Status getrennt werden muss. Bei den Beispielen der «Papierlosen» und des Somaliers stellt sich somit nicht die Frage, ob eine ethnisch-kulturelle Diskriminierung vorliegt, hingegen ist zu prüfen, ob Teilgehalte des Rechts auf Gesundheit sowie Art. 12 und Art. 8 Abs. 1 BV verletzt oder zumindest tangiert sind. Der Unterschied ist deshalb von Bedeutung, weil eine Ungleichbehandlung wegen der Ethnie viel strenger gehandhabt wird als

# La Conférence mondiale contre le racisme de 2001

La troisième Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée s'est tenue du 31 août au 8 septembre 2001 à Durban (Afrique du Sud). Les délégations des Etats présents y ont adopté une Déclaration et un Programme d'action. Tandis que la Déclaration est consacrée au contexte historique et politique et aux objectifs, le Programme d'action contient des demandes spécifiques adressées aux Etats, à différentes institutions internationales et organisations non gouvernementales pour la réalisation de ces objectifs. L'un des objectifs est de protéger les groupes de personnes exposées à la discrimination ethno-culturelle dans le domaine de la santé (voir le N° 51 de la Déclaration). Pour y parvenir, le Programme d'action demande que des mesures soient prises aux plans national et international.

Au plan national, il demande notamment:

- de garantir à tous les groupes les mêmes droits dans le domaine des soins de santé (N° 30);
- d'éliminer les disparités en matière de santé qui résulteraient de la discrimination raciale et de la xénophobie (N° 109);
- de prendre des mesures efficaces pour lutter contre la discrimination dans le domaine des soins de santé (N° 110);

- d'adopter des mesures pour assurer l'égalité d'accès à des soins de santé complets et de qualité qui soient à la portée de tous (N° 110);
- de faciliter la formation d'un personnel de santé diversifié (N° 110);
- de favoriser la collaboration de toutes les instances concernées pour améliorer l'état de santé des communautés marginalisées (N° 110);
- de créer un environnement sûr et salubre pour les groupes de victimes (N° 110);
- d'assurer l'accès aux informations sur les questions de santé et d'environnement (N° 111);
- de promouvoir l'échange de technologies et de pratiques qui ont fait leurs preuves pour améliorer la santé humaine (N° 111).

Le Programme d'action invite expressément les Etats à assurer aux victimes de discrimination raciale une aide juridique complète, par exemple en facilitant aux victimes de torture et de mauvais traitements l'accès à toutes les procédures légales appropriées et à une assistance juridique gratuite (N° 160–162).

Au plan international, le Programme d'action encourage les organisations internationales:

- à promouvoir et à développer des activités qui favorisent la prise en compte de l'importance pour la santé physique et mentale de paramètres sociaux déterminants tels que le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance ainsi que l'accès à la prévention de la santé (N° 154), et
- à élaborer des projets concrets, y compris en matière de recherche, pour mettre des systèmes de santé équitables à la disposition des victimes (N° 154).

La Déclaration et le Programme d'action de Durban ne sont pas des normes juridiques contraignantes. Ils n'obligent pas les Etats à atteindre des résultats concrets, mais les indications qu'ils contiennent peuvent être considérées comme des propositions et des principes qui permettraient de garantir à tous le droit à la santé.

Les Etats sont en revanche juridiquement tenus de prendre immédiatement et effectivement des mesures s'inspirant du Programme d'action de Durban en épuisant toutes les possibilités dont ils disposent pour réaliser pleinement les objectifs fixés à Durban, avec le temps et en utilisant tous les moyens appropriés; en l'occurrence assurer l'égalité de traitement de tous les groupes ethniques, nationaux, religieux et culturels dans le domaine de la santé.

Tarek Naguib

## Der Sozialausschuss verlangt, dass gezielt auf die Bedürfnisse der *most vulnerable groups* einzugehen ist.

eine Ungleichbehandlung auf Grund des Aufenthaltsstatus. Im zweiten Fall genügt eine sachliche Begründung, um eine Ungleichbehandlung für grundrechtlich zulässig zu erklären, während im ersten Fall ein höherer Massstab für die Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung angelegt werden muss und zudem die Ungleichbehandlung einer Verhältnismässigkeitsprüfung standhalten muss.

### *Bereich 3 – mangelhafter Schutz vor (krankmachender) rassistischer Diskriminierung durch Private (siehe Fall 3):*

Bestimmte sozioökonomische Bedingungen (wie z.B. die Bedingungen am Arbeitsplatz) können auf die Gesundheit der Menschen je nachdem einen positiven oder negativen Einfluss ausüben. Im Rahmen ethnisch-kultureller Diskriminierung ist die Fragestellung beispielsweise dort bedeutsam, wo Menschen einer bestimmten Ethnie, Hautfarbe, Kultur und Religion grösseren Risikofaktoren für die Gesundheit ausgesetzt sind, als dies bei Schweizerinnen und Schweizern der Fall ist. Dies zeigt sich z.B. bei Rassen im Alltag, sei es auf offener Strasse oder bei der Arbeit, in der Schule etc. Ein Opfer einer rassistischen Erfahrung erlebt in den meisten Fällen ein tiefes Gefühl der Kränkung, Erniedrigung und Scham. Dies kann zu Stressreaktionen führen und kann, je nach individueller physischer und psychischer Prädisposition, einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben.<sup>35</sup>

Wichtig ist deshalb, den Betroffenen wirksame Schutzmechanismen gegen Rassismus und kompetente Beratung zur Verfügung zu stellen. Dies gibt ihnen ein Stück Sicherheit zurück, was automatisch einen positiven Effekt auf die Gesundheit hat. Die Schweiz verfügt zwar mit der Antirassismus-

strafnorm 261<sup>bis</sup> StGB bzw. 171c MStG und dem verfassungsrechtlichen Diskriminierungsverbot Art. 8 Abs. 2 BV über mehr oder minder griffige rechtliche Instrumente. Hingegen ist der Rechtsschutz bei Diskriminierungen unter Privaten (z.B. im Arbeitsverhältnis) lückenhaft und in manchen Bereichen ineffektiv.<sup>36</sup> Gegen eine diskriminierende Nichteinstellung kann nicht vorgegangen werden, sofern diese nicht mit persönlichkeitsverletzenden Handlungen verbunden ist. Diskriminierende Löhne sind auch nicht anfechtbar<sup>37</sup>, solange nicht ein offenkundiges Missverhältnis zwischen der Arbeitsleistung und dem Lohn besteht, das auf Grund der Ausbeutung der Notlage, der Unerfahrenheit oder des Leichtsinns des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin herbeigeführt worden ist.<sup>38</sup> Hinzu kommen Mängel im Rechtsverfahren. Es ist z.B. ein fast unmögliches Unterfangen, eine Kündigung wegen Tragens eines Kopftuches nachzuweisen. Abhilfe würde hier die Beweislastumkehr schaffen: nicht mehr die von der Kündigung betroffene Person müsste eine Diskriminierung nachweisen, sondern umgekehrt hätte der Arbeitgeber die Nichtdiskriminierung zu belegen. Angst vor einer Kündigung und Respekt vor den Verfahrenskosten sind häufig die Gründe, weshalb keine Klagen gegen den Arbeitgeber eingereicht werden. Ein Verbandsbeschwerderecht könnte Abhilfe schaffen, welches bestimmten privaten Institutionen erlaubt, im Namen des Opfers einen Prozess zu führen.

### *Bereich 4 – strukturelle Defizite im Verfahren bei rassistischer Polizeigewalt:*

Auch gegenüber gewalttätigen und/oder rassendiskriminierenden Vorkommnissen bei polizeilichen Kontrollen sind die Betroffenen häufig hilflos. An dieser Stelle soll nicht die Polizei an den Pranger gestellt werden, son-

dern ein schon oft bemängeltes strukturelles Defizit nochmals erwähnt werden: Es fehlt in vielen Städten und Kantonen an unabhängigen Untersuchungsinstanzen bei Verfahren gegen die Polizei. In vielen Kantonen und Gemeinden wird die Sicherung der Beweise durch die Polizei selbst vorgenommen. Zudem sind die zuständigen Untersuchungsbehörden häufig in (zu) engem Kontakt mit der Polizei. Auch hier besteht also noch Spielraum, um die Opfer von Rassendiskriminierung und/oder physischer Gewalt besser zu schützen und schliesslich auch etwas für ihre Gesundheit zu tun.<sup>39</sup>

### Fazit

Der Schweiz kann trotz der bestehenden Mängel meines Erachtens keine generelle Verletzung des Rechts auf Gesundheit im Sinne von Art. 12 UNO-Pakt I vorgeworfen werden. Dort, wo im Einzelfall Verletzungen von Pflichten und/oder justiziablen Rechten stattfinden, können diese vor unabhängigen Gerichten gerügt werden. Hingegen bei Verfahren wegen Polizeigewalt und/oder Rassismus von Polizeiangehörigen ist in vielen Kantonen noch nicht garantiert, dass die (Vor-)Untersuchung unparteiisch und unbefangen verläuft. Hier ist die Schweiz gefordert. Möglicherweise verstösst die Schweiz dadurch gegen das eng mit dem Recht auf Gesundheit verbundene Verbot der Folter, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung (Art. 7 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 3 lit. a UNO-Pakt I) und gegen die Rassendiskriminierungskonvention (Art. 6 RDK) – dies auf Grund fehlender wirksamer Schutzmechanismen.

Abschliessend sei angefügt, dass das Recht auf Gesundheit auch ein *anzustrebendes Ideal* darstellt, das die Vertragsstaaten des Uno-Pakts I «[...] unter Ausschöpfung aller [ihrer] Möglichkeiten, mit allen geeigne-

ten Mitteln» progressiv zu erfüllen haben oder wofür sie unmittelbar effektive Massnahmen in Angriff nehmen müssen. Auch ein Ideal entwickelt rechtlich normative Wirkung. In diesem Sinne bleibt die Schweiz verpflichtet, die Benachteiligungen zu beheben, denen Menschen anderer Ethnie, Religion, Nationalität usw. ausgesetzt sind. Dies bedarf einer aktiven Gesundheitspolitik, die auch auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen anderer Ethnie, nationaler Herkunft und Religion ausgerichtet ist.<sup>40</sup> Und es braucht mehr Forschung, Koordination und Wissensvermittlung rund um die für die Gesundheit relevanten Bereiche sowie eine gezielte Verbesserung des Schutzes vor ethnisch-kultureller Diskriminierung in allen Lebensbereichen.

*Tarek Naguib hat an der Universität Freiburg i. Üe. und St. Gallen Jurisprudenz studiert und arbeitet zurzeit als juristischer Praktikant bei der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus (EKR).*

<sup>1</sup> Justiziabel ist ein Recht bzw. ein Teilgehalt eines Rechts dann, wenn dessen Verletzung in einem (quasi-)gerichtlichen Verfahren geltend gemacht werden kann. Beispielsweise ist die Bezahlung der Arztrechnung durch die Krankenkasse (im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen) vor Gericht durchsetzbar. Hingegen ist es nicht möglich, vor Gericht einzuklagen, dass die Schweiz die Ausgaben für Suchtprävention um 10 Prozent erhöht, weil die Anzahl suchtkranker Menschen im Verhältnis zum Vorjahr um denselben Prozentsatz zugenommen hat.

<sup>2</sup> Die Fälle nehmen Bezug auf reale Begebenheiten. Fall 1 beruht auf einem Erfahrungsbericht der betroffenen Person. Die Fälle 2, 3 und 4 sind in ihrer konkreten Ausgestaltung fiktiv, finden jedoch in ähnlicher Form regelmässig statt. Fall 5 ist ein aktuelles Beispiel. Es handelt sich nicht bei allen Fällen um Verletzungen des Rechts auf Gesundheit, um einen Verstoss gegen das Diskriminierungsverbot oder gegen das Rechtsgleichheitsgebot. Die Beispiele sollen in erster Linie dazu dienen, die Vielfalt der möglichen Rechtsprobleme im Rahmen des Rechts auf Gesundheit aufzuzeigen. Der Artikel nimmt weiter unten an der jeweils passenden Stelle Bezug auf die Fälle.

<sup>3</sup> Siehe zur Gesundheitssituation von Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus auch: Anderson Philip: *Gesundheitsversorgung ambulant und stationär*. In: «Dass sie uns

nicht vergessen ...» Menschen in der Illegalität in München – eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München. S. 34–42.

<sup>4</sup> Siehe Artikel zum Fall «Im Goldenen Sarg – Gesuch abgelehnt». In: WOZ (Wochenzeitung) vom 29. Juli 2004.

<sup>5</sup> Die vorläufige Aufnahme kommt dann in Betracht, wenn eine Weg- oder Ausweisung nicht möglich, nicht zulässig oder den Betroffenen nicht zumutbar ist.

<sup>6</sup> Der Vertragstext des UNO-Pakts I ist Bestandteil der schweizerischen Rechtsordnung und ist auf der Homepage der Eidgenossenschaft abrufbar unter: [http://www.admin.ch/ch/d/sr/c0\\_103\\_1.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/c0_103_1.html).

<sup>7</sup> Siehe Art. 2 Abs. 1 UNO-Pakt I.

<sup>8</sup> Das Recht auf Leben und das Folterverbot sind in Art. 6 und Art. 7 des UNO-Pakts über bürgerliche und politische Rechte vom 19.12.1966 (UNO-Pakt II) verankert. Dieser Pakt trat für die Schweiz am 18. September 1992 in Kraft. Auch die seit dem 28.11.1974 für die Schweiz verbindliche Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4.11.1950 (EMRK) beinhaltet das Recht auf Leben (Art. 2) und das Folterverbot (Art. 3).

<sup>9</sup> Allgemeine Bemerkung 14 des Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialausschuss) zu Art. 12 UNO-Pakt I, Ziff. 4 und 33. Der Sozialausschuss ist zuständig für die internationale Überwachung der Einhaltung der im UNO-Pakt niedergelegten Rechte und Pflichten.

<sup>10</sup> Rechtsträger sind Personen, denen ein bestimmtes Recht zusteht.

<sup>11</sup> Schutz vor Eingriffen solcher Art werden auch durch das Folterverbot gewährt.

<sup>12</sup> Allgemeine Bemerkung 14 des Sozialausschusses, Ziff. 33.

<sup>13</sup> Allgemeine Bemerkung 14 des Sozialausschusses, Ziff. 35.

<sup>14</sup> Allgemeine Bemerkung 3 des Sozialausschusses, Ziff. 9, und Allgemeine Bemerkung 14, Ziff. 32.

<sup>15</sup> Was unter grundlegender medizinischer Versorgung zu verstehen ist, kann nachgelesen werden in: Kathrin Amstutz. *Das Grundrecht auf Existenzsicherung*. Bern: Stämpfli Verlag AG, 2002. S. 236–256.

<sup>16</sup> Pascal Coullery. 2001. *Der Grundrechtsanspruch auf medizinische Leistungen: Ein verfassungsrechtlicher Diskussionsbeitrag zur Rationierungsdebatte im Gesundheitswesen*. In: Allgemeine Juristische Praxis, 6/2001.

<sup>17</sup> Allgemeine Bemerkung 14 des Sozialausschusses, Ziff. 47.

<sup>18</sup> Um einen Überblick über weitere konkrete Rechte und Pflichten und deren Verletzung zu erlangen, lesen Sie die Ziffern 30–52 in der Allgemeinen Bemerkung 14 des Sozialausschusses. Sämtliche Allgemeine Bemerkungen sind abrufbar auf der Homepage der Vereinten Nationen unter: <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf>.

<sup>19</sup> Siehe hierzu auch die Allgemeine Bemerkung 20 des UNO-Ausschusses zur Beseitigung von Rassendiskriminierung (CERD).

<sup>20</sup> Allgemeine Bemerkung 14 des Sozialausschusses, Ziff. 43 Buchst. a.

<sup>21</sup> Allgemeine Bemerkung 14 des Sozialausschusses, Ziff. 18.

<sup>22</sup> Allgemeine Bemerkung 14 des Sozialausschusses, Ziff. 18.  
<sup>23</sup> Jörg Künzli und Walter Kälin. *Die Bedeutung des UNO-Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte für das schweizerische Recht*. In: Walter Kälin, Giorgio Malinverni, Manfred Nowak. *Die Schweiz und die UNO-*

*Menschenrechtspakte*. Basel und Frankfurt a.M.: Verlag Helbing & Lichtenhahn. 1997 (2. Auflage), S. 105ff.

<sup>24</sup> Allgemeine Bemerkung 14, Ziff. 37. Das (im Original englische) Zitat ist frei übersetzt.

<sup>25</sup> Die Dokumente zum Staatenbericht sind auf der Homepage des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten abrufbar unter: [http://www.eda.admin.ch/sub\\_dipl/g/home/arti/report/rapun/eco.html](http://www.eda.admin.ch/sub_dipl/g/home/arti/report/rapun/eco.html).

<sup>26</sup> Schlussbemerkungen des Sozialausschusses zum ersten Staatenbericht der Schweiz, Ziff. 4.

<sup>27</sup> Schlussbemerkungen zum ersten Staatenbericht, Ziff. 15, 24, 35, 36.

<sup>28</sup> Schlussbemerkungen des Ausschusses zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (CERD), Ziff. 16. Die Dokumente hierzu können bei der Fachstelle für Rassismusbekämpfung und bei der Direktion für Völkerrecht bestellt werden.

<sup>29</sup> Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Siehe hierzu den Artikel in diesem TANGRAM von Dagmar Domenig: «Rassistisch, diskriminierend oder transkulturell inkompetent?». Siehe auch: Dagmar Domenig. *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Bern: Verlag Hans Huber. 2001: S. 191–230.

<sup>30</sup> Die Studie ist veröffentlicht auf der Homepage des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich unter: [http://www.ispmz.ch/abteilungen/abt4\\_misc\\_pnr4.cfm](http://www.ispmz.ch/abteilungen/abt4_misc_pnr4.cfm).

<sup>31</sup> Der Ausschuss betrachtet gemäss seiner Allgemeinen Bemerkung 14, Ziff. 12 Buchst. b und d, die *Qualität* der medizinischen Versorgung und die *Information bzw. Kommunikation* im Rahmen einer Behandlung als wichtige Elemente des Rechts auf Gesundheit.

<sup>32</sup> Siehe hierzu auch das Diskussionspapier des *Swiss Forum for Migration and Population Studies*, abrufbar unter: <http://www.migration-population.ch/publications/dp/012.pdf>.

<sup>33</sup> Die Schweizerische Flüchtlingshilfe verfügt im Zeitpunkt der Fertigstellung des vorliegenden Artikels noch über keine gesicherten empirischen Daten.

<sup>34</sup> Im vorliegenden Fall ist das Rechtsverfahren noch nicht abgeschlossen.

<sup>35</sup> Der Sozialausschuss erwähnt in seiner Allgemeinen Bemerkung 14 unter Ziff. 3 die enge Verbindung des Rechts auf Gesundheit mit anderen Menschenrechten wie dem Recht auf Arbeit und dem Diskriminierungsverbot. Siehe hierzu auch den Artikel von Anne Kilcher, «Rassismus gefährdet die Gesundheit» in dieser TANGRAM-Ausgabe.

<sup>36</sup> Siehe auch den Artikel von Thomas Geiser «Diskriminierung am Arbeitsplatz: Die Rechtslage in der Schweiz» im TANGRAM Nr. 11 zum Thema «Arbeitswelt».

<sup>37</sup> Dies im Gegensatz zur Lohndiskriminierung gegenüber Frauen.

<sup>38</sup> Siehe Art. 21 des Schweizerischen Obligationenrechts.

<sup>39</sup> Der Menschenrechtsausschuss (Überwachungsorgan des UNO-Pakts II) fordert die Schweiz diesbezüglich in seinen abschliessenden Bemerkungen (siehe Ziff. 11) vom 12.11.2001 zum zweiten Staatenbericht der Schweiz mit

deutlichen Worten auf, in allen Kantonen sicherzustellen, dass alle Fälle von exzessiver polizeilicher Gewaltanwendung und Machtmissbrauch von unabhängigen Instanzen untersucht werden. Das Verbot der Folter und der unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung (Art. 7 UNO-Pakt II) ist hier zu beachten.

<sup>40</sup> Im Herbst 2006 wird der Bund die erste Evaluation zur Umsetzung der Bundesstrategie «Migration und Gesund-

heit 2002–2006» veröffentlichen. Es bleibt abzuwarten, welche neuen Erkenntnisse aus dem Bericht gezogen werden können. Die Bundesstrategie ist auf der Homepage des Bundesamts für Gesundheit einsehbar: <http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/migration/index.html>.

## Résumé

### La santé – un droit de l'Homme

Tout être humain a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il lui est possible d'obtenir. Ce droit valable au plan international concerne toutes les personnes dans la même mesure, indépendamment de la couleur de leur peau, de leur style de vie, de leur ethnie, de leur origine ou de la religion à laquelle ils appartiennent.

Le droit à la santé est davantage qu'un simple postulat moral. Il englobe un réseau complexe de divers droits et devoirs visant à soutenir et à protéger l'individu, un réseau qui incite l'Etat (mais également l'individu) à assumer ses responsabilités envers lui-même et envers autrui.

L'auteur passe en revue les différents aspects du droit à la santé en insistant sur la question de la discrimination dans ce domaine. Il examine la situation juridique et la réalité sociale en Suisse pour savoir si notre pays remplit les devoirs qui découlent du droit à la santé. L'auteur arrive à la conclusion que sur le fond, l'on ne constate pas à proprement parler d'infraction au droit à la santé, mais que de graves lacunes subsistent parfois dans certains domaines.

## Riassunto

### La salute: un diritto umano

Ogni individuo ha diritto a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire. Questo diritto vale per chiunque al mondo nella stessa misura e a prescindere dal colore della pelle, dal modo in cui vive, dall'etnia alla quale appartiene, dalla nazione di provenienza o dalla fede in cui si riconosce.

Il diritto alla salute è più di un semplice impegno morale. Implica tutto un insieme di obblighi e diritti che regolano le responsabilità dello Stato (ma anche dell'individuo) a tutela e sostegno dell'individuo.

L'autore illustra i vari aspetti del diritto alla salute, soffermandosi in particolare sulla questione della discriminazione in questo campo. Passa poi a esaminare la situazione giuridica e sociale in Svizzera per vedere se tale diritto è garantito nel nostro Paese. La conclusione a cui giunge è che pur non essendo rilevabili vere e proprie violazioni del diritto alla salute, vi sono ambiti in cui sussistono deficit in parte anche rilevanti.

## Conferenza mondiale contro il razzismo 2001

Dal 31 agosto all'8 settembre 2001 si è svolta a Durban, in Sud Africa, la terza Conferenza mondiale contro il razzismo, la discriminazione razziale, la xenofobia e l'intolleranza. La conferenza si è conclusa con l'adozione di una dichiarazione e di un programma d'azione da parte delle delegazioni presenti degli Stati membri. Mentre la dichiarazione illustra il contesto storico e politico e fissa gli obiettivi da raggiungere, il programma d'azione contiene l'invito specifico agli Stati, a varie istituzioni internazionali e organizzazioni non governative a realizzare questi obiettivi.

Uno degli obiettivi stabiliti nella dichiarazione è quello di proteggere i gruppi a rischio dalla discriminazione in ambito sanitario (cfr. n. 51 della dichiarazione). A tal scopo il programma d'azione prevede provvedimenti a livello nazionale e internazionale. Sul piano nazionale propone tra l'altro di:

- assicurare che tutti i gruppi abbiano gli stessi diritti nel campo dell'assistenza sanitaria (n. 30);
- eliminare disparità di trattamento in ambito sanitario riconducibili a discriminazione razziale e xenofobia (n. 109);
- sviluppare sistemi efficaci di lotta alla discriminazione nel campo sanitario (n. 110);

- adottare misure che assicurino l'accesso paritario a un'assistenza sanitaria completa, di qualità e finanziariamente alla portata di tutti (n. 110);

- promuovere la formazione di personale sanitario con un bagaglio di conoscenze diversificato (n. 110);

- favorire la collaborazione di tutti gli ambienti interessati al fine di migliorare le condizioni di salute dei gruppi emarginati (n. 110);

- creare un ambiente sicuro e salutare per le vittime (n. 110);

- assicurare l'accesso a dati sanitari e ambientali (n. 111);

- promuovere lo scambio di tecnologie e pratiche consolidate atte a migliorare la salute (n. 111).

Il programma d'azione invita espressamente gli Stati ad assicurare un'ampia assistenza giuridica alle vittime di discriminazioni razziali, ad esempio facilitando alle vittime di torture e di altre violenze l'accesso a un procedimento legale appropriato e all'assistenza giudiziaria gratuita (n. 160-162).

Sul piano internazionale, il programma d'azione raccomanda alle organizzazioni internazionali di:

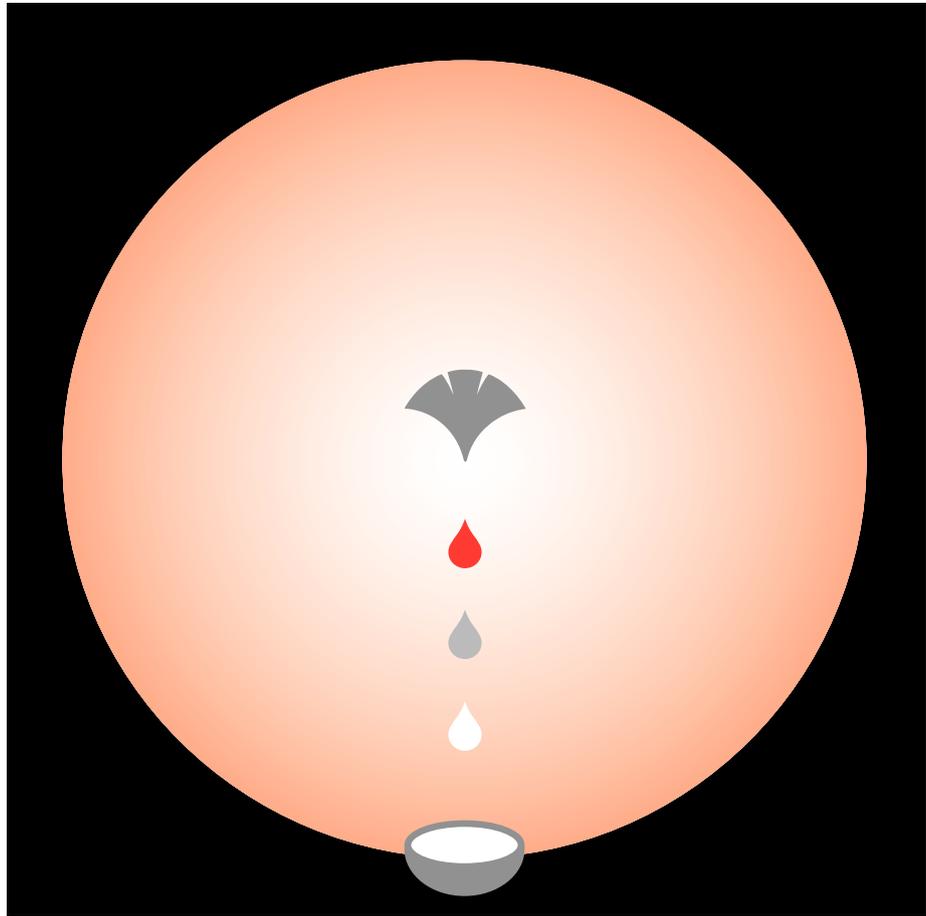
- sviluppare e promuovere attività affinché gli effetti del razzismo, della discriminazione razziale, della xenofobia e dell'intolleranza siano riconosciuti come importanti fattori sociali che determinano lo stato di salute fisica e psichica e l'accesso all'assistenza sanitaria (n. 154); nonché

- svolgere progetti concreti, anche di ricerca, tesi ad assicurare sistemi di assistenza sanitaria non discriminanti per le vittime (n. 154).

La dichiarazione e il programma d'azione di Durban non obbligano gli Stati firmatari a conseguire risultati concreti. Le indicazioni che contengono sono da intendersi come proposte e principi seguendo i quali è possibile arrivare, nel caso specifico, a garantire effettivamente a tutti il diritto alla salute.

Gli Stati si impegnano in tal senso ad ispirarsi al programma d'azione e a sfruttare ogni possibilità per prendere provvedimenti immediati e concreti atti a creare le condizioni affinché, col tempo, vengano pienamente raggiunti gli obiettivi fissati dalla dichiarazione di Durban, nel nostro caso la parità di tutte le minoranze etniche, nazionali, religiose e culturali nel settore sanitario.

Tarek Naguib



# Rassistisch, diskriminierend oder transkulturell inkompetent?

Dagmar Domenig

**Das Zentrum für Migration und Gesundheit des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) entwickelt im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit» bereits seit Jahren insbesondere für Pflegepersonen Bildungsangebote zu transkultureller Kompetenz und führt diese auch erfolgreich durch. Der im SRK für die Bildungsangebote zuständige Fachbereich «Bildung und Gesundheitsförderung» hat demzufolge eine langjährige Erfahrung in der Vermittlung transkultureller Kompetenz.**

Die Weltkonferenz gegen Rassismus, die 2001 in Durban (Südafrika) stattgefunden hat, fordert in ihrem Aktionsprogramm unter dem Titel «Menschenrechtserziehung» die Staaten u. a. nachdrücklich dazu auf, «Öffentlichkeitsarbeit und spezifische Schulungsprogramme auf dem Gebiet der Menschenrechte zu unterstützen und durchzuführen, [...] um Rassismus, Rassendiskriminierung, Fremdenfeindlichkeit und damit zusammenhängende Intoleranz zu bekämpfen und die Achtung der Werte der Vielfalt, des Pluralismus, der Toleranz, des gegenseitigen Respekts, der interkulturellen Sensibilität, der Integration und der Inklusivität zu fördern» (Fachstelle für Rassismusbekämpfung 2002: 58). Das Zentrum für Migration und Gesundheit des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) entwickelt im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit» (vgl. BAG 2002) bereits seit mehreren Jahren primär für Pflegepersonen Bildungsangebote zu transkultureller Kompetenz und führt diese auch erfolgreich durch. In diesem Zusammenhang besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (WE'G) in Aarau und Zürich. Der im SRK für die Bildungsangebote zuständige Fachbereich «Bildung und Gesundheitsförderung» hat demzufolge eine

langjährige Erfahrung in der Vermittlung transkultureller Kompetenz.

## Erkenntnisse sind im Team oft schwer umzusetzen

Das Thema «Rassismus und Diskriminierung» gewinnt in diesen Bildungsangeboten zunehmend an Bedeutung. Nicht zuletzt deswegen, weil die Erfahrung zeigt, dass auf transkulturelle Kompetenz sensibilisierte Fachpersonen in der Praxis an rassistischen und diskriminierenden Haltungen ihrer Arbeitskolleginnen und -kollegen immer wieder scheitern. Denn transkulturell kompetente Fachpersonen wehren sich gegen kulturalisierende, diskriminierende und rassistische Äusserungen ihrer Kolleginnen und Kollegen. So werden sie in Teams oft zu Aussenseitern, unbequemen Mitarbeitenden, die wunde Punkte berühren und blinde Flecken sichtbar machen. Gemäss einer Befragung von 41 Pflegepersonen, die einen vom SRK im Inselspital im Rahmen der Personalfortbildung seit 1999 durchgeführten, mehrtägigen Kurs zu transkultureller Pflege besucht haben, scheint es schwierig zu sein, die Erkenntnisse und Anforderungen aus dem Kurs im Team durchzusetzen: «Es schmerzt viele, wenn sie bei ihren Kolleginnen und Kollegen abschätzige, vereinfachende, bis hin zu rassistischen Äusserungen hören. Oft können sie ihre Ansichten im Team kundtun, manchmal müssen sie sich dabei aber zu stark exponieren und Verletzungen in Kauf nehmen.» So müssen die Absolventinnen und Absolventen von Kursen offenbar viel Aufklärungsarbeit leisten, was auch in politische Diskussionen münden kann (Wallimann und Zbinden 2003: 49 und 53). Das Engagement für eine professionelle Behandlung auch von Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung erfordert somit viel Motivation, Engagement und Mut: Motivation, sich nicht entmutigen zu

# Transkulturell kompetente Fach- personen erfassen die individuelle Situation von Patienten mit Migrations- hintergrund.

lassen durch die meist fehlende strukturelle Unterstützung; Engagement, sich immer wieder einzusetzen für eine professionelle Behandlung aller; Mut, sich gegen eine Ungleichbehandlung zu wehren und für eine menschenwürdige Behandlung aller einzutreten. Auch darauf muss eine Weiterbildung in transkultureller Kompetenz vorbereiten.

Transkulturell inkompetent und somit auch nicht professionell ist eine Fachperson dann, wenn sie nicht fähig ist, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen erfassen demnach die individuelle, momentane Situation auch von Patientinnen und Patienten oder Klientinnen bzw. Klienten mit Migrationshintergrund. Sie versuchen, diese zu verstehen, und hinterfragen ihre eigene Perspektive kritisch. Sie begleiten Migrantinnen und Migranten mit ihren Umfeldern und nicht «fremde Kulturen». Sie sind empathisch, indem sie sich für sie und ihre Biografie interessieren. Und sie lassen sich auch verunsichern durch transkulturelle Begegnungen. Eine transkulturell kompetente Haltung erfordert von Fachpersonen somit die Bereitschaft, sich auf die äusserst vielschichtige Thematik einzulassen und die Offenheit, eigene Handlungsmuster und vertraute Sichtweisen in Frage zu stellen bzw. stellen zu lassen (vgl. dazu Domenig 2001a und 2001b).

## Stereotypisierung von Migrantinnen und Migranten

Nicht alle im Gesundheitsbereich tätigen Fachpersonen sind dazu bereit. Im Gegenteil: Die Verunsicherung, das Unbehagen und

letztlich die Infragestellung der eigenen professionellen Kompetenz fördern den Rückzug auf klare Modelle und Kategorien, die Ungewohntes bzw. anderes Verhalten vermeintlich ordnen, zuordnen und erklären können. Auf diese Weise werden der eigenen Bedeutungswelt neue Kategorien auf Grund entsprechender «Kulturmodelle» hinzugefügt und dadurch Beurteilungsmassstäbe erweitert. So scheint die nach wie vor weit verbreitete Kulturalisierung und Stereotypisierung von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen Fachpersonen als Strategie im Umgang mit Migrantinnen und Migranten zu dienen. Scheitern solche Deutungsversuche und werden Fehleinschätzungen bewusst, indem beispielsweise die Behandlung nicht zu dem gewünschten Erfolg führt, beginnt die Suche nach neuen Ordnungsmustern und Kategorien, in welche Fremdes sich sinnvoll einfügen lässt. Solche «Kulturmodelle» entsprechen nicht nur dem Wunsch nach Orientierung und Strukturierung, sondern auch dem Bedürfnis nach Ein- und Ausgrenzung. Die Kategorisierung als «nicht dazugehörig», «andersartig», «fremd» oder auch nur «abweichend» genügt, um Distanz zu erzeugen und Abgrenzungen zu zementieren (Thomas 1999: 227). So geht es nicht nur um Zuordnung von bestimmten Merkmalen zu bestimmten «Kulturen», sondern auch um die Zuordnung von bestimmten Menschen zu bestimmten Gruppen. Solche Zuordnungen erleichtern die eigene gesellschaftliche Orientierung und festigen unter anderem persönliche Ansprüche auf Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen.

Rassismus ist «die verallgemeinerte und verabsolutierte Wertung tatsächlicher oder fiktiver biologischer Unterschiede zum Nutzen des Anklägers und zum Schaden seines

Opfers [...], mit der eine Aggression gerechtfertigt werden soll» (Memmi, 1992: 151). Die Kulturalisierung alleine kann also noch nicht als rassistisches Verhalten bezeichnet werden. Werden jedoch so genannte «Unterschiede» negativ gewertet und wird zudem auf Grund dieser vermeintlichen Unterschiede jemand ausgegrenzt und benachteiligt, dann sprechen wir von Rassismus. Letztlich geht es also um die dahinter stehende Absicht, wenn ein Verhalten einer Fachperson beurteilt werden muss.

### **Transkulturelle Inkompetenz allein ist nicht rassistisch**

Transkulturelle Inkompetenz, die auf Unwissen, Unsicherheit und mangelnder Erfahrung beruht, ist somit grundsätzlich nicht diskriminierend oder rassistisch. Meist verstecken sich jedoch hinter kulturalisierenden Äusserungen auch diskriminierende bis hin zu rassistischen Haltungen. Sie erschweren in Kursen die Vermittlung transkultureller Kompetenz, da nicht das professionelle Handeln, sondern Ideologien ins Zentrum der Diskussion rücken und die Kursleitenden provozieren (sollen). Der Versuch seitens einzelner Kursteilnehmender, den Diskurs über transkulturelle Kompetenz und somit über Professionalität in einen politischen Diskurs über Ideologien zu transferieren, erschwert die Sensibilisierung. Denn bei diesen Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern steht nicht die Solidarität mit benachteiligten Zielgruppen im Vordergrund, sondern die Abgrenzung bzw. Ausgrenzung von bestimmten Gruppen von Ausländerinnen und Ausländern, die als bedrohend, störend und unangepasst an die eigene, meist sehr konfus definierte so genannte «Schweizer Kultur» empfunden werden. Teilweise erinnern gewisse Voten an die «Überfremdungängste» der Siebzigerjahre. Gerade in Kursen, an denen nicht nur am Thema Interessierte, son-

dern auch Fachpersonen teilnehmen, die diesen Kurs aus unterschiedlichen Gründen besuchen (müssen), kann eine nicht immer leicht zu meisternde Dynamik entstehen, die viel fachliches und pädagogisches Know-how von den Kursleitenden erfordert.

Diese Haltung einzelner Fachpersonen trägt dazu bei, dass die Menschenwürde von Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung immer wieder verletzt wird und diese auf Grund ihrer Herkunft, ihrer Lebensform sowie ihrer Überzeugungen diskriminiert werden. So sind viele Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund schlecht bis gar nicht über bevorstehende Behandlungen, wie z.B. über Operationen oder andere Eingriffe, informiert. Oft verstehen sie die ihnen eröffnete Diagnose nicht und können so auch kaum die daraus folgenden therapeutischen und anderen Konsequenzen einschätzen. Die Einforderung des Rechtes auf Mitsprache bei der Behandlung stösst gar auf Widerstand bei einzelnen Fachpersonen. Migrantinnen und Migranten gelten meist auch rascher als Schweizer Patientinnen und Patienten als renitent, nicht kooperativ oder gar als «undankbar». Dies obwohl jeder Patient und jede Patientin nicht nur das Recht auf Gesundheit und das Recht auf Behandlung hat, sondern ebenso das Recht auf Mitsprache und auf Information. Dies wird in verschiedenen kantonalen Gesetzgebungen, dem so genannten «Patientenrecht», garantiert. Doch benachteiligte Bevölkerungsgruppen, zu denen auch die Migrationsbevölkerung gehört, können sich meist weniger gut für ihre Rechte wehren als Patientinnen und Patienten, welche sich auf Grund ihres Status, ihrer Bildung und ihrer Herkunft besser für ihre Rechte einsetzen können. Transkulturell kompetente Fachpersonen setzen sich dafür ein, dass Migrantinnen und Migranten im Ge-

sundheitswesen trotz sprachlicher und anderer Barrieren gut informiert werden und ihre Rechte geltend machen können. Tun sie dies nicht, handeln sie zum Nachteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund diskriminierend.

### Mitarbeitende mit Migrationshintergrund erfahren Benachteiligungen

Doch nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch Mitarbeitende mit Migrationshintergrund erfahren Benachteiligung, Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen. Eine transkulturell kompetente Fachperson anerkennt die spezifischen, transkulturellen Fähigkeiten von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund und deren zentrale Bedeutung in der Behandlung von Migrantinnen und Migranten und somit für die gesamte Einrichtung. Doch meist werden deren migrationsspezifische Herangehensweisen von den Kolleginnen und Kollegen kaum zur Kenntnis genommen. Es scheint gar, dass Fachpersonen mit Migrationshintergrund andere, im Migrationskontext erfolgreichere Herangehensweisen anwenden, ohne dafür eine entsprechende Anerkennung zu erhalten. Nach wie vor scheint die Meinung vorzuherrschen, dass primär Migrantinnen und Migranten von den hiesigen Fachpersonen lernen sollen. Umgekehrt haben aber Fachpersonen ohne Migrationshintergrund kaum das Bewusstsein, dass auch sie von den spezifischen Kompetenzen ihrer Kolleginnen und Kollegen mit Migrationshintergrund aktiv und bewusst profitieren könnten. Eine Ausnahme bilden hier die immer wieder von einheimischen Fachpersonen positiv erwähnten und auch sehr häufig genutzten Sprachkompetenzen von Kolleginnen und Kollegen mit Migrationshintergrund, was wiederum ein Ausdruck davon ist, wie wenig andere Kompetenzen wahrgenommen werden. Von Mi-

## Lesenswert

*Ein Fünftel der Menschen, die in der Schweiz leben, sind Migrantinnen und Migranten. Ihre Beratung und Behandlung stellt an das Gesundheitswesen und sein Fachpersonal neue Anforderungen. Die damit verbundenen Fragen wurden an einer Tagung im Juni 2003 thematisiert, die vom Departement Migration des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) organisiert worden war.*

*Aus den verschiedenen Tagungsbeiträgen ist der vorliegende Sammelband entstanden. Er umfasst fünfzehn Artikel verschiedener Autorinnen und Autoren, welche unterschiedliche Praxisfelder und theoretische Ansätze beleuchten.*

*Diskutiert werden dabei die Möglichkeiten institutioneller Anpassungen an die Gegebenheiten einer pluralistischen Gesellschaft, die sprachliche Verständigung als Integrationsinstrument oder der Zugang zum Gesundheitswesen für Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus wie Asyl Suchende oder «Sans Papiers»-Frauen. Weitere Beiträge befassen sich mit der Traumatisierung von Kriegs- und Folteropfern sowie mit der spezifischen Thematik alternder Migrantinnen und Migranten im schweizerischen Gesundheitssystem.*

### Angaben zum Buch

*Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.).*

*Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Reihe «Migration – Beiträge aus Theorie und Praxis». Bern 2004, 248 Seiten.*

*ISBN 3-03777-033-3.*

*CHF 29.– / € 20.–.*

grantinnen und Migranten werden solche Haltungen ihrer Kolleginnen und Kollegen zu Recht als diskriminierend oder rassistisch definiert.

Transkulturell kompetente Behandlung basiert somit auf einer Grundhaltung der Menschenwürde, der Chancengleichheit und der Nichtdiskriminierung. Transkulturell inkompetente Fachpersonen bemühen sich um eine solche Haltung, es fehlt ihnen jedoch an Orientierungswissen über migrationspezifische Lebenswelten sowie über unterschiedliche Sichtweisen auf Gesundheits- und Krankheitsfragen. Fachpersonen, die Migrantinnen und Migranten ausgrenzen und kulturalisieren, handeln rassistisch bzw. diskriminierend, da diese Grundhaltung zu einer Benachteiligung von Patientinnen und Patienten, aber auch von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund führt.

### Verantwortlich ist die Leitungsebene

Letztlich ist die Leitungsebene dafür verantwortlich, dass die Rechts- und Chancengleichheit sowie das Diskriminierungsverbot in den Institutionen des Gesundheitswesens besser zum Tragen kommen. Weiterbildung ist eine Möglichkeit, Fachpersonen auf Fragen der transkulturellen Kompetenz bzw. Inkompetenz und auf Diskriminierung und Rassismus zu sensibilisieren. Doch solange die Institutionen keine weiteren konkreten Massnahmen ergreifen, um Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen vor Diskriminierung und Rassismus zu schützen, werden Weiterbildungsmaßnahmen nur punktuell greifen. Erst wenn die Leitungsebene explizit mitteilt, dass rassistische Diskriminierung nicht geduldet wird, erst wenn eine diskriminierende oder rassistische Äusserung einer Fachperson durch angemessene Sanktionen geahndet wird, erst wenn auch Opfer von Diskriminierung und Rassismus

sich an eine ausdrücklich benannte Anlaufstelle oder Vertrauensperson wenden können (vgl. dazu Stutz, Büro BASS 2003: 33f.), erst dann können auch Weiterbildungsmaßnahmen insofern greifen, als dass die Absolventinnen und Absolventen von entsprechenden Kursen anschliessend auf ein Klima treffen, das ihre erworbene transkulturelle Kompetenz anerkennt und weiter fördert.

*Dagmar Domenig ist Leiterin des Fachbereichs «Bildung und Gesundheitsförderung» am Zentrum für Migration und Gesundheit des Schweizerischen Roten Kreuzes in Bern. Adresse: SRK, Rainmattstrasse 10, 3001 Bern, Tel.: +41 31 387 73 26; E-Mail: dagmar.domenig@redcross.ch.*

#### Literatur

Bundesamt für Gesundheit BAG: Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006, Bern: 2002. ([www.bag.admin.ch/sucht/migration/d/migration.pdf](http://www.bag.admin.ch/sucht/migration/d/migration.pdf)).

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

Domenig, Dagmar: *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*, Bern, Verlag Hans Huber: 2001b.

Fachstelle für Rassismusbekämpfung: *Weltkonferenz gegen Rassismus 2001 Durban (Südafrika)*. Erklärung und Aktionsprogramm, Bern, Eidgenössisches Departement des Innern, Generalsekretariat: 2002. ([www.bbl.admin.ch/bundespublikationen](http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen)).

Stutz, Heidi, Büro BASS: *Arbeitswelt ohne Diskriminierung*. Massnahmen gegen rassistische Diskriminierung am Arbeitsplatz. Kurzfassung der Studie, Bern, Fachstelle für Rassismusbekämpfung: 2003.

Memmi, Albert: *Rassismus*, Hamburg, Europäische Verlagsanstalt: 1992.

Miles, Robert: *Rassismus*. Einführung in die Geschichte und Theorie eines Begriffs, Hamburg, Argument: 1991.

Thomas, Alexander: *Von der fremdkulturellen Erfahrung zur interkulturellen Handlungskompetenz*. In: *Interkulturalität*. Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainzer Universitätsgespräche, Sommersemester 1998, Mainz, Studium Generale der Johannes-Gutenberg-Universität 1999: 227–254.

Wallimann Gabriela, Zbinden Gysin Karin: *Transkulturelle Kompetenz in der Pflege*. Konzepte und Evaluation der Kurse des Schweizerischen Roten Kreuzes, im Auftrag des Zentrums für Migration und Gesundheit SRK, Seminararbeit, Institut für Ethnologie: 2003.

**Résumé****Racisme, discrimination ou incompétence transculturelle?**

L'incompétence transculturelle due à un manque de connaissances ou d'expérience n'est pas forcément du racisme. Mais derrière des déclarations critiques d'ordre culturel se cachent la plupart du temps des attitudes discriminatoires ou racistes. Selon l'auteure, chez beaucoup de personnes qui participent à des cours de compétence transculturelle, la principale motivation n'est pas la solidarité avec les groupes cibles défavorisés mais plutôt la volonté de se démarquer de certains groupes d'étrangers ou de les marginaliser. Dans le système de soins, cette attitude contribue à la discrimination de certains migrants en raison de leur origine, de leur mode de vie et de leurs convictions. Ainsi, selon Dagmar Domenig, bon nombre de patientes et de patients issus de la migration sont mal, voire pas du tout informés sur les traitements qu'ils vont subir, par exemple des opérations ou autres interventions. En revanche, les professionnels qui disposent d'une compétence transculturelle s'engagent pour que les migrants soient bien informés dans le domaine de la santé malgré les barrières linguistiques et d'autres obstacles et pour qu'ils puissent faire valoir leurs droits. Mais l'auteure pense que les patients ne sont pas les seuls à être confrontés à la discrimination et au racisme dans le domaine de la santé, les membres du personnel issus d'autres cultures le sont aussi. Un professionnel compétent en matière transculturelle peut reconnaître les capacités transculturelles et spécifiques des collaborateurs issus de la migration et sait quelle importance ils revêtent pour le fonctionnement du système tout entier.

**Riassunto****Razzismo, discriminazione o incompetenza transculturale?**

L'incompetenza transculturale, dovuta a una mancanza di conoscenze o di esperienze, non significa ancora razzismo. Dietro determinate attribuzioni culturali, tuttavia, si nascondono spesso atteggiamenti discriminatori o razzisti. Secondo l'autrice, per molti partecipanti a corsi sulla competenza transculturale, la motivazione non è tanto la solidarietà nei confronti di gruppi svantaggiati, quanto la volontà di distinguersi da determinati gruppi di stranieri o addirittura la loro emarginazione. All'interno del sistema sanitario, tale atteggiamento ha la conseguenza che alcuni migranti si sentono discriminati sulla base della loro provenienza, delle loro abitudini o convinzioni. Così, secondo Dagmar Domenig, molti pazienti immigrati, uomini e donne, vengono male informati o addirittura non vengono informati affatto sui trattamenti a cui vengono sottoposti, come ad esempio operazioni o altri interventi. Sul fronte opposto, persone qualificate e competenti dal punto di vista della comunicazione transculturale si battono affinché i migranti a contatto col sistema sanitario vengano informati in modo esauriente, malgrado le barriere linguistiche o di altro tipo, così che possano far valere pienamente i loro diritti. Ma gli atti di discriminazione e le manifestazioni di razzismo nel sistema sanitario non sono rivolti solo contro i pazienti – afferma l'autrice – bensì anche contro i membri del personale provenienti da altre culture. Uno specialista competente in materia di transculturalità è però in grado di riconoscere le capacità specifiche e anche le capacità transculturali di collaboratori di altre aree culturali, così come il loro significato centrale nella cura di persone migranti, e dunque la loro importanza per il funzionamento dell'intero sistema.

# Rassismus im Spital

Maya Shaha

**Existiert Rassismus im Spital? Wie manifestiert er sich in diesem Fall? Welche Auswirkungen auf Patientinnen, Patienten, Pflegende, Ärzte und andere Berufsangehörige, die im Spital arbeiten, entstehen daraus? Und: Welche Gegenmassnahmen sind möglich und nötig? All diese Fragen stellen sich im Zusammenhang mit dem Thema «Rassismus im Spital».**

Im Rahmen der Rassismusforschung steht in der Schweiz seit längerer Zeit der Antisemitismus – auch aus historischen Gründen – im Mittelpunkt des Interesses. Diese Problematik hat in den letzten Jahren wieder vermehrt Aufmerksamkeit erhalten, auf Grund der Auseinandersetzungen um die nachrichtenlosen Bankkonti, aber auch wegen der Zunahme von rechtsextremen Gruppierungen. So überrascht es wenig, dass eine Umfrage kürzlich ergeben hat, dass fast zwanzig Prozent der Schweizer Bevölkerung eine antisemitische Haltung haben. Insgesamt wird die Zunahme von Antisemitismus und Rassismus in der Schweiz als alarmierend beurteilt. Man glaubt, dass die zunehmende Globalisierung sowie die rasante wissenschaftliche und soziale Entwicklung tiefe Gefühle der Unsicherheit und des Verlusts in der Gesellschaft hervorrufen.

## **Patienten unterschiedlicher Herkunft**

Fest steht, dass Rassismus ein Teil unserer sozialen Realität ist (Essed 1991). So ist es wenig erstaunlich, wenn immer mehr Berichte und Erhebungen die Existenz von Rassismus im Gesundheitswesen und in der sozialen Arbeit bestätigen. Dabei wird auch darauf hingewiesen, dass Rassismus negative Auswirkungen auf die Betreuung der zu behandelnden Patientinnen und Patienten haben kann.

In der Pflegeliteratur wird insbesondere die wachsende Wichtigkeit der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund hervorgehoben. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf Eigenheiten des jeweiligen kulturellen Hintergrunds. Probleme, die auf Grund der unterschiedlichen kulturellen Hintergründe auftreten können, sind in einigen Studien untersucht worden. Zunächst hat man sich hauptsächlich mit der Sichtweise der Pflegenden befasst. Dabei zeigt sich, dass Pflegende ethnozentrische Haltungen haben können, was zu problematischen Situationen mit Patientinnen und Patienten führt. Aus Sicht der Pflegenden stellen insbesondere Kommunikationsschwierigkeiten auf Grund sprachlicher Hürden, unterschiedliche Familienbilder und sich daraus ergebende Verwandtenbesuche sowie mangelnde Kenntnisse zu unterschiedlichen kulturellen Überzeugungen hauptsächliche Problembereiche dar (Kellnhauser and Schewior-Popp 1999). Die wenigen in den letzten Jahren durchgeführten Studien zeigen die Bedeutsamkeit von Rassismus im Spital und im gesamten Gesundheitswesen auf. Patientinnen und Patienten, die in einem Gastland leben, und somit einen anderen kulturellen Hintergrund als die Mehrheit der einheimischen Bevölkerung aufweisen, erleben Zugangsschwierigkeiten zur Gesundheitsversorgung. Kaum untersucht wurde die Beziehung unter den Patientinnen und Patienten selber. Daher wurde in einem schweizerischen Kontext der Frage nachgegangen, ob unter Patientinnen und Patienten eines Spitals Rassismus vorkommt (Shaha 1997; 1998).

## **Eine Studie sucht nach Antworten**

Mitte der Neunzigerjahre wurde im Rahmen einer Abschlussarbeit der Londoner St Bartholomew School of Nursing and Mid-

wifery eine qualitative beschreibende Studie mit folgender Fragestellung durchgeführt:

- Existiert Rassismus im Spitalalltag aus der Sicht der Patientinnen und Patienten?
- Falls er existiert, wie manifestiert sich Rassismus im Spitalalltag?
- Können daraus Konsequenzen für die Pflegewissenschaft und -praxis abgeleitet werden?

Mit Hilfe von halbstrukturierten Interviews und nichtteilnehmender Beobachtung wurden Daten gesammelt. Insgesamt beteiligten sich elf Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Herkunft – und daher auch mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund – an der Studie. Die Befragten stellten einhellig fest, dass Rassismus in der Schweiz existiert. Sie beschrieben Bevorzugungen von Schweizerinnen und Schweizern im Alltag, beispielsweise an der Kasse beim Einkaufen. In der Arbeitswelt schätzten sie sich im Nachteil gegenüber Schweizer Bewerberinnen und Bewerbern ein. Sie erlebten auch abschätzige Aussagen oder Behandlungen. Obwohl in den Interviews nicht eindeutig so bezeichnet, erschien die Beherrschung der Sprache des Gastlandes ein definierendes Element darzustellen, inwieweit die Betroffenen rassistische Begebenheiten erfuhren. Interessanterweise stellten die Befragten keinen Rassismus oder Anzeichen dafür in der Spitalumgebung fest. Sie schlossen allerdings die Möglichkeit dafür nicht aus. Sie sahen dies aber in engem Zusammenhang mit den anwesenden Patientinnen und Patienten in einem Zimmer, auf einer Abteilung, im Spital. Die Befragten befanden zudem, dass immer wieder Ereignisse stattfinden, mit denen sie nicht einverstanden sind. In den beobachteten Situationen liessen sich zwei Ereignisse festhalten, die objektiv als rassistisch einge-

schätzt wurden. In einem Fall sprach eine anwesende Patientin die andere mit grammatikalisch unkorrektem Hochdeutsch an. In einem anderen Fall schüttelte eine Patientin den Kopf über eine andere, telefonierende Patientin, deren kultureller Hintergrund nicht schweizerisch war. Die Missfallen ausdrückende Patientin war Schweizerin. Sie drehte sich zusätzlich ab, um dem Missfallen noch stärker Ausdruck zu geben. In beiden Fällen wurden diese Reaktionen jedoch in keiner Weise von den Betroffenen reflektiert (Shaha 1997; 1998).

Auch wenn die Studienergebnisse keine eindeutigen Beweise lieferten – einerseits war die Studienanlage sehr begrenzt, andererseits war das Sample sehr klein –, kann die Existenz von Rassismus im Spital unter den Patientinnen und Patienten nicht ausgeschlossen werden. Im Gegenteil, es wird davon ausgegangen, dass Rassismus im Spital existent ist (Stöckli 1995). Die Spitalstrukturen sind meist hierarchisch angelegt und können dadurch Rassismus Vorschub leisten. Je nach vorherrschenden Überzeugungen und der im Spital gelebten Kultur werden bestehende Unsicherheiten im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen verstärkt (Kerrow-Weil 1999). Weitere Untersuchungen zu diesen Fragestellungen sind notwendig.

### Auswirkungen auf Fachpersonen im Spital

Wie die Literatur und die oben dargestellte Studie zeigen, ist es möglich, dass rassistische Übergriffe im Spital entstehen und vorkommen. Es lassen sich vier potenziell problematische Szenarien ableiten:

- Konflikte zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten, in denen Fachpersonen ethnozentrische Haltungen einnehmen.

## Im Alltag erlebt Scènes de la vie quotidienne Episodi di vita vissuta

*Zu Beginn einer Schulstunde in der Kantonsschule. Wir sitzen alle gespannt und harren der Dinge, die da kommen. Unser Lehrer geht durch die Reihen, pausiert neben meinem Pult und sagt dann: «Schoggikopf!» Zunächst ist die ganze Klasse still. Etwa eine Minute danach beginnt jemand zu lachen und alle stimmen mit ein. Ich auch.*

*Morgenrunde im Spital. In einem Viererzimmer mit Männern müssen wir allen den Blutdruck messen und Blut entnehmen. Wir sind ein Team von zwei französischen Pflegenden und ich als Pflegehilfe. Ein Patient sagt zu mir: «Was willst du denn einmal werden? Barmaid?» Die französische Pflegende stellt sich dazwischen und sagt: «Das ist unsere vielversprechendste und fleissigste Hilfe. Sie wird Krankenschwester. Und das ist gut so.»*

*Ich betrete ein Krankenzimmer im Spital. Die Patientin hat Besuch. Man schaut mir zunächst zu und sagt dann: «Sie sind aber auch keine Schweizerin. Woher kommen Sie?» Meine Antwort: «Doch, natürlich bin ich Schweizerin. Könnte ich jetzt wohl den Blutdruck messen?» Die Anwesenden sagen: «Ja, sicher eine Eingekaufte!»*

*Ich betrete ein Krankenzimmer und begrüsse die Patientin. Sie ruft: «Ah, da ist ja mein kleines Inderli.» Ich bin mittlerweile Mitte zwanzig.*

Maya Shaha

*C'est le début d'une leçon au lycée. Nous sommes tous assis, un peu tendus, nous nous demandons ce qui va arriver. Le maître passe entre les rangs, s'arrête à côté de mon pupitre et dit tout à coup «Mama-dou». On n'entend pas une mouche voler dans la classe. Puis, au bout d'une minute, quelqu'un se met à rire et tous se joignent à lui. Moi aussi.*

*C'est la visite du matin à l'hôpital. Dans une chambre occupée par quatre hommes, nous devons mesurer la pression sanguine et faire les prises de sang. Notre équipe compte deux infirmières françaises et moi, qui suis aide-infirmière. Un des patients me demande: «Qu'est-ce que tu veux devenir plus tard? Barmaid?» L'infirmière française s'interpose et dit: «C'est notre meilleure aide-infirmière, la plus travailleuse. Elle va devenir infirmière et c'est très bien.»*

*J'entre dans une chambre d'hôpital. La malade a des visites. On me devise et quelqu'un fait: «Vous, vous n'êtes pas suisse, d'où venez-vous?» Je réponds: «Bien sûr que je suis suisse. Je peux vous prendre la pression?» J'entends alors «Encore une qui a acheté la nationalité!»*

*J'entre dans une chambre d'hôpital et salue la patiente. Elle s'exclame: «Ah, voilà ma petite Indienne!» Il se trouve que j'ai vingt-cinq ans.*

Maya Shaha

*Inizio di un'ora di lezione al liceo. Siamo tutti seduti, un po' nervosi perché non sappiamo cosa ci aspetta. L'insegnante passeggia tra i banchi, poi si ferma di fianco a me ed esclama: «Moretto!». Sul primo tutta la classe rimane ammutolita, poi qualcuno scoppia a ridere e la sua risata coinvolge tutti, me compresa.*

*Turno mattutino in ospedale. Nella stanza sono ricoverati quattro uomini, ai quali dobbiamo misurare la pressione e prelevare il sangue. Siamo in tre. Due infermiere francesi ed io, che sono assistente di cura. Un paziente si rivolge a me: «Cosa vuoi fare da grande, la cameriera?». L'infermiera francese si frappono e mi difende: «È la nostra migliore assistente e farà l'infermiera. E sono sicura che sarà un'ottima infermiera!».*

*Entro in una stanza. La paziente ha visite. I presenti mi osservano e poi mi chiedono: «Nemmeno lei è svizzera, vero? Da dove viene?». «Certo che sono svizzera», replico, «e adesso potrei misurarle la pressione?», dico rivolta alla paziente. «Svizzera naturalizzata, ovviamente!», è la risposta.*

*Entro in una stanza e saluto la paziente. «Ah», esclama lei, «ecco la mia indianina!». E dire che ho ormai 25 anni.*

Maya Shaha

- Konflikte zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten, in denen Patientinnen und Patienten ethnozentrische Haltungen einnehmen.
- Konflikte zwischen zwei Patientinnen oder Patienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund, die von einer/einem der Patientinnen oder Patienten als rassistisch eingeschätzt werden.
- Konflikte zwischen zwei Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund, die von Fachpersonen als rassistisch eingeschätzt werden.

In solchen Situationen könnten Fachpersonen zur Intervention oder Lösung beigezogen werden. Weder die Studie noch die Literatur liefern Antworten für solche Fälle, doch es kann festgehalten werden, dass Massnahmen erst notwendig und durchführbar sind, wenn das potenzielle Opfer die Fachpersonen auf irgendeine Weise in die Situation einschaltet. In jedem Fall sollten die Einschätzung und das situationsbezogene Wissen des potenziellen Opfers berücksichtigt werden. Ein mögliches Einschreiten sollte auf dieser Einschätzung und diesem Wissen basieren sowie unter Berücksichtigung moralisch-ethischer Überlegungen stattfinden.

Um systemisch der Entstehung von Rassismus im Spital zu begegnen, ist es notwendig, die Ausbildungscurricula anzupassen. Die angehenden Fachpersonen sollten sich auch mit der Möglichkeit von rassistischen Begebenheiten auseinander setzen lernen. Dabei ist es zwingend, dass die Einführung nicht bei Widerstand boykottiert und wieder aus dem Curriculum entfernt wird (Hagey and MacKay 2000).

### Hinterfragen der Institutionsstrukturen

Ein wichtiger Bestandteil zur Verbesserung der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund ist auch der Abbau der sprachlichen Barriere. Missverständliche Kommunikationsversuche könnten mit Hilfe von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern verbessert werden; institutionsinterne Lösungen sind meistens ad hoc organisiert, wodurch neue Einschränkungen entstehen (Kerkow-Weil 1999). Fachpersonen sind in jedem Fall dazu aufgerufen, problematische Situationen genauer anzuschauen, bevor leichtfertig Urteile gefällt werden.

Überdenken und Hinterfragen der Institutionsstrukturen können auch zur Verbesserung der Situation beitragen. Fach- und Kompetenzbereiche sollten unter den Fachpersonen klar abgegrenzt sein, sodass diese Diskussionen den Arbeitsalltag nicht behelligen und belasten. Durch eine klare Abgrenzung der Fachbereiche im Gesundheitswesen wird ein wesentlicher Schritt getan hin zum Abbau der Unsicherheiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten, die über unterschiedliche kulturelle Hintergründe verfügen.

Insgesamt werden in der Pflegeliteratur und in anderen Publikationen im Bereich Gesundheitswesen weder «Xenophobie» noch «Rassismus» als Begriffe verwendet. Man befasst sich hauptsächlich mit dem Begriff «kulturelle Unterschiedlichkeit». Um eine Veränderung innerhalb von Institutionen im Gesundheitswesen bezüglich Rassismus herbeizuführen, müssen Rassismus und seine Eigenschaften allen bekannt sein. Erst dann kann Rassismus identifiziert werden. Individuell angepasste Massnahmen können formuliert werden, um gegen Rassismus anzu-

gehen und die Verbreitung allenfalls zu begrenzen. Fachpersonen würden so in schwierigen Situationen über ein erhöhtes Wissen verfügen und wären daher besser gegen Rassismus gewappnet.

*Maya Shaha wurde in London geboren, wuchs jedoch im Kanton Aargau auf. Ihr Vater stammte aus Indien, ihre Mutter ist Deutschschweizerin. 1993 schloss sie ihre Ausbildung zur Krankenschwester AKP ab, 2003 hat sie an der City University – St Bartholomew School of Nursing and Midwifery – in London den PhD in Nursing gemacht. Maya Shaha hat einen Lehrauftrag an der Universität Luzern und ist Verantwortliche der deutschsprachigen Forschungsabteilung an der Hochschule für Gesundheit in Freiburg (Schweiz).*

#### Literatur

Essed, P. 1991. *Understanding everyday racism: an interdisciplinary theory*. London: Sage.

Hagey, R., and R.W. MacKay. 2000. Qualitative research to identify racist discourse: towards equity in nursing curricula. *International Journal of Nursing Studies* 37 (1): 45–56.

Kellnhauser, E., and S. Schewior-Popp. 1999. *Ausländische Patienten besser verstehen*. Edited by E. Kellnhauser and S. Schewior-Popp. Stuttgart: Thieme.

Kerkow-Weil, R. 1999. *Zum Umgang mit dem Fremden. Die Pflege ausländischer Patienten als Ausdruck von Inhumanität im Krankenhaus*. Edited by R. Zech. Vol. 6, *Schriftenreihe für kritische Sozialforschung und Bildungsarbeit*. Hannover: Expressum.

Shaha, M. 1997. *Rassismus im Spitalalltag*. Master, St Bartholomew School of Nursing & Midwifery, City University, London.

Shaha, M. 1998. Racism and its implication in ethical-moral reasoning in nursing practice: a tentative approach to a largely unexplored topic. *Journal of Nursing Ethics* 5 (2): 139–146.

Stöckli, D.B. 1995. *Die Pflege von Asyl Suchenden und Flüchtlingen. Eine medizin-ethnologische Fallstudie in einem Spital*, Institut für Ethnologie, Bern.

### Résumé

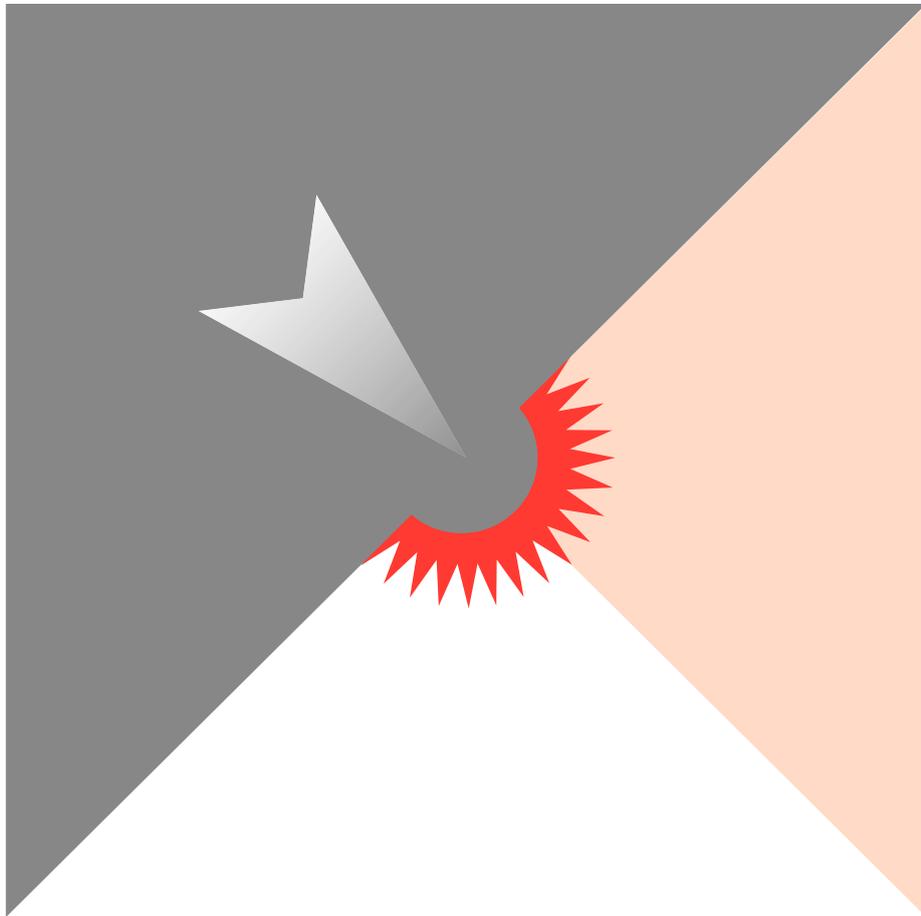
## Le racisme à l'hôpital

Le racisme faisant partie de la réalité sociale, il peut aussi se manifester dans le domaine hospitalier. Dans la littérature spécialisée, on relève notamment l'importance croissante des soins aux patients dont le contexte culturel est différent du nôtre en attachant une attention particulière aux spécificités de chaque culture en question. La littérature existante sur le sujet ainsi qu'une étude réalisée en Suisse montrent que plusieurs scénarios de manifestations racistes à l'hôpital sont possibles. Pour contrer ce racisme, il est entre autres nécessaire d'adapter le cursus de formation, afin que les professionnels de la santé apprennent à affronter les éventuels phénomènes de ce type. Une condition importante à l'amélioration des soins aux patients dont le contexte culturel est différent est l'élimination de la barrière des langues; mais la réflexion et l'analyse critique des structures institutionnelles peuvent aussi contribuer à améliorer la situation.

### Riassunto

## Razzismo all'ospedale

Il razzismo fa parte della realtà sociale e può pertanto giocare un ruolo anche all'ospedale. Nella saggistica sulle cure ospedaliere si rileva in particolare l'importanza crescente dell'assistenza a pazienti con diversi retroterra culturali. Una particolare attenzione è riservata alle specificità delle diverse culture di provenienza. Nelle opere esistenti come pure in uno studio svizzero sono illustrati i possibili scenari di manifestazioni di razzismo in campo ospedaliero. Per far fronte a tali fenomeni, è necessario tra l'altro adattare i percorsi formativi in modo da preparare il futuro personale sanitario ad affrontare possibili situazioni discriminatorie. Una condizione importante per il miglioramento della cura di pazienti con diverse provenienze culturali è l'abbattimento delle barriere linguistiche; ma anche una riflessione sulle strutture istituzionali e una loro eventuale rimessa in questione possono contribuire a migliorare la situazione attuale.



# Ausgeschlossen durch die fremde Sprache

Alexander Bischoff

**Seit einiger Zeit ist eine zunehmende Sensibilisierung dafür festzustellen, dass in Schweizer Spitälern viele Patientinnen und Patienten fremdsprachig sind und dass professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei der Lösung schwieriger Situationen gute Dienste leisten würden. Noch allzu oft werden die vorhandenen Dolmetscherdienste aber erst in letzter Minute in Anspruch genommen. Dies auch bei der Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten, zu der das Gesundheitspersonal eigentlich rechtlich verpflichtet wäre.**

«Ich habe eine Patientin auf dem Tisch, die nur Serbokroatisch spricht; hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen könnte?» So begann ein Telefonanruf, den ich letztes Jahr am Universitätsspital Genf erhielt. Der Anrufende war ein Chirurg im Operationsaal, der mir in meiner Koordinationsfunktion für Dolmetscherdienste telefonierte. Der Satz bietet eine aufschlussreiche Zusammenfassung von mehreren typischen Aspekten des Dolmetschens und ist mir ein willkommener Aufhänger für eine Standortbestimmung über das Dolmetschen im Spital. Die Äusserungen des gestressten Chirurgen sind in vielerlei Hinsicht symptomatisch, und ich will sie im Folgenden meinen Interpretationen zugrunde legen. Damit mache ich bereits klar, dass es sich um meine subjektive Einschätzung handelt.

## «Sie spricht nur Serbokroatisch»

Der Arzt hat bemerkt, wenn auch reichlich spät, dass er es mit einer Patientin zu tun hat, die nicht ins Bild des Normalen passt, nicht die Umgangssprache – Französisch – spricht und nicht auf die Kommunikationsversuche des Arztes eingehen kann. Er spricht eine für sie fremde Sprache, und sie

spricht eine für ihn fremde Sprache. Er muss anerkennen, dass er mit der klassischen Herangehensweise an eine fremde Patientin – Französisch sprechen – nicht weiterkommt. Darin eingeschlossen ist auch eine implizite Anerkennung einer pluralistisch zusammengesetzten Gesellschaft, in welcher der Arzt lebt und arbeitet und die ein grosses Universitätsspital abbildet.

## «Hätten Sie jemanden ...»

Ich sehe in diesem Hilferuf des Arztes einen neuen Reflex. Neu darum, weil das Spitalpersonal viele Jahre versucht hat, ohne Hilfe durchzukommen, weil es lange fand, es sei Sache der Patienten<sup>1</sup>, sich verständlich zu machen, weil die Chirurgen sich lange auf das Operieren beschränken und die Realität der Fremdsprachen nicht wahrhaben wollten, und schliesslich weil die in Gesundheitsberufen Tätigen lange gar nicht wussten, dass es Dolmetsch-Angebote gibt.

Ich schiebe einen kurzen sprachlichen Exkurs zum Wort «Dolmetschen» ein: Ich werde in diesem Beitrag das geschichtsträchtige deutsche Wort «Dolmetschen» gebrauchen und verstehe darunter sowohl das mündliche Übersetzen als auch die interkulturelle Vermittlung. Der Verein *INTERPRET* hat sich kürzlich auf die Sprachregelung «interkulturelles Übersetzen und Vermitteln geeinigt».<sup>2</sup> In einem Nationalfonds-Projekt unter dem Oberthema «Integration und Ausschluss» untersuchen wir, ob die interkulturelle Mediation integrierend wirkt. Darin schliessen wir drei Aspekte ein: das Übersetzen und Dolmetschen, die interkulturelle Vermittlung und die Konfliktmediation im transkulturellen Kontext.<sup>3</sup>

## «... jemanden, der übersetzen kann?»

Der Hilferuf des Chirurgen ist ein positives Zeichen und als Erfolg zu werten: Den ver-

schiedenen Abteilungen der Genfer Universitätsspitaler ist ins Bewusstsein gedrungen, dass ein Spezialdienst besteht, an den man sich wenden kann, wenn Sprachbarrieren Behandlung und Pflege zu beeinträchtigen drohen. Lösungen, die Sprachbarrieren zu überwinden, sind ein Aspekt der Pflegequalität, und der Arzt bemüht sich, eine Lösung zu finden. Übersetzen, Dolmetschen, interkulturelles Vermitteln sind keine Fremdwörter mehr. Vielleicht hat der Arzt auch erfahren, dass die Einkaufszentrale der Genfer Universitätsspitaler (HUG) einen Vertrag mit dem Dolmetscher-Dienst des Genfer Roten Kreuzes abgeschlossen hat. Diese Einkaufszentrale regelt alle spitalexternen Leistungen, kauft die Dolmetscherleistungen ein – ein innovatives Vorgehen, das hoffentlich Schule machen wird – und ermöglicht so den professionellen Dolmetscherinnen, angemessen entlohnt zu werden.

#### «... zur Hand»

Nach den drei positiven Interpretationen des Telefonanrufs komme ich um kritische Anmerkungen nicht herum. Der Formulierung der Frage kann man entnehmen, dass das Dolmetschen als etwas angesehen wird, über das bei Bedarf verfügt werden kann – als eine Lösung zwar, aber in einem mechanistischen Sinn. Dolmetscherinnen werden somit als eine Zauberlösung oder als *Black Box* angesehen. Im Black-Box-Modell wird die übersetzende Person nur als «Schaltstelle» zwischen den Äusserungen eines Patienten und denen eines Arztes betrachtet. Stattdessen wäre eine Kommunikation im Dreieck zu befürworten, die aus dem Dialog einen Trialog werden lässt und eine echte Partnerschaft zwischen Ärzten und Dolmetscherinnen ermöglicht und fördert.

#### «... eine Patientin auf dem Tisch ...»

Dem Chirurgen kommt erst spät in den Sinn, dass er das Einverständnis der Patientin einholen muss – ein Schritt, der zum Abc der guten Pflegequalität gehören sollte. Erst hier werden ihm die Kommunikationsprobleme bewusst, und erst hier wird die Dolmetscherin nicht nur als ein Luxus oder ein Zeitfresser angesehen.

#### «... nur Serbokroatisch ...»

Hätte der Arzt aufmerksamer auf das soziale und politische Umfeld geachtet, dann wüsste er: Serbokroatisch ist keine sinnvolle Sprachbezeichnung, genauer gesagt: Es gibt eine solche Sprache nicht. Wir haben in unserem Land Menschen, die aus Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Serbien-Montenegro und anderen Ländern des früheren Jugoslawien stammen und entsprechend Bosnisch, Kroatisch, Serbisch oder eine andere Sprache Ex-Jugoslawiens sprechen. Sowie so wird aus der viersprachigen zunehmend eine vielsprachige Schweiz. Gemäss Volkszählung 2000 sprechen 64 Prozent der Wohnbevölkerung Deutsch, 19 Prozent Französisch, 7 Prozent Italienisch, 0,5 Prozent Romanisch und annähernd 10 Prozent andere Sprachen: Ein Zehntel der Schweizer Wohnbevölkerung gibt keine der vier traditionellen Schweizer Sprachen als Hauptsprache an, sondern (als häufigste in dieser Reihenfolge): Spanisch, Südslawisch (Kroatisch, Bosnisch, Serbisch), Portugiesisch, Türkisch, Englisch und Albanisch.

Leider weiss der Arzt auch nicht, was Dolmetscherinnen alles zu bieten haben, andernfalls hätte er früher daran gedacht, eine dritte, vermittelnde Person einzuschalten. Diese hätte den zwei anderen Personen auch den jeweiligen Kontext besser erklären können: der Patientin den Kontext des Spitals und dem Arzt den (soziokulturellen usw.)

## Adäquate Kommunikation ist ein wichtiges Element der Pflege- und Betreuungsqualität.

Kontext der Patientin. Hätte die Patientin mehr gewusst über das übliche und gesetzlich wichtige Prozedere des Einverständnisses, hätte sie eine wirkliche Wahl der Entscheidung und Mitsprache gehabt. In diesem Moment, auf dem Tisch, besteht letztlich keine Möglichkeit mehr dazu.

### Anspruch auf Dolmetscherdienste?

Hätte die Patientin eigentlich Anspruch auf eine Dolmetscherin gehabt? Einige Bemerkungen dazu. Erstens: Adäquate Kommunikation ist ein wichtiges Element der Pflege- und Betreuungsqualität (*Quality of Care*). Wenn die Patientin nun – wie hier – fremdsprachig ist und die lokale Sprache nicht versteht, dann würde das Beiziehen einer Dolmetscherin zu einer notwendigen Massnahme der Pflegequalität gehören. Wenn das Gesundheitswesen allen Patienten, ungeachtet ihres Hintergrunds, gute Pflege und Betreuung garantieren will, dann hätte unsere Patientin Anspruch auf eine qualifizierte Dolmetschleistung. Zur Pflegequalität von Fremdsprachigen seien hier nur wenige Stichworte angefügt. Es gibt viele Studien, die zeigen, dass bei fehlender sprachlicher Vermittlung fremdsprachige Patienten von guter *Quality of Care* ausgeschlossen bleiben. Umgekehrt gibt es erst wenige empirische Studien, die gute Patientenergebnisse durch das Beiziehen von Dolmetscherdiensten belegen. Die wenigen Studien zeigen jedoch, dass sich Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Gesundheitspersonal verbessern. Wir haben in Genf eine Studie über die Effektivität einer Schulung von Ärzten in der Arbeit mit Dolmetscherinnen durchgeführt («Comment travailler avec des interprètes?»). Die Resultate zeigten Unterschiede vor bzw. nach der Schu-

lung: fremdsprachige Patienten schätzten nach der Intervention die Pflegequalität und insbesondere die Qualität der Kommunikation als besser ein.

### Kosovo-Flüchtlinge als Beispiel

Zweitens: Wenn die Anzahl Patienten einer bestimmten Fremdsprache, die Gesundheitsdienste beansprucht, eine kritische Masse erreicht, sollte es eigentlich selbstverständlich sein, dass für diese Gruppe Dolmetscherdienste zur Verfügung gestellt werden. Das Beispiel der Flüchtlinge aus Kosovo mag das aufzeigen. Im Sommer 1999 erreichte die Schweiz eine Flüchtlingswelle Albanisch sprechender Flüchtlinge, die vor dem Krieg in Kosovo flohen und in der Schweiz Asyl beantragten. Viele von ihnen kamen in schlechtem Gesundheitszustand oder kriegstraumatisiert bei uns an. Dies bedeutete u. a. auch für die Genfer Universitätskliniken eine spürbare Mehrbelastung in den ohnehin schon überbelegten Abteilungen, hatte aber einen interessanten Nebeneffekt: Die Akzeptanz von Dolmetscher-vermittelten Gesprächen nahm erheblich zu. Dank schneller Entscheidungen der Genfer Behörden konnten alle kantonalen Universitätskliniken dank eines Spezialfonds professionelle Dolmetscherinnen beiziehen, ohne zusätzlich ihr eigenes Budget zu belasten.

Drittens: In der strategischen Ausrichtung des Bundes im Bereich «Migration und Gesundheit» nehmen Dolmetscherdienste einen entscheidenden Platz ein unter den Massnahmen zur Verbesserung der Situation von Migrantinnen und Migranten. *INTERPRET* ist vom Bundesamt für Gesundheit mit der Erstellung und Einführung von Standards und Qualitätskriterien von Dolmetscherdiensten betraut worden. Diese Initiativen sowie das soeben gestartete Projekt *Migrant Friendly Hospitals* (in Anlehnung an die EU-

Initiative aus Wien<sup>4</sup>) sollten Dolmetscherdienste so bekannt machen, dass einem Arzt und einer Patientin schnell klar würde, dass in einer betreffenden Situation Anspruch auf eine dolmetschende Fachperson besteht.

### Berufsgeheimnis muss gewahrt werden

Viertens: Gibt es nicht nur Anspruch, sondern auch ein Recht auf Übersetzung? Eine kürzlich erschienene Studie gelangt zu einigen Folgerungen, die weitreichende Konsequenzen für die Einführung von Dolmetscherdiensten haben könnten. Ich stelle sie, stichwortartig verkürzt, an den Schluss dieses Beitrags: Gemäss Gesetz ist der Arzt in Aufklärungsgesprächen verpflichtet, sich in einer dem Patienten verständlichen Sprache auszudrücken. Folglich muss er, wenn die Patientin die geläufige Sprache nicht versteht, sich jedoch legal im Land aufhält und darum Anrecht auf medizinische Versorgung hat, eine dolmetschende Fachperson zuziehen. Der Chirurg in unserem Beispiel hätte also eine Dolmetscherin beiziehen müssen. Wenn der Arzt im Gespräch mit einer fremdsprachigen Patientin das Berufsgeheimnis wahren will, muss er mit Dolmetscherinnen zusammenarbeiten, die der gesetzlichen Schweigepflicht unterstehen. Diese ist bei unqualifizierten Dolmetschhilfen oder Angehörigen nicht gewährleistet.

Schliesslich ist das Gesetz gegen die Diskriminierung zu erwähnen. Niemand ist wegen seiner Sprache zu diskriminieren, weswegen in einer Situation der Fremdsprachigkeit ein Patient nicht ausgeschlossen werden darf und somit eine Dolmetscherin beigezogen werden sollte. Der Anspruch auf eine Dolmetscherin scheint also nicht aus der Luft gegriffen zu sein. Es ist zu hoffen, dass in Zukunft das Beiziehen von Dolmetscherinnen zur Routine wird, als eine von mehreren Massnahmen gegen Ausschluss, Diskriminie-

rung und ungenügende medizinische Versorgung und als Antwort auf die Realität einer pluralen und vielsprachigen Gesellschaft.

*Alexander Bischoff, Dr. phil., Epidemiologe und Pflegefachmann, arbeitet am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel. Er ist Leiter des Projekts «interkulturelle Vermittlung» im Rahmen des nationalen Forschungsprogramms «Integration und Ausschluss» (NFP51). E-Mail: alexander.bischoff@unibas.ch.*

<sup>1</sup> Um der besseren Lesbarkeit willen schreibe ich «Patienten» und «Ärzte», meine aber selbstverständlich Personen beiderlei Geschlechtes. Weil im Dolmetscherberuf eindeutig mehr Frauen arbeiten, schreibe ich «Dolmetscherinnen» und schliesse auch hier Personen beiderlei Geschlechtes ein.

<sup>2</sup> INTERPRET: die schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln (siehe auch [www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch))

<sup>3</sup> Siehe [www.nfp51.ch](http://www.nfp51.ch)

<sup>4</sup> Siehe [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

<sup>5</sup> Ayer, A., & Gilbert, M. (2004)

### Literatur

Andrulis, D., Goodman, N., & Pryor, C. (2002). What a difference an interpreter can make. Health care experiences of uninsured with limited English proficiency. Boston: The Access Project.

Ayer, A., & Gilbert, M. (2004). Droits du patient migrant: quelles sont les bases légales de la consultation médicale en présence d'un interprète? Bern: Commission fédérale des étrangers.

Bischoff, A., Tonnerre, C., Eytan, A., Bernstein, M., & Loutan, L. (1999). Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Soz Präventivmed*, 44 (6), 248–256.

Bischoff, A., & Loutan, L. (2000). Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege. Geneva: Geneva University Hospitals.

Bischoff, A. (2002). Gesund werden erfordert verstanden werden. Gute Erfahrungen mit professionellen Dolmetscherdiensten. *Soziale Medizin*, 29 (4), 48–50.

Bischoff, A. (2003). Dolmetschervermittelte Gespräche im Spital: Sinnvolle Professionalisierung. *Caritas Newsletter der Fachstelle Gesundheit und Integration* (2), 1–2.

Bischoff, A., Bovier, P., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., & Loutan, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral rates. *Soc Sci Med*, 57, 503–512.

Campbell, S., Roland, M., & Buetow, S. (2000). Defining quality of care. *Soc Sci Med*, 51, 1611–1625.

Dahinden, J., & Chimienti, M. (2002). Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln. Theoretische Perspektiven. Forschungsbericht Nr. 25. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

Dahinden, J. (2004). Interkulturelle Vermittlung und Übersetzung als Integrationsinstrumente. Eine kritische Sichtweise auf ihre Potenziale. In: SRK (Ed.), *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo-Verlag.

Hampers, L.C., Cha, S., Gutglass, D.J., Binns, H.J., & Krug, S.E. (1999). Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*, 103 (6 Pt 1), 1253–1256.

Jacobs, E.A., Lauderdale, D.S., Meltzer, D.O., Shorey, J.M., Levinson, W., & Thisted, R.A. (2001). The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients. *J Gen Intern Med*, 16, 468–474.

Loutan, L. (1999). The importance of interpreters to insure quality of care for migrants. *Soz Präventivmed*, 44 (6), 245–247.

Lüdi, G., Werlen, I., & Francheschini, R. (1997). Die Sprachenlandschaft Schweiz. Bern: Bundesamt für Statistik.

Pitkin, K., & Baker, D.W. (2000). Limited English proficiency and Latinos use of physician services. *Medical Care Research and Review*, 57 (1), 76–91.

Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R.C., & Waitzkin, H. (2000). Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *Am J Med*, 108 (6), 470–474.

SRK (2004). *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo-Verlag.

Wanner, P. (2004). *Migration et Intégration*. Neuchâtel: Office fédéral de la Statistique.

Weiss, R., & Stuker, R. (1998). Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.

Weiss, R., & Stuker, R. (1999). Wenn PatientInnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen ... – Konzepte zur Übersetzerpraxis. *Soz Präventivmed*, 44 (6), 257–263.

Wensing, M., Jung, H., Mainz, J., Olesen, F., & Grol, R. (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Soc Sci Med*, 47 (10), 1573–1588.

Westermeyer, J. (1990). Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *J Nerv Ment Dis*, 178 (12), 745–749.

## Résumé

### Exclus à cause de la langue? – Non, grâce aux services d’interprétation

Se fondant sur la demande concrète faite par un médecin, l’auteur a établi un bilan des services d’interprétation à l’hôpital. Il constate que les gens sont toujours plus sensibilisés à la présence de nombreux patients de langue étrangère dans les hôpitaux suisses et qu’un nombre croissant de personnes a connaissance de l’existence des services d’interprétation, mais que souvent, on ne fait appel aux interprètes qu’en dernier recours. Et il en va de même pour l’information que le personnel de l’hôpital est juridiquement tenu d’apporter aux patients.

## Riassunto

### Eclusi a causa della lingua? No, grazie ai servizi d’interpretariato

Sulla base di una richiesta concreta formulata da un medico, l’autore ha stilato un bilancio dei servizi d’interpretariato negli ospedali svizzeri. Benché la gente sia sempre più sensibile ai problemi di comunicazione di molti pazienti che parlano una lingua straniera e che un numero crescente di persone sia a conoscenza dell’esistenza dei servizi di interpretariato, in molti casi si ricorre troppo tardi agli interpreti. Questo succede anche quando si tratta di fornire informazioni ai pazienti, che per legge costituisce un preciso dovere del personale sanitario.

# Fremde Gefühle in der Pflege<sup>1</sup>

Silvia Käppeli

**Im Spital gibt es «pflegeleichte» Patientinnen und Patienten. Es gibt auch solche, die als schwierig empfunden werden, und gelegentlich gehören diese einer fremden Kultur an. Es wäre aber falsch, das Fremde und Unvertraute ausschliesslich einer anderen Kultur oder Nationalität zuzuschreiben. Als diffizil oder unangepasst können auch Angehörige einer Subkultur der eigenen Volksgruppe empfunden werden oder Patienten, die sonst irgendwie nicht dem Durchschnitt entsprechen.**

«Wer hat Angst vor dem ‹Schwarzen Mann›?» Bei dieser Frage fühle ich mich erappt. Als ich ungefähr 5-jährig war, verbrachte ich mit meinem Bruder und meiner Mutter ziemlich viel Zeit am Flughafen Zürich. Mit grosser Begeisterung verfolgten wir dort die Menschen und ihr Treiben. Eines Tages stand ein schwarzer Mann vor mir – ein «Neger», wie man damals noch zu sagen pflegte. Ich gab ihm spontan meine Hand, zog sie aber sogleich wieder zurück und wischte sie ab, weil ich sicher war, dass sie schwarz geworden sei. Daraufhin lachte er mich an. Warum sich meine Mutter anschliessend bei ihm entschuldigte und mich zu rechtwies, war mir lange nicht klar. Im Nachhinein deute ich dieses Unterfangen als Mutprobe, mich dem Dunklen anzunähern. Obwohl der Anblick des schwarzen Mannes unheimlich genug war, musste ich mir offenbar beweisen, dass ich eine Berührung mit ihm nicht fürchtete.

## Der Fremde als generalisierter Typus

Wer ist nun der «Schwarze Mann», welcher der Pflegeperson gegenüber steht? Wie

der Titel meines Beitrags suggeriert, ist er unter Patientinnen und Patienten, die aus einer fremden Kultur stammen, zu suchen. Basierend auf der Kultur-Definition des deutschen Soziologieprofessors Friedhelm Neidhardt ist der Fremde einer, der seine Wirklichkeit auf Grund einer der Pflegeperson fremden Sinngebung definiert; einer, der auf Grund ihrer selber fremden Kriterien zwischen wichtig und unwichtig, wahr und falsch, gut und böse, schön und hässlich oder Mein und Dein unterscheidet. Er ist einer, der sich auf andere gesellschaftliche Regeln abstützt als die Pflegeperson. Der «Schwarze Mann» beurteilt seine Krankheit, Behandlung, Pflege und seinen Spitalaufenthalt auf Grund unüblicher Kriterien.

Der Fremde wird von den Mitgliedern der «Gast-Gesellschaft» und somit auch von den Pflegenden vorerst normalerweise als eine ethnisch, religiös oder national bestimmte Grösse, als ein «generalisierter Fremder» bzw. als Typus wahrgenommen. Zu den Merkmalen, die Bestandteil solcher «Ausländer-typologien» sind und ihre Vertreter «Schwarzer-Mann-verdächtig» machen, gehören:

- Hautfarbe oder physischer Habitus
- Verhaltensweisen und Gewohnheiten/ Traditionen/Religionen/Riten
- Deutungsmuster für die Wirklichkeit
- Wertesysteme bezüglich Ästhetik, Moral, Gesundheit und Krankheit
- Familien- und Gesellschaftsstrukturen
- Lebenswelten/individuelle oder kollektive Schicksale/wirtschaftliche oder politische Verhältnisse

<sup>1</sup> Dieser – für TANGRAM stark gekürzte – Aufsatz erschien in voller Länge und mit umfassender Bibliografie in der von der Schwabenverlag AG in Ostfildern (Deutschland) herausgegebenen «Zeitschrift für medizinische Ethik», Nr. 46 / 2000.

### Entscheidend ist nicht die Herkunft

In meiner Tätigkeit als Pflegeberaterin werde ich von Pflegeteams beigezogen, wenn sie komplexe Pflegesituationen nicht mehr selbst bewältigen oder mit «schwierigen Patienten» und deren Familien pflegerisch nicht wirksam umgehen können. Eine Analyse der von den Pflegenden beschriebenen Merkmalen solcher Patienten führte zu folgendem Bild:

Diese Patienten

- wollen oder können sich nicht ins Schema (Pflege- und Therapieplan, Besuchsregelungen, Essenszeiten usw.) oder Wertesystem der sie betreuenden Pflegenden oder der Institution einordnen; sie sind «undiszipliniert»;
- sind nicht bereit, sich den Pflegenden anzuvertrauen;
- sind pessimistisch, können nicht gegen ihre Krankheit kämpfen bzw. wollen sich ihrem Leiden ergeben;
- sind unentschlossen bezüglich der Gestaltung ihres Tagesablaufs oder der Planung der nächsten Zukunft;
- verhalten sich den Pflegenden gegenüber respektlos oder stellen ihre Autorität und Fachkompetenz in Frage (sie leisten z.B. Widerstand, sind unberechenbar, äussern Misstrauen oder Feindseligkeiten, sind gleichgültig oder nachlässig, sind undankbar oder unzufrieden, manipulieren Mitglieder der Pflegeteams, zeigen «Machoverhalten»);
- kommunizieren auf unbefriedigende Art (z.B. schauen die Pflegeperson nicht an, wenn sie mit ihr sprechen, blicken nicht weg vom TV-Bildschirm, wenn eine Pflege-

person ins Zimmer eintritt, sind der Pflegeperson gegenüber unaufmerksam, vergessen, was man ihnen gesagt hat).

Untersucht man die gesellschaftliche Stellung dieser Patienten, erkennt man, dass es sich häufig um Menschen handelt mit

- «tiefem gesellschaftlichen Wert» (z.B. Vertreter bestimmter Altersgruppen, Personen aus unüblichen Familiensituationen, aus bestimmten finanziellen Verhältnissen);
- «moralisch niedriger Einstufung» (z.B. Prostituierte mit mehreren Schwangerschaftsunterbrüchen, Personen mit nicht durchschnittlichem Sexualverhalten, Gewalttätige, Menschen mit «selbst verursachter bzw. selbst verschuldeter Diagnose»);
- Ekel erregenden und Angst machenden Diagnosen.

Diese Merkmale «schwieriger» Patienten aus der eigenen, hier also schweizerischen Kultur stimmen im Wesentlichen überein mit denen, die in der Fachliteratur ab 1972 zum Thema des «unbeliebten Patienten» aufgeführt werden. Sie zeigen eine auffallende Übereinstimmung mit Merkmalen des «Schwarzen Mannes» bzw. von Patienten, die aus anderen Kulturen stammen. Wenn diese Phänomene bei Schweizer Patienten auftreten, suchen die Pflegenden nach Gründen, um ihr «unangepasstes» Verhalten zu erklären. Bei Ausländern sind sie jedoch geneigt, solches Verhalten mit der fremden Kultur (d.h. Nationalität, ethnischer Zugehörigkeit) zu erklären. In beiden Fällen stützen allerdings häufig Spekulationen und Mutmassungen und nicht Informationen den Befund.

Der beschriebene Vergleich der Merkmale von «schwierigen» Schweizer Patienten und

## Der «Schwarze Mann» muss nicht gezwungenermaßen Ausländer sein.

von «potenziell schwierigen» ausländischen Patienten zeigt, dass hiesige sowie Personen anderer Kultur gleichermaßen gefährdet sind, zum «Schwarzen Mann» zu werden. Entscheidend dabei ist jedoch nicht ihre Herkunft, sondern der Stationskontext, in welchem sie auftreten, bzw. in welchem Maße sie mit der dort herrschenden Kultur übereinstimmen. Der Kontext beinhaltet unter anderem Zusammensetzung und Kultur des jeweiligen Pflegeteams, sein Kompetenzniveau, die situative Gruppendynamik und die vorhandenen Belastungen.

### Negative Gefühle aus Unkenntnis des Fremden

In der oben zitierten Analyse stellte ich fest, welche Gefühle der «Schwarze Mann» bei den ihn Pflegenden auslösen kann. Die Pflegenden schildern diese folgendermaßen:

- Sie fühlen sich verunsichert, irritiert, an der Nase herumgeführt oder hintergangen; wissen nicht, woran sie sind, wenn Patienten sorgfältig erstellte Pflegepläne durchkreuzen.
- Sie ringen darum, die Patienten und ihre Handlungsmuster zu verstehen, finden aber keinen Zugang zu ihnen.
- Sie ekeln sich vor bestimmten Verhaltensweisen, versuchen diese jedoch zu tolerieren, wenn sie vermuten, dass diese religiösen Ritualen entsprechen.
- Sie fühlen sich physisch abhängigen Patienten mit ungewohntem geschlechtsspezifischem Verhalten ausgeliefert, wenn sie diese beim Pflegen auch in Intimbereichen berühren müssen.

- Sie fühlen sich in ihren Gefühlen (oder in ihrem Frausein) verletzt und fragen sich, was und wie viel sie sich (beispielsweise bezüglich «Machoverhalten») bieten lassen müssen.

- Sie haben das Gefühl, alles immer falsch zu machen, obwohl sie sich optimal anstrengen.
- Ihre beruflichen Ambitionen werden frustriert.
- Ihre Anstrengungen werden nicht belohnt.
- Sie haben keinen Spass, solche Patienten zu pflegen, oder sie entwickeln Ressentiments, weil diese Patienten sie zwingen, Rollen und Verhaltensweisen einzunehmen, welche nicht ihren Vorstellungen oder ihrer beruflichen Sozialisation entsprechen.
- Sie meiden solche Patienten, warten sehnsüchtig auf ihre Entlassung, machen sich lustig über solche Patienten und werfen sich im Anschluss daran unprofessionelles und unmoralisches Verhalten vor.

Der «Schwarze Mann» bewirkt also, dass die Pflegenden nicht ihrem oft nur als Mythos existierenden Ethos und ihrem Wertesystem entsprechend praktizieren können. Dies kostet sie Kraft. Fremde Gefühle sind solche, die der Persönlichkeit einer Pflegeperson, ihrem Rollenverständnis und ihrer beruflichen Identität fremd sind. Es sind Gefühle, die sie normalerweise nicht hat, wenn sie Menschen pflegt. Es sind Gefühle, welche weniger eindeutig, weniger wohlwollend, freundlich oder moralisch weniger akzeptabel sind als diejenigen, die sie als Mitmensch oder als Pflegeperson anderen gegenüber

## Der «Schwarze Mann» beurteilt seine Krankheit auf Grund

### unüblicher Kriterien.

haben sollte oder zu haben sich gewohnt ist. Bei Kommentaren von Pflegenden über den «Schwarzen Mann» geht es um Bemerkungen, welche die Pflegenden normalerweise nur hinter vorgehaltener Hand oder gar nicht äussern würden. Statt Mitgefühl, Verständnis und Hilfsbereitschaft werden Verdächtigungen, Misstrauen und Diskriminierungen geäussert, welche nicht nur den «Schwarzen Mann» entwürdigen, sondern die Pflegenden selbst beschämen. Es handelt sich um Gefühle, die sie von sich selbst und nicht nur von den Patienten entfremden. Es sind Gefühle, die bewirken, dass die Pflegenden von sich selbst enttäuscht sind, und von denen sie hoffen, dass die damit gemeinten Patienten sie nicht merken. An diesen Schuldgefühlen zeigt sich, dass solch unangepasstes Pflegeverhalten weniger einer absichtlichen und gezielten Fremdenfeindlichkeit oder einer rassistischen Haltung entspringt als vielmehr dem Unvermögen, mit dem Fremden umzugehen. Ein anderes Indiz dafür ist, dass die Pflegenden vorerst nicht unterscheiden können, ob das Verhalten eines Patienten anderer Kultur typisch ist für seine kulturelle Gruppe oder für ihn als Individuum, das es zu pflegen gilt.

#### **Aushandeln von Gefühlen und Positionen**

Die befremdenden und entfremdenden Gefühle seitens der Pflegenden gegenüber dem «Schwarzen Mann» empfinden selten alle Pflegenden einer Station einem bestimmten Patienten gegenüber, aber sie kommen auf den meisten Stationen vor. An diesem Phänomen erkennt man, dass das «Zum-Schwarzen-Mann-Werden» nicht ein unentrinnbares Schicksal für einen einzelnen Patienten oder für einen Angehörigen einer bestimmten Gruppe Menschen aus einer an-

deren Kultur darstellt. Selbst wenn in einem Land eine feindliche Stimmung und Fremdenpolitik gegenüber bestimmten Ausländern herrscht, werden nicht zwangenermassen alle Fremden zum Schreckgespenst der Pflegenden. Das Phänomen des «Schwarzen Mannes» wird konstituiert durch bestimmte Konstellationen auf einer Station bzw. der «Schwarze Mann» wird konstruiert von den dort tätigen Pflegenden.

Umgekehrt machen alle Patienten – und somit auch der «Schwarze Mann» – während ihres Spitalaufenthaltes eine Art (Ruf-bezogene) Karriere durch. Die Pflegenden bestimmen diesen Ruf einzeln und als Team mit, indem sie ihre Beziehung zu ihnen steuern. Auch die Patienten steuern ihr Verhalten, weil sie wissen, dass sie auf einen guten Ruf angewiesen sind. Sie bemühen sich z. B., den Pflegenden nicht zur Last zu fallen, ihnen Freude zu bereiten usw. Für Patienten aus anderen Kulturen ist dies schwierig, weil sie nicht wissen, worauf sie sich einstellen müssen und was zu dem von ihnen angestrebten Ziel führt. Es geht also um ein permanentes Aushandeln von Gefühlen und Positionen. Bereits vor über dreissig Jahren erklärte der US-amerikanische Soziologe Erving Goffman diesen Prozess des kontinuierlichen sich gegenseitigen Einschätzens und Anpassens zweier Personen. Wer sich wem anpasst, ist letztlich eine Frage der Position im jeweiligen System. Im Spital ist es normalerweise der Patient.

Schliesslich ist der «Schwarze Mann» oft nicht nur ein Produkt der Dynamik zwischenmenschlicher Beziehungen oder der Spitalstrukturen, sondern auch eines unserer Art Medizin. Die Medikalisation gewisser Lebensereignisse und menschlicher Zustände und die Industrialisierung unseres Gesund-

heitswesens stehen oft in krassem Gegensatz zu dem, was sich Fremde in ihrer eigenen Kultur gewohnt sind. Zum Strassenbild der Städte rund ums Mittelmeer oder in noch weiter südlich gelegenen Ländern gehören körperlich und geistig Behinderte, wie sie seit Jahren aus unserem Alltag verschwunden und in Institutionen untergebracht sind; in diesen Ländern sieht man Krankheiten, die es bei uns schon lange nicht mehr gibt. Die Schicksalsergebenheit, die vielen Menschen aus südlichen Ländern zu Eigen ist, steht plötzlich unserem Machbarkeitsglauben oder -wahn gegenüber.

### Die Hand wird nicht schwarz!

In allen sozialen Einheiten gibt es ein «Innen» und «Aussen», wir und sie, Territorien, Grenzen, Beziehungen und Regeln. Der «Schwarze Mann» im Sinn einer unserer Kultur fremden Person, die bei den «Hiesigen» fremde Gefühle auslöst, muss nicht gezwungenermassen Ausländer sein. Die fremden Gefühle, die er auslöst, sind mindestens hypothetisch erklärbar. Sie sind ein Produkt subtilen Zusammenwirkens individueller, kollektiver, kontextueller, historischer und politischer Faktoren. Sie hängen nicht allein von seiner Person ab. Solche Erklärungen dürfen jedoch nicht zu Begründungen und Legitimationen fremdenfeindlicher Handlungen verkommen. Nicht selten haben sie zu tun mit defensiven und manchmal regressiven Zügen in der Persönlichkeit ihrer Träger. Ob und wie fremde Gefühle in fremdenfeindliche umschlagen, ist grundsätzlich von denselben Mechanismen abhängig.

Unter den Pflege-theorien ist die kulturrelativistische Theorie von Leininger (1991) die einzige, teilweise wissenschaftlich abgestützte, die sich explizit mit Kulturen überschreitenden Themen befasst. Ihre Perspektive nimmt das Fremde als etwas ausserhalb

des Eigenen liegenden wahr. Sie suggeriert, dass das Fremde mit dem Eigenen wenig zu tun hat, und führt leicht zu einer Verdinglichung oder im Fall der Pflege zu einer Personifizierung des Fremden in Form eines Patienten. Das Fremde scheint dann im Vergleich zum Eigenen oft schlechter, obwohl es innerhalb der fremden Kultur stimmig ist. Dieser Ansatz transkultureller Pflege übersieht auch die subkulturellen Grenzen im Eigenen, weil sie Kultur primär als etwas ethnisch Geprägtes betrachtet. Wie die Analyse von Merkmalen von Patienten, welche zum «Schwarzen Mann» werden, gezeigt hat, ist diese Betrachtungsweise simplistisch und auch deshalb als Handlungsanleitung nur begrenzt geeignet, weil sie das Fremde teilweise konstituierende Selbstverständnis ausblendet.

Dasselbe gilt für die Pflegepraxis. Dort sind es die Pflegebeziehung und die Pflegehandlung, welche eine Pflegeperson und einen Patienten anderer Kultur verbinden. Für beide gibt es das Phänomen «Fremdes», aber für beide nicht unabhängig vom eigenen Standpunkt. Es ist deshalb nicht ratsam, die kulturelle Differenz zum Ausgangspunkt zu nehmen. Dieser Ansatz kann fälschlicherweise zu einer Kulturalisierung von Phänomenen führen: Nicht alles Unverständliche oder Schwierige in der Pflege kulturfremder Patienten ist auf deren ethnisch-nationale Fremdheit zurückzuführen. Eine solche Auffassung führt eher zur Abgrenzung als zur Integration. Ratsamer ist es, davon auszugehen, dass jeder Mensch bestimmte Erklärungs-, Ordnungs- und Kontrollanliegen und jeder an verschiedenen Welten Anteil hat, dass jeder mit einem bestimmten kulturellen Repertoire spielen und verschiedene Verhaltensmuster aktivieren kann.

## Wahre individuelle Pflege geht von Identitäten und nicht von Nationalitäten aus.

Seit Jahren bekennt sich die Pflegewissenschaft und -praxis zur individuellen Pflege. Individuelle Pflege geht davon aus, dass Erscheinung und Verhalten von Menschen lebensgeschichtlich, lebensweltlich und situativ verankert sind. Wahre individuelle Pflege geht von Identitäten und nicht von Nationalitäten aus. In ihr liegt somit der Schlüssel zur kompetenten transkulturellen Pflege und zur Minimierung fremder Gefühle bei der Pflege «kulturfremder» Patienten. Sie basiert auf Verstehen statt auf vorbestimmten Verhaltens- und Handlungskategorien, in welche Patienten eingeordnet werden. Pflegenden müssen zwar Kenntnis haben von dominanten Weltanschauungen, Norm- und Wertvorstellungen fremder Kulturen und insbesondere von Traditionen bezüglich Gesundheit, Krankheit und Lebens- sowie Leidbewältigung. Gleichzeitig ist jedoch zu beachten, dass es kaum noch homogene Kulturen gibt. Verstehen heisst sodann nicht, den anderen seiner Fremdheit zu entkleiden und sich seiner zu bemächtigen. Sowohl Vereinnahmung als auch Ausgrenzung sind Teil von Hierarchisierungen des Fremden. Kulturelle Unterschiede sollten weder in Polarisierungen von «wir» und «ihr» noch in Gleichmacherei enden. Ein unangemessener Umgang mit ihnen sowohl in Form von Diskriminierung als auch in Form von privilegierenden Sonderrollen lässt sie spüren, dass sie fremd sind. Es geht darum, dass wir aus unserer eigenen lebensgeschichtlichen Gewordenheit heraus und unter Wahrung der Identitäten beider mit dem anderen in einen Dialog treten. Die Pflegenden sollten deshalb nicht von einem Typus – also nicht vom so genannten «Durchschnittstürken» oder «Durchschnittsjuden» – ausgehen, sondern das jeweilige Individuum vor sich haben.

Für die Erreichung dieses Ziels gibt es kein Rezept. Im Rahmen der Pflegeberatung bewährt sich die regelmässige Praxisreflexion. Sie kann versuchen, anhand von Fallbeispielen und realen Erfahrungen der Pflegenden mit Patienten anderer Kultur Erscheinungsbild und Bedeutung des Fremden innerhalb des eigenen gesellschaftlichen, institutionellen, berufsspezifischen und persönlichen Kontextes zu überdenken. Die Pflegenden erkennen dabei, dass konkrete Leidens-, Behandlungs- und Pflegesituationen verschieden gedeutet werden können und es nicht eine objektive Wirklichkeit gibt. Solche Erkenntnis veranlasst sie, neue Denk-, Handlungs- und Verhaltensmuster zu entwickeln. Die Pflege von Patienten aus anderen Kulturen ist dann nicht mehr länger grundsätzlich ein Schreckgespenst, sondern wird zur positiven Herausforderung, welche die Pflegenden ermutigt, dem «Schwarzen Mann» ihre Hand zu reichen und zu erleben, dass sie dabei nicht schwarz wird.

*Frau Dr. Dr. Silvia Käppeli ist die Leiterin des Zentrums für Entwicklung und Forschung in der Pflege (ZEFP) am Universitätsspital Zürich.*

**Literatur**

Alfano, G. *There are no routine patients*. In: American Journal of Nursing, 75 (1975), S. 1804–1807.

Argyris, C., Schön, D. *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. London, 1982.

Baer, E., Lowery, B. *Patient and Situational Factors that affect Nursing students' like or dislike of caring for patients*. In: Nursing Research 36 (1987), S. 298–302.

Brink, P. *The patient as victim*. In: American Journal of Nursin 7 (1984), S. 964.

Brock, W., Wartma, S. *When competent patient make irrational choices*. In: The New England Journal of medicine 322 (1990), S. 1595–1599.

Bude, H. 1975. *Kultur als Problem*. In: Merkur 49 (9/10), S. 775–782.

Coser, R. *Alienation and the social structure: case analysis of a hospital*. In: Tuckett, D., Kaufert, J. (Eds.), *Basic readings in medical sociology*. London, 1964.

Davis, M. *Acceptance: A key variable in the provision of quality nursing care*. In: Journal of Gerontological Nursing 2 (1976), S. 23–25.

Davitz, L., Davitz, J. *Nurses' responses to patients' suffering*. New York, 1980.

Dye, C. *Attitude change among health professionals*. In: Journal of Gerontological Nursing 5 (1979), S. 31–35.

Elliot, B., Hybertson, D. *What is it about the elderly that elicits a negative response?* In: Journal of Gerontological Nursing 8 (1982), S. 568–571.

Evers, H. *Multidisciplinary teams in geriatric wards: myth or reality?* In: Journal of Advanced Nursing 6 (1981), S. 205–214.

Goffman, E. *The presentation of self in everyday life*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin, 1971.

Goldberg, M.B. *If we're lucky, the patient will complain*. In: American Journal of Nursing 2 (1995), S. 52–53.

Gottesmann, L., Bourstone, N. *Why nursing homes do what they do*. In: The Gerontologist 14 (1974), S. 501–507.

Hilber, A. *Der schwierige Patient*. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 10 (1991), S. 733–737.

Johnson, M., Webb, C. *Rediscovering unpopular patients: the concept of social judgement*. In: Journal of Advanced Nursing 21 (1995), S. 466–475.

Käppeli, S. *Towards a practice theory of the relationships of self-care needs, nursing needs and nursing care in the*

*hospitalised elderly*. PhD thesis, University of Manchester, 1984.

Käppeli, S. *Wer (was) macht Probleme in der Pflege? Unveröffentlichte Studie*, Universitätsspital Zürich, 1992.

Käppeli, S. *Zwischen Leiden und Erlösung*. Bern, 1997.

Katz, M., Zimbardo, P. *Sympathische Patienten werden besser behandelt*. In: Psychologie Heute 7 (1977), S. 38–47.

Kollak, I., Küpper, H. *Multikulturalität am Beispiel des Neuköllner Krankenhauses in Berlin*. In: Uzarewicz, C., Piechotta, G. *Transkulturelle Pflege*. 1997, S. 115–132.

Kus, R. *Nurses and unpopular patients*. In: American Journal of Nursing (1990), S. 62–66.

Leininger, M. *Culture Care: Diversity and Universality. A Theory of Nursing*. New York, 1991.

Melia, K.M. *Learning and working: The occupational socialisation of student nurses*. London, Tavistock, 1987.

Miller, F., Gwynne, G. *A life apart: a pilot study of residential institutions for the physically handicapped and the young chronic sick*. London, 1972.

Neidhardt, F. *Kultur und Gesellschaft. Einige Anmerkungen zum Sonderheft*. In: *Kultur und Gesellschaft*, 27. Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Opladen, 1986, S. 10–18.

Schimank, U. *Biografie als Autopoiesis, eine systemtheoretische Rekonstruktion von Individualität*. In: Brose, H.G., Hildenbrand, B. (Hg.), *Biografie und Gesellschaft*, 4. Bd., Opladen, 1988, S. 55.

Stanitis, M.A., Ryan, J. *Noncompliance: an unacceptable diagnosis?* In: American Journal of Nursing 82 (1982), S. 941–942.

Stockwell, F. *The unpopular patient*. London, 1972.

Strauss A. et al. *Sentimental work in the technologized hospital*. In: *Sociology of Health and Illness* 4 (1982), S. 254–278.

Strauss A. et al. *The work of hospitalised patients*. In: *Social Science and Medicine* 16 (1982), S. 977–986.

Uzarewicz, C., Piechotta, G. *Transkulturelle Pflege*. In: *care-Sonderband* 10, 1997.

White, C. *The nurse-patient encounter, attitudes and behaviour in action*. In: *Journal of Gerontological Nursing* 3 (1977), S. 16–20.

Wüst, S. *Warum Frau Weber als schwierig galt*. In: *Krankenpflege* 10 (1993), S. 14–20.

## Résumé

### Des sentiments étrangers dans le domaine des soins

Pour le personnel soignant, «le nègre» n'a pas toujours la peau noire et il n'a même pas forcément un passeport étranger. Les rapports avec des membres de son propre groupe ethnique peuvent eux aussi se révéler inhabituels et par conséquent «difficiles». Mais lorsque des patients suisses ont un comportement «inadéquat», le personnel soignant ira en chercher les raisons; tandis que chez des étrangers, le même comportement sera souvent attribué à la culture étrangère. Normalement, l'étranger est dans un premier temps perçu par la société du pays d'accueil, et donc par le personnel soignant, comme une entité ethnique, religieuse ou nationale, c'est-à-dire comme un élément généralement «typique» d'une certaine catégorie. Si son comportement ne répond pas aux attentes du personnel soignant, ce dernier peut nourrir à son encontre des sentiments négatifs. Toutefois, le sentiment de culpabilité qui se manifeste alors montre que ces réactions négatives ne relèvent pas de la xénophobie ni du racisme, mais de l'incapacité d'établir une relation avec ce qui est culturellement étranger. Selon l'auteure, ce problème sera résolu le jour où le personnel soignant ne verra plus le patient comme un «type» appartenant à une catégorie spécifique, mais comme un individu ayant sa propre histoire. Il réalisera alors que des situations concrètes de souffrance et de traitement peuvent être interprétées de différentes façons et qu'il n'y a pas, en l'occurrence, une seule réalité objective. «Ce jour-là», affirme l'auteure, «le personnel hospitalier ne redoutera plus de soigner les patients d'autres cultures, mais il verra là un défi qui l'encourage à tendre la main au «nègre» et à découvrir qu'il n'est pas si noir que ça!»

## Riassunto

### Sentimenti estranei nei servizi sanitari

Per il personale sanitario, l'«uomo nero» non è sempre di colore nero e a volte non ha nemmeno un passaporto straniero. Strano e per questo «difficile» può essere anche il rapporto con membri del proprio gruppo etnico. Ma quando pazienti svizzeri si comportano un modo «inadeguato», il personale di cura s'interroga sulle ragioni; nel caso di stranieri, lo stesso comportamento è invece spesso e volentieri attribuito alla diversità culturale. Normalmente, in un primo momento, lo straniero è percepito dalla società che lo accoglie e quindi anche dal personale di cura come un'entità etnica, religiosa o nazionale, dunque come elemento «tipico» di una categoria generale. Se il suo comportamento non corrisponde alle aspettative del personale, quest'ultimo può sviluppare sentimenti negativi. I sensi di colpa che ne nascono mostrano tuttavia che tali sentimenti non sono generati da xenofobia o addirittura da razzismo, bensì da un'incapacità di gestire una situazione di estraneità culturale. Secondo l'autrice, la soluzione è da ricercare in un diverso atteggiamento del personale di cura: nel non percepire il paziente come un «tipo» specifico corrispondente ad una categoria generale, ma come un individuo con una propria storia personale. Le persone curanti possono così rendersi conto che le situazioni concrete di sofferenza e di cura possono essere interpretate in modi diversi e che non esiste una realtà oggettiva unica. «La cura di persone di altre culture, allora, non è più uno spauracchio,» scrive l'autrice, «ma diventa una sfida positiva, che incoraggia la persona curante a tendere la mano all'«uomo nero» e ad accorgersi che non per questo la mano diventa nera.»

# Kein guter Nährboden für Rassismus

Judith Pok Lundquist

**Ein Spital, könnte man meinen, ist ein guter Nährboden für Rassismus. Wer durch Unfall oder Krankheit medizinische Pflege braucht, sucht – der Not gehorchend – die zuständige Praxis oder Klinik auf. Hier befindet sich die Patientin in der Position der Schwächeren und ist dem Personal mehr oder weniger ausgeliefert. Dennoch würden die meisten Menschen wohl mit Nein antworten, wenn sie gefragt würden, ob Rassismus in den Institutionen des Schweizer Gesundheitswesens an der Tagesordnung ist. Wie ist es nun wirklich?**

Mein Arbeitsfeld ist die Frauenpoliklinik, das heisst die ambulante Abteilung für Frauenheilkunde des Universitätsspitals Zürich. Alle Patientinnen, die ambulant wegen frauenärztlicher Probleme oder wegen einer Schwangerschaft unser Spital aufsuchen, werden in den Sprechstunden der Frauenpoliklinik empfangen.

## Patientinnen und Personal im gleichen Boot

Als grosses, öffentliches Haus könnte das Spital ohne ausländische Arbeitskräfte nicht funktionieren. Diese finden sich in allen Arbeitsbereichen und in allen Berufsgruppen, die in einem grossen Spital vertreten sind. Wir haben Mitarbeiterinnen aus den verschiedensten europäischen und aussereuropäischen Ländern, z.B. jene tüchtige russische Sekretärin, die Germanistik studiert hat und in der deutschen Sprache besser zu Hause ist als die Westschweizer Assistenzärztin, für die sie jeweils die diktierten Berichte in eine akzeptable sprachliche Form bringt.

Die Mehrheit der Patientinnen stammt aus dem Ausland, vor allem in den geburts-hilflichen Sprechstunden. Dort beträgt der Anteil der Ausländerinnen 70–80 Prozent.

Dies hängt u. a. damit zusammen, dass in den Ländern, aus denen unsere Patientinnen zum Teil stammen, nur wenige über die Mittel verfügen, um im Krankheitsfall einen Privat- arzt aufzusuchen. Die meisten gingen in ihrer Heimat zu den öffentlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens, also zu den Polikliniken. Als Migrantinnen verhalten sich die Frauen in der Schweiz dann ebenso.

Die junge Chinesin aus Schanghai, die mit einem Stipendium in der Schweiz studiert, sitzt neben der Somalierin oder der Frau aus Sri Lanka, die ältere türkische Patientin neben der schwangeren Frau aus dem Kosovo. Wenn aber so viele ausländische Mitarbeiterinnen zum Wohle von so vielen ausländischen Patientinnen arbeiten, so ist für Rassismus eigentlich kein Platz. Denn warum sollte eine Ausländerin eine andere Ausländerin ausgrenzen oder diskriminieren, wo sie doch in vielerlei Hinsicht «im gleichen Boot sitzen»? Auf Grund dieser Überlegungen war und bin ich der Überzeugung, dass es zumindest in der ambulanten Abteilung unserer Frauenklinik keinen Rassismus gibt.

## Benachteiligungen auf struktureller Ebene

Ein weiteres Nachdenken über das Thema hat mich aber vorsichtiger urteilen lassen. Gibt es wirklich keine diskriminierenden Momente bei der täglichen Arbeit in unserem Spital? Und wenn solche auf der individuellen Ebene, zwischen Spitalangehörigen und Patientinnen, nicht vorkommen – existieren sie automatisch auch nicht auf der strukturellen Ebene? Erhalten alle Frauen, die unsere Poliklinik aufsuchen – egal, ob Ausländerin oder Schweizerin –, die gleiche bzw. gleich gute Behandlung? Gibt es keinerlei Gebote und Weisungen, die z.B. Asyl Suchende in irgendeiner Form ausgrenzen?

## Die Mehrheit der Patientinnen stammt aus dem Ausland.

Die medizinisch-ethischen Prinzipien verlangen, im Umgang mit dem Patienten das für ihn Gute und Nützliche zu tun, ihm nicht zu schaden, seine Autonomie als hochwertiges Gut zu achten und alle Patientinnen und Patienten gleich zu behandeln, gerecht zu sein und niemanden zu diskriminieren. Sind diese Prinzipien, die das ärztliche Handeln bestimmen (sollten), auch auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen übertragbar? Oder spielen da andere Momente eine Rolle?

Für unsere Klinik darf mit gutem Gewissen gesagt werden, dass auf der Individual-ebene, zwischen Mensch und Mensch, keine Diskriminierung stattfindet und dass von einer medizinischen Gleichbehandlung aller Patientinnen geredet werden kann. Dennoch gibt es einen Bereich, in dem selbst bei bester Absicht doch eine Diskriminierung eines Teils der ausländischen Patientinnen stattfindet, und zwar bei der Sprache und dem Sichverständigen.

### Das A und O ist das Patientengespräch

Wir haben in unserem Spital keinen professionellen Dolmetscherdienst, was eindeutig ein strukturelles Defizit ist. Ein Grossteil unserer Patientinnen kommt aus Ländern, in denen keine der «üblichen» Sprachen gesprochen wird, und diese Patientinnen können sich uns in der Regel nicht ohne weiteres verständlich machen. Wie aber soll eine gute Medizin betrieben werden, wenn eine Patientin ihre Probleme und Anliegen nicht adäquat mitteilen kann? Wenn wir sie nicht verstehen? Das A und O der Diagnostik ist das Patientengespräch.

Wohl haben wir für die meisten – auch seltenen – Sprachen eine mitarbeitende Person im Spital, die das betreffende Idiom spricht; diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können und dürfen jeweils zu Dolmetscherdiensten hausintern herangezogen werden. Häufig aber versagt dieses «Amateurdolmetschersystem», teils wegen der Abwesenheit der entsprechenden Angestellten oder weil sie von ihrem Arbeitsplatz gerade nicht abkömmlich sind oder auch, weil sie auf Grund ihrer Ausbildung nicht in der Lage sind, medizinische Sachverhalte und Zusammenhänge adäquat zu übersetzen. Je nach Kultur ist es unter Umständen auch sehr heikel, wenn ein fremder Mann für eine Frau als Übersetzer beigezogen wird.

So bringen dann die Patientinnen in der Regel eigene Dolmetscher mit, häufig Familienmitglieder, die sich oft nur wenig mehr in der für sie fremden deutschen Sprache ausdrücken können. Ich möchte dies mit einem Beispiel illustrieren: Eine junge kurdische Frau hatte sich wegen Ausbleibens der Periode in der Frauenpoliklinik gemeldet. Der bei uns durchgeführte Schwangerschaftstest war positiv. Wir gingen somit von einer bestehenden Schwangerschaft aus und wollten diese durch eine Ultraschall-Untersuchung verifizieren. Die Ultraschall-Untersuchung ergab dann den Verdacht auf eine Eileiterschwangerschaft. Es war jedoch nicht möglich, mit der jungen Frau ein Gespräch zu führen, sodass sie schliesslich von zu Hause eine Verwandte holte, ein elfjähriges Mädchen, das als Dolmetscherin fungieren sollte. Dieses Kind verstand und sprach zwar gut Deutsch, konnte aber Begriffe wie «Menstruation», «letzter Geschlechtsverkehr», «Gebärmutter» oder «Eileiter» nicht übersetzen, denn diese Wörter kamen in ihrem Vokabular noch gar nicht vor. In solchen Fällen liegt eine ungewollte Diskriminierung vor. Aus

## Aus meiner Sicht besteht für eine öffentliche Klinik eine Bringschuld bezüglich

### sprachlicher Verständigung.

meiner Sicht besteht für eine öffentliche Klinik eine Bringschuld bezüglich sprachlicher Verständigung. Entweder klappt der hausinterne Dolmetscherdienst reibungslos oder ein Rückgriff auf professionelle Dolmetscher, die finanziell nicht zu Lasten der Patientinnen und Patienten arbeiten, ist möglich.

### Unberechtigte Vorwürfe des Rassismus

Eine weitere Form der Diskriminierung tritt auf Grund eines ebenfalls strukturellen Problems auf, das allerdings auf höherer Ebene angesiedelt ist. Für Asyl Suchende hat der Kanton Zürich eine Regelung eingeführt, dass diese, ausser im Notfall, nicht direkt ein öffentliches Spital aufsuchen und auch nicht direkt zu einem Spezialisten zur Behandlung gehen dürfen. Sie werden einem Hausarzt, einer Hausärztin zugeteilt, der/die die Funktion eines *gatekeeper* hat. Durch diese Regelung haben Asyl Suchende z.B. im Kanton Zürich keine freie Arztwahl, was, verglichen mit der Schweizer Bevölkerung, doch eine Diskriminierung darstellt. Allerdings ist das Recht auf Behandlung dadurch nicht beschnitten, sondern lediglich das Recht auf Behandlung durch einen Arzt oder eine Ärztin der eigenen, freien Wahl.

Mit dem Vorwurf des Rassismus sehen wir uns aber doch hin und wieder konfrontiert, wenn nämlich von Seiten einer ausländischen Patientin medizinische Forderungen an uns gestellt werden, die aus ärztlicher Sicht unnötig oder gar unsinnig sind. Wird ein solches Ansinnen abgelehnt, kommt schnell der Vorwurf der Ausländerfeindlichkeit, der Diskriminierung auf. Die Versicherung, dass der gleiche Wunsch auch einer Schweizerin abgeschlagen worden wäre, wird in der Regel nicht geglaubt. Dazu ein Beispiel: Eine junge Frau aus der Dominikani-

schen Republik, die bereits zwei Kinder auf normalem Weg geboren hat, ist nun mit dem dritten Kind schwanger. Dieses möchte sie nun durch einen Kaiserschnitt und nicht auf normalem Weg gebären. Aus ärztlicher Sicht liegt kein Grund für einen Kaiserschnitt vor. Durch die Ablehnung ihres Wunsches fühlt sich die Patientin benachteiligt und reagiert entsprechend aufgebracht. Die Versicherung, dass nicht ihr Ausländersein den Ausschlag für die Ablehnung gegeben hat, sondern die Verpflichtung zu sorgfältigem ärztlichen Handeln, lässt sie nicht gelten. Wie soll man sich da verhalten?

*Judith Pok Lundquist ist leitende Ärztin des Departements für Frauenheilkunde des Universitätsspitals Zürich und Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin. Adresse: Dr. med. Judith Pok Lundquist, Universitätsspital, Departement für Frauenheilkunde, Gynäkologische Klinik, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich.*

## Résumé

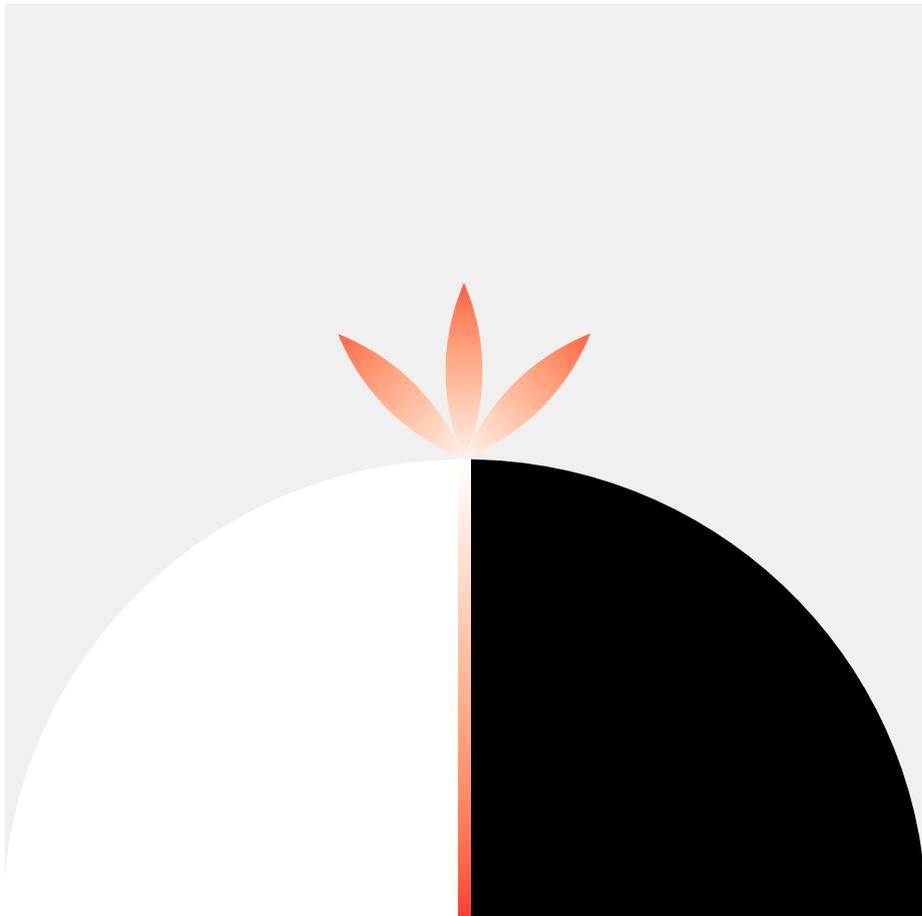
### Un terrain peu fertile pour le racisme

Si le racisme était un problème brûlant pour la société suisse, il devrait se manifester sous sa forme la plus éclatante dans les institutions de la santé où, selon l'auteure, les personnes qui ont besoin d'aide sont plus ou moins livrées pieds et poings liés à l'institution et au personnel soignant. Inversement, la majorité des personnes interrogées répondraient par non si on leur demandait si le racisme est monnaie courante dans les hôpitaux. Dans la clinique gynécologique où l'auteure travaille comme médecin en chef et où l'on trouve de nombreuses étrangères tant parmi le personnel que parmi les patientes, «le racisme n'a pas sa place». En effet, écrit Judith Pok Lundquist, «pourquoi une étrangère irait-elle exclure ou discriminer une autre étrangère puisque, de bien des points de vue, elles sont «dans le même bateau?»» Selon l'auteure, le danger de discrimination se situe plutôt au niveau structurel, surtout dans le domaine linguistique, car «la discussion avec le patient est l'élément essentiel pour poser un diagnostic». C'est pourquoi une clinique publique est tenue d'assurer la compréhension linguistique en recourant, s'il le faut, à des interprètes qualifiés. L'auteure voit un autre problème dans la limitation du choix du médecin imposée par les autorités aux requérants d'asile. Cela dit, malgré tous ses efforts, le personnel médical n'est pas à l'abri d'accusations occasionnelles et injustifiées de discrimination, notamment lorsqu'il refuse une prestation à une patiente – pour des raisons médicales et non pour des motifs xénophobes.

## Riassunto

### Un terreno poco fertile per il razzismo

Se fosse un tema scottante nella società svizzera, il razzismo dovrebbe manifestarsi nella forma più chiara proprio nelle strutture del sistema sanitario – sostiene l'autrice – dove le persone che chiedono aiuto sono pressoché alla mercé dell'istituzione e del personale. Ma alla domanda se negli ospedali il razzismo sia all'ordine del giorno, la maggior parte delle persone risponderebbe probabilmente con un no. Anche nella clinica ostetrica e ginecologica dove l'autrice lavora come primario e dove si incontrano molti stranieri, sia tra il personale che tra i pazienti «in sé il razzismo non ha posto», scrive Judith Pok Lundquist. «Perché una persona straniera dovrebbe discriminarne o escluderne un'altra sapendo che da molti punti di vista «si trovano sulla stessa barca?»». Secondo Judith Pok Lundquist, il pericolo di discriminazioni risiede piuttosto a livello strutturale, soprattutto in campo linguistico, dato che «l'essenziale per la diagnosi è il colloquio con i pazienti.» Per questo motivo una clinica pubblica è tenuta ad assicurare la comprensione linguistica, se necessario ricorrendo a interpreti qualificati. Un ulteriore problema è costituito secondo l'autrice dalla scelta limitata del medico per i richiedenti l'asilo, una misura decretata dalle autorità. Nonostante tutti gli sforzi, il personale medico non è mai al riparo da sporadici e ingiustificati rimproveri di razzismo, soprattutto quando una paziente straniera si vede rifiutata una prestazione – anche se tale rifiuto è dettato da motivi medici e non xenofobi.



# Gast und Gastgeber aus unterschiedlichen Kulturen

Hanna Schiltknecht

**Mehr noch als Ärztinnen, Ärzte und Angehörige anderer Pflegeberufe gewinnen die Mitarbeitenden der spitalexternen Pflege (SPITEX) einen tiefen Einblick in die sozialen Auswirkungen physischer oder psychischer Einschränkungen. Sie sind gewissermassen «professionelle Gäste» in den Wohnungen der von ihnen betreuten Personen. Von Gästen wird aber auch erwartet, dass sie sich an die Regeln des Gastgebers halten. In derart heiklen und intimen Situationen ist sehr viel Fingerspitzengefühl erforderlich. Dies erst recht, wenn Gast und Gastgeber aus unterschiedlichen Kulturen kommen.**

Die nachfolgend geäusserten Hinweise, Beobachtungen und Überlegungen zur Pflege Angehöriger fremder Kulturen betreffen die ambulante Hilfe und Pflege (SPITEX) in den Gemeinden Köniz und Oberbalm BE. Es werden allerdings nicht einzelne Einsätze besprochen, vielmehr soll der Versuch unternommen werden, das Thema «Rassismus und Fremdenfeindlichkeit» in den beruflichen Kontext der Hilfe und Pflege zu Hause zu stellen.

## Doppelrolle des SPITEX-Personals

Die SPITEX leistet Hilfe im häuslichen Umfeld ihrer Kundinnen und Kunden. Die Hilfe beinhaltet pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen in privaten Räumen. Sie richtet sich an Menschen unterschiedlicher Herkunft, mit unterschiedlichen Biografien, unterschiedlichen Ethnien zugehörig, mit unterschiedlichen religiösen und politischen Überzeugungen. Die SPITEX ist bei *allen* Einsätzen gleichzeitig professionelle (Pflege-) Fachkraft und Gast in fremden Räumen. Der SPITEX ist es deshalb ein grosses Anliegen, ihre Kunden und Kundinnen nicht auf Grund ihrer Nationalität oder Kulturzugehörigkeit,

sondern ihrer Einzigartigkeit in ihrem individuellen Kontext wahrzunehmen, zu achten und zu pflegen.

SPITEX-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter werden bei ihren regelmässigen, zeitlich oft umfangreichen Besuchen mit individuellen, durch Krankheit, Behinderung oder Alter akut oder chronisch eingeschränkten Lebensformen konfrontiert. Weder Hausärzte und -ärztinnen noch Fachkräfte anderer Zweige des Gesundheitswesens gewinnen einen ähnlich tiefen Einblick in die sozialen Auswirkungen von physischen oder psychischen Einschränkungen.

## Grösser werdende Kundschaft aus anderen Kulturen

Die SPITEX versorgt in der Region Köniz-Oberbalm rund 38500 Menschen, wohnhaft in Blocksiedlungen, Einfamilien- und Reihenhäuserquartieren, in Agglomerationsquartieren sowie in sehr ländlich geprägten Dorfteilen und Streusiedlungen. Im Leistungsvertrag steht: «Die SPITEX-Leistungen stehen allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Trägergemeinden zur Verfügung.» Und weiter: «SPITEX respektiert die Lebensweise sowie die politischen, sozialen, kulturellen und religiösen Überzeugungen der Kundinnen und Kunden.»

Zugangsbarrieren sind unzulässig, und es darf keine Bevölkerungsgruppe bevorzugt behandelt werden, was umgekehrt beinhaltet, dass niemand benachteiligt werden darf. Hilfe und Pflege zu Hause bedeutet, Kulturbarrieren zu überwinden. Gemeint sind aber nicht nur Schranken auf Grund fremder Herkunft, Rasse, Religion oder Hautfarbe, sondern auch Barrieren zwischen dem professionellen Gast (SPITEX-Mitarbeiterin oder -Mitarbeiter) und der hilfsbedürftigen Person, bedingt durch Geschlecht, Alter, sozia-

len Status oder Bildung. Selbstverständlich distanziert sich die SPITEX klar von fremdenfeindlichen, diskriminierenden Haltungen und Äusserungen; sie weiss aber auch, dass ihr Personal nicht grundsätzlich immun ist gegen Ängste oder gar Misstrauen «Fremdem» gegenüber. Die SPITEX wird sich deshalb darauf vorbereiten, die kommenden Herausforderungen in der Pflege einer grösser werdenden Kundschaft aus anderen Kulturen anzunehmen und Unsicherheit, Unbehagen oder gar Überforderung der Mitarbeitenden durch geeignete Massnahmen aufzufangen.

### Unterschiedliche Werte und Normen

SPITEX-Einsätzen gehen immer – objektiv wie auch subjektiv empfundene – Einschränkungen der Fähigkeit voraus, den Alltag selbstständig zu bewältigen. Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) beruhen pflegerische SPITEX-Leistungen auf Bedarfsabklärungen. Je nach Leistungsvertrag mit den Trägergemeinden verlangen auch hauswirtschaftliche Leistungen eine Abklärung des Bedarfs. Anders als in der Pflege, wo berufliche Standards die Leistungserbringung erleichtern, sind bei den hauswirtschaftlichen Leistungen Werte und Normen in der Haushaltsführung oft weit voneinander entfernt, denn jede und jeder von uns ist davon überzeugt, den eigenen Haushalt richtig zu führen.

Bei der Klärung der Erwartungen und der Definition des Auftrags sind deshalb Toleranz, Respekt, Wertschätzung und genügend Zeit nötige Voraussetzungen für die sorgsame Annäherung zwischen der SPITEX und der jeweiligen Kundschaft. Für die Überbrückung von Fremdheit muss also genügend Zeit bereitstehen, um Vorurteile abzubauen, Unverstandenes zu klären und Aggressionen gar nicht erst aufkommen zu lassen. Sorgfältiges und achtsames Aufspüren von Gemeinsamkeiten bereitet den Boden vor für den Eintritt der SPITEX in die Privatheit der Kundin und des Kunden. Ist diese Brücke einmal geschlagen, sind günstige Rahmenbedingungen für den Aufbau von Vertrauen geschaffen. Sie sind gerade zwischen Angehörigen unterschiedlicher Kulturen eine unerlässliche Grundlage für eine angemessene professionelle Hilfe, die auch Gefühle der Scham und Schuld, überhaupt hilfsbedürftig zu sein, ernst nehmen muss.

## Hilfe und Pflege zu Hause bedeutet, Kulturbarrieren zu überwinden.

Bei der Abklärung der Frage, welche Mitarbeitenden wann wo für welche Leistungen eingesetzt werden (Disposition), achtet die SPITEX auf vorhandene transkulturelle Kompetenzen und Erfahrungen. Dazu gehören neben Sprachkenntnissen und eventuell eigener Migrationserfahrungen insbesondere Interesse und Neugier dem «Andern und Fremden» gegenüber.

### Sparzwänge engen Zeitbudget immer mehr ein

Die auch für die SPITEX geltenden Sparzwänge, die in erster Linie in immer knapperen Zeitbudgets für die Pflege- und Hauswirtschaftsleistungen zum Ausdruck kommen, erschweren die Absicht oft schmerzlich, bereits bei der Bedarfsabklärung bzw. beim Erstkontakt durch Fragen und Zuhören die angetroffene Fremdheit zu überwinden. Allgemeine Informationen zu den Herkunftsländern können zwar eine wertvolle ergänzende Unterstützung sein, dürfen aber nicht dazu verleiten, Begegnungen gemäss Rezept gestalten zu wollen. In einer Pflegebeziehung zur SPITEX stehen die Kundinnen und Kunden mit ihrer jeweiligen speziellen Geschichte, eingebettet in den in-

# Massnahmen gegen Fremdenangst

## Des mesures contre la peur de l'étranger

### Misure contro la paura degli stranieri

*Um für die künftigen Herausforderungen im Umgang mit Angehörigen fremder Kulturen besser gerüstet zu sein und um Ängsten dem Fremden gegenüber frühzeitig entgegenzutreten, wird die SPITEX Köniz-Oberbalm, neben der Ausdifferenzierung und Implementierung des bisher Gesagten (siehe nebenstehenden Artikel, Anmerkung der Redaktion), folgende Massnahmen prüfen bzw. umsetzen:*

- die Unterlagen für Gespräche zur Bedarfsabklärung bei Angehörigen fremder Kulturen erweitern (beispielsweise einen speziellen Fragenkatalog entwickeln);
- den Kontakt zu Organisationen intensivieren, die sich für die Interessen von Angehörigen anderer Kulturen einsetzen, und kreative Formen der Zusammenarbeit entwickeln;
- je nach Situation professionelle Übersetzer und Übersetzerinnen beiziehen;
- statistische Daten zu Nationalität, Muttersprache, Aufenthaltsdauer in der Schweiz usw. erfassen und eventuell betriebliche Massnahmen ableiten;
- wichtige Unterlagen und Dokumente in andere Sprachen übersetzen;
- das Thema «Fremdenfeindlichkeit und Rassismus» generell vermehrt thematisieren und die Mitarbeitenden für die gegenwärtigen und künftigen transkulturellen Anforderungen sensibilisieren.

Hanna Schiltknecht

*Afin d'être mieux armé pour affronter les défis futurs posés par les relations avec les ressortissants d'autres cultures et afin d'agir à temps pour vaincre la peur de l'étranger, le centre de soins à domicile de Köniz-Oberbalm va tester ou introduire les mesures suivantes, qui s'ajouteront aux aspects mentionnés dans l'article principal (voir article ci-contre, ndr):*

- augmenter le nombre de documents qui servent de base de discussion pour établir les besoins des ressortissants de culture étrangère (par exemple établir un catalogue spécifique de questions);
- intensifier les contacts avec les organisations qui défendent les intérêts de ressortissants d'autres cultures et développer des formes de collaboration créatives;
- recourir à des traductrices et des traducteurs professionnels si la situation l'exige;
- recueillir des données statistiques concernant la nationalité, la langue maternelle, la durée du séjour en Suisse, etc., et en tirer éventuellement des conséquences pour la gestion du centre;
- traduire papiers et documents importants dans d'autres langues;
- davantage thématiser la xénophobie et le racisme d'une manière générale et sensibiliser les collaborateurs aux exigences présentes et futures de la communication transculturelle.

Hanna Schiltknecht

*Per poter far fronte meglio ai problemi futuri nei rapporti con persone di altre culture e per agire tempestivamente contro le paure nei confronti degli stranieri, il servizio SPITEX di Köniz-Oberbalm, oltre agli aspetti menzionati nell'articolo principale (v. articolo accanto, n.d.r.), esaminerà e attuerà una serie di misure:*

- ampliare i documenti per i colloqui effettuati con persone di altre culture per stabilire i bisogni e le esigenze specifiche (elaborare p.es. un questionario apposito);
- intensificare i contatti con organizzazioni che difendono gli interessi di persone di culture differenti e sviluppare forme creative di collaborazione;
- ricorrere a traduttori professionisti, a seconda della situazione;
- raccogliere dati statistici sulla nazionalità, la lingua madre, la durata del soggiorno di persone straniere in Svizzera, dai quali eventualmente trarre conseguenze per la gestione del servizio;
- tradurre testi e documenti importanti in altre lingue;
- tematizzare più spesso il problema della xenofobia e del razzismo e sensibilizzare i collaboratori sulle esigenze attuali e future nel campo della comunicazione transculturale.

Hanna Schiltknecht

dividuellen, sozialen und kulturellen Kontext sowie mit einer durch Krankheit, Behinderung oder Alter beeinflussten Lebensperspektive. Im Fokus der Aufmerksamkeit steht also nicht die «türkische» Patientin oder der «islamische» Patient. Dadurch sollen Vorurteile vermieden und der Gefahr begegnet werden, Angehörige fremder Kulturen als ganze Gruppe zu stigmatisieren und – schlimmstenfalls – von Hilfeleistungen auszuzugrenzen.

### Vorhandene Ressourcen ausschöpfen

Die SPITEX beschäftigt auch fremdländische Mitarbeitende, mit fremdem Namen, anderer Muttersprache oder anderer Hautfarbe. Als Auftraggebende für Hilfe in den eigenen Räumen beanspruchen SPITEX-Kunden und -Kundinnen grössere Rechte als beispielsweise Spitalpatienten, wenn es darum geht, mitzubestimmen, wer die Hilfe erbringt. Bevor bei der SPITEX neue Mitarbeitende die Arbeit aufnehmen, sind deshalb Vorinformationen an die Kundinnen und Kunden standardmässig nötig, zum Beispiel: «Die neue Mitarbeiterin verfügt über die nötige Qualifikation und Erfahrung und genießt das volle Vertrauen des Betriebes.» Bei neuen Mitarbeitenden aus anderen Kulturen ist nach einer – unter Umständen zeitlich umfangreicheren – Einführung der Integration ins Team besondere Beachtung zu schenken. Die SPITEX Köniz-Oberbalm setzt beispielsweise Deutschkenntnisse voraus. Die Vorgesetzten sind jeweils angehalten, die Teambildung sorgfältig zu begleiten.

Die SPITEX bezieht Angehörige und weitere Bezugspersonen ihrer Kunden und Kundinnen in die Arbeit mit ein. Damit verfolgt sie das Ziel, Ressourcen im individuellen Umfeld zu erhalten und zu einer sozialen Integration beizutragen. Zwei Gruppen von Kunden und Kundinnen aus fremden Ländern

sollen hier besondere Erwähnung finden: jene, die so isoliert und zurückgezogen leben, dass sie nur gerade mit der SPITEX Kontakt haben, und – im Gegensatz dazu – jene, die in ein grosses privates und/oder professionelles Hilfenetz eingebunden sind. Bei der ersten Gruppe ermuntert die SPITEX dazu, am sozialen Leben «draussen» teilzunehmen, ohne die kulturellen Eigenheiten preiszugeben. Da die SPITEX Köniz-Oberbalm auf viele in der Gemeinde wohnhafte Mitarbeitende zählen darf, ist das Wissen um gemeindenahere Angebote vorhanden und es können Kontakte erschlossen werden. Die SPITEX kann zudem auf eine gute Verankerung in den Gemeinden zählen und ist häufig Thema in den lokalen Medien. Die aktiv geförderte öffentliche Präsenz der SPITEX soll damit auch Kundinnen und Kunden aus anderen Kulturen den Zugang zur SPITEX erleichtern. Bei der zweiten Gruppe sind grosse Koordinations- und Vernetzungsanstrengungen nötig, um einerseits Missverständnisse und Doppelspurigkeiten zu vermeiden und andererseits das vielfältige, willkommene Hilfsangebot zu erhalten.

*Hanna Schiltknecht ist bei der SPITEX Köniz-Oberbalm als Geschäftsführerin tätig. SPITEX Köniz-Oberbalm, Schulhausgässli 4, 3098 Köniz; E-Mail: hanna.schiltknecht@spitex-koeniz.ch*

---

### Literatur

Domenig, Dagmar (Hrsg.). Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Hans Huber 2001.

Visser, Marijke, de Jong, Anneke. Kultursensitiv pflegen, München: Urban und Fischer, 2002.

SPITEX FOCUS. Infobulletin des SPITEX-Verbandes des Kantons Bern. März 2004.

## Résumé

### Soins à domicile: rencontre de cultures différentes

Plus que les autres acteurs des professions de la santé, les personnes qui dispensent soins et aide à domicile (SPITEX) peuvent se faire, grâce à leurs visites à domicile, une idée concrète des conséquences que peuvent avoir les handicaps physiques et psychiques chez les patients. Ils sont en quelque sorte des «hôtes professionnels». Les situations d'intimité qu'ils rencontrent fréquemment dans ce contexte exigent beaucoup de doigté et ce, d'autant plus lorsque les patients viennent de cultures différentes de la leur. Certes, le contrat pour les soins à domicile précise que SPITEX respecte le style de vie et les convictions politiques, sociales, culturelles et religieuses de ses clients; mais dans la pratique, cela signifie qu'il faut surmonter non seulement les barrières dues à la différence d'origine ou de religion, mais encore celles liées au sexe, à l'âge, au statut social ou à la formation. Tolérance, respect et temps en suffisance sont les conditions essentielles d'une approche attentionnée des patients. Or, les impératifs d'économies restreignent toujours plus le budget-temps. Afin d'être mieux armé pour affronter les défis posés par les relations avec des ressortissants de culture étrangère, SPITEX projette notamment d'intensifier les contacts avec les organisations qui défendent les intérêts des ressortissants d'autres cultures, de traduire les papiers et les documents importants dans d'autres langues, et enfin, d'une manière générale, de discuter davantage les thèmes de la xénophobie et du racisme.

## Riassunto

### SPITEX: incontro di culture differenti

Più di altri esponenti delle professioni sanitarie, i collaboratori dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SPITEX), grazie alle loro visite nelle case, possono farsi un quadro realistico delle conseguenze di limitazioni dovute a motivi fisici o psichici. I collaboratori di SPITEX sono in un certo senso «ospiti professionisti» delle persone da loro assistite. Nelle situazioni di intimità, che si verificano regolarmente, è necessaria molta sensibilità. Questo in misura ancora maggiore quando la persona assistita e l'operatore SPITEX provengono da culture differenti. Nel contratto di lavoro è specificato che SPITEX rispetta le abitudini così come le convinzioni politiche, sociali, culturali e religiose dei suoi clienti; tuttavia nella pratica le cure a domicilio significano che devono essere superate non solo barriere dovute ad un'altra provenienza o religione, ma anche ostacoli legati al sesso, all'età, allo status sociale o alla formazione. Tolleranza, rispetto e tempo sufficiente sono condizioni importanti per un accurato contatto fra il personale di SPITEX e i loro clienti. Nella pratica, tuttavia, la crescente pressione sui costi riduce sempre di più il tempo a disposizione. Per rispondere alla sfida rappresentata dal contatto con esponenti di diverse culture, l'associazione SPITEX si è posta l'obiettivo di intensificare i contatti con organizzazioni attive nella difesa degli interessi di persone straniere, di tradurre documenti e testi importanti in altre lingue e in generale di tematizzare più spesso il problema della xenofobia e del razzismo.

# «Sie sind nicht so wie die anderen!»

Martin Leutenegger

**Gibt es Rassismus im Spital? Wer die Antwort erfahren will, fragt am besten jemanden, der erstens nicht europäischer Herkunft ist und zweitens selber längere Zeit im Spital gearbeitet hat. Zum Beispiel Chantal Ngarambe Buffat, geboren als Tochter ruandischer Eltern in Kinshasa (Kongo), seit vielen Jahren Krankenschwester am CHUV in Lausanne, oder die gebürtige Marokkanerin Khadija Ouaiss, heute Kleinkinderzieherin in Freiburg, zuvor in Bern als Spitalgehilfin tätig. Beide kennen ausserdem – als Mütter je zweier Kinder – die Situation auch aus der Sicht von Patientinnen.**

*TANGRAM: Relativ häufig zu lesen sind Berichte über Rassismus im Zug, Rassismus im Sport, Rassismus im Büro ... – gehe ich richtig in der Annahme, dass auch Sie im Spital schon rassistische Vorfälle erlebt haben?*

Ngarambe: Ich arbeite gegenwärtig in der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Lausanne (CHUV). Dort habe ich vor einiger Zeit erlebt, dass sich ein Patient geweigert hat, sich von einem afrikanischen Arzt behandeln zu lassen. Er erschien nicht mehr zum nächsten Termin und liess ausrichten, er komme erst wieder, wenn er von einem weisshäutigen Arzt empfangen werde.

*TANGRAM: Ich nehme an, darauf wartet der heikle Patient noch heute ...*

Ngarambe: Nein, seinem Wunsch wurde entsprochen.

*TANGRAM: Und Sie? Seit bald fünfzehn Jahren arbeiten Sie in Schweizer Spitälern, vor allem in Lausanne – haben Sie selber etwas Ähnliches erlebt?*

Ngarambe: In dieser Art nie, nein. Das Krasseste, was ich von Seiten der Patientinnen und Patienten zu hören bekam, waren allge-

mein formulierte Sätze wie: «In diesem Spital arbeiten so viele Ausländer! Man fühlt sich ja gar nicht mehr zuhause!»

*TANGRAM: Die Kritiker hätten es auch anders sehen können: «Wow! Von vier Spitalangestellten sind drei ausländischer Herkunft! Zum Glück arbeiten diese Leute hier, sonst würde uns niemand mehr behandeln, pflegen oder unsere Zimmer putzen!»*

Ngarambe: So hätten sie es auch sehen können, ja.

*TANGRAM: Immerhin, Rassismus im Spital scheint aus Ihrer Sicht kein grosses Thema zu sein ...*

Ngarambe: Ich kann ja nur hören und sehen, was von Seiten der Patientinnen und Patienten offen geäussert wird. Die Gedanken bleiben mir verborgen. Es ist durchaus möglich, dass ich mich um kranke Menschen gekümmert habe, die ein Problem damit hatten, von einer schwarzen Schwester behandelt zu werden. Offen gezeigt hat mir dies aber niemand. Was ich hingegen recht häufig erlebe, ist eine Art von «wohlmeinendem Rassismus», der mich jedoch genauso ärgert. Dieser äussert sich zum Beispiel in Sätzen wie: «Sie sind aber eine nette Krankenschwester! Sie sind gar nicht so wie die anderen Leute aus Afrika.» Wer solche Worte sagt, möchte mir gegenüber zwar ein Lob aussprechen, doch ich empfinde es anders: als eine grundsätzliche Zurückweisung der Menschen aus meinem afrikanischen Kontinent. Aus diesem Grund muss ich jeweils die Zähne zusammenbeissen, wenn ich solche Dinge zu hören bekomme.

*TANGRAM: Das hängt vielleicht auch damit zusammen, dass sich das Bild, das man sich in der Schweiz von Schwarzafrikanern macht, in den letzten Jahren stark gewandelt hat: «Schwarze», das waren früher entweder*

## HIV-Präventionsprojekt AFRIMEDIA

Im Jahr 2002 wurde vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) und vom Schweizerischen Tropeninstitut (STI) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) das Projekt AFRIMEDIA lanciert. Ziel ist es, Zuwanderer aus Ländern südlich der Sahara mit den Gefahren einer HIV-Infektion vertraut zu machen. In einem ersten Schritt geht es jeweils um die Kontaktaufnahme der Mediatoren mit der Zielgruppe und das Aufbauen von Vertrauen. Die Vermittelnden knüpfen Beziehungen zu bestehenden Vereinen, Klubs und anderen Treffpunkten von Schwarzafrikanern, aber auch zu Durchgangszentren und Wohnheimen für Asyl Suchende. Sind

die Kontakte einmal vorhanden, werden Informationsanlässe organisiert. Thematische Schwerpunkte sind: HIV/Aids und Sexualität, Geschlechterbeziehungen, Gebrauch von Präservativen, Umgang mit HIV-infizierten Menschen, bestehende Dienstleistungsangebote. Derzeit stehen vierzehn Mediatorinnen und Mediatoren aus verschiedenen afrikanischen Ländern im Einsatz, die in drei Teams in den Kantonen Zürich, Waadt und Genf unterwegs sind. Zum Waadtländer Mediatoren-Team gehört auch die TANGRAM-Interviewpartnerin Chantal Ngarambe Buffat aus Ruanda. Die Pilotphase des AFRIMEDIA-Projekts wird hauptsächlich vom BAG finanziert, wei-

tere Beiträge werden vom Migros-Genossenschaftsbund, dem SRK, dem STI, der Zürcher Aidshilfe sowie der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Lausanne geleistet.

Kontakt:  
AFRIMEDIA, c/o Zentrum für Migration und Gesundheit des SRK  
Rainmattstrasse 10, Postfach  
3001 Bern  
Telefon 031 387 71 11  
migration@redcross.ch  
oder  
noel.tshibangu@redcross.ch

Martin Leutenegger

*Künstler oder Universitätsstudenten. Heute denkt man zuerst an Drogenhändler und Kriminaltouristen ...*

Ngarambe: Dazu beigetragen hat aber auch eine etwas verquere Optik der Medien: Ein paar zehntausend Schwarzafrikanerinnen und -afrikaner leben in der Schweiz, machen hier ihre Arbeit, zahlen Steuern und führen ein normales Leben. Von diesen ist kaum jemals die Rede. Stehen aber ein paar Dealer an den Bahnhöfen herum oder vergewaltigen zwei Afrikaner eine Frau, schaffen es diese mit ihren Verbrechen in alle Schweizer Zeitungen. Dadurch entsteht ein ganz falsches Bild von «den Afrikanern». Für mich grenzt diese einseitige Berichterstattung ihrerseits schon fast an Rassismus!

*TANGRAM: Ihnen, Frau Ouäiss, sieht man die afrikanische Herkunft nicht unbedingt an. Wenn Sie sich als Marokkanerin und Muslimin «outen», sehen Sie sich aber wahrscheinlich dennoch zuweilen mit Vorurteilen konfrontiert, oder?*

Ouäiss: Im Spital musste ich nie eine fremdenfeindliche Reaktion erleben. In Wirklichkeit ist mir dies in sechzehn Jahren auch ausserhalb des Spitals nie passiert, mit Aus-

nahme zweier Begebenheiten in Einkaufszentren, als ich mich in Begleitung zweier älterer Damen in traditioneller Kleidung befand. Eine davon war meine Mutter. Meine Reaktion kam für die betreffenden «Rassisten» allerdings so schnell und deutlich, dass die Anrempelung nicht lange dauerte. Allein wurde ich nie behelligt. Dies kann jedoch auch damit zusammenhängen, dass ich als relativ hellhäutige Nordafrikanerin vom Aussehen her auch als Lateinamerikanerin oder Südeuropäerin durchgehen könnte. Dafür merkt man in der Deutschschweiz meiner Sprache an, dass ich «keine von hier» bin.

*TANGRAM: Wie verständigten Sie sich denn im Spital?*

Ouäiss: In der Regel Französisch. Als ich im Tiefenaspital Bern eine Stelle fand, war ich eben erst aus Marokko in die Schweiz gekommen und hatte noch keine Gelegenheit gehabt, die deutsche Sprache zu lernen.

*TANGRAM: Und das ging gut, dem viel zitierten «Röstigraben» zum Trotz?*

Ouäiss: Bern liegt nahe der Sprachgrenze und sehr viele Leute sprechen Französisch. Viele Ältere freuten sich sogar, «wieder ein-

mal» ihre Französischkenntnisse anwenden zu können. Selbst dann, wenn sich eine frankophone Person bemüht, Deutsch zu sprechen, fällt die Antwort in Bern oft französisch aus. Im Spital hielten mich die Patientinnen und Patienten zuerst meist für eine Romande.

*TANGRAM: Und wie reagierten diese, wenn Sie antworteten: «Nein, ich komme aus Marokko»? Zumindest in den letzten Jahren entstanden in der Öffentlichkeit doch ziemlich schnell Assoziationen von der Art: «Marokko – Araber – Islamismus – Terrorismus».*

Ouaïss: In der Tat begannen die ersten Gespräche meistens auf folgende Weise: «Sind Sie aus der Westschweiz? Aha, aus Marokko!» In keinem einzigen Fall wäre der Dialog danach aber beendet worden. Auch der Tonfall wurde nie unfreundlicher, wenn einmal bekannt war, dass ich aus Afrika stamme. Im Gegenteil: Fragen nach den dortigen Lebensbedingungen oder Ferien Erinnerungen der Patienten ergaben sogar neuen Gesprächsstoff. Einräumen muss ich jedoch, dass ich vor dem ominösen «11. September 2001» im Spital gearbeitet habe; heute würde ich vielleicht nicht mehr die gleichen Erfahrungen machen. Ein Verständigungsproblem mit den kranken Menschen gab es übrigens nie. Im Gegenteil: Oft wurde ich sogar gebeten, mich um «schwierige» Patienten zu kümmern. So erinnere ich mich gut an einen betagten Mann, der weder essen noch sprechen wollte. Ich habe ihm in der Folge täglich das Essen gegeben und er wurde dabei immer entspannter. Eines Tages ergriff er meine Hand und sprach sein erstes Wort: «Danke!» Eine Viertelstunde später war er tot. Das werde ich nie vergessen.

*TANGRAM: Wie würden Sie den Umgang mit Ihren Berufskolleginnen und -kollegen beschreiben?*

Ouaïss: Hier machten sich meine mangelnden Deutschkenntnisse stärker bemerkbar als im individuellen Umgang mit den Patienten. So konnte ich mich kaum an den Gruppengesprächen beteiligen und an den Rapporten verstand ich kaum die Hälfte. Dennoch empfand ich meine Arbeitskolleginnen alle als freundlich und zuvorkommend.

Ngarambe: Auch ich kann mich nicht beklagen. Es wäre ja auch ein bisschen absurd, wenn jemand, der in einem internationalen Milieu wie einem Universitätsspital arbeitet, fremdenfeindliche Bemerkungen von sich geben würde. Immerhin erinnere ich mich an die Bemerkung einer Oberschwester, die eines Tages verkündete: «Nun wollen wir doch mal schauen, wie viele schweizerische Diplome wir auf unserer Abteilung haben!» Ich fühlte mich zwar persönlich nicht betroffen, denn ich hatte die Berufsausbildung in der Schweiz gemacht und abgeschlossen. Ich weiss auch bis heute nicht, was die Oberschwester mit diesem Spruch genau sagen wollte. Aber irgendwie hat er mich verletzt, denn sie meinte wahrscheinlich: «Wer ein ausländisches Diplom hat, ist weniger wert oder macht seine Arbeit weniger gut.»

*TANGRAM: Heute arbeiten Sie in der Abteilung für Reisemedizin; da fällt eine nicht-weiße Krankenschwester wahrscheinlich ohnehin weniger auf – schliesslich kommen zu Ihnen vor allem solche Leute, die selber ins entfernte Ausland verreisen wollen ...*

Ngarambe: Wie ich schon sagte, habe ich nie eine offene fremdenfeindliche Attacke gegen mich erlebt. Was aber immer wieder durchschimmern kann, ist ein latent vorhandener Rassismus. In der Abteilung, in der ich jetzt arbeite, geht es um die Vorbeugung und Behandlung von Infektionskrankheiten, darunter auch Aids. Es kommen unter anderem Leute zu uns, die anonym einen Aids-Test machen lassen wollen. In diesem Zu-

## Projet de prévention du sida AFRIMEDIA

En 2002, la Croix-Rouge suisse (CRS) et l'Institut tropical suisse (ITS) ont lancé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) le projet AFRIMEDIA, qui a pour but de faire connaître aux migrants originaires des pays subsahariens les dangers d'une infection par le virus du sida. Une première démarche consiste pour les médiateurs à établir des relations de confiance avec le groupe cible. Ils prennent contact avec les associations existantes, les clubs et autres lieux de rencontre de Noirs d'origine africaine, mais aussi avec les centres de transit et les foyers d'accueil pour requérants d'asile. Une fois les contacts établis, ils or-

ganisent des séances d'information au cours desquelles ils abordent des thèmes tels que VIH/sida et sexualité, relations sexuelles, utilisation de préservatifs, rapports avec des personnes séropositives, offres de prestations existantes.

Les médiateurs, originaires de différents pays d'Afrique, sont actuellement au nombre de quatorze. Ils sont répartis en trois équipes qui parcourent les cantons de Zurich, Vaud et Genève.

La personne interviewée pour TANGRAM, Chantal Ngarambe Buffat, d'origine rwandaise, fait partie de l'équipe vaudoise. La phase pilote du projet AFRIMEDIA

est en majeure partie financée par l'Office de la santé publique (OFSP). La Fédération des coopératives Migros, la CRS, l'ITS, Aide Sida Zurich et la Policlinique médicale universitaire de Lausanne versent des contributions financières.

Contact:  
AFRIMEDIA, c/o Centre pour les migrations et la santé de la CRS  
Rainmattstrasse 10, case postale  
3001 Berne  
téléphone 031 387 71 11  
migration@redcross.ch  
ou  
noel.tshibangu@redcross.ch  
Martin Leutenegger

sammenhang habe ich schon den Spruch gehört: «Da kommen die Afrikaner in die Schweiz und verseuchen uns hier mit Aids.» Solche Bemerkungen sind aber äusserst selten.

TANGRAM: *Irgendwie scheint es erstaunlich, dass beide von Ihnen in der Schweiz kaum je direkt mit Rassismus konfrontiert worden sind, wogegen andere Afrikanerinnen, Asiatinnen und Lateinamerikanerinnen regelmässig über rassistische Vorurteile oder gar fremdenfeindliche Attacken berichten ...*

Ouaïss: Ich sehe dafür zwei Gründe: Zum einen kommt es wohl auch auf die Persönlichkeit an: Wer sich hier zu Lande an die Spielregeln hält, umgekehrt aber auch selbstbewusst genug durchs Leben geht, bietet allfälligen Rassistinnen nur eine geringe Angriffsfläche. Rassistinnen und Rassistinnen suchen sich – wie andere Gewalttäter auch – für ihre physischen oder verbalen Attacken wahrscheinlich meist vermeintlich schwache «Opfer» aus, von denen sie annehmen, diese würden sich nicht wehren. Den zweiten Grund sehe ich darin, dass viele Ausländerinnen und Ausländer den Fehler machen, dass sie ihrerseits den Vorurteilen über die

Schweiz und deren Bewohner huldigen: «Die Schweizer» – und natürlich auch «die Schweizerinnen» – sind «stur, geizig, verschlossen, geldgierig, griesgrämig, kleinkariert». Erstens stimmen diese Charakterisierungen nicht mit meinen eigenen Erfahrungen überein, und zweitens dürfen sich Zuwanderer, die auf diese Weise über ihr Gastland bzw. die neue Heimat herziehen, nicht wundern, wenn die Einheimischen «mit gleicher Münze» zurückzahlen.

*Martin Leutenegger hat Ethnologie studiert und das Sekundarlehrerdiplom erworben. Seit rund zwanzig Jahren ist er vor allem als freier Journalist tätig, gelegentlich auch als Lehrer in Institutionen für verhaltensauffällige Jugendliche. E-Mail: martinleutenegger@swissonline.ch.*

**Résumé****«Vous n'êtes pas comme les autres!»**

Ceux qui veulent savoir si le racisme existe dans les hôpitaux n'ont qu'à le demander à quelqu'un qui, premièrement, n'est pas d'origine européenne et, deuxièmement, a travaillé assez longtemps dans un hôpital. Par exemple à une infirmière noire-africaine qui travaille à Lausanne ou à une aide-infirmière musulmane d'origine maghrébine, aujourd'hui puéricultrice à Fribourg, qui a travaillé à Berne. Toutes deux vivent depuis plus de quinze ans en Suisse et y ont fait leur formation.

Pendant toutes ces années, elles n'ont eu à se plaindre d'aucune agression ouvertement raciste ou xénophobe contre leur personne, que ce soit à l'hôpital ou en dehors de leur lieu de travail. La puéricultrice, d'origine marocaine, a une explication à cela: «Si on respecte les règles du jeu, ici en Suisse, sans tomber soi-même dans les clichés des «Suisseaux aux idées courtes» et si, d'autre part, on a suffisamment d'assurance, on n'offre aucun angle d'attaque aux racistes». L'infirmière admet toutefois qu'elle ne peut voir et entendre que ce que son entourage exprime clairement. Ainsi, il se pourrait fort bien qu'un patient ait de la peine à se laisser soigner par une femme de couleur sans le montrer. Ce qui pose le plus problème à cette infirmière d'origine rwandaise, c'est une forme particulière de «racisme bienveillant» qui voit dans cette Africaine une «exception positive». Cela peut s'exprimer par des phrases comme celle-ci: «Vous, vous n'êtes pas comme les autres Africains!»

[Il s'agit d'une interview avec des employés d'origine africaine travaillant dans un hôpital.]

**Riassunto****«Lei non è come gli altri!»**

Per sapere se negli ospedali esiste il razzismo, la cosa migliore è chiederlo a persone di origine extraeuropea che hanno lavorato per un periodo prolungato in un ospedale. Per esempio a un'infermiera di colore di Losanna proveniente dall'Africa oppure a un'assistente ospedaliera di Berna di origine nordafricana e di religione musulmana, che oggi è educatrice d'infanzia a Friburgo. Entrambe vivono in Svizzera da più di quindici anni e in Svizzera hanno seguito la loro formazione. In questo lungo periodo, nessuna delle due donne è stata vittima di atteggiamenti apertamente xenofobi o razzisti, né all'interno né all'esterno dell'ospedale. In merito, l'educatrice di origine marocchina ha una spiegazione: «In questo Paese, chi rispetta le regole del gioco, chi non rientra nei cliché che lo svizzero reazionario ha dello straniero e chi affronta la vita con una giusta dose di fiducia nei propri mezzi non si espone ad atteggiamenti razzisti.» Dal canto suo, l'infermiera di origine ruandese afferma di poter sentire e vedere solo ciò che nel suo ambiente viene detto e fatto apertamente. Può darsi per esempio che a un paziente non piaccia essere assistito da un'infermiera di pelle scura, ma che non lasci trasparire nulla. Il problema più grande, secondo lei, è una forma particolare di «razzismo benevolo», che fa di lei un'«eccezione positiva» e che si manifesta ad esempio in frasi del tipo: «Lei sì che è un'infermiera gentile, non come altri africani!».

[Intervista con personale ospedaliero di origine africana.]

## Il progetto di prevenzione dell'AIDS AFRIMEDIA

Nel 2002 la Croce rossa svizzera (CRS) e l'Istituto tropicale svizzero, su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), hanno lanciato il progetto AFRIMEDIA. L'obiettivo perseguito è quello di sensibilizzare le persone provenienti da Paesi subsahariani sui pericoli di un'infezione con il virus dell'AIDS. In una prima fase i mediatori avvicinano le persone immigrate e cercano di instaurare un rapporto di fiducia. A tal fine visitano associazioni, club e altri luoghi d'incontro degli immigrati africani, ma anche centri di transito e di residenza per richiedenti l'asilo. Una volta assicurato il contatto, organizzano incontri infor-

mativi. I temi principali sono: AIDS e sessualità, rapporti fra i sessi, l'uso di preservativi, rapporti con persone sieropositive e servizi esistenti. Attualmente lavorano al progetto quattordici mediatrici e mediatori provenienti da diversi Paesi africani, suddivisi in tre squadre attive rispettivamente nei Cantoni di Zurigo, Vaud e Ginevra. Della squadra vodese fa parte anche la ruandese Chantal Ngarambe Buffat, intervistata da TANGRAM.

La fase pilota del progetto AFRIMEDIA è finanziata principalmente dall'UFSP; ulteriori contributi provengono dalla

Federazione delle cooperative Migros, dalla CRS, dall'Istituto tropicale svizzero, dall'aiuto AIDS di Zurigo e dall'ambulatorio medico dell'ospedale universitario di Losanna.

Indirizzo  
AFRIMEDIA, clo Centro migrazione e salute della CRS  
Rainmattstrasse 10, casella postale 3001 Berna  
Telefono 031 387 71 11  
migration@redcross.ch  
oppure  
noel.tshibangu@redcross.ch

Martin Leutenegger

# Abkehr von der Ausgrenzung

Brigit Zuppinger und Roger Staub

**«Das BAG fordert HIV-Test für alle Asylbewerber», titelt Anfang 2004 eine Zeitung.<sup>1</sup> Diese Nachricht und die Äusserung eines Mitglieds der Eidgenössischen Räte, das die Einführung von HIV-Tests in den Asylempfangsstellen begrüsst und meint, «Asyl Suchende mit positivem Testergebnis sollten in ihre Heimatländer zurückgeschickt und ihre Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden, solange sie in der Schweiz sind»<sup>2</sup>, lassen erschrecken. Kann das Bundesamt für Gesundheit so naiv sein, eine Forderung des diskriminierungsbereiten Teils der Bevölkerung aufzunehmen und damit Diskriminierung von Asyl Suchenden und Rassismus zu fördern?**

Die Geschichte der Menschheit ist geprägt von meist eher untauglichen Versuchen, Krankheiten und Seuchen durch Ausgrenzung der Betroffenen zu bekämpfen. Als Beispiel mag die Geschichte der Pest in Europa dienen, aber auch die Tradition, Leprakranke aus der dörflichen Gemeinschaft auszuschliessen und zu verstossen. Gerade im Falle von ansteckenden Krankheiten ist die Versuchung gross, herausfinden zu wollen, wer «das Übel» in sich trägt, und die – vermeintliche oder echte – Gefahr durch Ausschluss des Krankheitsträgers abwenden zu wollen. Diese «traditionelle» Methode der Seuchenbekämpfung funktioniert nach dem *Old-Public-Health-Paradigma*, der individuellen Suchstrategie. Diese steht unter der Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?<sup>3</sup> *Public Health*, oder die Wissenschaft der öffentlichen Gesundheit, war bis vor rund dreissig Jahren von diesem Paradigma geprägt und geleitet. Auch das schweizerische Epidemien-gesetz, letztmals revidiert 1970<sup>4</sup>, sieht nur Massnahmen und Bekämpfungsstrategien in dieser Tradition vor.

## Das HI-Virus ist nicht ansteckend – es wird übertragen

In der Geschichte von Aids manifestiert sich diese Tradition der sozialen Ausgrenzung von Krankheitsträgern sehr deutlich: Die zunächst unbekanntere Krankheit wurde in den USA nach der Entdeckung der ersten Fälle ab 1981 mit «GRID – Gay Related Immuno Deficiency» («in Verbindung mit Homosexualität auftretende Immunschwäche») bezeichnet, also eigentlich «Schwulenseuche» getauft. Risikogruppen waren Schwule, intravenös Drogen Konsumierende, Hämophile und Haitianer, weil die meisten Fälle in den USA ab 1981 in diesen Gruppen auftraten. In den ersten Jahren von Aids war unklar, wie Aids bekämpft werden könnte. Ernsthaftige Diskussionen über die richtige Aids-Politik wurden erst möglich mit der Entdeckung des Virus (HIV) und der Entwicklung eines Bluttests, der die Infektion mit dem Virus durch Nachweis von Antikörpern feststellen konnte. In den meisten westlichen Industrieländern kam es zu einer gesundheitspolitischen Auseinandersetzung um die medizinpolitisch wie bürgerrechtlich entscheidende Frage nach der richtigen Aids-Politik: Den Seuchenstrategen, die mittels Testung möglichst viele Virusträger identifizieren und diese als Infektionsquellen stilllegen wollten, standen die Vertreter von *New Public Health* gegenüber. Die auf modernen gesundheitswissenschaftlichen Konzepten gegründete gesellschaftliche Lernstrategie sucht und realisiert Antworten auf die Frage: «Wie organisieren wir möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse, mit denen sich Individuen, soziale Gruppen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft maximal präventiv und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit dem bis auf Weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?»<sup>5</sup>

Dieser Streit wurde auch in der Schweiz, «trotz zeitweise erbitterten Widerstands, z.B. seitens der *Aids-Aufklärung Schweiz* – einer dem inzwischen aufgelösten «*Verein zur Förderung der psychologischen Menschenkenntnis*» (VPM) nahe stehenden Organisation – zugunsten der Lernstrategie entschieden.»<sup>6</sup> Ein zentrales Argument in dieser Diskussion war die Tatsache, dass sich das Aids-auslösende Virus HIV nicht über die Luft oder über Tröpfcheninfektion übertragen lässt. Es ist nicht im Wortsinn «ansteckend», sondern übertragbar – zumeist in Situationen, die der Kontrolle der beteiligten Personen unterliegen. Weil der/die Einzelne in der Regel diese Situationen kontrollieren kann, lässt sich eine Schutzpflicht des Staates mittels Ausgrenzung der Betroffenen nicht begründen.

### Die Lernstrategie ist erfolgreich

Das Ergebnis des Strategieentscheides kann im Rückblick als Sieg der gesundheitspolitischen Vernunft bezeichnet werden: Es hat sowohl bürgerrechtlich als auch epidemiologisch zu guten Resultaten geführt. Es ist in der Schweiz gelungen, die Epidemie im Stadium der «konzentrierten Epidemie» nach WHO-Klassifizierung zu behalten. Die «Allgemeinbevölkerung» ist glücklicherweise auch nach zwanzig Jahren praktisch nicht betroffen, weil die *STOP-AIDS-Kampagne* und die ausgelöste Verhaltensänderung eines grossen Teils der Bevölkerung die Verbreitung des Virus stark gebremst hat. In Bezug auf Diskriminierung von betroffenen Gruppen und HIV-infizierten Menschen stellen verschiedene Studien fest, dass in der Schweiz auf der Ebene des Rechts kaum systematische oder regelmässige Diskriminierung stattfindet.<sup>7</sup>

Mitte der Achtzigerjahre mobilisierten zwei grosse Ängste die Kräfte für die Durch-

setzung der Lernstrategie: die Angst vor einer uneindämmbaren gesundheitlichen Katastrophe und die Angst vor neuer Minderheitenhatz. Ausmass und Richtung der gesellschaftlichen Reaktionen auf Aids sind nur vor dem Hintergrund der Tatsache zu verstehen, dass sie auf der Schubkraft sowohl der Gesundheitspolitik als auch der Bürgerrechtspolitik basierten.

### Der HIV-Test hat einen schlechten Ruf

Die im Aidsbereich mit dem grössten Ausgrenzungspotenzial behaftete Intervention ist der HIV-Antikörpertest. Für eine an den Prinzipien der Seuchenstrategie orientierte Gesundheitspolitik, welche mittels individueller Suchstrategie Virusträger identifizieren und isolieren will, ist der HIV-Test unabdingbar. Nur mit einem Test ist die Identifikation von Virusträgern möglich. In der Geschichte von Aids gab es immer wieder Forderungen nach Zwangstests, gekoppelt mit segregativen, diskriminierenden und stigmatisierenden Folgemaassnahmen wie etwa der Tätowierung von Betroffenen oder der Internierung von HIV-positiven Asyl Suchenden an den Grenzen.

In einer den Menschenrechten und insbesondere der Antidiskriminierung verpflichteten Strategie der öffentlichen Gesundheit ist es daher von höchster Wichtigkeit, solchen Ausgrenzungstendenzen entgegenzuwirken. Dies beinhaltet das Bestreben, die öffentliche Auseinandersetzung mit dem HIV-Test zu beeinflussen. Es beinhaltet aber insbesondere die Förderung und Umsetzung von Massnahmen, die das unter Umständen nützliche Wissen um den eigenen Serostatus mit präventiven Massnahmen verbinden. Der Nutzen des HIV-Tests entsteht aus der Perspektive der Gesundheitspolitik nur dann, wenn er mit einer Verhaltensänderung der getesteten Person und mit einem adäquaten

Zugang zu Beratung und Betreuung, Therapie und Pflege einhergeht. Das im Aidsbereich international anerkannte Mittel, um dieses Ziel zu erreichen, ist das so genannte «VCT Voluntary Counselling and Testing»<sup>8</sup> – Beraten und Testen auf freiwilliger Basis.

### VCT – Beraten und Testen auf freiwilliger Basis

Der HIV-Test wird noch lange an seinem schlechten Ruf leiden, auch wenn er nach den Regeln der Kunst angewandt wird. Denn jede von HIV/Aids gefährdete Gruppe, für die VCT-Programme vorgeschlagen werden, läuft Gefahr, durch diese Massnahme exponiert zu werden. Der Nutzen von VCT-Programmen ist unterdessen offensichtlich und durch viele Studien belegt: Verhaltensänderung ist nach adäquater Beratung messbar, und insbesondere für HIV-infizierte Personen ermöglicht das Wissen um die HIV-Infektion den rechtzeitigen Zugang zu den antiretroviralen Therapien (ART), bevor Aids als Krankheit auftritt. Unerwünschte Nebenwirkung von Testprogrammen ist allerdings (insbesondere wenn sie für ganze Gruppen angewandt werden), dass das Wissen um die HIV-Infektion zu anderen Zwecken missbraucht werden kann.

Wenn das Bundesamt für Gesundheit nun die Einführung von VCT für Asyl Suchende vorschlägt, begibt es sich in ein besonderes Dilemma. Für eine Gruppe mit höchst unsicherem rechtlichem Status, die zum einen für eine HIV-Infektion besonders gefährdet ist, und zum andern einen vergleichsweise schlechten Zugang zu Information, Beratung und Therapie hat, stellt VCT nicht nur ein präventiv nützliches Instrument dar, sondern bedeutet auch einen Schritt in Richtung des von der WHO propagierten Rechts auf Gesundheit für alle.<sup>9</sup> Beratung und Testen auf freiwilliger Basis soll einerseits den gleichen

Zugang zu Information und Beratung von Asyl Suchenden gewährleisten und ihre Motivation fördern, sich und andere vor HIV zu schützen. Andererseits müssen für HIV-infizierte Asyl Suchende, die voraussichtlich länger in der Schweiz bleiben, im Rahmen der Individualmedizin Abklärungen ermöglicht werden, um festzustellen, ob eine antiretrovirale Therapie indiziert ist, und bei Indikation die Therapie einzuleiten, bevor Aids ausbricht.

Gleichzeitig birgt die Verbindung «HIV-Test – Asyl Suchende» ein enormes Stigmatisierungspotenzial. Der Wunsch nach Schutz der «blonden und gesunden Schweizer Mädchen vor den verseuchten Schwarzen»<sup>10</sup> ist in der Schweiz vorhanden und rasch formuliert. Solchen Tendenzen kann nur entschieden entgegengewirkt werden, wenn eine Massnahme wie das VCT zu einer Massnahme wird, die durch eine Allianz zwischen den Gesundheitsbehörden, Migrantenorganisationen und Nichtregierungsorganisationen getragen wird. Es braucht wie vor bald zwanzig Jahren wieder und weiterhin die Schubkraft von Gesundheits- und Bürgerrechtspolitik.

### Recht auf Behandlung?

Eine weitere Frage, die sich im Zusammenhang mit dem Vorschlag von VCT für Asyl Suchende stellt, ist die Frage nach der Verantwortung, die die schweizerischen Behörden für eine möglicherweise notwendige antiretrovirale Therapie (ART) übernehmen. Ein positiver Serostatus ist nicht automatisch eine Behandlungsindikation: Die HIV-Infektion bleibt im Durchschnitt über zehn Jahre symptomlos. Eine Indikation für ART liegt erst vor, wenn das Immunsystem deutlich geschwächt ist. Dies kann durch Laboruntersuchungen relativ einfach festgestellt werden.

Wenn bei einem HIV-positiven Asyl Suchenden eine Behandlungsindikation vorliegt, wird die Situation komplex. Das BAG hatte ursprünglich eine *Opt-out*-Variante vorgeschlagen, bei der alle Asyl Suchenden über die Durchführung eines HIV-Tests im Rahmen der grenzsanitarischen Untersuchung informiert worden wären, der Test aber nur bei expliziter Zurückweisung durch die Asyl suchende Person nicht durchgeführt worden wäre. Im Rahmen der Abklärungen hat das BAG aber festgestellt, dass vor allem aus ethischen Überlegungen der Grad der staatlichen Verantwortung für eine etwaige Behandlung hoch gewesen wäre: Je unfreiwilliger ein HIV-Test erfolgt, desto stärker ist die behördliche Verpflichtung, als Konsequenz der unfreiwilligen Untersuchung auch die medizinische Versorgung zu verantworten. Diese Konsequenz war neben anderen ein wichtiges Argument, um die *Opt-out*-Variante zu verwerfen. Die Frage nach dem Recht auf Behandlung stellt sich auch unabhängig von der Art und Weise des HIV-Testangebots. Asyl Suchende haben das Recht auf die gleiche Behandlung wie jeder Schweizer und jede Schweizerin auch. Migrantinnen und Migranten gehören zweifelsohne zu denjenigen Gruppen, deren Zugang zu Behandlung weltweit in alarmierender Weise schlecht ist. Die Welt-Aids-Konferenz 2004 in Bangkok hat eindrücklich gezeigt, dass die Forderung nach Zugang für alle (*access for all*) die grösste globale Herausforderung in der Aids-Krise darstellt.

### Gemeinsames Projekt HIV + Asyl ist aufgegleist

Die Direktionen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und des Bundesamts für Flüchtlinge (BFF) haben auf Vorschlag der schon länger tätigen gemeinsamen Arbeitsgruppe entschieden, die HIV/Aids-Prävention für Asyl Suchende auszubauen und im Rah-

men der grenzsanitarischen Untersuchungen in den Empfangsstellen des Bundes allen Asyl Suchenden anzubieten. Dabei sollen ihnen das Grundwissen über HIV/Aids und die Schutzmassnahmen in den wichtigsten Sprachen in Wort und Bild vermittelt werden. Damit die HIV/Aids-Prävention alle Asyl Suchenden erreicht, sollen einzelne Elemente der Aufklärung in die bestehenden Abläufe der grenzsanitarischen Untersuchungen eingebaut werden. Zurzeit arbeitet die Arbeitsgruppe mit externer Unterstützung an neuen, audiovisuellen Informationsmaterialien, die unter Berücksichtigung der kulturellen und geschlechtsspezifischen Hintergründe über die wichtigsten Übertragungswege informieren. Ganz klar ist, dass für die Gruppe der Asyl Suchenden ebenso wenig wie für andere Gruppen der Bevölkerung weder Zwangstests noch eine obligatorische Testung diskutiert wurden noch werden. Die interdepartementale Arbeitsgruppe hat den Auftrag, neben der Verbesserung der HIV/Aids-Information in den Empfangsstellen des Bundes in Zusammenarbeit mit einzelnen Kantonen eine Machbarkeitsstudie für das freiwillige Angebot des HIV-Tests mit Beratung in Durchgangszentren der Kantone durchzuführen. Nach heutiger Planung wird die HIV/Aids-Information an den Empfangsstellen per 2005 operativ werden. Zum gleichen Zeitpunkt ist mit dem Start einzelner Pilotprojekte zum HIV-Test in einzelnen Kantonen zu rechnen.

### Schulterschluss scheint wieder zu funktionieren

Im Umgang mit Stigmatisierungs- und Diskriminierungspotenzialen, wie sie sich in Zusammenhang mit HIV/Aids und in besonderem Mass bei Asyl Suchenden zeigen, ist die Tabuisierung und Verdrängung dieser explosiven Themen aus dem öffentlichen Diskurs eine schlechte Lösung. Rassistischen

Tendenzen, die eine Internierung von HIV-positiven Asyl Suchenden fordern, kann das Thema nur entzogen werden, wenn es anders besetzt und öffentlich diskutiert wird. Insofern war die durch eine Indiskretion entstandene Schlagzeile vom 18. Januar 2004 Glück im Unglück: Die nachfolgende mehrwöchige öffentliche Diskussion in den Medien war nützlich und hat allen Beteiligten gezeigt, dass Ausgrenzung oder Zwangstests nicht mehrheitsfähig sind. Der Kommentar der NZZ vom 5. Februar 2004 bringt es auf den Punkt: «HIV-Tests bei Asyl Suchenden sollten allerdings – im Gegensatz zum ursprünglichen Vorschlag des Bundesamts für Gesundheit – auf absolut freiwilliger Basis beruhen. [...] Für einen Test ist dabei die ausdrückliche Zustimmung des Asyl Suchenden erforderlich. Dies entspricht dem internationalen Standard für die Durchführung von HIV-Tests. [...] Unter diesen Bedingungen ist ein systematisch angebotener HIV-Test bei Asyl Suchenden denkbar.»<sup>11</sup> Der Schlußschluss von gesundheitspolitischen und bürgerrechtlich relevanten gesellschaftlichen Kräften scheint wieder zu funktionieren. Und weiter der Kommentar der NZZ: «Ebenfalls müssen die Bedenken ernst genommen werden, dass systematische Tests zur Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-infizierten Migrantinnen und Migranten beitragen können. Als Gegenmittel taugen allerdings das Verschweigen und Verdrängen von unangenehmen Tatsachen wenig. Besser ist eine offene und umfassende Information über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten.»<sup>12</sup>

*Roger Staub, Master of Public Health (MPH) und Master of Applied Ethics (MAE), Programmleiter Aids im BAG, Leiter der Sektion Aids, BAG, Leiter des Projektes Asyl + HIV des BAG und BFF.*

*Brigit Zuppinger, Ethnologin, Projektleiterin Migration & Aids, Sektion Aids, BAG.*

<sup>1</sup> NZZ am Sonntag, 18. Januar 2004, Frontseite.

<sup>2</sup> NZZ am Sonntag, 18. Januar 2004, Frontseite.

<sup>3</sup> Rosenbrock R. (2002). Aidspolitik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik, S. 113f. Siehe auch Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008 (BAG), S. 10.

<sup>4</sup> Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 18. Dezember 1970 (SR 818.101).

<sup>5</sup> Rosenbrock R. (2002). Aidspolitik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik, S. 113f. Siehe auch Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008 (BAG), S. 10.

<sup>6</sup> Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008 (BAG), S. 10.

<sup>7</sup> So z.B. Dubois-Arber et al. (1998). Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Pärli et al. (2003). Aids, Recht und Geld. Eine Untersuchung der rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids.

<sup>8</sup> WHO 2002: Increasing Access to HIV Testing and Counselling, Geneva.

<sup>9</sup> WHO 1998: Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert. Weltgesundheitserklärung. Auf der 51. Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 von der Weltgesundheitsgemeinschaft verabschiedet, siehe: [www.who.int/archives/hfa/](http://www.who.int/archives/hfa/).

<sup>10</sup> Diese Formulierung findet sich häufig in Zuschriften von Bürgerinnen und Bürgern ans BAG, in Anrufen von besorgten Ärztinnen und Ärzten und wurde sinngemäss auch im Inserat der PIKOM verwendet (Sonntagszeitung vom 14. September 2003).

<sup>11</sup> NZZ, 5. Februar 2004, Seite 2.

<sup>12</sup> NZZ, 5. Februar 2004, Seite 2.

## Résumé

### Politique de lutte contre le sida: halte à l'exclusion

L'histoire de l'humanité est jalonnée de tentatives, dont la plupart sont restées vaines, de lutter contre les maladies et les épidémies en mettant les personnes infectées au ban de la société. On citera pour exemple l'histoire de la peste en Europe. Le sida n'a pas échappé à cette tradition de l'exclusion sociale, mais la plupart des pays occidentaux industrialisés ont ensuite entamé un débat pour savoir quelle est, tant sur le plan médical que sur celui de la nationalité, la bonne politique à adopter en matière de lutte contre cette pandémie. La Suisse s'est décidée pour une stratégie de l'apprentissage.

Les porteurs du virus ne peuvent être identifiés qu'en procédant à un test de dépistage VIH, mais ce dépistage n'a d'utilité que si la personne qui a fait le test modifie son comportement et a accès à des conseils, un suivi, une thérapie et des soins. Le moyen reconnu à l'échelle mondiale dans le domaine du sida pour atteindre cet objectif est le «VCT Voluntary Counselling and Testing» – test et conseils sur une base facultative. Toutefois, en proposant le VTC pour les requérants d'asile, l'Office de la santé publique (OFSP) s'est vu confronté à un dilemme particulier. Pour un groupe doté d'un statut légal extrêmement précaire, qui, d'une part, est particulièrement exposé à l'infection par le virus du sida et, d'autre part, n'a pas facilement accès à l'information, aux conseils et à la thérapie, le VTC ne représente pas seulement un instrument utile sur le plan de la prévention, il constitue aussi un pas vers le droit à la santé pour tous prôné par l'OMS. Mais le lien établi entre le test du sida et les requérants d'asile recèle un énorme potentiel de stigmatisation. Il n'est possible de lutter contre ce danger que si le VTC est unanimement soutenu par les autorités en charge de la santé, les organisations de réfugiés et les organisations non gouvernementales.

### Riassunto

## Politica in materia di AIDS: no all'emarginazione

La storia dell'umanità è costellata di tentativi, perlopiù infruttuosi, di lottare contro malattie ed epidemie attraverso l'emarginazione e l'isolamento degli ammalati. La storia della peste in Europa ne è un buon esempio. Questa tradizione di emarginazione sociale si è manifestata anche nella storia dell'AIDS.

Nella maggior parte dei Paesi industrializzati occidentali, tuttavia, ha in seguito avuto luogo un dibattito incentrato sulla giusta politica in materia di AIDS e sulle relative questioni cruciali di politica sanitaria così come di politica dei diritti civili. La Svizzera si è decisa in favore della cosiddetta strategia dell'apprendimento.

Solo con un test degli anticorpi HIV è possibile identificare le persone portatrici del virus. Tale test ha però un senso solo se è seguito da un cambiamento comportamentale della persona esaminata e da un accesso adeguato ai servizi di consulenza, di assistenza, di terapia e di cura. Il metodo accettato a livello internazionale per raggiungere tali obiettivi è il cosiddetto «VCT – Voluntary Counselling and Testing» (consulenza e test su base volontaria).

La proposta di offrire ai richiedenti l'asilo l'opportunità di effettuare il VCT pone l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) dinanzi ad un dilemma. Da una parte, il VCT rappresenta uno strumento di prevenzione utile per un gruppo con uno statuto giuridico molto precario e particolarmente esposto al pericolo d'infezione HIV che inoltre non può accedere facilmente a informazioni, consulenza e terapia; in questo senso il VCT rappresenta anche un passo in direzione del diritto universale alla salute, promosso dall'OMS. Dall'altro, l'accostamento «test HIV – richiedenti l'asilo» può comportare un pericolo di stigmatizzazione sociale molto elevato. Per prevenire questo pericolo è necessario che le autorità sanitarie, le organizzazioni dei migranti e le organizzazioni non governative sostengano unanimemente questa misura.

# Razzismo e sanità

Patrizia Pesenti

**In Svizzera, l'accesso alle cure mediche è garantito a tutti, ma questa equità di trattamento non compensa le differenze e gli svantaggi per la salute che devono sopportare migranti e gruppi sociali vulnerabili a causa delle loro ardue condizioni di vita.**

Alla domanda se esistono differenze tra i cittadini svizzeri e gli stranieri immigrati riguardo alla salute, si potrebbe rispondere sbrigativamente che siccome tutti possono ricevere le stesse cure di qualità, non ci sono discriminazioni. Ma sarebbe appunto una risposta sbrigativa, che tiene conto solo di un aspetto della questione. Se è vero che le cure sono uguali per tutti, è altrettanto vero che tra la popolazione svizzera e straniera vi sono notevoli differenze nello stato di salute.

Il principio della non discriminazione, codificato nella Costituzione federale all'articolo 8 è molto chiaro e vale anche nella sanità: *nessuno può essere discriminato a causa dell'origine, della razza, del sesso, della lingua, delle convinzioni religiose o della posizione sociale*. L'articolo 41 lettera b della Costituzione federale è ancora più preciso: *Confederazione e Cantoni devono adoperarsi affinché ognuno fruisca delle cure necessarie alla sua salute*. Il resto lo fa la legislazione federale in materia di assicurazione malattia (LAMal) assicurando una copertura universale contro le malattie e gli infortuni. Il sistema di sussidiamento cantonale aiuta inoltre i più bisognosi a pagare il premio. Quindi l'accesso alle cure sanitarie è garantito equamente a tutti, indipendentemente dalla cittadinanza, senza differenze nella qualità delle cure erogate. Nel sistema sanitario svizzero non solo la medicina d'urgenza, ma anche gli interventi molto costosi, come per esempio un trapianto di organi, sono accessibili nel caso di accertato bisogno

anche al più povero dei pazienti. Nel caso di ammissione provvisoria di richiedenti d'asilo valgono disposizioni particolari che assicurano comunque, a carico della Confederazione, la copertura delle spese mediche. Si potrebbe quindi concludere che l'equità è garantita, dal momento che nessuno resta senza cure mediche.

## I fattori della salute

Ma è solo una parte del quadro. La situazione appare più complessa se si allarga lo sguardo, non solo alle cure sanitarie, ma all'obiettivo delle cure: la salute. La salute infatti non è solo il risultato di cure mediche. Anzi, studi recenti mostrano in modo inequivocabile come le prestazioni sanitarie influenzano poco lo stato di salute delle persone. La salute, misurata in anni di vita, dipende piuttosto dalle condizioni di lavoro, dalle condizioni economiche, sociali, dal grado di educazione, dall'ambiente in cui la persona vive.

Le differenze, nell'ordine di 4-5 anni di vita, sono impressionanti anche in Svizzera e questo divario, negli ultimi anni, tende purtroppo ad aumentare. L'equità nell'accesso alle cure non riesce a compensare le differenze e gli svantaggi per la salute causati dalle condizioni molto ardue in cui vive parte della popolazione, e in particolare molti immigrati o le persone che sono emarginate a causa della loro razza.

Quindi una prima conclusione è che per poter migliorare concretamente lo stato di salute della popolazione vulnerabile bisognerebbe non tanto dispensare più cure, ma piuttosto migliorare i fattori che realmente determinano la salute: occorrono migliori condizioni di lavoro, in particolare meno precarietà e insicurezza sul posto di lavoro. Occorre non perdere di vista l'importanza

## Si tratta di guardare alla salute della popolazione come al risultato delle condizioni in cui viviamo.

dell'integrazione sociale e della scolarizzazione, soprattutto è urgente contrastare la povertà. Questo vale anche per la popolazione svizzera, le differenze nello stato di salute tra le classi sociali sono le stesse se i presupposti sono simili. Constatiamo però che gli stranieri soffrono particolarmente per le precarie condizioni di lavoro e sono più sovente colpiti dalla disoccupazione. E purtroppo negli ultimi anni l'integrazione sociale è meno evidente, più difficile rispetto al recente passato. Ottenere dei cambiamenti nelle condizioni di vita e di lavoro della popolazione immigrata presuppone un ampio consenso politico, i cambiamenti si ottengono solo con un processo democratico che riconosca quanto l'integrazione sociale e decenti condizioni di lavoro e di vita sono importanti per la salute delle persone. A sua volta il consenso politico può nascere solo se vi è la consapevolezza che tra i diversi gruppi sociali in Svizzera esistono delle notevoli differenze nello stato di salute e nelle aspettative di vita. Per questo è urgente e necessario promuovere ricerche sugli indicatori di queste ineguaglianze. L'ideale sarebbe poter contare su un programma di ricerca a livello nazionale.

### La promozione della salute

L'obiettivo di una migliore salute per la popolazione vulnerabile (immigrata e autoctona) deve essere perseguito anche con programmi di prevenzione e promozione della salute. Certo bisogna tenere conto che le campagne classiche di prevenzione rivolte a tutta la popolazione (dirette p.es. a migliorare l'alimentazione oppure contro il fumo o a favore di più movimento) rischiano di non centrare l'obiettivo nel caso della popolazione immigrata. Succede infatti che il messaggio non venga capito, sia per ragioni linguistiche che perché estraneo alla cultura e

ai modi di vita della popolazione straniera. Ma l'aspetto più determinante, e questo vale anche per i cittadini svizzeri socialmente svantaggiati o poveri, è che gli stili di vita suggeriti nelle campagne di promozione della salute sono proprio per chi ne avrebbe maggiormente bisogno più difficili da concretizzare. Un esempio concreto: una persona che abita al bordo dell'autostrada non trae nessun vantaggio dal fare più movimento in un ambiente inquinato. Oppure, chi non ha la possibilità di scegliere una professione decente, non può fare nulla se proprio il lavoro consuma precocemente la sua salute e toglie anni di vita.

Abbiamo detto all'inizio che il sistema sanitario assicura per principio una equità di accesso alle cure sanitarie. Ma questa accessibilità può essere resa più difficoltosa per una serie di altri vantaggi, come la padronanza della lingua che impedisce di capire fino in fondo le cure che vengono dispensate. Oppure la mentalità, e penso alla rigida divisione di ruoli a sfavore delle donne in molte culture, può risultare fatale se impedisce di farsi curare. Ma ci sono anche dinamiche più difficili da vedere. Il divario sociale e culturale tra il medico e il paziente socialmente vulnerabile, può influire sulla relazione tra il medico e il paziente. Il medico può più o meno tollerare le difficoltà di comprensione del paziente immigrato. Mentre quest'ultimo difficilmente riesce a porsi in un rapporto paritetico con il proprio medico, a porre le domande corrette che gli permettono di partecipare attivamente alle scelte sanitarie. Una dinamica che può influire notevolmente non tanto sulla quantità, ma proprio sull'adeguatezza delle cure erogate. Per questo la garanzia che l'assicurazione malattia rimborsa a tutti le stesse cure, non assicura ancora pienamente l'equità

nelle cure mediche. Concepire una Svizzera davvero pluralista significa quindi affrontare anche questi problemi con la consapevolezza che vi è ancora molta strada da fare.

Un passo nella giusta direzione lo ha fatto la Confederazione: l'Ufficio federale della sanità pubblica in collaborazione con l'Ufficio federale dei rifugiati ha elaborato una strategia che tiene conto di questi aspetti ed elenca cinque settori cruciali nei quali intervenire (*Migrazione e salute*, 2002). Si tratta di una strategia giustamente ambiziosa, che potrà essere realizzata e darà frutti se anche i Cantoni faranno la loro parte. In fondo non si tratta di assumere nuovi e onerosi compiti, ma di guardare alla salute della popolazione come al risultato delle condizioni in cui viviamo. Si tratta di mettere al centro la promozione e il mantenimento del nostro capitale salute, piuttosto che la riparazione di una salute ormai compromessa.

### Non riparare l'irreparabile

Per sua natura la promozione della salute – proprio perché disciplina giovane e tuttora fragile – segue un po' la congiuntura economica. Purtroppo la congiuntura sfavorevole e le ristrettezze dei bilanci pubblici tolgono risorse alla promozione della salute. E questo benché in Svizzera siano ormai ca. 50 miliardi destinati alle *cure* delle malattie. Le risorse utilizzate per *prevenire* le malattie e salvaguardare il capitale di salute dei cittadini sono molto inferiori, direi quasi irrisorie in confronto.

Di fatto diversi Cantoni stanno togliendo risorse a questo settore e anche l'impegno della Confederazione sta affievolendosi o quanto meno non cresce.

E ciò avviene proprio in un momento di crisi, quando occorrerebbe invece dare alla

promozione della salute maggior peso, per evitare che le decisioni politiche finiscano forse sì col migliorare qualche indice economico, ma a scapito della salute della popolazione. Una popolazione che si sente sempre più malata e che è sempre più portata a rifugiarsi nelle cure mediche, che tentano di riparare l'irreparabile, poiché si occupano della malattia, ma purtroppo non dei fattori di rischio. Il fatto è che molti politici si concentrano sulla *riparazione* della salute ormai compromessa e meno sulla sua promozione. Certo bisogna dire che l'acceso dibattito sempre solo concentrato sui costi del sistema sanitario e sul suo finanziamento non favorisce una riflessione di fondo sui reali benefici alla popolazione di una spesa che in Svizzera raggiungerà presto i 50 miliardi di franchi all'anno. Inoltre dobbiamo ammettere che la struttura federalista, il fatto che in Svizzera esistano 26 sistemi sanitari diversi, non aiuta certo lo sviluppo di una politica di salute pubblica, degna del nome. Le competenze per il finanziamento del sistema sanitario sono in mano alla Confederazione mentre l'organizzazione della sanità, intesa come servizi di cura, è nella competenza dei Cantoni: questo impedisce un'azione coordinata di salute pubblica.

La relazione tra politica e salute è profonda e trasversale ma ancora squilibrata ed incompiuta nella pratica: si pensi per esempio alla carenza di una vera e organica politica sanitaria nazionale! Gli sforzi condotti negli ultimi anni dal progetto di *Politica sanitaria nazionale*, in cui mi sono personalmente impegnata, si sono spesso scontrati con una resistenza culturale a riconoscere – tramite politiche concrete – questo profondo legame tra politica e salute, che si gioca essenzialmente al di fuori del sistema sanitario.

## Il fatto che in Svizzera esistano 26 sistemi sanitari diversi, non aiuta certo lo sviluppo di una politica di salute pubblica, degna del nome.

Una proposta per una lettura integrale delle sfide nella politica sanitaria è venuta dalla Società svizzera di salute pubblica: nel documento *Obiettivi per la salute in Svizzera nel XXI secolo*, un documento che, sulla matrice di quanto fatto dall'OMS in Europa, dovrebbe servire al mondo politico per non perdere di vista il fine ultimo del suo agire: la salute e il benessere della popolazione. Il tema dell'immigrazione e dell'integrazione viene giustamente trattato come obiettivo per una maggiore equità in materia sanitaria.

### Riduzione delle disparità

Conscio della necessità di un cambiamento di cultura fondato su una maggiore responsabilità individuale, ma anche sulla difesa di un interesse collettivo, il Governo del Cantone Ticino ha varato un programma, con provvedimenti di salute pubblica finalizzati alla riduzione delle disparità sociali e sanitarie. In particolare ha espresso l'intenzione di vigilare a che tutte le politiche pubbliche siano compatibili con il benessere sanitario della popolazione, ossia che tutte finalmente considerino la salute come una risorsa di cui occorre occuparsi tutti e non come una questione da confinare all'interno del sistema sanitario. L'obiettivo principale è quello di creare una società giusta ed equa, un'economia efficiente in un ambiente protetto e valorizzato.

Esistono dunque idee e strumenti per uscire da un'azione parcellizzata e per riportare la coerenza nelle azioni in termini di progetto di società. La cosa più urgente da fare è probabilmente stimolare i cittadini, compresi coloro che sono discriminati a causa della loro razza, a partecipare alla vita sociale locale: forse l'unico modo per orientare la

politica verso i reali bisogni dei cittadini, anche nell'ambito delle politiche sanitarie.

La politica sanitaria non esaurisce il suo compito assicurando a tutti l'accesso alle cure. La vera equità, non garantita oggi, è che ognuno possa vivere in condizioni tali da permettergli di salvaguardare la propria salute il più a lungo possibile.

*Patrizia Pesenti, avvocato e consigliere di Stato del Cantone Ticino dal 1999, dirige il Dipartimento della sanità e della socialità. È presidente del «Progetto Politica nazionale della sanità», un progetto di Confederazione e Cantoni per migliorare il coordinamento della politica sanitaria ([www.sanitanazionale.ch](http://www.sanitanazionale.ch)). Dal gennaio 2004 presiede la Commissione LAMal dell'assemblea della Conferenza dei direttori cantonali della sanità.*

## Zusammenfassung

### Rassismus und Gesundheit

In der Schweiz haben alle Menschen Anspruch auf eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung, unabhängig von Herkunft, Rasse, Geschlecht, Sprache, religiöser Überzeugung und sozialer Stellung. Aber diese vordergründige Gleichstellung wird relativiert, wenn wir neben der medizinischen Versorgung den Blick auch auf das Ziel der Pflegemassnahmen richten: auf die Gesundheit. Die Gesundheit, gemessen an den erreichten Lebensjahren, hängt ab von den Arbeitsbedingungen, den wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen, vom Bildungsgrad, vom Umfeld, in dem eine Person lebt. Der Unterschied der Lebenserwartung zwischen Schweizer Bürgerinnen und Bürgern und den sozial schwachen Gruppen beträgt vier bis fünf Jahre, und die Tendenz ist steigend. Die Gleichstellung beim Zugang zur medizinischen Versorgung kompensiert die Unterschiede und Nachteile für die Gesundheit, die durch die prekären Lebensbedingungen sozial schwacher Bevölkerungsschichten verursacht werden, nicht. Es muss dringend ein breit abgestützter politischer Konsens gefunden werden, um über die reine Kostendämpfung im Gesundheitswesen hinaus auf Faktoren Einfluss zu nehmen, welche für die Gesundheit ausschlaggebend sind, indem nämlich die Arbeitsbedingungen, die soziale Integration sowie die schulische Ausbildung verbessert werden und ganz allgemein die Armut bekämpft wird.

## Résumé

### Racisme et santé

En Suisse, toute personne a droit à des soins médicaux de qualité, indépendamment de son origine, de sa race, de son sexe, de sa langue, de ses convictions religieuses et de sa position sociale. Toutefois, cette apparente égalité s'évanouit dès que nous considérons non pas les soins médicaux en tant que tels, mais leur objectif: la santé. Mesurée à la longévité, la santé dépend des conditions de travail, de la situation économique et sociale, de la formation ainsi que du milieu dans lequel les personnes vivent. Ainsi, l'espérance de vie des citoyens suisses est de quatre à cinq ans supérieure à celle des groupes sociaux les plus vulnérables, cet écart tendant à s'accroître. L'égalité dans l'accès aux soins ne compense donc pas les différences ni les désavantages pour la santé découlant des conditions de vie très difficiles des couches défavorisées de la population. Il est par conséquent urgent de trouver un large consensus politique allant au-delà du simple contrôle du coût des soins médicaux, afin d'intervenir sur les facteurs décisifs pour la santé, notamment en améliorant les conditions de travail, l'intégration sociale et le niveau de scolarisation et, de façon plus générale, en luttant contre la pauvreté.

# Diskriminierende Praxis bei Arbeitsbewilligungen der Ärzte

Robert Hämmig

**Rassistische Diskriminierungen von Ärzten gibt es in der Psychiatrie kaum. Die entnervte Angestellte, die eine ausländische Ärztin, die nur Zürichdeutsch, jedoch nicht Berndeutsch versteht, fragt, wie sie überhaupt zu ihrer Stelle gekommen sei, ist eine absolute Ausnahme. Ein Problem für die psychiatrischen Kliniken – die kaum mehr schweizerische Ärzte finden – ist jedoch die harte Haltung der Behörden, die ausländischen Fachleuten von ausserhalb der EU die Arbeitsbewilligung verweigern.**

Die Psychiatrie ist im Moment in einer Art Krise. Das Fach ist für Schweizer Ärzte<sup>1</sup> zunehmend unattraktiv. Die Anforderungen in Bezug auf die Weiterbildung zum Facharzt wurden massiv erhöht. Die Weiterbildung dauert heute nicht nur länger, sie verlangt auch mehr eigene finanzielle Investitionen als früher; eine Facharztprüfung muss abgelegt und eine Diplomarbeit geschrieben werden. Ob die Ärzte, wenn sie ihren Facharztstitel erworben haben, je eine eigene Praxis eröffnen können, ist mit den vor kurzem errichteten Beschränkungen sehr ungewiss. Eine akademische Karriere ist zudem in den universitären psychiatrischen Institutionen in der Schweiz kaum möglich. Diese Kliniken haben alle einen Versorgungsauftrag und Aufnahmepflicht und stehen trotz der zunehmenden Patientenflut unter Sparzwang und leiden unter Stellenabbau. Die Ärzte sind so vollumfänglich in der Dienstleistung gefangen. Die Habilitationsvorschriften der medizinischen Fakultäten sind aber so angelegt, dass junge Ärzte in der Psychiatrie diese Vorschriften in der Regel nicht mehr erfüllen können. Für Publikationen mit sozialpsychiatrischer oder psychodynamischer Ausrichtung

stehen kaum Publikationsorgane zur Verfügung, die den geforderten hohen *impact factor* aufweisen. Dies führt dazu, dass eine Habilitation primär nur in biologisch orientierter Psychiatrie möglich ist.

## Gleichwertige Medizinausbildungen

Aus diesem Grund sind – zumindest in der Deutschschweiz – ärztliche Mitarbeitende aus einer deutschen psychiatrischen Universitätsklinik bei der Besetzung der oberen Kaderposten im Vorteil, da die Kliniken in Deutschland nicht denselben Versorgungsauftrag erfüllen müssen wie die Kliniken in der Schweiz und sich die Mitarbeiter im nördlichen Nachbarland ungestörter der Forschung widmen und habilitieren können. Nachdem die Schweizer Ärztinnen und Ärzte früher in die Praxis abwanderten, treten sie heute eine psychiatrische Laufbahn gar nicht mehr an.

Diese Entwicklung wird noch dadurch akzentuiert, dass der Zugang zum Medizinstudium mit einer Aufnahmeprüfung erschwert wurde, sodass heute weniger Ärzte ausgebildet werden als noch vor einigen Jahren. Entsprechend melden sich auf Stellenausschreibungen in der Psychiatrie kaum mehr Schweizer Mediziner. Die Psychiatrie ist deshalb auf ausländische Ärzte angewiesen. Trotzdem haben es ausländische Ärzte in der Schweiz schwer, eine Stelle zu finden, wenn sie nicht aus dem EU-Raum kommen. So erhielt ein bewährter Mitarbeiter von mir, obwohl eingebürgerter Schweizer, eine Stelle nahe seines Wohnortes nicht, weil er einen algerischen Studienabschluss hat. Meine Erfahrungen mit in über fünfzehn verschiedenen Nationalstaaten ausgebildeten Ärzten belegen, dass in diesen Ländern die Medizinausbildungen zur schweizerischen ebenbürtig sind. Allerdings lassen die Regelungen des Freizügigkeitsabkommens mit der EU

<sup>1</sup> In diesem Artikel wird der besseren Lesbarkeit wegen im Plural nur die männliche Form verwendet, wenn Frauen und Männer gemeint sind.

eine Prüfung der Ebenbürtigkeit der Ausbildungen in Nicht-EU-Staaten heute nicht mehr zu.

### Bewährter Arzt wird ausgeschafft

Diese Bevorzugung von Menschen aus dem Wirtschaftsraum EU ist in meinen Augen eine eindeutige Diskriminierung auf Grund der Herkunft, die im Widerspruch steht zu dem aus dem Jahr 1958 stammenden «Übereinkommen Nr. 111 über die Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf», das die Schweiz bereits 1961 ratifiziert hatte. Juristisch gesehen scheint die heutige Ungleichbehandlung allerdings dennoch rechtens: Die Schweiz hat zwar auch das «Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung» vom 21.12.1965 unterschrieben und 1993 ratifiziert, jedoch mit dem Vorbehalt, im Arbeitsmarkt weiterhin nach Herkunftskriterien zu unterscheiden. So wusste sich das Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (IMES) im Recht, als es unseren Antrag ablehnte, einem kosovo-albanischen Arzt eine Bewilligung zur Einreise zu erteilen. Nach langem, erfolglosem Suchen im Zusammenhang mit einer Stellenbesetzung stellten wir diesen Antrag, weil der betreffende Arzt schon einige Zeit in der Schweiz im Drogenbereich gearbeitet hatte, wir ihn persönlich kannten und er gut Deutsch sprach. Da das Bundesamt ihn kurze Zeit zuvor erfolgreich ausgeschafft hatte, kam natürlich schon auf Grund des drohenden Gesichtsverlustes eine Bewilligung nicht in Frage.

Die bestehenden Regelungen, wer zum Schweizer Arbeitsmarkt zugelassen wird und wer nicht, sind äusserst merkwürdig, wenn man bedenkt, dass Serbisch und Kroatisch die vierthäufigst und Albanisch die fünft-häufigst gesprochenen Sprachen in der

Schweiz sind. Fernhalten kann man die Leute aus dem ehemaligen Jugoslawien dadurch nicht, sie sind nämlich schon da.

### Für die Schweiz beschämende Geschichten

Seit zehn Jahren arbeiten Assistenzärzte mit ausländischer Herkunft im Integrierten Drogendienst der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern. Heute sind zehn der zwölf Assistenzärzte Ausländer, für sieben von ihnen ist Deutsch nicht die Muttersprache. Der wichtigste Grund für die Migration in die Schweiz ist für sie die Liebe zu einem Schweizer Partner oder einer Schweizer Partnerin, wobei die damit verbundene Niederlassung nur selten eine motivierende Rolle spielt. Lehr- und Wanderjahre sind die zweitwichtigste Begründung für den Aufenthalt in der Schweiz. Nur drei aller bisherigen ausländischen Assistenzärzte im Integrierten Drogendienst haben in der Schweiz Aufnahme als Flüchtlinge erhalten.

Die Mitarbeitenden aus Nicht-EU-Ländern haben zum Teil für die Schweiz beschämende Geschichten hinter sich. Um überhaupt einen Einstieg in die schweizerische Arbeitswelt zu erhalten, waren sie bereit, zum Teil über Jahre hinweg Anstellungen als Hilfspfleger einzugehen. Einer Mitarbeiterin mit über zehn Jahren Berufserfahrung als Ärztin und universitärem Lehrauftrag im Ursprungsland wurde von einem Migranten in einer Kaderposition eine Stelle mit ärztlichem Berufsanfängerlohn angeboten. In ihrer Not akzeptierte sie das Angebot, um als Ärztin arbeiten zu dürfen.

In den ethnischen Netzwerken der Ausländer wird als Tipp herumgereicht, es in der Psychiatrie zu versuchen, wenn es darum geht, eine Stelle als Arzt zu finden. Dies ist aber mit besonderem Stress für die Stellen-

suchenden verbunden, da gerade in der Psychiatrie das Gespräch immer noch einen hohen Stellenwert hat und der Schriftverkehr einen grossen Teil der Arbeit ausmacht. Wer nicht der deutschen Sprache mächtig ist, begibt sich somit auf einen steinigem Leidensweg. *On-the-job*-Training nimmt so häufig die Form eines Deutschunterrichts anstatt einer fachlichen Ausbildung an. Dafür sind die Mitarbeiter im Gegenzug sehr dankbar dafür, dass sie eine Chance für den Einstieg und die Integration in die Schweizer Arbeitswelt erhalten.

### Ungesicherter Aufenthalt als Dauerstress

Aus diesem Grund sind die ausländischen Mitarbeitenden in der Regel sehr loyal und zeigen einen überdurchschnittlich hohen Arbeitseinsatz. Dieser leidet nur, wenn der Aufenthaltsstatus nicht geklärt ist, wie bei Personen in Partnerschaftskrise, deren B-Ausweis in den ersten fünf Jahren noch vom Wohlwollen des Schweizer Partners abhängt, bei Personen mit F-Ausweis, die in der Ungewissheit einer drohenden Ausweisung leben, und bei Personen mit L-Ausweis, die keine richtige Perspektive haben. Diese Diskriminierung durch den Aufenthaltsstatus wird als existenzieller Dauerstress erlebt und macht die Menschen krank. Auch Ärzte werden dadurch depressiv. Im Gegensatz zu unseren Patienten mit F-Ausweis, die unter einem Arbeitsverbot stehen, erhalten die Ärzte immerhin in der Regel eine Arbeitsbewilligung für die ungewisse Dauer ihres Aufenthaltes. Sie müssen so wenigstens nicht mit den Bundesalimosen von CHF 11.70 pro Tag und CHF 25.– pro Monat als Kleidergeld auskommen.

Mangelnde sprachliche Kompetenz wird nach meiner Erfahrung dadurch wettgemacht, dass mit den Patienten mehr gespro-

chen wird, sich die Leute mehr Mühe geben, die Patienten zu verstehen, was auch für mit der deutschen Sprache Vertraute bei Psychiatriepatienten nicht immer einfach ist. Beelendend finde ich den fehlenden Zusammenhalt unter den Leuten aus dem ehemaligen Jugoslawien, da alle mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Auch hier taxieren sie sich oft nach ihrer Herkunft und – auch wenn es nicht zu offenen ethnischen Konflikten kommt – beargwöhnt man sich gegenseitig, wenn die ethnische Herkunft nicht die Gleiche ist. Diese Abgrenzungen sind im schweizerischen Kontext heute zunehmend unüblich und führen entsprechend zu Störungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Generell erlebe ich meine Mitarbeiter aber eher als zurückhaltend und darauf bedacht, nicht anzuecken.

### Verstehen kultureller Codes

Mehr Mühe mit dieser in der Schweiz angebrachten Zurückhaltung zeigen zum Teil Mitarbeitende aus Deutschland, die die Sprache zwar verstehen, jedoch nicht die kulturellen Codes. Letztendlich ist das Verstehen der kulturellen Codierung einer Krankheit ein Problem, das alle in der Psychiatrie Tätigen betrifft. In Anbetracht dessen, dass Migration anerkanntermassen mit einer erhöhten Anfälligkeit für Erkrankungen einhergeht, findet sich im Vergleich zu der Schweizer Bevölkerung ein erhöhter Anteil Ausländer in psychiatrischer Behandlung. Es stellt sich ständig die Frage, ob wir unsere Patienten wirklich verstehen und ihre dargebrachten Symptome richtig deuten und ob wir sie mit unserem Unverstehen, das trotzdem in irgendwelche psychiatrischen Diagnosen mündet, nicht einfach diskriminieren.

*Robert Hämmig, Psychiater und Psychotherapeut FMH, ist Leiter des Integrierten Drogendienstes der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) in Bern, Direktion Sozial- und Gemeindepsychiatrie.*

### Résumé

## Psychiatrie: pratique discriminatoire en matière d'octroi de permis de travail aux médecins

Le problème auquel se trouvent confrontées les cliniques psychiatriques n'est pas la discrimination raciale, pour ainsi dire inexistante tant parmi les patients que parmi le personnel médical, mais l'attitude intransigeante des autorités, qui refusent souvent le permis de travail aux spécialistes étrangers venant de pays qui ne font pas partie de l'UE. La psychiatrie attire de moins en moins les médecins suisses et lorsqu'une place est mise au concours, on ne trouve presque plus de candidats suisses. La psychiatrie dépend donc des médecins étrangers. Pourtant, ceux-ci ont de la peine à trouver une place de travail en Suisse s'ils n'ont pas un passeport européen, bien que dans de très nombreux pays, la formation médicale soit équivalente à celle de la Suisse. A l'heure actuelle, les dispositions de l'Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'UE ne permettent même plus de contrôler l'équivalence des diplômes de pays non-membres de l'UE. Pour l'auteur, la préférence accordée aux citoyens européens, même si elle est conforme au droit en vigueur, est une discrimination fondée sur l'origine. Ceci est d'autant plus regrettable que le serbe, le croate et l'albanais comptent aujourd'hui parmi les langues les plus parlées en Suisse.

### Riassunto

## Psichiatria: prassi discriminante nel rilascio di permessi di lavoro per medici

Nelle cliniche psichiatriche il problema non sta tanto nella discriminazione razziale, praticamente inesistente sia tra i pazienti che tra il personale medico, quanto nell'atteggiamento rigido delle autorità, che spesso negano il permesso di lavoro a professionisti stranieri provenienti da Paesi extraeuropei. Per i medici svizzeri la psichiatria ha perso di attrattiva, e il fatto che le loro candidature per i posti a concorso siano sempre più rare ne è la dimostrazione lampante. Questa branca deve quindi fare capo a medici stranieri, i quali hanno però difficoltà a trovare un lavoro in Svizzera se non provengono dall'UE. Questo, benché in moltissimi Paesi la formazione medica sia equivalente a quella elvetica. Oggi, le disposizioni dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone stipulato con Bruxelles non consentono più di verificare l'equivalenza dei diplomi di Paesi non membri dell'UE. L'autore dell'articolo ritiene pertanto che il fatto di privilegiare i cittadini dell'UE, pur essendo conforme al diritto vigente, costituisce una discriminazione fondata sull'origine. Un fatto deplorabile, tanto più che oggi il serbo, il croato e l'albanese, per citare alcuni esempi, sono tra le lingue più parlate in Svizzera.

# Unterschiede integrieren statt Abweichungen wahrnehmen

Sandro Cattacin und Isabelle Renschler

**Sowohl die Gesundheitseinrichtungen als auch die Gesundheitspolitik sehen sich konfrontiert mit vielen Veränderungen, auf die sie zum Teil noch nicht vorbereitet sind. Dazu gehören die sozialen und demografischen Entwicklungen. Es zeichnen sich jedoch Wege ab, wie sich das Gesundheitssystem verändern könnte, damit es offener für Verschiedenheit und somit weniger anfällig für Diskriminierungen wird.**

Soziale Veränderungen, demografische Entwicklungen und die zunehmende Diversifizierung der Gesellschaft sind einige der aktuellen Themen, denen sich das Gesundheitssystem heute stellen muss. Die Gesundheitspolitik und die Einrichtungen des Krankenversorgungssystems müssen auf eine zunehmend diversifizierte Klientel reagieren, ohne jedoch strukturell vorbereitet zu sein, sich mit Verschiedenheit (Diversität) auseinander zu setzen und die sich ändernden Bedürfnisse aufzunehmen. Sie werden deshalb mit einschneidenden Problemen konfrontiert betreffend ihre Organisation. Diese Probleme zeigen den Anpassungsbedarf des Versorgungssystems, das auf überkommenen Bearbeitungsmustern begründet ist, die Uniformität vor Differenz setzen. In diesem Text möchten wir erste Wege aufzeigen, wie sich das Gesundheitssystem verändern könnte, damit es offener für Diversität werden kann und somit diskriminierungsunempfindlicher. Diese Vorschläge bauen auf ersten Erfahrungen auf, wie sie in verschiedenen europäischen Ländern getestet werden.

## Einheitliche Strategien werden vielfältigen Situationen nicht gerecht

Die Frage des Einbezugs von Verschiedenheit stellt sich nicht nur auf der Ebene einzelner Individuen, sondern steht auch in engem

Zusammenhang mit den erheblichen gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen, die sich abzeichnen und mit denen sich der moderne Sozialstaat und das Gesundheitssystem auseinander setzen müssen. Denn die Gesellschaft und die Lebensstile haben sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt und vervielfältigt, die Risiken und die damit verbundenen Herausforderungen für den Einzelnen und die Entscheidungsträger ebenfalls. Generell gilt, dass in praktisch allen Bereichen des öffentlichen Lebens von der Politik und den ausführenden Stellen *flexible* Massnahmen gefragt sind. Einheitliche Strategien nach dem Giesskannenprinzip allein können heute die differenzierten Bedürfnisse der Menschen nicht mehr abdecken oder werden den vielfältigen Lebenssituationen meist nicht gerecht. Im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist dies ebenfalls der Fall. Das Gesundheitswesen hat sich im Vergleich zu diesen gesellschaftlichen Entwicklungen in den Grundzügen jedoch nicht wesentlich verändert oder zumindest nicht in gleichem Masse den neuen Gegebenheiten anpassen können. Die Strukturen sind rigide und eine Öffnung gegenüber den veränderten Bedürfnissen ist eher die Ausnahme als die Regel, eine Differenz-Orientierung kaum vorhanden.

Allgemein anerkannt ist zum Beispiel, dass bei der gesundheitlichen Versorgung von Minoritätengruppen Probleme bestehen. Aber auch *gender-* oder behindertengerechte Massnahmen, die der gesellschaftlichen Vielfalt Rechnung tragen würden, sind noch lange nicht vorgedrungen, geschweige denn ausreichend institutionalisiert, um letztlich ein Gesundheitssystem zu schaffen, das Unterschiede integrieren kann, statt diese als abweichende Realität oder Besonderheit wahrzunehmen. So erscheinen Organisationsanpassungen heute nötiger

denn je, um diesen veränderten gesellschaftlichen Umständen gerecht zu werden, damit das Gesundheitssystem seinen Auftrag erfüllen kann. Eine Öffnung im Gesundheitsbereich kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen, sowohl auf der Entscheidungs- als auch auf der Umsetzungsebene, in der medizinischen Versorgung und der Pflege.

### Erster Ansatzpunkt auf der politischen Ebene

Auf der politischen Ebene, wo die Strukturentscheide fallen, die Leitbilder erstellt und institutionalisiert werden, besteht ein erster Ansatzpunkt. Die Leitbilder werden den zuständigen Stellen kommuniziert, und in diesem Bereich ist heute nicht nur Informationsvermittlung gefragt, auch «persuasive» Kommunikationsformen und im Dialog vertiefte Richtlinien sind nötig. So können beispielsweise Dienste, die der Vermittlung der *corporate identity* – des Eigenbildes – einer Struktur dienen, dazu beitragen, die neuen Orientierungen intern zu verbreiten und so deren Akzeptanz zu erhöhen. Meist ist in den administrativen Leitlinien nämlich schon vieles enthalten, das aber in dieser Form nicht direkt umgesetzt werden kann oder nicht verstanden wird. So verfügen praktisch alle Leitbilder zur öffentlichen Gesundheit über den Ansatz des *empowerment*. Dieser Ansatz, der in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 verankert ist, wird allgemein als Fortschritt für den Einzelnen und die Gesellschaft gewertet, denn wo die Leute über mehr Selbstbestimmungsmöglichkeiten verfügen, sich besser informieren und Entscheidungen treffen können, ist die Zufriedenheit und Autonomie des Einzelnen grösser. Darüber hinaus werden auch die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, nicht zuletzt im Kostenbereich, positiv eingeschätzt. Wie genau soll aber dieses Konzept umgesetzt werden?

## Lesenswert

«Spätestens mit SARS [...] wurde der Weltöffentlichkeit der Zusammenhang zwischen Mobilität und Gesundheit auf dramatische Weise wieder in Erinnerung gerufen», schreibt Gianni D'Amato im Editorial zum kürzlich erschienenen «FORUM» (Nr. 3, 2004), dem vom Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) herausgegebenen Bulletin, und fügt an: «Allerdings kann Ignoranz in gesundheitspolitisch relevanten Fragen auch in unserer Gesellschaft schnell zu einer politisch brisanten Situation führen, die für das Zusammenleben in offenen Gesellschaften wenig zuträglich wäre. Einwanderungsverbote und Quarantänebestimmungen für bestimmte Gruppen liefern hier nur zwei Stichworte für menschenrechtlich problematische Situationen.» Welche Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Migration bestehen und welche gesundheitsrelevanten individuellen und gesellschaftlichen Strategien zur Lösung anstehender Probleme eingesetzt werden können, kann in verschiedenen wissenschaftlichen Beiträgen in diesem Heft nachgelesen werden.

Gioia Weber

### Angaben zum Bulletin

«FORUM» Nr. 3, 2004, zum Thema «Gesundheit. Eine Herausforderung für die Integration?», herausgegeben vom Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) in Neuchâtel.

Sicher ist, dass es auf verschiedenen Stufen der Gesellschaft eingeführt werden muss (Schule, Erwachsenenbildung usw.), dass dies aber nicht überall die gleichen Massnahmen beinhalten kann und dass nicht alle Leute die gleichen Voraussetzungen mitbringen. Die Fähigkeiten und Kompetenzen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, aber auch persönliche Ziele und Präferenzen sind in der Bevölkerung sehr unterschiedlich. Hier ist also eine Sensibilität für Unterschiede Voraussetzung für eine umfassende Umsetzbarkeit. Und es ist nicht nur eine differenzierte, sondern auch eine *reflexive* Handhabung des Konzepts gefragt, das heisst, dass die Massnahmen auch angepasst und hinterfragt werden müssen, um die Zielerreichung regelmässig zu überprüfen.

Ein weiterer Aspekt im Rahmen eines differenzorientierten Ansatzes ist der Bedarf an kulturellen Vermittlern, die in den Institutionen, Spitälern und anderen medizinischen Einrichtungen zum Einsatz kommen müssen, um eine Brücke zu schlagen zwischen verschiedenen kulturellen Hintergründen. Dies muss sowohl auf der Leitungs- wie auch auf der Umsetzungsebene geschehen und insbesondere im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten. Auf der Ebene des Leitungsgremiums heisst dies, dass in Entscheidungen systematisch auch Delegierte für Minoritäten- oder Genderfragen einbezogen werden müssen, damit diese Aspekte dauerhaft vertreten werden. Was die Ebene der Patienten betrifft, ist es bislang weithin so, dass Patientinnen und Patienten mit Sprachproblemen oder Besonderheiten anderer Art – nicht nur Migrantinnen und Migranten – in den medizinischen Einrichtungen nur ansatzweise adäquate Strukturen vorfinden. In Nachbarländern wie Deutschland wird zum Beispiel viel in transkulturelle Kompetenz investiert, um das Risiko von Fehldiagnosen auf Grund

## A lire

«Avec le SRAS (...), le lien entre mobilité et santé s'est rappelé au souvenir de la communauté mondiale de manière dramatique», a écrit Gianni D'Amato dans l'édition de «FORUM» N° 3, 2004, le bulletin du Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM). «Pourtant l'ignorance, dans des questions importantes de santé publique», ajoute-t-il, «peut conduire dans nos sociétés aussi à des situations politiques explosives difficilement supportables pour la vie en commun de sociétés ouvertes telles que les nôtres. Les interdictions d'immigration et les règlements de quarantaine liés à certains groupes ne sont là que deux exemples de situations problématiques au niveau des droits humains.»

*Dans ce cahier, diverses contributions scientifiques se penchent sur le lien qui existe entre migration et santé et sur les stratégies qui peuvent être adoptées en matière de santé aux niveaux individuel et collectif pour résoudre les problèmes existants.*

Gioia Weber

### Informations sur le cahier

«FORUM» N° 3, 2004 «La santé. Un défi pour l'intégration?», publié par le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM) à Neuchâtel.

mangelnder Verständigungsmöglichkeiten zu verringern.

### Auf der Ebene der Qualitätssicherung muss sich etwas ändern

Fachleute argumentieren, ohne diesen Punkt grundsätzlich in Frage zu stellen, dass sich in medizinischen Einrichtungen generell auf der Ebene der Qualitätssicherung etwas ändern müsste. Denn sobald diese umfangreich eingeführt wird – auf Strukturebene, in der Prozessqualität und der Ergebnisqualität<sup>1</sup> – und ihr auch ein bestimmter Stellenwert zukommt, wird unvermeidlich den unterschiedlichen Bedürfnissen mehr Beachtung geschenkt. Das heisst zum Beispiel, dass individuelle Nachfragen und Eindrücke u.a. über Patientenbefragungen Eingang finden und somit längerfristig das ermöglichen, was man *difference sensitive care* nennen könnte. Verschiedene Autoren und Fachleute sind sich einig, dass weniger die sektoriellen Massnahmen als vielmehr ein der Qualität verpflichteter Ansatz die beste Art ist, auch die Minoritätengruppen besser zu versorgen, migrantenfreundlicher, behindertengerechter und *gender*-orientierter zu arbeiten. Diese Ausrichtung erfordert natürlich eine Anpassungsfähigkeit der Einrichtungen und Stellen, die durch eine regelmässige Strukturhinterfragung erreicht werden könnte, etwa über jährliche Berichte zur Verbesserung der Qualität einer Dienstleistung, die auf den Instrumenten der Qualitätssicherung aufbauen und die von einer Stabsstelle erstellt werden, die auch Strukturanpassungsmacht besitzt.

Auf einer ganz anderen Ebene, nämlich jener der Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung, müsste die Basis er-

<sup>1</sup> Siehe zu diesem Punkt insbesondere Rosenbrock und Gerlinger (2004), S. 219ff.

## Da leggere

«L'epidemia di SARS (...) ha riportato drammaticamente all'attenzione dell'opinione pubblica mondiale la correlazione tra mobilità e salute», scrive Gianni D'Amato nell'editoriale dell'ultimo numero di FORUM (n. 3/2004), il bollettino pubblicato dal Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione (FSM). «Tuttavia, l'ignoranza rispetto a importanti tematiche di politica sanitaria», prosegue, «può dare origine in breve tempo a situazioni esplosive, peraltro poco favorevoli alla convivenza in seno a società aperte come le nostre. Il divieto d'immigrazione e le disposizioni di quarantena imposti a determinati gruppi sono solo due esempi di una situazione problematica dal profilo dei diritti umani».

In questo numero, diversi contributi scientifici si soffermano sul nesso tra salute e migrazione e sulle strategie di ordine sanitario che possono essere adottate a livello individuale o collettivo per risolvere i problemi esistenti.

Gioia Weber

### Informazioni sul bollettino

«FORUM» n. 3, 2004: «Salute. Una sfida per l'integrazione?», pubblicato dal Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione (FSM) di Neuchâtel.

stellt werden, die Gesamtsysteme informiert und diese Informationen in deren Sprache codiert. Diese Monitoringinstrumente, die demnach direkt an die gesundheitspolitisch relevanten Institutionen angekoppelt werden sollten, nehmen eine Schlüsselfunktion ein, indem sie die gesundheitlichen Belastungen, insbesondere Umfang, Art und Verteilung von Erkrankungen, dokumentiert und so Informationen und Wissen für die Formulierung von Gesundheitszielen und die Gesundheitspolitik liefert. Problematisch erscheint dabei, dass Datenerhebungen sich meist nach den Bedürfnissen der Mehrheitsbevölkerung richten. So verfügt man nur über ungenügendes Datenmaterial bezüglich Untergruppen der Bevölkerung; dadurch kann eine sehr reduktionistische Sichtweise entstehen, insbesondere bei Minoritätengruppen (siehe dazu etwa Bischoff und Wanner 2004). Zudem: Wollte man speziell z. B. die mit der Migration zusammenhängenden Risiken ermitteln, so betonen Autoren, müsste der Vergleich zwischen ausländischen Personen und der Schweizer Bevölkerung der gleichen sozialen Schicht konsequenter angestellt werden. Häufig beobachtete Unterschiede, zum Beispiel die geringere Teilnahme an Impfungen oder anderen Vorsorgemassnahmen im Gesundheitsbereich, würden sich dann verringern (Weiss 2003). Als weiterer Aspekt im Zusammenhang mit der Berichterstattung müsste man sich auch überlegen, inwiefern das Gesundheitswissen und -verständnis (*health literacy*) und die Möglichkeiten (*skills*) der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen besser erfasst werden sollten, um nicht zuletzt auch mehr über die verfügbaren Ressourcen zu erfahren. Hier wären demnach eine breitere Diskussion und eine vermehrte Differenzierung in der Beschaffung von Grundlagen wünschenswert.

## Menschen mit Achtung begegnen

Unser Fazit ist, dass man Diskriminierungen im Gesundheitsbereich mit einer erhöhten Sensibilität für Differenzen gegenüber treten kann und sollte, und dies auf verschiedenen Ebenen. Wichtig für das Wohlergehen von Menschen ist vor allem – da gehen wir einig mit Frankfurt (2000) –, dass sie mit Achtung behandelt werden, und dies baut insbesondere auf der Möglichkeit auf, Diversität im System längerfristig zu integrieren und zu verankern.

*Sandro Cattacin und Isabelle Renschler von der Soziologischen Abteilung der Universität Genf arbeiten zurzeit an einer Studie des Schweizerischen Nationalfonds im Rahmen des Forschungsprogramms Nr. 51 über die Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem und die Bekämpfung von sozialer Benachteiligung in europäischen Städten.*

---

### Literatur

Bischoff, Alexander und Philippe Wanner. 2004. *Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen: Sinnvoll? Machbar? Realistisch?* Neuenburg: Forschungsbericht Nr. 33 des Schweizerischen Forums für Migrations- und Bevölkerungsstudien.

Frankfurt, Harry. 2000. *Gleichheit und Achtung*. In: Kreis, A. (Hrsg.). *Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 38–49.

Rosenbrock, Rolf und Thomas Gerlinger. 2004. *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

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

## Résumé

### Intégrer les différences au lieu de voir les divergences

Les mutations sociales et démographiques figurent parmi les nombreux changements auxquels sont aujourd'hui confrontées les organisations et la politique de la santé. Certains indices permettent toutefois de voir comment il faudrait modifier le système de santé pour qu'il soit plus ouvert à la diversité et, de ce fait, moins touché par toutes les formes de discrimination. Comme tous les domaines de la vie publique, la santé publique exige des mesures souples, car une approche stratégique uniforme ne tient plus compte de toutes les situations. C'est au niveau politique, où les décisions structurelles sont prises, les schémas directeurs établis et institutionnalisés, qu'il faut d'abord chercher des solutions. Une autre possibilité consiste à faire appel à des médiateurs culturels qui interviendront dans les institutions et les services médicaux pour jeter des ponts entre les différentes cultures. Selon les spécialistes, il faudrait d'une manière générale changer quelque chose au niveau de l'assurance de la qualité dans les institutions médicales. La conclusion des auteurs est que l'on peut – que l'on doit – affronter les formes de discriminations dans le domaine de la santé en faisant preuve d'une plus grande sensibilité aux différences et ce, à divers niveaux. Si l'on veut que les gens se portent bien, il est important de les traiter avec respect. Cela présuppose notamment la possibilité d'intégrer et d'ancrer la diversité à long terme dans le système.

## Riassunto

### Integrare la diversità invece di sottolineare le differenze

Le istituzioni sanitarie e la politica in materia sanitaria si trovano di fronte a profonde trasformazioni, tra le quali si possono citare gli sviluppi demografici e sociali. Contemporaneamente si delineano possibilità di trasformare il sistema sanitario in modo da renderlo più aperto alla diversità e quindi meno suscettibile di discriminazioni. Come negli altri campi della vita pubblica, anche nel sistema sanitario sono richieste misure flessibili; in genere le strategie globali non riescono più a rispondere adeguatamente alle diverse situazioni di vita concrete. Un primo piano d'intervento è quello politico, sul quale sono prese le decisioni in merito alle strutture, vengono elaborate e istituzionalizzate le linee direttive. Un aspetto ulteriore è il ricorso a mediatori culturali, che dovrebbero intervenire nelle istituzioni e nelle strutture mediche per facilitare il contatto tra persone con presupposti culturali diversi. Gli specialisti ritengono inoltre che, in generale, sono necessari cambiamenti sul piano del controllo qualitativo. La conclusione degli autori è che la risposta a discriminazioni nel campo sanitario – a diversi livelli – passa per un'aumentata sensibilità nei confronti delle differenze. È importante trattare con rispetto le persone per assicurarne il benessere psicofisico: e ciò presuppone che il sistema, a lungo termine, riesca ad integrare al suo interno e a istituzionalizzare la diversità.

## Migration und Public Health

Weiterbildungsveranstaltung vom 16. bis 18. November 2005 an der Universität Bern  
 MPH-Kurs Nr. 4050.04

### Ziel

Die Teilnehmenden sind vertraut mit grundlegenden Theorien und Fragestellungen im Zusammenhang mit Migration, Kultur und Gesundheit. Sie sind über laufende Forschungen im Bereich «Migration und Gesundheit» informiert. Sie kennen die sozial- und gesundheitspolitische Relevanz von Public-Health-Interventionen sowie ausgewählte Projekte aus der Praxis.

### Inhalte

Stand der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion zu den Begriffen «Migration» und «Kultur»; epidemiologische Grundlagen; medizin-ethnologische Modelle zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit; gesundheitliche Auswirkungen von transnationaler Migration und Binnenmigration; psychische Gesundheit und Migration; subjektive Gesundheitsbegriffe; individuelle und gruppenspezifische Handlungsstrategien; Genderfragen; Beispiele von Gesundheitsförderung im Migrationskontext.

### Methoden

Vorlesungen, Diskussionen, Workshops und Gruppenarbeit.

### Zielpublikum, Zulassung

Der Kurs richtet sich an TeilnehmerInnen des «Interuniversitären Weiterbildungsprogramms Public Health». Er ist offen für weitere Interessentinnen und Interessenten.

### Veranstalter

Institut für Ethnologie der Universität Bern in Zusammenarbeit mit der Kommission Medical Anthropology Switzerland (MAS) der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft sowie mit der Koordinationsstelle für Weiterbildung, Universität Bern, und dem Bundesamt für Gesundheit.

### Kosten

Fr. 950.–  
 (inkl. Kursdokumentation)

### Informationen

Dr. phil. Corina Salis Gross,  
 salis@ethno.unibe.ch

Die Anmeldeunterlagen sind erhältlich bei der Koordinationsstelle des «Interuniversitären Weiterbildungsprogramms Public Health», ISPM der Universität Zürich, Sumatrastrasse 30, 8006 Zürich, Tel. 01 634 46 50, Fax 01 634 49 62.

Das Projekt «Modul MPH Migration und Public Health» wird im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2006» vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt.

## Migration et santé publique

Cours de formation continue du 16 au 18 novembre 2005 à l'Université de Berne

### Objectif

Les participants se familiariseront avec les théories et les questions fondamentales ayant trait à la migration, à la culture et à la santé. Ils seront au courant des recherches en cours dans le domaine migration et santé. Ils connaîtront la pertinence sociale et politique des interventions de Public-Health et seront informés sur des projets concrets.

### Contenu

Etat de la discussion scientifique actuelle sur les notions de «migration et culture»; bases d'épidémiologie; modèles d'explication de la santé et de la maladie en ethnologie médicale; effets de la migration transnationale et de l'immigration intérieure sur la santé; santé psychique et migration; compréhensions subjectives de la santé; stratégies d'action individuelles et spécifiques aux groupes; questions de genre; exemples de promotion de la santé dans le contexte de la migration.

### Méthodes

Cours, discussions, ateliers et travaux de groupes.

### Public cible, conditions

Le cours s'adresse aux participants du «Interuniversitäres Weiterbildungsprogramm Public Health». Il est ouvert aux autres personnes intéressées.

### Organisation

Institut d'ethnologie de l'Université de Berne en collaboration avec la commission Medical Anthropology Switzerland (MAS) de la Société suisse d'ethnologie, le Centre de formation continue de l'Université de Berne et l'Office fédéral de la santé publique.

### Prix

Fr. 950.–  
(y c. documentation).

### Informations

Dr. phil. Corina Salis Gross  
salis@ethno.unibe.ch

Bulletins d'inscription disponibles au centre de coordination du «Interuniversitäres Weiterbildungsprogramm Public Health», ISPM de l'Université de Zurich, Sumatrastrasse 30, 8006 Zurich, tél. 01 634 46 50, fax 01 634 49 62.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) finance le projet de «Module MPH Migration et santé publique» dans le cadre de la stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006.

## Migrazione e sanità pubblica

Corso di formazione permanente, Università di Berna, 16–18 novembre 2005

### Obiettivo

*Al termine del corso i partecipanti conoscono le teorie e le problematiche fondamentali legate alla migrazione, alla cultura e alla salute, sono al corrente delle ricerche in corso nell'ambito della migrazione e della salute, conoscono l'importanza degli interventi di sanità pubblica per la politica sociale e sanitaria e sono informati su progetti concreti.*

### Contenuto

*Stato dell'attuale dibattito scientifico sui concetti di «migrazione e cultura»; basi epidemiologiche, modelli medico-tecnologici per definire la salute e la malattia; ripercussioni della migrazione transnazionale e della migrazione interna sulla salute; salute psichica e migrazione; nozioni soggettive di salute; strategie d'intervento nei confronti di individui o gruppi specifici; questioni di genere; esempi di promozione della salute in ambito migratorio.*

### Metodologia

*Relazioni, discussioni, workshop e lavori di gruppo.*

### Pubblico target

*Il corso si rivolge in particolare ai partecipanti del Programma interuniversitario di formazione permanente in sanità pubblica, ma è aperto anche ad altri interessati.*

### Organizzatori

*Istituto di etnologia dell'Università di Berna, in collaborazione con la commissione Medical Anthropology Switzerland (MAS) della Società svizzera di etnologia, con il Servizio di coordinamento per la formazione permanente dell'Università di Berna e con l'Ufficio federale della sanità pubblica.*

### Costi

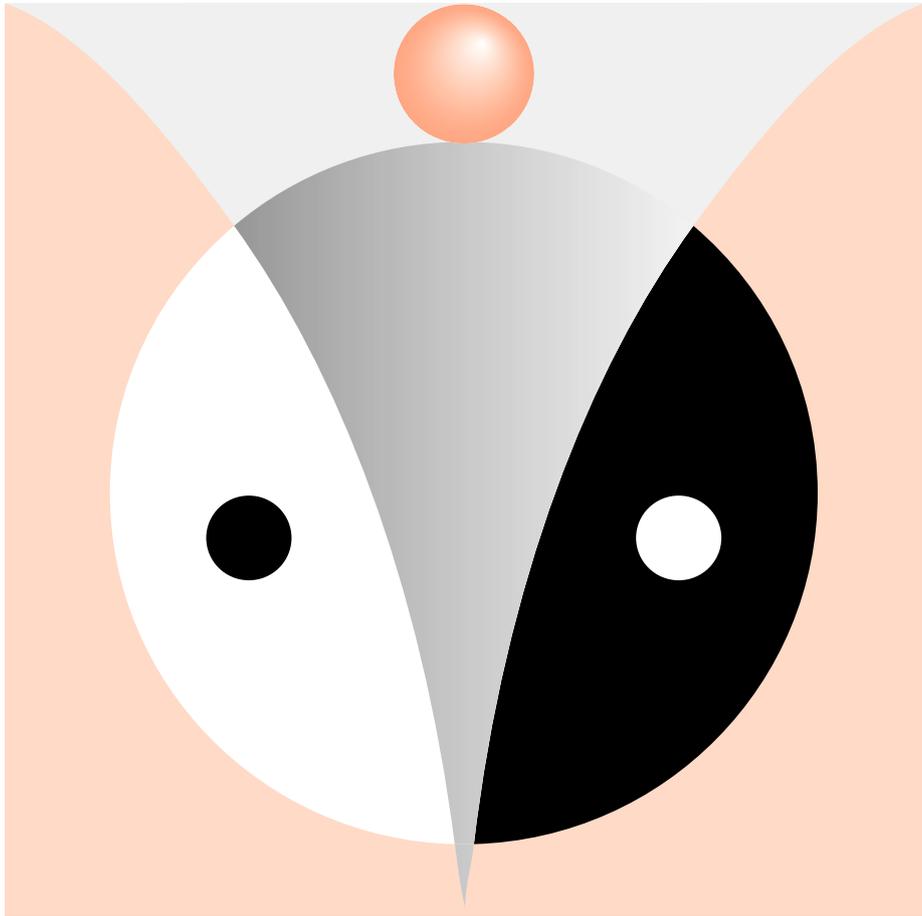
*950.– CHF  
(documentazione compresa)*

### Informazioni

*Dott. phil. Corina Salis Gross  
salis@ethno.unibe.ch*

*I moduli d'iscrizione sono ottenibili presso il servizio di coordinamento del Programma interuniversitario di formazione permanente in sanità pubblica dell'Università di Zurigo, Sumatrastrasse 30, 8006 Zurigo, tel. 01 634 46 50, fax 01 634 49 62.*

*Il progetto «Modul MPH Migration und Public Health» è sostenuto dall'Ufficio federale della sanità pubblica nel quadro della strategia della Confederazione «Migrazione e salute 2002–2006».*



## «Vielfalt fördert Innovation»

Wenn die *Eidgenössische Kommission gegen Rassismus (EKR)* 1997/1998 zusammen mit den Sozialpartnern eine Zeitung mit Namen «SPOCK» herausgibt, die in vielen Beispielen die geglückte Integration ausländischer Jugendlicher und Lehrlinge illustriert, dann ist das eine Sache. Wenn die «Schweizerische Gewerbezeitung» eine Beilage zur Nummer 6 vom 6. Februar 2004 unter dem Titel «Vielfalt fördert Integration» herausgibt, ist das eine andere. Dann hat man an entscheidender Stelle erkannt, dass es Handlungsbedarf gegen nationalitätsbedingte Benachteiligungen in den Betrieben und bei der Lehre gibt.

Das Heft lässt Lehrmeister und Jugendliche zu Wort kommen. Es fragt auch bei abgewiesenen Bewerberinnen und Bewerbern nach, wie sie die Zurückweisung empfunden haben. Es gibt den Vorgesetzten Tipps, wie man mit Kommunikationshindernissen, mit religiöser Vielfalt und anderen angelernten Sitten umgehen kann. So macht das Heft einen Schritt auf die Erkenntnis zu, dass Mehrsprachigkeit ein Plus sein kann, dass auch ausländischen Jugendlichen manchmal erst in der Praxis «der Knopf aufgeht» und dass die Gesellschaft auf das Potenzial dieser jungen Menschen schlussendlich gar nicht verzichten kann.

*Doris Angst, EKR*

### **Kontakt:**

Schweizerischer Gewerbeverband SGV  
Schwarztorstrasse 26, Postfach, 3001 Bern  
Telefon: 031 380 14 14  
info@sgv-usam.ch

## «La diversité favorise l'innovation»

Que la Commission fédérale contre le racisme (CFR) publie en 1997/1998 en collaboration avec les partenaires sociaux un journal appelé «SPOCK» est une chose. Que le «Journal des arts et métiers» joigne à son édition du 6 février 2004 un dossier intitulé «La diversité encourage l'intégration» en est une autre. Cela prouve en effet que l'on a compris au niveau décisif qu'il est urgent d'agir contre les préjudices subis par certains employés et apprentis d'origine étrangère dans les entreprises.

Le journal donne la parole à des maîtres d'apprentissage et à des jeunes. Il demande aux candidats qui n'ont pas été pris comment ils ont ressenti ce refus. Il donne aux supérieurs hiérarchiques des conseils pour vaincre les obstacles à la communication, aborder la diversité religieuse et les mœurs qui sont le fruit de l'éducation. La démarche du journal montre que l'on commence à reconnaître que la diversité linguistique peut être un avantage, que les jeunes étrangers eux aussi n'ont parfois un «déclic» que lorsqu'ils sont confrontés à la pratique et, enfin, que la société ne peut en aucun cas renoncer au potentiel que représentent ces jeunes.

*Doris Angst, CFR*

### **Contact:**

Union suisse des arts et métiers USAM  
Schwarztorstr. 26, case postale, 3001 Berne  
téléphone: 031 380 14 14  
info@sgv-usam.ch

## «La diversità stimola l'innovazione»

Un conto è se la Commissione federale contro il razzismo pubblica, in collaborazione con le parti sociali, un giornale che, come è stato il caso negli anni 1997/1998 con «Spock», illustra attraverso molti esempi la riuscita integrazione di giovani stranieri e apprendisti. Un altro è se al giornale edito dall'Unione svizzera delle arti e mestieri è allegato un supplemento intitolato «La diversità stimola l'innovazione» (numero 6 del 6 febbraio 2004), poiché significa che la necessità d'intervenire contro le discriminazioni fondate sulla nazionalità nelle imprese e nell'apprendistato è stata riconosciuta anche dagli esponenti del patronato.

Nel supplemento sono riportate, oltre alle testimonianze di insegnanti, maestri di tirocinio e di giovani, interviste a richiedenti l'asilo respinti a cui è stato chiesto come hanno reagito a questo rifiuto. Inoltre la pubblicazione contiene consigli per i quadri superiori su come superare le barriere comunicative e su come comportarsi quando si è confrontati con altre religioni e usanze. In questo senso gli autori del supplemento riconoscono che la diversità linguistica può essere un'opportunità, che l'esercizio di un'attività pratica può aiutare anche gli adolescenti stranieri ad aprire gli occhi e che, in ultima analisi, la società non può rinunciare al potenziale rappresentato da questi giovani.

*Doris Angst, CFR*

### **Indirizzo:**

Unione svizzera delle arti e mestieri USAM  
Schwarztorstr. 26, casella postale, 3001 Berna  
Telefono: 031 380 14 14  
info@sgv-usam.ch

## Fachstelle für Rassismusbekämpfung (FRB)

### Mainstreaming in der Gesundheitspolitik des BAG

Gesundheitsförderung ist eine vielfältige Aufgabe, die beim Bund vom Bundesamt für Gesundheit koordiniert wird. Das BAG orientiert sich dabei an der international verankerten Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Gesundheit bedeutet gemäss dieser Charta nicht nur, nicht krank zu sein. Ein gesunder Mensch ist vielmehr ein Mensch, der sich in seiner Ganzheit wohl fühlt. Gesundheitsförderung stellt folgerichtig die gesunde Lebensweise in den Vordergrund. Dies ergänzt die Gesundheitsprävention, bei der es darum geht, die Bevölkerung vom Konsum krankmachender Substanzen abzuhalten. Ein ganzheitliches Gesundheitskonzept umfasst neben physischen und psychischen Aspekten auch die Einbettung einer Person in ihr gesellschaftliches Umfeld. Die Ottawa-Charta spricht hierbei vom «salutogenetischen» Ansatz. Dieser berücksichtigt Aspekte wie Geschlecht, Migrationserfahrung, kulturellen Hintergrund und Rassismus. Dabei geht es nicht nur um den diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung, sondern vor allem darum, das Wohlbefinden jedes einzelnen Menschen in der Gesellschaft zu fördern.

#### Welche Rolle spielt die FRB im Gesundheitsbereich?

Die Fachstelle für Rassismusbekämpfung (FRB) hat den Auftrag, mit ihrem Fachwissen dazu beizutragen, dass die Thematik der Diskriminierung und des Rassismus in allen relevanten Aktivitätsbereichen des Bundes berücksichtigt wird. Die Ottawa-Charta bietet dabei eine Grundlage, welche eine enge und diversifizierte Zusammenarbeit mit verschie-

denen Stellen im BAG ermöglicht. Die Zusammenarbeit erfolgt insbesondere mit der Fachstelle Migration und Gesundheit sowie der Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention. Die FRB bietet ihr Fachwissen und ihre Sensibilität den verschiedenen Programmen an, damit die Thematik der Diskriminierung und des Rassismus als Querschnittsthema in allen Bereichen berücksichtigt wird, ohne dass dies den ursprünglichen Charakter des Programms ändert (Mainstreaming). Im Kasten auf Seite 10 geben wir Ihnen einen kurzen Überblick über die wichtigsten bestehenden Kooperationen im Gesundheitsbereich.

### Fonds Projekte gegen Rassismus und für Menschenrechte

#### Ausschreibung 2005 Nachhaltig wirken: Für Menschenrechte und gegen Diskriminierung im Alltag

Bis 2005 unterstützt der Fonds Projekte gegen Rassismus und für Menschenrechte Projekte in den Bereichen Sensibilisierung, Prävention und Bildung, die sich dem Einsatz gegen Rassismus und der Förderung der Menschenrechte widmen. Die Projekte müssen sich ausdrücklich mit den Themen Rassismus, Antisemitismus, Fremdenfeindlichkeit und Menschenrechtsförderung auseinandersetzen.

#### Eingabetermine

- 18. Oktober 2004
- 1. Mai 2005
- 17. Oktober 2005

#### Wie?

Für Gesuche ist das Antragsformular zu verwenden. Gesuchsunterlagen können telefonisch, schriftlich oder per E-Mail bestellt oder vom Internet heruntergeladen werden.

## Netzwerk Bildung & Gesundheit (b&g)

[www.bildungundgesundheit.ch](http://www.bildungundgesundheit.ch)  
Das Netzwerk b&g besteht aus Kompetenzzentren zur Gesundheitsförderung im schulischen Bereich (z. B. der Fachstelle Elternmitwirkung oder der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung), die sich jeweils einem spezifischen Thema widmen. Diskriminierung ist als Einzelthema (noch) nicht vorgesehen, soll aber, unter Mithilfe der Fachstelle, als Querschnittsthema überall berücksichtigt werden.

### Supra-f

[www.supra-f.ch](http://www.supra-f.ch)  
Supra-f ist ein Präventions- und Forschungsprogramm zu Gunsten

gefährdeter Jugendlicher. In zahlreichen Bereichen spielt die Frage der Diskriminierung bzw. Nichtdiskriminierung eine implizite Rolle.

### Radix

[www.radix.ch](http://www.radix.ch)  
Radix Gesundheitsförderung ist eine Stiftung, welche gesundheitsfördernde Aktivitäten in Gemeinden, Schulen und Betrieben unterstützt. Menschenrechte bilden die Basis aller Arbeitsbereiche.

### Strategie Migration & Gesundheit

[www.miges.ch](http://www.miges.ch)  
Das BAG (Fachstelle Migration & Gesundheit) und das IMES (Inte-

grationsförderung) unterstützen gemeinsam den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen. Im Bereich der interkulturellen Übersetzung tauchen unterschwellig viele Fragen auf, die soziale Konflikte, Machtfragen oder kulturelle Unverständlichkeiten betreffen, wobei Diskriminierung eine zentrale Rolle spielt. Um die Mediationsarbeit erfolgreich durchzuführen, müssen interkulturelle ÜbersetzerInnen fähig sein, diese mit Diskriminierung verknüpften Probleme zu erkennen. In diesem Sinne begleitet die FRB den Einbezug dieser Thematik in die Ausbildung interkultureller Übersetzung.

## Kontakt

### Für Menschenrechte

Gegen Rassismus

Fachstelle für Rassismusbekämpfung  
Generalsekretariat –  
Eidgenössisches Departement des Innern  
3003 Bern  
Tel. 031 324 10 33  
Fax 031 322 44 37  
[ara@gs-edi.admin.ch](mailto:ara@gs-edi.admin.ch)  
[www.edi.admin.ch/ara](http://www.edi.admin.ch/ara)

## Service de lutte contre le racisme (SLR)

### Approche intégrée de la lutte contre la discrimination dans le secteur de la santé

La promotion de la santé est une tâche très diversifiée dont la coordination relève de la compétence de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Dans ses activités, l'OFSP se base sur la Charte Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Etre en bonne santé n'est pas synonyme uniquement de ne pas être malade. Une personne en bonne santé se sent globalement bien dans sa peau. La *promotion* de la santé et le *travail de prévention* dans ce secteur visent donc à développer les meilleures pistes pour atteindre ce bien-être qui est aussi un facteur de l'intégration de l'individu dans la société. Les aspects tels le niveau socioculturel, le sexe, l'expérience de la migration et du racisme jouent bien évidemment des rôles

importants. C'est pourquoi s'il est important d'insister sur la non-discrimination dans l'accès aux soins, il est tout aussi primordial de promouvoir le bien-être global de chaque individu dans la société.

### Quel rôle pour le SLR dans le secteur de la santé?

Le Service de lutte contre le racisme (SLR) a le mandat de porter l'attention sur les thématiques discrimination et racisme dans tous les domaines d'activités de la Confédération. Dans ce sens, le SLR collabore étroitement avec de nombreuses instances de l'OFSP, à commencer notamment par le service Migration et Santé. Les questions d'égalité des chances et de non-discrimination sont essentielles dans le domaine de la politique de la santé. L'approche intégrée du SLR consiste à apporter son savoir-faire et ses réflexions dans la mise sur pied des divers programmes afin que la thématique de la discrimination et du racisme soit partie prenante du pôle d'activités. Un rapide survol des principaux acteurs qui collaborent à l'intégration de ces questions dans le domaine de la promotion de la santé.

## Fonds de projets contre le racisme et en faveur des droits de l'Homme

### Appel d'offres 2005 Agir sur le long terme – Favoriser les droits humains et la non-discrimination dans la vie quotidienne

Jusqu'en 2005, le Fonds de projets contre le racisme et en faveur des droits de l'Homme soutient des projets de sensibilisation, de prévention et de formation dans les domaines de lutte contre le racisme et de promotion des droits humains. Les projets doivent être expressément consacrés à la confronta-

tion avec le racisme, l'antisémitisme, la xénophobie et à la promotion concrète des droits humains.

### Délais de dépôt des dossiers

18 octobre 2004

1<sup>er</sup> mai 2005

17 octobre 2005

### Comment?

Pour déposer une requête, il faut remplir un formulaire de demande. On peut commander les documents par téléphone, par écrit, par e-mail ou les télécharger à partir de l'Internet.

### Contact

**Pour les droits de l'homme**  
**Contre le racisme**

Service de lutte contre le racisme  
Secrétariat général –  
Département fédéral de l'intérieur  
3003 Berne  
Tél. 031 324 10 33  
Fax 031 322 44 37  
ara@gs-edi.admin.ch  
www.dfi.admin.ch/ara

## Réseau Formation & Santé (b&g)

[www.bildungundgesundheit.ch](http://www.bildungundgesundheit.ch)  
Le réseau Formation & Santé est constitué par des centres de compétences pour la promotion de la santé dans le domaine scolaire qui se consacrent à des thèmes spécifiques. La thématique de la discrimination n'est pas (encore) prévue comme un thème central, mais est traitée de manière transversale. Le SLR a analysé les critères qui servent à la certification des centres de compétences et a fait des propositions sur la manière d'intégrer la thématique de la non-discrimination.

### Supra-f

[www.supra-f.ch](http://www.supra-f.ch)  
Supra-f est un programme de prévention et de recherche ciblé sur les jeunes à risque. Dans les nom-

breux thèmes développés, la question de la discrimination et de la non-discrimination joue un rôle implicite.

### Radix

[www.radix.ch](http://www.radix.ch)  
Radix est une fondation qui vise à développer des activités de promotion de la santé dans les communes, écoles et entreprises. Dans les axes d'action développés, les droits humains forment la base de travail.

### Migration & Santé

[www.miges.ch](http://www.miges.ch)  
L'OFSP (Migration et Santé) et l'Office fédéral de l'immigration, de l'intégration et de l'émigration/IMES (Promotion de l'intégration) soutiennent en commun la

professionnalisation des interprètes interculturels par le biais notamment d'une certification et la mise sur pied de centres spécialisés. En arrière-plan du champ d'activités des interprètes interculturels se jouent beaucoup de questions concernant des conflits sociaux, des questions de pouvoir et des incompréhensions culturelles, questions dans lesquelles la discrimination joue un rôle central. Pour mener à bien leur travail de médiation, les interprètes interculturels doivent être en mesure de reconnaître les problèmes liés à la discrimination. C'est dans ce sens que le SLR a participé à intégrer cette thématique dans la formation de ces professionnels.

## Servizio per la lotta al razzismo (SLR)

### Lotta contro la discriminazione nel campo della salute: un approccio integrato

La promozione della salute è un compito molto diversificato. Del suo coordinamento è responsabile l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), le cui attività si richiamano alla Carta di Ottawa dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Il concetto di salute non implica unicamente l'assenza di malattia, ma una sensazione di benessere psicofisico più globale. Mediante la *promozione* della salute e il *lavoro di prevenzione*, ci si prefigge pertanto di sviluppare i mezzi più adeguati al conseguimento di questo benessere psicofisico, che costituisce peraltro un fattore d'integrazione dell'individuo

nella società. Aspetti come il livello socioculturale, il sesso, l'esperienza della migrazione e del razzismo svolgono senz'altro un ruolo importante al riguardo. Di conseguenza, la promozione del benessere psicofisico globale di ogni individuo nella società è fondamentale tanto quanto l'impegno a favore di un accesso non discriminante alle cure.

### Quale ruolo svolge il Servizio per la lotta al razzismo nel campo della salute?

Il Servizio per la lotta al razzismo (SLR) ha il compito di richiamare l'attenzione sul problema della discriminazione e del razzismo in tutti gli ambiti d'attività della Confederazione. In tal senso, collabora intensamente con numerose istanze dell'UFSP, a cominciare dal Servizio migrazione e salute. Le tematiche delle pari opportunità e della non discriminazione sono fondamentali nell'ambito della politica sanitaria. L'approccio integrato del SLR consiste nel contribuire con le sue

competenze e riflessioni alla messa in atto di diversi programmi, affinché la tematica della non discriminazione diventi parte integrante del polo d'attività. Ecco una panoramica dei principali organismi che contribuiscono ad integrare queste tematiche nella promozione della salute.

## Fondo progetti per i diritti umani e l'antirazzismo

### Bando 2005

#### Agire concretamente per i diritti umani e contro la discriminazione nella vita di tutti i giorni

Fino al 2005, il Fondo progetti per i diritti umani e l'antirazzismo sostiene progetti di sensibilizzazione, prevenzione e formazione nell'ambito della lotta contro il razzismo e del promovimento dei diritti umani. I progetti devono essere incentrati espressamente sul confronto con il razzismo, l'antisemitismo, la xenofobia e sul promovimento concreto dei diritti umani.

#### Termini per l'inoltro di progetti

18 ottobre 2004

1° maggio 2005

17 ottobre 2005

#### Come presentare una domanda?

Per presentare una domanda è necessario compilare l'apposito modulo. Presso il Servizio per la lotta al razzismo è possibile ordinare la documentazione del bando telefonicamente, per posta, per e-mail o scaricarla direttamente dal sito internet.

### Indirizzo

#### Per i diritti dell'uomo

Contro il razzismo

Servizio per la lotta al razzismo  
Segreteria generale –  
Dipartimento federale dell'interno  
3003 Berna  
Tel. 031 324 10 33  
Fax 031 322 44 37  
ara@gs-edi.admin.ch  
www.edi.admin.ch/ara

## Rete Formazione & Salute

[www.bildungundgesundheit.ch](http://www.bildungundgesundheit.ch)  
 La rete formazione e salute è costituita di centri di competenza (KOMPEZ) per la promozione della salute in ambito scolastico, che si occupano di temi specifici. Quello della discriminazione non costituisce (per ora) un argomento centrale, ma è trattato in modo trasversale. Il SLR ha analizzato i criteri necessari per la certificazione dei centri di competenza e ha formulato proposte per l'integrazione della tematica della non discriminazione.

### Supra-f

[www.supra-f.ch](http://www.supra-f.ch)  
 Supra-f è un programma di prevenzione e ricerca incentrato sui

giovani a rischio. La problematica della discriminazione o della non discriminazione svolge un ruolo implicito nei numerosi argomenti affrontati.

### Radix

[www.radix.ch](http://www.radix.ch)  
 Radix è una fondazione che mira a sviluppare attività di promozione della salute nei Comuni, nelle scuole e nelle aziende, con un occhio attento ai diritti umani.

### Migrazione & Salute

[www.miges.ch](http://www.miges.ch)  
 L'UFSP (Migrazione e Salute) e l'Ufficio federale dell'immigrazione, dell'integrazione e dell'emigrazione/IMES (Promo-

zione dell'integrazione) sostengono congiuntamente la professionalizzazione degli interpreti interculturali, in particolare mediante la certificazione e l'istituzione di centri specializzati. Sullo sfondo dell'attività di questi interpreti, si intrecciano conflitti sociali, giochi di potere e incomprensioni culturali, dove la discriminazione svolge un ruolo centrale. Proprio perché l'individuazione dei problemi di discriminazione è fondamentale ai fini di un proficuo lavoro di mediazione, il SLR ha contribuito a integrare questa tematica nella rispettiva formazione.

**Publikationen der Eidg. Kommission gegen Rassismus EKR**  
**Publications de la Commission fédérale contre le racisme CFR**  
**Pubblicazioni della Commissione federale contro il razzismo CFR**

<b>TANGRAM (dreisprachig / trilingue)</b>		<b>Jahr / année / anno</b>	<b>Preis/ prix / prezzo</b>	<b>Anzahl / nombre / quantità</b>
1	Antirassismus-Strafnorm / L'article sur la discrimination raciale / La norma penale contro il razzismo	1996	-	
2	Medien und Rassismus / Médias et racisme / Mass media	1997	-	
3	Zigeuner / Tsiganes / Zingari	1997	-	
4	Lässt sich Rassismus beobachten? (Forschung) / Est-ce qu'on peut observer le racisme? (recherche) / È possibile osservare il razzismo? (ricerca)	1998	-	
5	Kinder- und Jugendbücher / Livres pour les enfants et les jeunes / Libri per bambini e per giovani	1998	-	
6	Religion und Esoterik / Religion et ésotérisme / Religione ed esoterismo	1999	-	
7	Muslime in der Schweiz / Les musulmans en Suisse / I musulmani in Svizzera	1999	-	
8	Farbige Schweiz / La Suisse de couleur / La Svizzera a colori	2000	-	
9	Gemeinsam gegen Rassismus / Ensemble contre le racisme / Insieme contro il razzismo	2000	-	
10	Rassismus und Geschlecht / Femmes et hommes face au racisme / Donne e uomini di fronte al razzismo	2001	-	
11	Arbeitswelt / Le monde du travail / Il mondo del lavoro	2001	-	
12	Rassismusbekämpfung international / La lutte contre le racisme sur le plan international / Lotta al razzismo sul piano internazionale	2002	-	
13	Medien / Les médias / I media	2003	-	
14	Religion in der Schule / La religion à l'école / La religione a scuola	2003	-	
15	Sport / Sport / Sport	2004	-	
16	Gesundheit / Santé / Sanità	2004	-	

- ▶ **Ich wünsche TANGRAM regelmässig zu erhalten.**
- ▶ **Je désire recevoir régulièrement TANGRAM.**
- ▶ **Desidero ricevere regolarmente TANGRAM.**

Für weitere Informationen: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)

Pour des informations supplémentaires: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)

Per maggiori informazioni: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)



**Publikationen der Eidg. Kommission gegen Rassismus EKR**  
**Publications de la Commission fédérale contre le racisme CFR**  
**Pubblicazioni della Commissione federale contro il razzismo CFR**

<b>Kampagne / Campagne / Campagna</b>			
<b>Der schöne Schein / La belle apparence / La bella apparenza</b>	<b>Jahr / année / anno</b>	<b>Preis/ prix / prezzo</b>	<b>Anzahl / nombre / quantità</b>
Plakate / Affiches / Manifesti (22 x 47, Sets zu/à 7 Sujets / soggetti) (D, F, I)	1997	-	
Postkarten / Cartes postales / Cartoline postali (7 Sujets / soggetti) (D, F, I)	1997	-	
Videospots / Vidéoclip / Videoclip (D, F, I)	1997	15.-	

<b>SPOCK</b>			
Broschüre für junge Arbeitnehmer, herausgegeben in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern (deutsche Ausgabe)	1997	-	
Brochure pour les employés jeunes, publiée en collaboration avec les partenaires sociaux / Opuscolo per giovani impiegati, edito in collaborazione con le parti sociali (Edition en français et italien / Edizione in francese e italiano)	1998	-	

<b>Faltprospekt / Dépliant / Prospetto</b>			
Faltprospekt EKR / Dépliant de la CFR / Prospetto della CFR (D, F, I, E)	2001	-	

- ➔ **Bitte senden Sie mir die oben ausgewählten Publikationen der EKR:**
- ➔ **Veillez m'envoyer les publications de la CFR marquées ci-dessus:**
- ➔ **Vogliate inviarmi le pubblicazioni della CFR selezionate sopra:**

**Name und Adresse: / Nom et adresse: / Nome e indirizzo:**

---



---



---

**Bemerkungen: / Observations: / Osservazioni:**

---

- ➔ ➔ **Einsenden an:** EKR, GS EDI, Inselgasse 1, 3003 Bern; Fax 031 322 44 37
- ➔ ➔ **Envoyer à:** CFR, SG DFI, Inselgasse 1, 3003 Berne; fax 031 322 44 37
- ➔ ➔ **Inviare a:** CFR, SG DFI, Inselgasse 1, 3003 Berna; fax 031 322 44 37

Für weitere Informationen: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)  
 Pour des informations supplémentaires: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)  
 Per maggiori informazioni: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)



**Publikationen der Eidg. Kommission gegen Rassismus EKR**  
**Publications de la Commission fédérale contre le racisme CFR**  
**Pubblicazioni della Commissione federale contro il razzismo CFR**

<b>Berichte / Rapports /Rapporti – Studien / Etudes / Studi</b>	<b>Jahr / année / anno</b>	<b>Preis/ prix / prezzo</b>	<b>Anzahl / nombre / quantità</b>
Antisemitismus in der Schweiz. Ein Bericht zu historischen und aktuellen Erscheinungsformen mit Empfehlungen für Gegenmassnahmen (D)	1998	10.–	
L'antisémitisme en Suisse. Rapport sur les manifestations historiques et actuelles avec recommandations d'actions (F)	1998	10.–	
L'antisemitismo in Svizzera. Un rapporto sugli aspetti storici e sulle manifestazioni odierne con raccomandazioni per contromisure (I)	1998	10.–	
Anti-Semitism in Switzerland. A Report on Historical and Current Manifestations with Recommendations for Counter-Measures (E)	1998	10.–	
Diskriminierungsverbot und Familiennachzug. Eine Studie zur Frage der Diskriminierung von Ausländerinnen und Ausländern im schweizerischen Recht (nur D)	1998	12.80	
Getrennte Klassen? Ein Dossier zu den politischen Forderungen nach Segregation fremdsprachiger Kinder in der Schule (D)	1999	–	
Des classes séparées? Dossier sur les demandes politiques de ségrégation des enfants parlant une langue étrangère à l'école (F)	1999	–	
Classi separate? Un dossier sulla richiesta di segregare i bambini di madre lingua straniera nella scuola (I)	1999	–	
Die kantonalen Verfahren zur ordentlichen Einbürgerung von Ausländerinnen und Ausländern (zusammen mit BFA und EKA) (dreisprachig) Les procédures cantonales de naturalisation ordinaire des étrangers (en commun avec la CFE, OFE) (trilingue) Le procedure cantonali di concessione ordinaria della nazionalità a stranieri (in collaborazione con la CFS e con l'UFDS) (redatto in tre lingue)	2000	13.–	
Einbürgerungen auf der Ebene der Gemeinden. Pilotstudie zum Forschungsprojekt «Diskriminierung und Einbürgerung» (D) Naturalisation au niveau communal (résumé en français)	2000	13.40	
Hilfe für Opfer rassistischer Diskriminierung. Eine Analyse des Angebotes in der Schweiz (D) Aide aux victimes de discrimination raciale (résumé en français) Aiuto alle vittime di discriminazione razziale (riassunto in italiano)	2002	12.80	
Vorläufige Aufnahme – Die Optik der Grundrechte (Gesamtstudie; nur D)	2003	10.–	
Vorläufige Aufnahme – Die Optik der Grundrechte (Kurzfassung auf Deutsch)	2003	5.–	

Für weitere Informationen: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)

Pour des informations supplémentaires: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)

Per maggiori informazioni: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)

**Publikationen der Eidg. Kommission gegen Rassismus EKR**  
**Publications de la Commission fédérale contre le racisme CFR**  
**Pubblicazioni della Commissione federale contro il razzismo CFR**

<b>Berichte / Rapports /Rapporti – Studien / Etudes / Studi</b>	<b>Jahr / année / anno</b>	<b>Preis/ prix / prezzo</b>	<b>Anzahl / nombre / quantità</b>
Admission provisoire – sous l’angle des droits fondamentaux (résumé en français)	2003	5.–	
L’ammissione provvisoria – nell’ottica dei diritti umani (riassunto in italiano)	2003	5.–	
Provisional Admission – The Civil Rights Aspect (abridged version in English)	2003	5.–	
Aufgenommen, aber ausgeschlossen? Vorläufige Aufnahme in der Schweiz (Gesamtstudie; nur D)	2003	10.–	
Aufgenommen, aber ausgeschlossen? Vorläufige Aufnahme in der Schweiz (Kurzfassung)	2003	5.–	
Admis mais exclus? L’admission provisoire en Suisse (résumé)	2003	5.–	
Ammessi, ma emarginati? L’ammissione provvisoria in Svizzera (riassunto)	2003	5.–	
Admitted but excluded? Provisional admission in Switzerland (abridged version)	2003	5.–	
Staat und Religion in der Schweiz – Anerkennungskämpfe, Anerkennungsformen (D, F, I)	2003	10.–	
Etat et religion en Suisse – lutttes pour la reconnaissance, formes de la reconnaissance (F)	2003	10.–	
Stato e religione in Svizzera – lotte per il riconoscimento, forme del riconoscimento (I)	2003	10.–	

- ➔ **Bitte senden Sie mir die oben ausgewählten Publikationen der EKR:**
- ➔ **Veuillez m’envoyer les publications de la CFR marquées ci-dessus:**
- ➔ **Vogliate inviarmi le pubblicazioni della CFR selezionate sopra:**

**Name und Adresse: / Nom et adresse: / Nome e indirizzo:**

---



---



---

**Bemerkungen: / Observations: / Osservazioni:**

- 
- ➔ ➔ **Einsenden an:** EKR, GS EDI, Inselgasse 1, 3003 Bern; Fax 031 322 44 37
  - ➔ ➔ **Envoyer à:** CFR, SG DFI, Inselgasse 1, 3003 Berne; fax 031 322 44 37
  - ➔ ➔ **Inviare a:** CFR, SG DFI, Inselgasse 1, 3003 Berna; fax 031 322 44 37

Für weitere Informationen: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)

Pour des informations supplémentaires: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)

Per maggiori informazioni: [www.ekr-cfr.ch](http://www.ekr-cfr.ch)



Die Meinung, die in den Beiträgen vertreten wird, muss nicht jener der EKR entsprechen.  
L'opinion émise dans les textes ne reflète pas forcément celle de la CFR.  
L'opinione espressa negli articoli non riflette necessariamente quella della CFR.

## Impressum

TANGRAM – Bulletin der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus  
TANGRAM – Bulletin de la Commission fédérale contre le racisme  
TANGRAM – Bollettino della Commissione federale contro il razzismo  
TANGRAM – Bulletin da la Cumissiun federala cunter il rassissem

Nummer / numéro / numero 16, Oktober / octobre / ottobre 2004

### Herausgeber / éditeur / editore

Eidgenössische Kommission gegen Rassismus  
Commission fédérale contre le racisme  
Commissione federale contro il razzismo

### Redaktion / rédaction / redazione

Sekretariat der EKR  
GS-EDI  
3003 Bern  
Telefon 031 324 12 93  
Fax 031 322 44 37  
ekr-cfr@gs-edi.admin.ch  
www.ekr-cfr.ch

### Verantwortlich / responsable / responsabile

Gioia Weber

### Redaktion dieser Nummer / rédaction de ce numéro / redazione per questo numero

Gioia Weber, Martin Leutenegger, Valérie Favez, Adriano Bazzocco

### Übersetzungen / traductions / traduzioni

Sprachdienst GS-EDI  
Service linguistique de français SG-DFI  
Servizio linguistico italiano SG-DFI

### Grafische Gestaltung / conception graphique / concezione grafica

Monica Kummer, Zug

### Korrektorat / révision des textes / revisione testi

Textkorrektur Terminus, Luzern; Marie-Pierre Fauchère, Schlieren; Servizio linguistico italiano SG-DFI

Erscheint zweimal jährlich / paraît deux fois par année / pubblicazione semestrale

**Auflage / tirage / tiratura 8000**

### © EKR/CFR

Nachdruck von Beiträgen mit Quellenangabe erwünscht; Belegexemplar an die EKR.  
Reproduction autorisée avec mention de la source; copie à la CFR.  
Riproduzione autorizzata con menzione della fonte; copia alla CFR.

### Vertrieb / distribution / distribuzione

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
verkauf.zivil@bbl.admin.ch, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen  
Artikel-Nr. 301.300.15/04.d  
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne  
verkauf.zivil@bbl.admin.ch, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen  
No. de l'article 301.300.15/04.f  
UFCL, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna  
verkauf.zivil@bbl.admin.ch, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen  
No. dell'articolo 301.300.15/04.i

### Preis / prix / prezzo

Gratis / gratuit / gratuito

**Internet-Bestellungen von TANGRAM und anderen Publikationen der EKR**  
**Pour commander le TANGRAM et d'autres publications de la CFR par Internet**  
**Per ordinare TANGRAM e altre pubblicazioni della CFR on-line**  
www.ekr-cfr.ch



Eidgenössische Kommission  
gegen Rassismus  
GS EDI  
CH-3003 Bern  
Tel. 031 324 12 93  
Fax 031 322 44 37  
ekr-cfr@gs-edi.admin.ch  
www.ekr-cfr.ch



Commission fédérale  
contre le racisme  
SG DFI  
CH-3003 Berne  
Tél. 031 324 12 93  
Fax 031 322 44 37  
ekr-cfr@gs-edi.admin.ch  
www.ekr-cfr.ch



Commissione federale  
contro il razzismo  
SG DFI  
CH-3003 Berna  
Tel. 031 324 12 93  
Fax 031 322 44 37  
ekr-cfr@gs-edi.admin.ch  
www.ekr-cfr.ch