

Discussion Paper  
18 / 2003

Janine Dahinden

**Ausländische Arbeitskräfte im  
Gesundheitswesen: Potenzial  
oder Herausforderung?**

Neuchâtel, im August 2003

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Ein Blick auf die Statistik	6
3. Ausländische Erwerbstätige in qualifizierten und unqualifizierten Segmenten	9
4. Die Forderung nach einer Transkulturalisierung des Gesundheitswesens	12
4.1 Ausländische Arbeitskräfte als ÜbersetzerInnen?	15
4.2 Eine Pflege von MigrantInnen ausschliesslich durch MigrantInnen?	16
5. Fazit: Wichtig, heterogen und vielfältige Ressource...	18
6. Bibliographie	20

## 1. Einleitung

Ausländische Arbeitskräfte spielen in der Schweizerischen Wirtschaft seit geraumer Zeit eine wichtige Rolle: Bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts griff man auf AusländerInnen zurück, um der im Zuge der Industrialisierung wachsenden Nachfrage nach ArbeiterInnen nachzukommen. Nach dem zweiten Weltkrieg mangelte es der Schweiz wieder an Arbeitskräften und man rekrutierte sie erneut bis weit in die achtziger Jahre im Ausland. Die schweizerische Immigrationspolitik war in diesem Sinne in hohem Masse von ökonomischen Motiven bestimmt und stand immer mindestens teilweise im Dienste des Arbeitsmarktes (Hoffmann-Nowotny 1992; Mahnig und Piguet 2003; Mahnig und Wimmer 2003; Straubhaar und Fischer 1994).

Heute spiegelt sich die Arbeitsmarktorientierung der Immigrationspolitik in der Struktur des schweizerischen Arbeitsmarktes wieder: Mehr als ein Viertel der erwerbstätigen Bevölkerung ist ausländischer Nationalität. Mitte 2001 gingen 1.039 Millionen AusländerInnen einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz nach, was einem Anteil von 26.1% der aktiven beschäftigten Bevölkerung entspricht (Bundesamt für Statistik 2002:28).

Die ökonomisch motivierte Migrationsforschung legt offen, dass die bisherige Zuwanderungspolitik weniger der schweizerischen Wirtschaft als Ganzes diene, sondern vielmehr den einzelnen Branchen, die über teils ausserordentlich hohe Rekrutierung von unqualifizierten ausländischen Angestellten Personalkosten senken und somit Strukturschwächen verdecken konnten (Wicker 2003:45). In der Tat variiert denn je nach Wirtschaftssektor der Anteil der ausländischen Arbeitskräfte beträchtlich: So sind es im Gastgewerbe 41.5%, im Baugewerbe 33.5%, in der verarbeitenden Industrie 27.% und im Gesundheits- und Sozialwesen 20.8%. Andere Branchen hingegen nehmen in weitaus geringerem Umfang Rückgriff auf ausländische Arbeitskräfte. Dies trifft für das Unterrichtswesen (15.8%), die öffentliche Verwaltung (8.2%) oder die Landwirtschaft (5.8%) zu (Bundesamt für Statistik 2002:109).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Diese Daten, die der SAKE entstammen und die für das 2. Quartal 2001 gelten, betreffen einzig die ständige Wohnbevölkerung, d.h. seitens der AusländerInnen nur Aufenthalter und Niedergelassene.

Der Gesundheitssektor wird immer wieder als Beispiel angeführt, wenn es darum geht, die Wichtigkeit der ausländischen ArbeitnehmerInnen zu unterstreichen. Zum einen spielen die ausländischen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zahlenmässig eine bedeutsame Rolle, es wird postuliert, dass bspw. der Personalmangel in der Pflege ohne ausländische Arbeitskräfte noch eklatanter wäre (z.B. Ayoubi 2003). Zum Andern macht sich im Gesundheitswesen die Einwanderung noch auf eine andere Art und Weise bemerkbar. Denn ein Teil der PatientInnen reflektiert die Pluralisierung und kulturelle Differenzierung, die als Folge der Immigration zu verzeichnen ist. Rund 20% der Wohnbevölkerung besitzen keinen Schweizer Pass und auch diese 20% werden krank, alt und müssen gepflegt werden. Es ist deshalb zu fragen, ob und unter welchen Bedingungen die im Gesundheitswesen beschäftigten AusländerInnen eine besondere Ressource für PatientInnen mit Migrationshintergrund sind (oder sein könnten), resp. welche Herausforderungen sich durch diese Situation ergeben könnten.

Ziel dieses kurzen Discussion Papers ist es, einen Überblick über die Bedeutung der ausländischen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen aus diesen zwei Perspektiven zu geben.<sup>2</sup> Welche Rolle spielen ausländische Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich und welche Tätigkeiten üben sie aus? Welche Aufgaben übernehmen ausländische Arbeitskräfte im Gesundheitswesen angesichts einer kulturellen Heterogenisierung der PatientInnen und wie lässt sich ihr Rollenbild am besten beschreiben? Es interessiert aber auch, welche Ressourcen das ausländische Personal mitbringt und wie diese am besten in den Arbeitsprozess eingebunden werden könnten.

## 2. Ein Blick auf die Statistik

Zweifelsohne spielen in den Spitälern, wie allgemein im Gesundheits- und Sozialwesen, ausländische Arbeitskräfte eine wichtige Rolle (explorativ hierzu

<sup>2</sup> Eine kürzere und weniger ausführliche Fassung dieses Discussion Papers wurde publiziert als *Dahinden, Janine en collaboration avec Anna Neubauer et Philippe Wanner (2003). "Le rôle des étrangers dans le domaine de la santé." Competence H+: 5-7.* Des Weiteren stammen Daten und implizites Wissen, die für dieses Discussions Paper verwendet wurden, aus einer Aktionsforschung, die das SFM im Auftrag von Travail.Suisse zur Integration von ausländischen Arbeitskräften am Arbeitsplatz durchführt (Dahinden, et al. 2003 [forthcoming]).

Jacquier und Schuhmacher 2003; Mikic, et al. 2002). Im Jahr 2001 hatte jede fünfte Person, die im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt war, keinen Schweizer Pass (vgl. Tabelle 1). Die ausländischen Arbeitskräfte, inklusive Personen mit asylrechtlichem Status, GrenzgängerInnen und KurzaufenthalterInnen leisteten im Jahr 2000 152 Millionen Arbeitsstunden in diesem ökonomischen Sektor. Das sind 25.9% des gesamten im Gesundheits- und Sozialwesen<sup>3</sup> auf Schweizer Territorium erbrachten Arbeitsvolumens. Damit entspricht die zahlenmässige Bedeutung des ausländischen Personals im Gesundheitswesen in etwa dem Durchschnitt auf dem schweizerischen Arbeitsmarkt als Solches.

Tabelle 1: Kennzahlen zum Gesundheits- und Sozialwesen

	Total		SchweizerInnen		AusländerInnen	
			Total		Total	
Erwerbstätige, 2. Quartal 2001, in 1000, ständige Wohnbevölkerung*	453	100.0%	359	79.2%	94	20.8%
				Davon 77% Frauen (27)		Davon 66% Frauen (62)
Tatsächliches jährliches Arbeitsvolumen, in Millionen Stunden, 2000 gemäss Inlandkonzept**	587	100.0%	435	74.1%	152	25.9%
				Davon 71% von Frauen (308)		Davon 62% von Frauen (94)
Tatsächliche Jahresarbeitszeit, in Stunden pro Beschäftigte, 2000, gemäss Inlandkonzept	1330		1271		1533	
				Männer 1709 Frauen 1149		Männer 1838 Frauen 1389

Quelle : SAKE 2001 und AVOL  
 \*Ausländische ständige Wohnbevölkerung : Aufenthaltler und Niedergelassene  
 \*\*Die Erwerbsbevölkerung gemäss Inlandkonzept umfasst alle auf Schweizer Territorium ökonomisch aktiven Personen (Erwerbspersonen) ungeachtet ihres Wohnorts

Der Gesundheits- und Sozialbereich charakterisiert sich neben einem beträchtlichen Anteil an AusländerInnen noch durch ein weiteres Merkmal: Es ist ein ökonomischer Sektor, der zu einem grossen Teil, nämlich zu drei Viertel, Frauen beschäftigt (339'000 weiblichen gegenüber 115'000 männlichen Arbeitstätigen). Bei den schweizerischen Erwerbstätigen sind 77% (277'000) Frauen, bei den ausländischen liegt diese Ziffer bei 66% (62'000). Damit werden 62%

<sup>3</sup> Leider geben die SAKE-Daten keine Auskunft über den Gesundheitsbereich, sondern nur allgemein Informationen über das Gesundheits- und Sozialwesen. Mangels adäquater Angaben werden hier trotzdem die SAKE-Daten zur Hand genommen, um einen Einblick über das Ausmass der ausländischen Arbeitskräfte zu geben. Detailliertere Informationen sind gegen Ende Jahr zu erwarten, wenn die Daten aus der Volkszählung 2000 veröffentlicht, resp. zur Verfügung stehen. Dann wird man des Weiteren auch Auskunft über die Art der Beschäftigung wie auch über die Qualifikationsstruktur der im Gesundheitswesen tätigen ausländischen Arbeitskräfte geben können; Diese Informationen fehlen zum gegenwärtigen Zeitpunkt.

(oder 94 Millionen Stunden) des von den ausländischen Staatsangehörigen geleisteten Arbeitsvolumens von Frauen verrichtet, bei den schweizerischen Staatsangehörigen sind es 71% (oder 308 Millionen Stunden).<sup>4</sup>

Wenden wir uns der Beschäftigungsstatistik der Spitäler zu, lässt sich ein noch höherer Anteil an ausländischen ArbeitnehmerInnen eruieren (vgl. Tabelle 2).<sup>5</sup> Rund ein Drittel der Vollzeitäquivalenten in den Schweizer Spitäler betreffen ausländische Arbeitskräfte. Die Situation in den Spitälern präsentiert sich indes in den einzelnen Schweizer Kantonen sehr unterschiedlich: Betriebe in den Kantonen Glarus und Genf weisen über 50% und das Tessin und der Kanton Vaud über 40% ausländische Angestellte aus. In anderen Kantonen, vorab in der Innerschweiz, sind „nur“ rund 20% der Belegschaft (z.B. Obwalden oder Uri) ausländischer Herkunft. Erneut zeigt sich auch hier ein hoher Frauenanteil: 72% der schweizerischen und 69% der ausländischen Vollzeitbeschäftigten sind weiblichen Geschlechts.

Mit anderen Worten, die - zwar nur lückenhaft vorhandene - Statistik zeigt, dass die Belegschaft im Gesundheits- und Sozialwesen und speziell in den Spitälern einen hohen Anteil an AusländerInnen und Frauen aufweist.

Tabelle 2: *Vollzeitbeschäftigte in den Spitälern der Schweiz, nach Nationalität, am 31.12.2000*

Kanton	Total		Nicht definiert		SchweizerInnen		AusländerInnen	
AG	6917.1	100.0%	457.4	6.6%	4558	65.9%	1901.7	27.5%
AI	170.5	100.0%		0.0%	122.1	71.6%	48.4	28.4%
AR	951.5	100.0%	640.6	67.3%	206.4	21.7%	104.5	11.0%
BE	16648.6	100.0%	1055	6.3%	12138.3	72.9%	3455.4	20.8%
BL	3510.5	100.0%	156.5	4.5%	2097	59.7%	1257	35.8%
BS	6900	100.0%	3499.2	50.7%	2037.9	29.5%	1362.8	19.8%
FR	2552.6	100.0%			1900.9	74.5%	651.7	25.5%
GE	10188.1	100.0%			4901.5	48.1%	5286.5	51.9%
GL	58.9	100.0%			26.3	44.7%	32.6	55.3%
GR	2833.2	100.0%	839.3	29.6%	1503.7	53.1%	490.3	17.3%
JU	1072.2	100.0%			770.6	71.9%	301.7	28.1%
LU	4282	100.0%			3164.5	73.9%	1117.5	26.1%
NE	2587.4	100.0%	1	0.0%	1661.4	64.2%	925	35.8%
NW	269.7	100.0%			200.5	74.3%	69.2	25.7%
OW	283.3	100.0%			226.6	80.0%	56.7	20.0%
SG	6016	100.0%	996.8	16.6%	3376	56.1%	1643.2	27.3%
SH	1039.6	100.0%	45	4.3%	670.1	64.5%	324.5	31.2%
SO	2728.2	100.0%			2144.6	78.6%	583.6	21.4%
SZ	957.5	100.0%			668.4	69.8%	289.1	30.2%
TG	2752.9	100.0%	209.6	7.6%	1638.1	59.5%	905.2	32.9%
TI	4662.7	100.0%			2565.4	55.0%	2097.3	45.0%
UR	436.9	100.0%			346.5	79.3%	90.4	20.7%
VD	11925.6	100.0%	10	0.1%	6999.8	58.7%	4915.9	41.2%
VS	3305.7	100.0%	215.1	6.5%	2407.1	72.8%	683.5	20.7%
ZG	947.4	100.0%			667.6	70.5%	279.8	29.5%
ZH	21091.9	100.0%			14059.8	66.7%	7032	33.3%
<b>Total</b>	<b>115089.8</b>	<b>100.0%</b>	<b>8125.5</b>	<b>7.1%</b>	<b>71059</b>	<b>61.7%</b>	<b>35905.2</b>	<b>31.2%</b>
					Davon		Davon	
					51466.5 Frauen (72%)		24666 Frauen (69%)	

Quelle: Auskunft des BFS vom 15.4.03

### 3. Ausländische Erwerbstätige in qualifizierten und unqualifizierten Segmenten

Das hierzulande praktizierte Zulassungssystem der ausländischen Arbeitskräfte mit seinen befristeten Arbeits- und Aufenthaltsbewilligungen (das Ausländer- und das Asylrecht) und die nach arbeitsmarktlichen Kriterien konzipierte schweizerische Migrationssteuerung begünstigten eine Segregation in der Arbeitswelt: Eine Konsequenz davon ist beispielweise, dass sich EinwanderInnen

<sup>4</sup> Warum der Frauenanteil bei den AusländerInnen tiefer ist, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

<sup>5</sup> Auch diese Daten sind mit Vorsicht zu behandeln: Viele Spitäler scheinen die Nationalität ihrer Angestellten statistisch nur unzulänglich zu erfassen, so dass der Anteil der „nicht definierten“ teilweise sehr hoch liegt.

an beiden Polen des Qualifikationsspektrums finden lassen. Ein Teil der ImmigrantInnen kommt aus bildungsfernen Familien, bringt wenig schulisches Kapital mit und findet sich in den unqualifizierten Tätigkeitsbereichen. Im entgegengesetzten Fall verfügt ein anderer Teil der Einwanderinnen über Hochschul- oder qualifizierte Berufsabschlüsse und ist in den qualifizierten Berufssegmenten zu finden. Diese Qualifikationsschere geht häufig einher mit unterschiedlichen Herkunftsregionen der ausländischen ArbeitnehmerInnen. Während die EinwanderInnen aus den Nord- und Westeuropäischen Ländern überdurchschnittlich oft in Kader- und Führungspositionen zu finden sind, sind die entsprechenden Anteile bei den SüdeuropäerInnen und bei den AusländerInnen aus Nicht-EU-Ländern wesentlich kleiner (Haug 1995; Piguet 2003 [forthcoming]).

Diese Ausführungen sind deshalb von Belange, weil sich in den Spitälern diese Arbeitsmarktsegregation widerspiegelt: Es besteht sowohl in den qualifizierten wie auch in den unqualifizierten Bereichen eine Nachfrage nach ausländischem Personal, und dieses rekrutiert sich aus unterschiedlichen Ländern.

Die Betriebe sind darauf angewiesen, *qualifiziertes Pflegepersonal* aus dem Ausland anzuwerben, weil kein einheimisches zur Verfügung steht.<sup>6</sup> Ende der neunziger Jahre war in verschiedenen Schweizerischen Spitälern von einem eigentlichen Pflegenotstand die Rede. Damals wurden einzelne Abteilungen innerhalb von Spitälern aufgrund fehlenden qualifizierten Angestellten geschlossen. Es zeigte sich in aller Deutlichkeit, dass man zur Reduktion des Pflegenotstandes auf ausländisches Pflegepersonal angewiesen war (und ist). Der Pflegeberuf hat für die einheimische Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten viel an Attraktivität verloren, was eine häufige „Abwanderung“ zur Folge hat.

Darüber hinaus benötigen die Spitäler hoch qualifiziertes Personal, vor allem Pflegepersonal mit Spezialausbildung, welches sie auf dem schweizerischen Arbeitsmarkt ebenfalls kaum finden können (Kuster und Cavelti 2003). In grenznahen Betrieben gibt es die Möglichkeit, qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland als GrenzgängerInnen zu rekrutieren. Diese Praxis ist in den Spitälern in Genf (Frankreich) oder im Tessin (Italien) sehr verbreitet. Andere Spitäler nutzen die Möglichkeit, über kontingentierte Kurzaufenthaltbewilligungen Berufsleute aus dem Ausland einzustellen. Teilweise wurden in diesem Zusam-

<sup>6</sup> Wie sich die Situation bei den ÄrztInnen darstellt, wäre ein Punkt, dem nachzugehen verbleibt.

menhang auch spezielle Kontingentierungsvereinbarungen getroffen, das Beispiel der Rumänischen Operationsschwestern in der Romandie sei hier erwähnt. Oftmals handelt es sich in diesem qualifizierten Segment um Arbeitskräfte, die aus der Europäischen Union stammen: In der Deutschschweiz sind es Deutsche, in der Romandie FranzösisInnen, die auf diese Weise angeworben werden.

Mit dem In-Kraft-Treten der bilateralen Verträge zwischen der Schweiz und der Europäischen Union wird die systematische Segregation der Staatsangehörigen von EU-Ländern – hier nicht in Bezug auf Qualifikation, sondern betreffend der Aufenthaltsbewilligung und damit der Ungleichbehandlung auf dem schweizerischen Arbeitsmarkt –, wie auch in den qualifizierten Bereichen des Spitals, in absehbarer Zeit verschwinden und vermutlich sind grundlegende Änderungen zu erwarten. Dies wird aber nicht die aussereuropäischen ImmigrantInnen, wie etwa Pflegefachleute aus Indien, den Philippinen, Korea oder Québec<sup>7</sup> zutreffen.

Viele MigrantInnen finden sich in den Spitälern jedoch in den unteren Etagen in ungelerten oder unqualifizierten Bereichen: Für die weniger anspruchsvollen Tätigkeiten wie Hausdienst, Reinigung oder Küche werden fast ausschliesslich AusländerInnen angestellt. Die Spitäler greifen für die in unqualifizierten und schlechter entlohnten Segmenten ausländischen Erwerbstätigen in erster Linie auf die Erstgenerationen EinwanderInnen der traditionellen Herkunftsländer wie Italien, Portugal, Spanien, Ex-Jugoslawien oder Türkei zurück. Neuerdings sind auch Asylsuchende oder vorläufig Aufgenommene in den Küchen, der Reinigung oder Hauswirtschaft von Spitälern zu finden. Diese Arbeitskräfte sind allerdings manchmal hoch qualifiziert, können aber aufgrund asylrechtlicher Beschränkungen und fehlender Anerkennung ihrer ausländischen Diplome keine Arbeit in ihrem angestammten Berufsfeld finden. Asylsuchende resp. vorläufig Aufgenommene können diese Weise zu „neuen“ Gastarbeitern werden, ein Trend, der sich im übrigen vermehrt noch in anderen wirtschaftlichen Branchen – insbesondere im Gastgewerbe - feststellen lässt (Kuster und Cavelti 2003; Piguet und Losa 2002).

<sup>7</sup> Leider stehen keine Daten über die Herkunftsgruppen zu Verfügung. Die Beispiele, die im Text erwähnt werden, sind in der Eingangs des Discussion-Papers erwähnten Studie, die das SFM im Auftrag von Travail.Suisse durchführte, in den Fokusgruppengesprächen häufig aufgeführt worden.

## 4. Die Forderung nach einer Transkulturalisierung des Gesundheitswesens

Die Einwanderungen trugen und tragen substantiell zu einer Pluralisierung der schweizerischen Gesellschaft bei. Im Zuge dieser Entwicklungen ist man damit konfrontiert, dass sich die Klientel der Spitäler, Alters- und Pflegeheime vermehrt aus Personen unterschiedlicher Herkunft zusammensetzt. Auch Menschen mit Migrationshintergrund werden wie die autochthone Bevölkerung krank, alt oder pflegebedürftig.

In Fachkreisen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass das Verhältnis zwischen Migration und Gesundheit komplex ist und dass sich die Migranten und Migrantinnen oft in gesundheitlich prekären Situationen befinden. Zwar ist es meist nicht die Migration als solche, welche krank macht. Stress- und Risikofaktoren, sowie sozioökonomische Benachteiligung und Ausgrenzung (z.B. schlechtere Arbeitsbedingungen, Diskriminierungen) können das gesundheitliche Befinden durchaus beeinträchtigen. Ein Grossteil der beobachteten Schwierigkeiten bezieht sich aber nicht nur auf die spezifischen Gesundheitsdefizite von MigrantInnen selbst, sondern auch auf ihren erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem und auf die Interaktionen mit dem medizinischen Fachpersonal. Hier sind es vor allem beidseitige Informationsdefizite oder Sprachprobleme, welche die grössten Hürden bilden (vgl. hierzu Chimienti, et al. 2001; Efiñay-Mäder und Chimienti 2003; Loncarevic 2001; Taskin, et al. 2002; Weiss 2003).

In den Spitälern ist man auf verschiedene Art und Weise mit dieser neuen Realität konfrontiert: Zum einen werden Pflegende in ihrem beruflichen Alltag auf den Stationen, in den Polikliniken, aber auch in den ambulanten Diensten in vermehrter Masse mit MigrantInnen konfrontiert, deren soziale Praxis, Wertvorstellungen oder Handlungskonzepte sie unter Umständen als „fremd“ erfahren und die sie verunsichern. Kommen nun zum Andern noch Kommunikationsprobleme sprachlicher und kultureller Art hinzu, können wichtige Zusammenhänge in den Lebensrealitäten und Krankheitserfahrungen von MigrantInnen nicht wahrgenommen werden, was für eine adäquate Behandlung unabdinglich ist (Domenig 2001; Salman 2001).

Unterdessen hat die Sensibilisierung für migrationspezifische Anliegen im Gesundheitsbereich zweifelsohne zugenommen. Ausdruck davon ist etwa die vom Bund verabschiedete „Strategie zur Migration und Gesundheit 2002-2006“ (Bundesamt für Gesundheit 2002; Chimienti und Cattacin 2001). Aber auch

Bemühungen, die auf umfassende konzeptionelle Neuorientierungen in Richtung „Migrant friendly hospitals“ abzielen, sind diesem Trend zuzuschreiben.

Diese neue Aufmerksamkeit auf die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und die in diesem Zusammenhang entwickelten Interventionsformen sind in den Kontext eines gewandelten gesellschaftlichen Integrationsverständnis zu setzen. Ging man über lange Zeit von universalistischen und damit im Kern assimilationistischen Ansätzen aus, die sich gegen alle spezifisch auf die Integration von MigrantInnen zugeschnittenen Massnahmen wandten, entstanden später eigentliche Parallelsysteme mit kultur- und ethnospezifischen und damit partikularistischen Ansprüchen. Heute wird von verschiedenen Stellen eine Transkulturalisierung<sup>8</sup> der gesellschaftlichen Kerninstitutionen wie etwa des Gesundheitswesens gefordert. Eine Transkulturalisierung bedeutet zunächst einmal, keine spezifische Massnahmen oder Institutionen für die Migrationsbevölkerung zu entwickeln, denn es hatte sich gezeigt, dass diese Parallelinstitutionen neue Formen des Ausschluss schaffen (zur Entwicklung der Politikgestaltung im Gesundheitsbereich vgl. Efiñay-Mäder und Chimienti 2003). Vielmehr zielt man gegenwärtig darauf ab, die existierenden gesellschaftlichen Kerninstitutionen für die Migrationsbevölkerung zu öffnen, Zugangsbarrieren abzubauen und die MigrantInnen auf diese Weise institutionell zu inkorporieren. Anders formuliert: Mit dem Ziel einer pluralen Gesellschaft sollen sich die gesellschaftlichen Institutionen – wie das Gesundheitswesen – für alle Bevölkerungsgruppen öffnen und einen institutionellen Rahmen für die gesellschaftliche Vielfalt<sup>9</sup> schaffen. Die Grundsätze der Gleichberechtigung und der transkulturellen Kompetenz

<sup>8</sup> Es herrscht momentan in der Fachliteratur eine Verwirrung zwischen dem Begriff *Interkulturalität* und demjenigen *Transkulturalität*. Ich unterscheide sie in dieser Arbeit folgendermassen: Unter *Interkulturalität* verstehe ich Bemühungen, die auf Optimierungen abzielen, die in Interaktionssituationen zwischen zwei oder mehreren Kulturen – *inter* - stattfinden. Hier liegt ein Kulturverständnis vor, das von homogenen und abgeschlossenen Kulturen ausgeht. Eine interkulturelle Pflege würde in diesem Sinne die Brücke zwischen verschiedenen Kulturen schlagen. Das Konzept der *Transkulturalität* unterscheidet sich meiner Ansicht nach in zweierlei Hinsicht von einer *Interkulturalität*: Zunächst geht man von einem prozesshaften und transformierbaren Kulturkonzept aus und betont deshalb die über verschiedene Kulturen hinweg resp. hindurch verlaufenden gemeinsamen Elemente und nicht die Brücken zwischen Kulturen. Gleichzeitig deutet dieser Terminus auf ein Integrationsverständnis hin, das eine gegenseitige Annäherung anstrebt.

<sup>9</sup> Wobei sich hier eine Vielfalt nicht nur auf kulturelle oder ethische Merkmale bezieht, sondern auch Geschlecht, sexuelle Orientierung, Disability etc. einschliessen soll.

sollen in jedem Bereich einer Institution oder Organisation verankert werden (Dahinden und Chimienti 2002; Domenig 2002).

Unterdessen haben AkteurInnen in einzelnen gesellschaftlichen Sektoren begonnen, detailliertere Überlegungen zu diesem Thema anzustellen (Gilgen 2002 (Gesundheitsbereich)). Diesen Bemühungen zum Trotz ist zu bemängeln, dass bislang ein stringentes Konzept für eine Transkulturalisierung weitgehend fehlt. Oftmals handelt es sich bei eingeführten Neuerungen um unkoordinierte Massnahmen, die mehr auf den Erfahrungen und Kompetenzen Einzelner aufbauen, als um eine durchdachte und koordinierte Politik oder Praxis.

Kritische LeserInnen fragen sich, was denn konkret Elemente einer solchen Transkulturalisierung sein können. Unter anderem wird in diesen Zusammenhängen neben einer transkulturellen Organisations- und Institutionenentwicklung (etwa Domenig 2001) insbesondere auch eine gezielte Erhöhung der transkulturellen Kompetenzen von Fachpersonen durch Weiterbildungen gefordert (Domenig 2002; Leenen, et al. 2002; Leiprecht 2002). Aber auch die Anstellung von Personen mit Migrationshintergrund, die Reflexion von Stereotypen, die Erkennung von institutionellen Diskriminierungsmechanismen wie auch eine verbesserte Repräsentation von MigrantInnen im Team und in der organisationsinternen Hierarchie sind Elemente eines Transkulturalisierungskonzepts (Gaitanides 2001, 2003).

Insbesondere im Gesundheitsbereich wird eine professionelle und bezahlte Übersetzung als Teil einer Transkulturalisierung gefordert (Bundesamt für Gesundheit 2002; Efonyi-Mäder, et al. 2001; Interpret' 2002). Kommunikationshürden sprachlicher und kultureller Natur erschweren den Gesundheitsfachleuten die Arbeit mit PatientInnen mit Migrationshintergrund (vor allem der ersten Einwanderergeneration) und können in Ungenauigkeiten bei der Anamnese und in (teure) Behandlungsfehler münden, sowie die Einhaltung medizinischer oder pflegerischer Standards erschweren (Bischoff 2001; Métraux 1995; Weiss und Stucker 1998). Ein professionalisierter Übersetzungsdienst würde diesen Problemen entgegenlaufen und gleichzeitig migrationspezifische Zugangshürden im Sinne einer Gesundheitsprävention aus dem Wege räumen.

Des Weiteren wird ein „Diversity Management“ - ein Management der Vielfalt, wie man diese Massnahme auf Deutsch nennen könnte - gefordert. Dieser aus dem angelsächsischen Raum bekannte Ansatz geht von der Prämisse aus, dass eine kulturelle Vielfalt am Arbeitsplatz der Normalfall und nicht die Ausnahme ist (Stutz 2003). Ziel ist es, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Kulturen der Arbeitskräfte zu fördern, indem die einzelnen Arbeitnehmer

ermutigt werden, ihren spezifischen Beitrag an die Arbeitsorganisation zu leisten. Ein Argument ist die Kreativität und das Innovationspotenzial der Diversität in einer Arbeitsorganisation, etwa was Ideenreichtum, Problemlösungsstrategien oder Entscheidungsprozesse betrifft, die es abzuholen gilt. Bspw. wird postuliert, dass ethnisch heterogene Gruppen bessere Ergebnisse bei Brainstormingaufgaben liefern würden als weniger diverse Gruppe (Kirchmeyer und Cohen 1992; Selden und Selden 2001).

Wir können eine deutliche Abwendung vom Defizitparadigma erkennen, und eine Hinwendung zu einer Valorisierung von Verschiedenheit und implizit damit auch eine Ressourcenorientierung. In diesem Ansatz wird es nun auch möglich, die Ressourcen bspw. von ausländischen Pflegenden einzubeziehen und positiv zu nutzen.<sup>10</sup> Wie aber kann nun in dieser Perspektive die Diversität und Pluralität ausländischen Personals im Gesundheitswesen oder in den Spitälern als Potenzial für eine Integration der Migrationsbevölkerung wahrgenommen werden? Welche Ressourcen liegen brach und könnten (strategisch) genutzt werden?

#### 4.1 Ausländische Arbeitskräfte als ÜbersetzerInnen?

Nachdem vorgängig der transformierte Kontext in den Spitälern skizziert wurde, bemerkt man, dass sich das ausländische Personal plötzlich als ausserordentlich praktisch erweisen kann, mindestens auf einen ersten Blick: Denn die ausländischen Angestellten bringen Kompetenzen und Ressourcen mit, die sich angesichts der neuen Klientel als relevant und wertvoll erweisen. Zum einen verfügen sie über sprachliche Ressourcen, die sich direkt in Übersetzungstätigkeiten umwandeln lassen. Zumal bislang in den meisten Spitälern auf die Implementierung eines adäquaten Übersetzungsangebot verzichtet wurde, meist aus Finanzierungsgründen. Es ist denn in der Praxis in der Tat häufig die ausländi-

<sup>10</sup> Allerdings ist anzufügen, dass solche kulturzentrierten und auf Diversität fixierten Massnahmen, um erfolgreich zu sein, immer auch von Gleichstellungs- und Antidiskriminierungspraktiken begleitet sein müssen (Stutz 2003). Hier liegt denn auch die Schwäche von solchen Programmen: Die Forderung nach einer Machtanalyse im Sprechen über Differenz bleibt bestehen (Do Mar Catro Varela 2002). Anders formuliert, die Führungspersonen müssen nicht nur für Differenz und Vielfalt sensibilisiert werden, sondern gleichermaßen und komplementär dazu für Machtaspekte, Ungleichheiten und Diskriminierungsmechanismen.



sche Belegschaft, die vornehmlich (mehr oder weniger freiwillig) diese Lücke überbrückt: Ergeben sich bei der Pflege oder der ärztlichen Visite einer portugiesischen Patientin Sprachprobleme, wird die portugiesische Putzfrau für die Übersetzung beigezogen. Dies, obwohl man sich in Fachkreisen durchaus den Gefahrenpotenzialen einer solchen unprofessionellen Sprachmittlung bewusst ist. Erwähnt seien an dieser Stelle Rollenkonflikte oder fehlerhafte Übersetzung aufgrund mangelnden landessprachlichen Kenntnissen (Interpret 2002).

## 4.2 Eine Pflege von MigrantInnen ausschliesslich durch MigrantInnen?

Im Sinne eines „Diversity Managements“ wäre es durchaus möglich, dass MigrantInnen in der Pflege vielfältige Ressourcen mitbringen, etwa kulturelles Wissen oder andere Pflegevorstellungen. Erweisen sich ausländische Pflegenden aufgrund ihres Migrationshintergrunds als besonders geeignet für die Pflege von PatientInnen mit Migrationshintergrund? Solche und ähnliche Aussagen sind von Seiten schweizerischer Pflegenden wie auch von MigrantInnen denn keine Seltenheit. Genau genommen eröffnet diese Hypothese die Frage nach professionell kompetentem Handeln im Migrationskontext. Oder anders formuliert: Aus welchen Gründen sollten Pflegenden mit Migrationshintergrund *a priori* über mehr transkulturelle Kompetenzen verfügen als solche ohne Migrationshintergrund? Sind Menschen mit Migrationshintergrund *per se* der transkulturellen Situation gewachsen, verfügen sie also über angemessenes Wissen, sind sie in der Lage, mit spezifischen affektiven, kognitiven, sozialen etc. Anforderungen kultureller Differenz umzugehen? Verfügen sie über die Fähigkeit, sich selbst, ihre symbolische Position in konkreten Interaktionssituationen der Differenz, ihre biographischen Erfahrungen vor dem Hintergrund kultureller Differenz zu reflektieren? Die internationale Fachliteratur zeigt, dass dem nicht unbedingt so ist

Ein Argument, das in diesem Zusammenhang immer wieder angeführt wird, betrifft die besseren Zugangsmöglichkeiten von MigrantInnen zur Migrationsbevölkerung und das erleichterte Schaffen einer Vertrauensbasis. In welchen Elementen dieser Vorteil nun allerdings konkret begründet liegt, ist schwierig zu eruieren. Meines Wissens nach existieren keine Studien im schweizerischen Kontext, die diese oder ähnliche Fragen untersucht haben. Folgende Fragen bleiben daher ungeklärt: Ist es die Erfahrung des Ausschlusses oder das Verstehen eines wie auch immer definierten „kulturellen Codes“? Ist es die Vorstellung, ei-

ne Brücke zwischen verschiedenen Kulturen zu schlagen, oder etwa die Beherrschung der jeweiligen Sprache, weshalb es Pflegenden mit Migrationshintergrund einfacher fallen sollte, einen leichteren Zugang zur Migrationsbevölkerung zu finden?

Ein Problem, das sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die Frage nach der fundierten Ausbildung, die MigrantInnen - wie Nicht-MigrantInnen - auf die Probleme und Konflikte vorbereitet, die sie bei ihrer Arbeit in einem transkulturellen Umfeld vorfinden. Man kann nun das Argument umkehren und postulieren, dass eine fachlich fundierte Ausbildung für die zukünftigen MitarbeiterInnen der Pflege und damit eine transkulturelle professionelle Kompetenz unumgänglich scheint. Vermutlich geht es weder darum, kulturrelevante Dimensionen zu tabuisieren, noch weniger aber, den Migrationshintergrund zum wichtigsten Kriterium von Professionalität zu machen. Transkulturelle Vermittlung oder transkulturell kompetentes Handeln erfordern nämlich hohe Kompetenzen und Fähigkeiten. Deshalb wird es sich eher so verhalten, dass soziokulturelle und migrationspezifische Aspekte sowie reflexive Vorgehensweisen in die alltägliche Arbeit - und Ausbildung - einbezogen werden müssen, und dies das wichtigste Element professionellen Handelns bilden wird (Dahinden und Chimienti 2002).

Kultur, vordergründig das wichtigste Argument, die Pflege von MigrantInnen anderen MigrantInnen zu überlassen, bekommt hier eine neue Konnotation. Denn Kultur kann als soziale Praxis verstanden werden, als ein theoretisches Werkzeug, das auf spezifische Weise den Blick auf soziale Zusammenhänge eröffnet. Die entscheidende Frage dreht sich nicht um den Punkt, ob es kulturelle Unterschiede gibt, sondern unter welchen Bedingungen „Kultur“ in einem sozialen Zusammenhang an Bedeutung gewinnt. Fragen danach, welche Antworten Professionelle suchen, wenn sie das Erklärungsmuster Kultur für die Pflege heranziehen, welche Antworten PatientInnen, die sich über Kultur definieren, in diesem Konzept finden können und wie andere Professionelle versuchen, sowohl Professionellen wie PatientInnen Kultur als geeigneten Zugang auszurechnen, werden viel darüber aussagen, um welche Kompetenzen die Pflege erweitert werden müsste (Mecheril 2002).

Zwar spricht einiges für die Annahme, dass die Arbeit in einem transkulturellen Team das Problembewusstsein für rassistisches Verhalten, Ausländerfeindlichkeit und die Sensibilität für differente Deutungsmuster zu schärfen vermag (Auernheimer 2002:201). Gleichzeitig kann von einer Transkulturalität nicht die Rede sein, wenn Pflegenden mit Migrationshintergrund im Team eine

andere Stellung inne haben als die einheimischen Pflegenden (in Bezug auf Lohn, Weiterbildung, etc.). Es geht ebenfalls nicht an, wenn die Einwände, Ressourcen und Vorstellungen von ausländischen Pflegenden einfach den Schweizerischen untergeordnet werden, und auf diese Weise wieder das Defizit-Paradigma Einzug hält. Diese Haltung scheint jedoch, wenn man ausländische Pflegende zu Wort kommen lässt, in den Spitälern die vorherrschende zu sein.

Zusammenfassend möchte ich folgendes festhalten: Ausländische Arbeitskräfte im Spital übernehmen wichtige informelle Rollen und Funktionen, die weder anerkannt noch entlohnt werden, obwohl sie letztlich eine transkulturelle Kommunikation ermöglichen. Problematisch ist diese den ausländischen – oftmals ungelernten Arbeitskräften – zugeschobene Funktion auch deshalb, weil Migrationsangelegenheiten abdelegiert werden und die schweizerischen Institutionen und die Fachschaft ihrerseits keine Bemühungen an den Tag legen müssen, sich den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung zu öffnen. Das Wissen, das die MigrantInnen mit- und gratis einbringen, wird selektiv abgeholt, formalisiert und in die Institution eingebunden, ohne dass es zu einer eigentlichen Transkulturalisierung kommt. Gleichzeitig steht ausser Zweifel, dass MigrantInnen vielfältige Ressourcen mitbringen, die es abzuholen gilt. Wie sich diese genau präsentieren, ist noch zu präzisieren.

## 5. Fazit: Wichtig, heterogen und vielfältige Ressource...

Auf die Frage nach der Rolle der ausländischen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen könnten wir folgende Hautmerkmale synthetisieren: Zunächst einmal sind sie ohne Zweifel sehr *wichtig*: Der Blick auf das vorliegende Datenmaterial zeigt, dass die Spitäler ohne ausländisches Personal vermutlich schlecht funktionieren würden. Dies betrifft einerseits den Pflegebereich, andererseits den Dienstleistungsbereich, der nur unzulänglich aufrechterhalten werden könnte. Zudem ist eine Diskrepanz auszumachen, was die Herkunftsländer und die Qualifikation dieser im Gesundheitswesen tätigen AusländerInnen betrifft: Die gut qualifizierten ausländischen Fach- und Pflegekräfte stammen oft aus mittel- und nordeuropäischen EU-Ländern, die in den ungelernten Bereichen tätigen tendenziell dem südeuropäischen Raum. Gleichzeitig sind immer mehr Asylsuchende in diesen unqualifizierten Bereichen zu finden. Rechtliche Bestimmungen und die fehlende Anerkennung ausländischer Diplome zeigen

hier ihre Wirkung genauso wie die in der schweizerischen Immigrationspolitik verankerten spezifischen Rekrutierungsmodi.

Es lässt sich eine *Heterogenität* der Zusammensetzung der ausländischen Arbeitsbevölkerung feststellen, die mit der Pluralisierung der Gesellschaft einhergeht. Diese Heterogenität spiegelt sich noch in einem anderen Sachverhalt: Angesichts der im Kontext unserer Einwanderungsgesellschaft zu beobachtenden zunehmenden ausländischen Klientel der Spitäler, bekommen die ausländischen Arbeitskräfte neue Rollen und Funktionen zugeschrieben, die ein janusköpfiges Gesicht zeigen: Sie übernehmen bspw. Aufgaben der interkulturellen Vermittlung und Sprachmittlung, obwohl sie dafür weder ausgebildet noch entlohnt werden. Gleichzeitig liegt in Form dieser Arbeitskräfte ein Ressourcenpotenzial brach, das abgeholt werden könnte. Wie dieses aber anschliessend in die Arbeit eingebunden wird, bedürfte weiterer Studien und Reflexionen. Wenn sich die Spitäler der Migrationsbevölkerung öffnen und eine Transkulturalisierung anstreben wollen, werden sie also Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen begegnen, denen sie sich stellen müssen.

## 6. Bibliographie

- Auernheimer, Georg (2002). "Interkulturelle Kompetenz - ein neues Element pädagogischer Professionalität?" in Auernheimer, Georg (Hg.). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogisches Handeln*. Opladen: Leske + Budrich, S. 183-205.
- Ayoubi, Semya (2003). "Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen - mit 33% Ausländer/innen." *Competence H+* 6: 8-10.
- (BAG), Bundesamt für Gesundheit (2002). *"Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes - 2002-2006"*. Bern.
- Bischoff, Alexander (2001). *Overcoming language barriers to health care in Switzerland*. Basel: Dissertation: Universität Basel.
- Bundesamt für Statistik, BfS (2002). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2002*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Chimienti, Milena und Sandro Cattacin (2001). *"Migration et santé": priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Chimienti, Milena, Stefano Losa und Denise Efonayi-Mäder (2001). *Caractéristiques de santé des migrants en Suisse. Discussion Paper*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.
- Dahinden, Janine und Milena Chimienti (2002). *Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln. Theoretische Perspektiven. Forschungsbericht Nr. 25*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.
- Dahinden, Janine, et al. (2003 [forthcoming]). *Integration am Arbeitsplatz. Probleme und Massnahmen. Ergebnisse einer Aktionsforschung*.
- Do Mar Catro Varela, Maria (2002). "Interkulturelle Kompetenz - ein Diskurs in der Krise", in Auernheimer, Georg (Hg.). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogisches Handeln*. Opladen: Leske + Budrich, S. 35-48.
- Domenig, Dagmar (2001). "Einführung in die transkulturelle Pflege", in Dagmar, Domenig (Hg.). *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Haupt, S. 139-159.
- Domenig, Dagmar (2002). *Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern: Haupt.
- Efonayi-Mäder, Denise und Milena Chimienti (2003). "Migration und Gesundheit: ein sozialpolitische Orientierung", in Caritas (Hg.). *Sozialalmanach 2003*. Luzern: Caritas-Verlag, S. 155-172.
- Efonayi-Mäder, Denise, et al. (2001). *Evaluation des Gesamtprogrammes "Migration und Gesundheit" des Bundesamts für Gesundheit*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Gaitanides, Stefan (2001). "Qualitätsstandards zur interkulturellen Teamentwicklung. Ergebnisse eines Qualitätsmanagement-Projektes in München." *IZA* 1: 4-7.
- Gaitanides, Stefan (2003). "Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der Jugend- und Sozialarbeit." *IZA* 1: 44-50.
- Gilgen, Denise (2002). *Strategien zur Entwicklung migrationsspezifischer Kompetenz im Gesundheitswesen. Konzept im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Fachstelle für Migration und Gesundheit*. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Basel.
- Haug, Werner (1995). *Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Gesellschaft: Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim (1992). *Chancen und Risiken multikultureller Einwanderungsgesellschaften*. Bern: Schweizerischer Wissenschaftsrat.
- Husband, Charles (2000). "Recognising Diversity and Developing Skills: The Proper Role of transcultural Communication."
- Interpret' (2002). *Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Schlussbericht zu Handen des BAG (Bundesamt für Gesundheit)*. Bern.
- Jacquier, Corinne und Erika Schuhmacher (2003). "Ausländische Arbeitskräfte in den Schweizer Spitälern." *Competence H+* 6: 11-13.
- Kirchmeyer, Catherine und Aaron Cohen (1992). "Multicultural Groups. Their Performance and Reactions with Constructive Conflict." *Group & Organization Management* 17 (2): 153-170.
- Kuster, Jürg und Guido Cavelti (2003). "Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte: Die Bedeutung ausländer- und asylrechtlicher Bestimmungen", in Wicker, Hans-Rudolf, Rosita Fibbi und Werner Haug (Hg.). *Migration und die Schweiz*. Zürich: Seismo, S. 259-274.
- Leenen, Wolf Rainer, Andreas Gross und Harald Grosch (2002). "Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit", in Auernheimer, Georg (Hg.). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogisches Handeln*. Opladen: Leske + Budrich, S. 81-102.
- Leiprecht, Rudolf (2002). "Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation von Arbeitsansätzen in pädagogischen Handlungsfeldern." *IZA. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit* 3 (4): 87-91.

- Loncarevic, Maja (2001). "Migration und Gesundheit", in Dagmar, Domenig (Hg.). *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Haupt, S. 65-86.
- Loncarevic, Maja und Gabrielle Selva (2001). *Vom interkulturellen Zusammenleben im Spital: ein Pilotprojekt des Schweizerischen Roten Kreuzes und des Kinderspitals Zürich*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Migration.
- Mahnig, Hans und Etienne Piguet (2003). "La politique suisse d'immigration de 1948 à 1998 : évolution et effets", in Wicker, Hans-Rudolf, Rosita Fibbi und Werner Haug (Hg.). *Les migrations et la Suisse*. Zürich: Seismo, S. 63-103.
- Mahnig, Hans und Andreas Wimmer (2003). "Integration without Immigrant Policy: The Case of Switzerland", in Heckmann, Friedrich und Dominique Schnapper (Hg.). *The Integration of Immigrants in European Societies. National Differences and Trends of Convergence*. Stuttgart: Lucius & Lucius, S. 135-164.
- Mecheril, Paul (2002). "'Kompetenzlosigkeitskompetenz'. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen", in Auernheimer, Georg (Hg.). *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Opladen: Leske + Budrich, S. 15-34.
- Métraux, Jean-Claude (1995). *"Amélioration de l'accès aux "soins" des populations migrantes" : "un droit: s'exprimer dans sa propre langue" : projet-pilote*. Lausanne: Appartenances.
- Mikic, Dejan, Rosanna Raths-Cappai und Erika Sommer (2002). *Zäme läbe, zäme schaffe: Interkulturelle Begegnungen in städtischen Heimen und Spitälern*. Zürich.
- Piguet, Etienne (2003 [forthcoming]). *Immigration et intégration. La population étrangère en Suisse depuis 1948*. Zürich: Seismo.
- Piguet, Etienne und Stefano Losa (2002). *Travailleurs de l'ombre? Demande de main-d'oeuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi d'étrangers non déclarés en Suisse*. Zürich: Seismo.
- Salman, Ramazan (2001). "Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen", in Domenig, Dagmar (Hg.). *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Haupt, S. 87-100.
- Selden, Sally Coleman und Frank Selden (2001). "Rethinking Diversity in Public Organizations for the 21st Century. Moving Toward a Multicultural Model." *Administration & Society* 33 (3): 303-329.
- Straubhaar, Thomas und Peter A. Fischer (1994). "Economic and Social Aspects of Immigration into Switzerland", in Fassmann, Heinz und Rainer Münz (Hg.). *European Migration in the Late Twentieth Century: Historical Patterns, actual Trends, and Social Implications*. Aldershot: E. Elgar, cop., S. 127-148.
- Stutz, Heidi (2003). *Arbeitswelt ohne Diskriminierung. Massnahmen gegen rassistische Diskriminierung am Arbeitsplatz*. Bern: Fachstelle für Rassismusbekämpfung.
- Taskin, Aydin, Karin Luks und Thomas M. Gehrig (2002). *Gesundheitsversorgung von Migrant/innen in der Agglomeration Zürich. Rapid Assessment im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Weiss, Regula und Rahel Stuker (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins : rapport de base*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Wicker, Hans-Rudolf (2003). "Einleitung: Migration, Migrationspolitik und Migrationsforschung", in Wicker, Hans-Rudolf, Rosita Fibbi und Werner Haug (Hg.). *Migration und die Schweiz*. Zürich: Seismo, S. 12-62.