

Information zu Covid-19 und Erhöhung der Impfbereitschaft via Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung in der Schweiz

Schlussbericht



**Corina Salis Gross
Emine Sariaslan
Tobias Ryser
Laura Martinelli**

Finanziert durch das Bundesamt für Gesundheit

Bern, Juni 2022

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	3
2.	Ziele und Vorgehen	3
3.	Leistungserbringung: Vorbereitungen	4
3.1.	Etablierung einer Gruppe von Schlüsselpersonen und Religionsvertreter_innen	4
3.2.	Etablierung und Schulung einer Gruppe von Ärztinnen und Ärzten	7
3.3.	Erstellen eines Manuals, einer Präsentation und von Materialien für die Workshops...	8
4.	Leistungserbringung: Umsetzung	9
4.1.	Workshops.....	9
4.2.	Aktivitäten in den sozialen Medien	14
4.3.	Medienauftritte	16
5.	Schlussfolgerungen	16
6.	Bibliografie.....	18
7.	Anhang.....	19
7.1.	Tabellenverzeichnis	19
7.2.	Abbildungsverzeichnis	19
7.3.	Projektorganisation	19
7.4.	Liste Produkte.....	20

1. Ausgangslage

PHS Public Health Services war vom Bundesamt für Gesundheit seit November 2020 bis Ende März 2022 mit dem Mandat «Covid-19: Information zu Covid-19 und Erhöhung der Impfbereitschaft via Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung in der Schweiz» betraut. Dadurch sollte die selbstverantwortliche Umsetzung der Schutzmassnahmen und das Impfen in der Migrationsbevölkerung niederschwellig und zielgruppengerecht vorangetrieben werden. Dafür wurden in einer ersten Phase grössere Sprachgruppen in ihrer Muttersprache sensibilisiert und motiviert (Albanisch, Türkisch, Tamilisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Portugiesisch und Italienisch). In einer zweiten Phase kamen weitere kleinere Sprachgruppen hinzu (Farsi, Somali, Arabisch, Swahili und Tigrinya). Die Interventionen wurden möglichst in der ganzen Schweiz durchgeführt (Deutschschweiz, Suisse Romande, Tessin).

Der vorliegende Schlussbericht umfasst das Gesamtprojekt.

2. Ziele und Vorgehen

Es soll ein Beitrag zu folgenden übergeordneten Kommunikationszielen des BAGs geleistet werden:

1. Die Bevölkerung kennt die Covid-19 Impfung.
2. Die Bevölkerung kennt die Wirkung, Nutzung, Sicherheit und die niederschwellige Zugänglichkeit der Impfung.
3. Die Informationen ermöglichen es der Bevölkerung, eine persönliche Impfentscheidung zu treffen.
4. Die Bevölkerung kennt die individuellen Verhaltens- und Hygienemassnahmen und wendet sie an.
5. Die Bevölkerung bleibt während einer starken Ausbreitung solidarisch.

Spezifisches Ziel

Die Migrationsbevölkerung wird via zivilgesellschaftliche Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung (Vereine, religiöse Einrichtungen, Gewerkschaften, informelle Gruppen etc.) mit den wichtigsten Botschaften und Informationen des BAGs betreffend das Impfen, die Bedeutung der Erhöhung der Impfbereitschaft und die Schutzmassnahmen erreicht. Sie kann sich mit den Botschaften und Informationen direkt auseinandersetzen, indem sie mit Ärztinnen und Ärzten ihre Fragen bespricht und anschliessend die Schutzmassnahmen befolgt und zu einem informierten persönlichen Impfscheid kommen kann.

Vorgehen

Mit der zunehmenden Diversität unserer Gesellschaft wächst der Bedarf nach zielgruppenspezifischen Ansätzen und Empowerment. Insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen leiden vermehrt unter Gesundheitsproblemen und haben gleichzeitig einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung. Kumulationsfaktoren wie Geschlecht, höheres Lebensalter und Migrationshintergrund verstärken diese sozialen Ungleichheiten (Weber, 2020). Konventionelle Angebote werden den Bedürfnissen dieser Menschen kaum gerecht. Während einer Pandemie, resp. wenn Verhaltensänderungen rasch umgesetzt werden müssen, ist es umso dringlicher, dass ein chancengerechter Zugang zu Informationen und (z.B. Impf-)Angeboten realisiert wird. Wir halten uns mit unseren Partnern

deshalb an die Grundsätze der Best Practice für einen chancengerechten Zugang (vgl. Weber & Hösli 2020) und setzen diesen wie folgt um:

- Angebote und Projekte werden partizipativ mit den Zielgruppen entwickelt und niederschwellig mit ihnen umgesetzt.
- Die Umsetzung erfolgt bei angestrebter Verhaltensänderung möglichst in bestehenden Gruppen (Wirksamkeit ist höher, vgl. Weber 2020): Wir arbeiten dabei mit zivilgesellschaftlichen Organisationen (Vereine, religiöse Institutionen, Gewerkschaften), mit informellen Gruppen oder auch mit Betrieben zusammen.
- Die Angebote werden als Bring-Angebote aufsuchend breitgestellt (digital oder vor Ort).
- Die Inhalte werden immer beziehungsgeleitet durch Fachpersonen aus den jeweiligen Communities (z.B. Ärztinnen und Ärzte) vermittelt. Dies schafft Vertrauen und ist bei angestrebter Verhaltensänderung wirksam (vgl. Kap. 4.1.)
- Für die erste Generation geschieht dies in der Muttersprache und für Gruppen mit wenig formeller Bildung in möglichst in einfacher Sprache.
- Die Informationen werden nicht nur vermittelt, sondern auch interaktiv verarbeitet (z.B. in Form von Diskussionen oder von Fragen/Antworten).
- Die Umsetzung des Gelernten wird interaktiv eingeübt (z.B. korrektes Maskentragen und entsorgen)
- Die Angebote sind gratis für die Teilnehmenden
- Die Selbstorganisationen und Schlüsselpersonen werden für ihre Aufwände mit Incentives entgolten.
- Die Angebote werden nach der ersten Umsetzung mit der Zielgruppe evaluiert und gemäss ihren Bedürfnissen angepasst.

3. Leistungserbringung: Vorbereitungen

3.1. Etablierung einer Gruppe von Schlüsselpersonen und Religionsvertreter_innen

Rekrutierung Schlüsselpersonen

Für jede Sprachgruppe konnte wie vorgesehen mindestens eine Schlüsselperson rekrutiert werden, insgesamt waren es 52 Schlüsselpersonen (Vgl. Beilage 1, Liste der Schlüsselpersonen und Beilage 2, Pflichtenheft Schlüsselpersonen).

Zur Rekrutierung der Schlüsselpersonen wurden folgende Strategien angewendet: In einer ersten Phase griffen wir auf unsere Netzwerke aus anderen Projekten zurück sowie auf die kantonalen Integrationsfachstellen. Wir konzentrierten uns dabei auf die für uns rasch erreichbaren Sprachgruppen Albanisch, Türkisch, Bosnisch, Serbisch. Die anderen Sprachgruppen wurden dann laufend rekrutiert. Dieses Procedere hat sich bewährt: So konnten wir rasch starten und hatten etwas mehr Zeit zur Verfügung für die Rekrutierung von weiteren Gruppen. Dabei arbeiteten wir auch eng mit dem Auftraggeber BAG zusammen: Eine für uns neue Sprachgruppe war jene der Tamilen und dank eines durch das BAG uns empfohlenen Vereines, resp. einer Schlüsselperson aus diesem Verein erfolgte dort die Rekrutierung von Vereinen entsprechend leicht. Bei der

arabischen Sprachgruppe erfolgte die Rekrutierung von Vereinen ähnlich rasch, nachdem wir Kontakt zu einer Schlüsselperson aus einem Verein herstellen konnten. Dies zeigt, dass es als Kriterium für die Auswahl von Schlüsselpersonen wichtig ist, dass sie selbst Teil eines Vereines sind und auch gut vernetzt mit weiteren Vereinen in den Communities, um zum Erfolg zu kommen.

Als letzte Gruppen rekrutierten wir noch Schlüsselpersonen aus den Sprachgruppen Swahili, Somali, Farsi und Tigrinya. Nicht gelungen ist die Rekrutierung der amharischen Sprachgruppe. Zwei Schlüsselpersonen engagierten sich zwar, aber es gelang dann schliesslich nicht, auch interessierte Gruppen für Workshops zu rekrutieren. Für die afghanische Bevölkerung konnte nur die Sprache Farsi angeboten werden.

Eine weitere Strategie war, über eine aktuelle Gelegenheit bei einem nationalen afrikanischen Fest mittels eines Standes diese Gruppen für das Impfen zu sensibilisieren und für unsere Workshops zu motivieren. Zwei Schlüsselpersonen wurden für diesen Stand-Einsatz auch finanziell entschädigt. Eine Schlüsselperson, die in der HIV-Beratung arbeitet, versuchte anschliessend eine Gruppe für einen Workshop zu bilden. Leider hat es dann nicht geklappt aufgrund des zu grossen Misstrauens gegenüber der Impfung.

Schliesslich griffen wir auch auf die HSK Schulen zurück. Dies hat gut funktioniert: Die tamilischen HSK-Lehrpersonen organisierten schweizweit Workshops für andere Lehrkräfte und für interessierte Eltern. Sie waren insbesondere sehr interessiert an der Kinderimpfung und an den Schutzmassnahmen in der Schule.

Weiter versuchten wir es auch mit der Gewerkschaft UNIA: Dort war zwar eine Schlüsselperson aus der Sprachgruppe Portugiesisch aktiv, am Workshop selbst erschienen dann jedoch nur vier Personen. Deshalb wurde dieser Workshop mit dem Einverständnis der Teilnehmenden aufgenommen und anschliessend über die sozialen Medien verteilt.

Eine gute Zusammenarbeit konnte mit den Schlüsselpersonen von NCBI geleistet werden. NCBI arbeitet eng mit einer Gruppe von Tigrinya sprechenden Personen in Projekten zusammen. Die Geschäftsleitung von NCBI hat diese Schlüsselpersonen für die Teilnahme am Covid-19-Projekt motiviert.

Für die Projektleiterin war mit diesem Vorgehen ein sehr flexibles Engagement nötig. So organisierte sie Zoom-Treffen der Schlüsselpersonen, um Vertrauen aufzubauen oder besuchte einzelne von ihnen oder führte telefonische Gespräche mit Ihnen. Wichtig war es dabei, die klare Botschaft zu vermitteln, in den Workshops Unsicherheiten abzubauen und Vertrauen in das Impfen zu etablieren ohne Impfdruck auszuüben. Mit diesem aufsuchenden und vertrauensbildenden Vorgehen konnte schliesslich ein grosses Interesse verschiedenster Sprachgruppen an der Auseinandersetzung mit dem Impfentscheid in einem Workshop etabliert werden. Schliesslich konnten 15 Sprachen abgedeckt werden: Tamilisch, Türkisch, Albanisch, Serbisch, Bosnisch, Spanisch, Portugiesisch, Suaheli, Italienisch, Tigrinya, Arabisch, Deutsch, Farsi, Polnisch und Somali.

Rekrutierung Religionsvertreter_innen

Vorgesehen war die Rekrutierung von 3-5 Religionsvertreter_innen. Wir konnten fünf Vertreter_innen rekrutieren (Vgl. Beilage 3, Liste Religionsvertreter_innen):

- *Branimir Petkovic*: Pfarrer der Serbisch-Orthodoxen Kirche in der Dreifaltigkeitskirche in Zürich, Vertreter des Verbandes Orthodoxer Kirchen im Kanton Zürich (Sprachgruppe Serbisch)
- *Mustafa Memeti*: Haus der Religionen, Leiter des islamischen Vereins Bern und Präsident des Vorstandes des Albanisch Islamischen Verbandes Schweiz Vertreter des albanisch islamischen Verbandes Schweiz (Sprachgruppe Albanisch)
- *Ali Yenialtun*: Vorstands-Mitglied Anatolisch-Alevitisches Kulturzentrum Zürich und Umgebung (Sprachgruppe Türkisch)
- *Hajrudin Mujkanovic*: Islamische Gemeinschaft des Kantons Zug (Sprachgruppe Bosnisch)
- *Mesut Pekcan*: Schweizerische islamische Gemeinschaft (Sprachgruppe Türkisch)
- Eine Tempel-Vertretung aus der tamilisch-hinduistischen Gruppe konnte nicht rekrutiert werden (kein Interesse zu Beginn der Pandemie).

Schulung Religionsvertreter_innen

Statt einer eigentlichen Schulung fand ein Austauschtreffen statt. Daran nahmen nur die Religionsvertreter_innen teil. Sie erhielten einen Input durch eine Ärztin entlang einer Präsentation (Vgl. Beilage 4, Präsentation Schulung Religionsvertreter_innen in Deutsch) und diskutierten anschliessend die Möglichkeiten zu Umsetzung der Interventionen in ihren Organisationen. Da alle Personen Deutsch sprachen, wurde die Präsentation nur in deutscher Sprache erstellt. Alle Religionsvertreter_innen kamen anschliessend in der Diskussion zum gleichen Schluss: Es sei im Moment (Mitten in der Pandemie mit Lockdowns) nicht möglich, die Mitglieder für zusätzliche online-Veranstaltungen zu motivieren, da auch ihre eigenen Aktivitäten aufgrund des Verbotes von physischen Treffen online stattfinden müssten. Zudem seien sie durch die Betreuung sehr ausgelastet. Die serbisch-orthodoxe Kirche bot online-Veranstaltungen nur für Kinder und Jugendliche an (diese gehörten jedoch noch nicht zu den Zielgruppen der Informationsbestrebungen des vorliegenden Projektes). Sie würden die Schutzmassnahmen zudem bereits sehr strikt umsetzen und ihre Gemeinschaften informieren. Sie brachten einige Beispiele zu dieser Umsetzung (Maskenpflicht, Abstand, kleine Gruppen, Weihwasser entfernen, Anpassungen des Abendmahls, Gebetsteppiche selbst mitbringen etc.). Zudem haben alle Informationsblätter durch das BAG erhalten und ihren Mitgliedern verteilt und erklärt.

Die durch die hohe Belastung erzeugten Indisponibilitäten der Religionsvertreter_innen während der Pandemie erwiesen sich dann im Verlauf des Projektes jedoch als nicht so stark beeinflussend, als dass nicht doch auf der lokalen Ebene sehr gut mit Tempeln, Moscheen und Kirchen zusammengearbeitet werden konnte. Es lohnt sich also für die Zukunft, die offiziellen Vertreter_innen in Krisenzeiten zwar zu begrüßen, jedoch gleichzeitig auch lokal aktiv zu bleiben und das Interesse und die Bereitschaft der einzelnen religiösen Vereine etc. abzuklären.

Für die Schlüsselpersonen wurde aus zeitlichen Gründen keine Schulung organisiert. Es musste aufgrund der Dringlichkeit der Umsetzung rasch gehandelt werden, um

möglichst sofort mit den Workshops zu beginnen. Sie erhielten bei Bedarf im Bereich des technischen Handlings von Zoom individuelle Schulungen. Inhaltlich wurden sie durch die Teilnahme an den Workshops durch die Ärztinnen und Ärzte bereits bestens informiert.

Wir verzichteten also auf eine Schulung von Religionsvertreter_innen und Schlüsselpersonen. Entsprechend wurde kein Manual für die Religionsvertreter_innen erstellt und auch keine Aufgabenbeschreibungen oder Begleitmaterialien für sie.

3.2. Etablierung und Schulung einer Gruppe von Ärztinnen und Ärzten

Rekrutierung

Mit einer Ausnahme (Somali) konnte für jede Sprachgruppe eine Ärztin oder ein Arzt rekrutiert werden, die die Sprache der Zielgruppe sprechen. Insgesamt waren dies 19 Ärztinnen und Ärzte (Vgl. Beilage 5, Liste mit Koordinaten der Ärztinnen und Ärzte, Beilage 6, Pflichtenheft für Ärztinnen und Ärzte). Für die somalische Sprachgruppe arbeiteten wir stattdessen mit einem deutschsprachigen Arzt aus Syrien, der auch Arabisch spricht. Es wurde simultan auf Somali übersetzt. Zudem konnte er auch Fragen in Arabisch direkt beantworten. Einige Teilnehmende nutzen diese Variante, da Arabisch auch Amtssprache in Somalia ist.

Die Rekrutierung erfolgte über bisherige Kontakte aus anderen Projekten und über die erweiterte Suche durch Vorschläge von Schlüsselpersonen aus den Communities oder über persönliche Beziehungen des Projektteams. Viele Ärztinnen und Ärzte (insbesondere die Hausärzt_innen) waren sehr ausgelastet durch die Pandemie, aber weil die Durchführung der Workshops auch online sowie abends und am Wochenende möglich war, konnten wir genügend Ärztinnen und Ärzte gewinnen. In einigen Gruppen (Tamilisch, Arabisch und Albanisch, Swahili) wurde ein Ärzteteam aus zwei Personen eingesetzt (Ersatz).

Die Ärztinnen und Ärzte waren sehr motiviert und mit hoher Flexibilität dabei, trotz dieser zusätzlichen Arbeitsbelastung. Ihre Motivation war die hohe Bedeutung des Impfens während der Pandemie, und dass sie sehr interessiert daran waren, dass die Migrationsbevölkerung in der Muttersprache ihre Fragen stellen konnten, um so deren Unsicherheiten auszuräumen.

Schulungen und Coaching

Mit den Ärztinnen und Ärzten fanden im Lauf des Gesamtprojektes zwei Schulungen statt: In der ersten Schulung wurden v.a. grundsätzliche Themen zum Impfen (z.B. Impfen als wirksame Massnahme bei ansteckenden Krankheiten, Ausrottung von Krankheiten durch Impfen) und zu den Schutzmassnahmen vermittelt und besprochen. In der zweiten Schulung (nach der Einführung des Impfens in der Schweiz) ging es v.a. um Fragen zum konkreten Impfen, zu den Inhalten und Techniken zur Erhöhung der Impfbereitschaft, sowie um die «Boosterimpfung». Beide Schulungen waren darauf ausgerichtet, dass die Ärztinnen und Ärzte sich in der Schulung mit dem Thema Impfung, der Wichtigkeit der Erhöhung der Impfbereitschaft und mit der Präsentation für die Workshops bei den Zielgruppen auseinandersetzen. Sie sollten ihr Wissen vertiefen können sowie didaktisch das wirksame Vermitteln von Impfbotschaften an die Bevölkerung anwenden. Letzteres führte während der zweiten Schulung auch zum Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden: Sie berichteten einander, welche Informationen und

Strategien sie anwenden und welche sich v.a. als wirksam bei der Zuführung zum Impfen erwiesen hatten. Dabei war es interessant zu sehen, dass betreffend Letzteres z.B. das Ansprechen der Selbstverantwortung u.U. weniger im Zentrum steht als z.B. äussere Faktoren. So etwa, dass das Reisen ohne Impfung erschwert ist, oder dass die Kinder gerade in kinderreichen Familien u.U. durch die Quarantäne- und Isolationsabwesenheiten viel in der Schule verpassen.

Im Vorfeld der Schulungen wurde jeweils eine Präsentation durch den Impfexperten des Projektteams erstellt (Vgl. Beilage 7, Präsentation erste Schulung Ärztinnen und Ärzte und Beilage 8, Präsentation zweite Schulung Ärztinnen und Ärzte): Prof. Dr. med. Christoph Hatz führte die Schulungen anschliessend auch durch und stand für Fragen während der ganzen Projektlaufzeit sowohl für die Ärztinnen und Ärzte wie auch für das Projektteam als Coach zur Verfügung. Dieses Procedere des Coachings durch einen erfahrenen Impfexperten hat sich als sehr wichtig für das Projekt erwiesen, da die Unsicherheiten/Unklarheiten während der ganzen Zeit bei allen Beteiligten enorm gross waren. Sehr wichtig war dabei auch, dass er die Impfstrategien des BAG und die Perspektive der EKIF bestens kannte, damit sowohl das Projektteam als auch die involvierten Ärztinnen und Ärzte sich an den entsprechenden Informationen ausrichteten. Gleichzeitig konnten wir dank der Zusammenarbeit mit ihm laufend auch die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse einbeziehen.

An den Schulungen konnten nicht alle Ärztinnen und Ärzte teilnehmen, da durch die hohe Belastung kein gemeinsamer Termin gefunden werden konnte oder weil kurzfristig ein Arbeitseinsatz etwa im Spital nötig wurde etc. Wir haben deshalb die Schulungen als Zoom-Aufnahme allen Ärztinnen und Ärzten zugestellt. Mit dem ergänzenden Coaching konnte die Qualitätssicherung dennoch angemessen gewährleistet werden. Dies bedingte jedoch ein zusätzliches Engagement und Flexibilität durch unseren Impfexperten, denn damit hatten wir zu Beginn nicht gerechnet. (Beilage 9, Anwesenheitsliste Schulungen eins und zwei der Ärztinnen und Ärzte)

3.3. Erstellen eines Manuals, einer Präsentation und von Materialien für die Workshops

Manual Workshops

Ein Manual für die Durchführung der Workshops zuhanden der Schlüsselpersonen und der Ärztinnen und Ärzte wurde erstellt. Dies sollte die Systematik im Vorgehen sicherstellen und diente u.a. der Qualitätssicherung. Im Manual sind das Vorgehen und die zu verteilenden Materialien aufgeführt (Vgl. Beilage 10, Manual für die Workshops in Deutsch). Nach einigen Workshop-Durchgängen wurde das Manual überarbeitet. Es wurde bei der Begrüssung und beim Vorstellen gekürzt und dafür mehr Zeit für Fragen und Antworten eingeräumt. Inhaltlich wurde das Thema Impfen schwergewichtiger behandelt, sobald das Impfen möglich wurde.

Materialien

Eine Sammlung von laufend aktualisierten und übersetzten Botschaften und Informationen in unterschiedlichen Formen (schriftlich, audio, audio-visuell) standen für die Workshops zur Verfügung. Auch hier wurde in erster Linie auf Materialien des BAG zurückgegriffen. Die zuständige Mitarbeiterin des BAG (Sabina Hösli) lieferte uns laufend die neuesten Materialien. Zudem mussten sie permanent aktualisiert werden, je nachdem, welche neuen Massnahmen im Raum standen. (Vgl. Beilage 11, Sammlung von

Materialien). Wir verwendeten v.a. jene Unterlagen, die bereits in leicht verständlicher Sprache vorlagen. In einer ersten Phase planten wir zudem das Erstellen eines einfachen Videos zum Thema Maskentragen, da das korrekte Maskentragen immer wieder zu Fragen führte und die bestehenden Videos von unseren Zielgruppen nicht gut verstanden wurden. Dieses Vorhaben wurde jedoch aufgegeben, da es finanziell nicht machbar war. Sehr gut aufgenommen wurden hingegen die bestehenden Videos des BAG zum Thema Isolation und zum Thema Booster-Impfung. Die Projektleiterin Emine Sariaslan stand mit Sabina Hösli vom BAG in sehr engem Kontakt, so dass permanent kommuniziert werden konnte, was bei den Zielgruppen gut verstanden wird und auch interessiert oder wo noch Informationen und Materialien gewünscht werden. Dies hat sich sehr bewährt bei diesem rasanten Wechsel von Informationen während einer Pandemie. Dieser rege Austausch der Projektleiterin mit der Vertreterin des Auftraggebers betraf auch Fragen der Ärztinnen und Ärzte an das BAG.

Präsentation

In den Workshops wurde der Input durch die Ärztinnen und Ärzte mittels einer Präsentation aufbereitet, die in alle 15 Sprachen übersetzt wurde (Vgl. Beilage 12, Präsentation Workshops in 15 Sprachen). Auch sie musste überarbeitet werden, aufgrund der Änderung der Massnahmen (z.B. lokale Unterstützung bei der Impfanmeldung oder lokale Impfzentren) und aufgrund von Fragen aus den Zielgruppen (z.B. Fruchtbarkeit, Schwangerschaft), sowie aufgrund neuer Erkenntnisse aus der Wissenschaft. Sobald ein Thema sehr relevant wurde, haben wir neue Folien dazu erstellt. Anfang 2022 musste die Präsentation sehr ausführlich überarbeitet werden, so dass fast eine neue Version entstand. Diese laufenden Anpassungen waren aufwendig und nicht vorausgeplant. Bei nächsten Projekten in einem Umfeld mit solch einer intensiven Dynamik wäre daran zu denken (auch an die zusätzlichen Übersetzungskosten).

4. Leistungserbringung: Umsetzung

4.1. Workshops

Leistungsziele und Zielerreichung

Mit den 15 Sprachgruppen sollten insgesamt 74 Workshops à 10-20 Teilnehmenden online oder vor Ort stattfinden. Insgesamt sollten also 740-1480 Personen erreicht werden. Die Workshops sollten die interaktive Informationsverarbeitung im Hinblick auf die Impfung und eine verbesserte Umsetzung der Schutzmassnahmen in den Vordergrund stellen (Diskussion, Fragen stellen zur Umsetzung etc.) sowie das Motivieren zur Impfung anzielen. Es war zudem geplant, an einem nationalen «Afrikaforum» an einem Stand für die Impfung zu werben. Alle Ziele konnten erreicht werden.

Rekrutierung

Die Rekrutierung der Selbstorganisationen und losen Gruppen der Zielgruppen erfolgte v.a. via die Schlüsselpersonen. Da aus epidemiologischen und gesundheitspolitischen Gründen starker Zeitdruck bestand, versuchten wir parallel dazu über alle uns zugänglichen Netzwerke weitere Vereine zu rekrutieren. Am effektivsten erwies sich jedoch der Zugang über die Selbstorganisationen. Sie erhielten auch alle einen Flyer mit den wichtigsten Informationen und Regelungen. (Vgl. Beilage 13, Flyer für Selbstorganisationen).

Durchführung Workshops

Online-Workshops:

Aufgrund der Lockdowns waren wir gezwungen, bis auf drei Workshops alle Workshops online durchzuführen. Dies war für uns und für die Selbstorganisationen ein Experiment, da dieses Kommunikationsmittel vorher kaum bekannt war und auch kaum oder gar nicht genutzt wurde. Es musste also in einer ersten Phase «zoom» angeschafft und erlernt werden. Viele Vereine etc. nutzten die finanzielle Entschädigung, die sie für die Organisation der Workshops und für die Rekrutierung der Teilnehmenden aus ihren Vereinen etc. erhielten, deshalb zur Anschaffung eines Zoom-Kontos. Die Projektleiterin hat die Schlüsselpersonen und die Vereinspräsidenten oder ein Vorstandsmitglied geschult. Anschliessend haben diese ihre Vereinsmitglieder geschult (Empowerment) und selbständig online Workshops geplant und durchgeführt. Auch andere Aktivitäten wie Sitzungen, Veranstaltungen etc. haben sie online durchgeführt. Ein positiver Nebeneffekt des Projektes (und der Pandemie) liegt also auch darin, dass die digitale Gesundheits-Kompetenz der Zielgruppen gefördert wurde, was auch einem Ziel der Strategie Gesundheit 2030 des BAG (BAG 2019) entspricht. Nachdem die technischen Hürden überwunden waren, schätzten viele der Teilnehmenden diese Form, da sie nun auch unterwegs (z.B. im Zug) oder vereinzelt sogar am Arbeitsplatz mitmachen konnten (vgl. Foto auf der Titelseite).

Erreichbarkeit und Akzeptanz

Die Erreichbarkeit und Akzeptanz dokumentieren und diskutieren wir anhand der folgenden Dimensionen:

1. Bereitschaft der Selbstorganisationen zur Zusammenarbeit
2. Anzahl durchgeführte Workshops
3. Menge teilnehmende Personen
4. Geschlechterverteilung
5. Erreichen der vorgesehenen Sprachgruppen
6. Verteilung der Workshops auf die Regionen Deutschschweiz, Romandie, Tessin inkl. Kantone
7. Gelungenes und Verbesserungsvorschläge
8. Weitere gewünschte Themen

Ad 1.: Bereitschaft der Selbstorganisationen zur Zusammenarbeit

Das Interesse der Selbstorganisationen war in den rekrutierten Selbstorganisationen hoch, obwohl es teilweise grössere Eigenleistungen von Ihnen abverlangte, insbesondere was das Organisieren der Veranstaltungen, resp. das Sicherstellen von genügend Teilnehmenden betraf.

Inhaltlich schätzten sie, dass für die erste Generation durch das muttersprachliche (auch bei Übersetzungen) Angebot eine Möglichkeit gegeben wurde, Unsicherheiten differenziert ausdrücken zu können und auch die Antworten der Ärztinnen und Ärzte genau zu verstehen. Dies sei bei diesem komplizierten Thema Impfen und Schutzmassnahmen sehr hilfreich.

Weiter war für sie wichtig, dass die Ärzteschaft aus ihren Communities präsent war. Dadurch wurde grosses Vertrauen geschaffen und die Glaubwürdigkeit der Inhalte gestärkt. Bei Vorerkrankungen konnte zudem durch die Ärztinnen und Ärzte differenziert Auskunft gegeben werden. Wir arbeiteten aus diesen Gründen strikte nur mit der

Ärzeschaft zusammen, obwohl sich auch Pflegende für die Rolle als anwesende Fachperson interessierten. Ein weiterer Grund war die Evidenz von ärztlichen Kurzinterventionen zur Verhaltensänderung (vgl. z.B. Batteux et al., 2022, Motta et al., 2021). Bei der Ärzteschaft achteten wir auch darauf, dass sie dem Impfen gegenüber positiv eingestellt waren.

Manchmal kam es auch vor, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht sofort eine Antwort auf die Fragen der Teilnehmenden wussten. In diesen Fällen fragte die Projektleiterin beim BAG oder bei unserem Impfexperten nach und verteilte anschliessend die Antworten per WhatsApp an die Workshop-Teilnehmenden. Die Vereine schätzten dieses Vorgehen, weil ihre Fragen dadurch ernst genommen wurden.

Ad 2.-5.: Anzahl durchgeführte Workshops, Teilnehmende, Geschlechterverteilung, Sprachgruppen

Alle geplanten 74 Workshops konnten durchgeführt werden. (Vgl. Beilage 14, Liste der durchgeführten Workshops). Ein Workshop in portugiesischer Sprache musste gestoppt werden, weil nur eine Person erschienen ist. Es haben von geplanten 740-1480 Teilnehmenden insgesamt 1381 Personen teilgenommen, wovon 811 Personen Frauen und 519 Personen Männer waren (bei drei Workshops zu Beginn des Projektes wurde nur das Total der Teilnehmenden erfasst und nicht differenziert zwischen Anzahl Frauen und Männern). Der Frauenüberhang lässt sich dadurch erklären, dass zwei Frauenvereine mitmachten und auch Moderatorinnen der *FemmesTische* einzelne Workshops organisierten. Es konnten wie geplant 15 Sprachgruppen erreicht werden.

Sprachgruppe	Anzahl Workshops	Anzahl erreichte Personen
Tamilisch	15	317
Türkisch	10	179
Albanisch	7	100
Tigrinya	6	154
Serbisch	6	84
Spanisch	5	112
Swahili	5	98
Bosnisch	5	83
Portugiesisch	4	86
Italienisch	4	66
Arabisch	2	24
Deutsch	2	42
Farsi	1	14
Polnisch	1	13
Somali	1	9
Total	74	1381

Tabelle 1: Workshops nach Sprachgruppe, Anzahl Teilnehmende

Ad 6.: Verteilung der Workshops auf die Regionen Deutschschweiz, Romandie, Tessin (inkl. Kantone)

Die Anzahl der Teilnehmenden fiel je Workshop sehr unterschiedlich aus, zwischen 8 Personen (niedrigste Anzahl) und 47 Personen (höchste Anzahl). Der Mittelwert liegt bei 19 (18.66) Teilnehmenden pro Workshop.



Abbildung 2: Anzahl Workshops gruppiert nach Anzahl Teilnehmende pro Workshop

Die Verteilung der Workshops zeigt auf, dass die meisten Veranstaltungen (55) in der Deutschschweiz durchgeführt wurden. Viele Workshops (12) waren jedoch aufgrund des online-Angebotes auch national ausgerichtet. Die Vereine haben ihre Ableger oft in verschiedenen Kantonen und haben das Angebot gemeinsam genutzt. Im Tessin konnten vier Workshops durchgeführt werden und in der Romandie drei.

Kanton	Anzahl Workshops
Deutschschweiz	
Zürich	17
Bern	13
Aargau	6
Luzern	4
Graubünden	3
St. Gallen	3
Thurgau	3
Basel	2
Glarus	1
Solothurn	1
Uri	1
Zug	1
Total Deutschschweiz	55
Westschweiz	
Vaud	2
Genf	1
Total Westschweiz	3

Italienische Schweiz	
Tessin	4
National	
schweizweit	12

Tabelle 2: Verteilung der Workshops auf die Sprachregionen der Schweiz

Im Tessin erhielten wir von einem Workshop in serbischer Sprache die Rückmeldung, dass sie es sehr schätzten, dass das Tessin ebenfalls berücksichtigt worden sei. Sie seien oft etwas vernachlässigt bei nationalen Projekten und gleichzeitig sehr interessiert an Informationen in der Muttersprache.

Interessant war auch, dass durch das online Angebot vereinzelt Personen aus dem Ausland teilnahmen. Dies war z.B. in einer portugiesischsprachigen Gruppe der Fall, wo auch Personen aus Brasilien teilnahmen. In einer somalischen Gruppe waren auch Personen aus Kanada anwesend, in der albanischen Sprachgruppe Personen aus Kosovo und in der serbischen Sprachgruppe auch Personen aus Serbien.

Ad 6.-7: Gelungenes und Verbesserungsmöglichkeiten

In den Kurzberichten der Schlüsselpersonen wurden diese mit offenen Fragen nach besonders gelungen Elementen in den Workshops gefragt, sowie nach Verbesserungsmöglichkeiten. (Vgl. Beilage 15, Berichtsvorlage Schlüsselpersonen).

Diese offenen Fragen haben nicht alle Schlüsselpersonen beantwortet. Es gab Rückmeldungen aus 28 von 74 Workshops.

Gut gelungen war...	Anzahl Nennungen
... dass ein Arzt oder eine Ärztin den Workshop geleitet hat	14
... dass der Workshop in der Muttersprache stattgefunden hat	10

Tabelle 3: «Was ist beim Workshop gut gelungen?»

Bei der Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten war der Grundtenor der Rückmeldungen positiv und es kamen bei den meisten Berichten keine Verbesserungsvorschläge. Deshalb werden hier die Aussagen für Verbesserungen in Zitatform wiedergegeben:

Verbesserungsmöglichkeiten
«Mehr Zeit für Fragen und Antworten» «Mehr Interaktion bei den Fragen und Antworten» «Zeit zum individuellen Austausch mit der Ärztin einplanen.» «Evtl. Teilnehmer mehr ermutigen sich zu öffnen bei Fragen und Antworten.» «Ich habe gemerkt, dass das Interesse über spezifische Informationen zur Corona Impfung viel grösser war als zum allgemeinen Thema Corona.» «Markante [Sprech]-Figuren benutzen, die die Menschen besser verstehen.» «Unterlagen in eigener Sprache vorher an alle abgeben.»

Tabelle 4: «Was könnte am Workshop noch verbessert werden?»

Zum einen werden organisatorische Elemente genannt (einfache Sprache noch konsequenter anwenden, Unterlagen vorher abgeben, mehr Zeit für Interaktionen einplanen, noch mehr konkrete Informationen zu Corona). Zum anderen wird sichtbar, dass

das Bedürfnis nach ärztlicher Unterstützung (sogar in der Form von individueller Beratung) hoch ist. Interessant aus unserer Sicht ist zudem das Anliegen, die Teilnehmenden vermehrt dazu zu ermutigen, sich in der Interaktion zu öffnen. Es war ein grosses Anliegen des Projektes, dass die Teilnehmenden Unsicherheiten besprechen und damit die Informationen auch interaktiv verarbeiten können. Aus der Sicht der Projektleiterin war dies ein wichtiger Lerneffekt für die Teilnehmenden: Sie wurden aufgefordert, auch ihre kritischen Fragen zu stellen und Unsicherheiten zu äussern, ohne Bedenken haben zu müssen, z.B. als Impfgegner abgestempelt zu werden. Dies braucht im halb-öffentlichen Raum einer online-Veranstaltung u.U. Mut und Übung. Offenbar hat dieser Ansatz bei den Teilnehmenden Anklang gefunden.

Ad 8.: Weitere gewünschte Themen

In den Kurzberichten der Schlüsselpersonen fragten wir nach weiteren Themenbereichen, die die Vereinsmitglieder interessieren, um ihre Bedürfnisse ersichtlich zu machen.

Insgesamt liegen 82 Antworten vor. Mehrfachnennungen waren möglich.

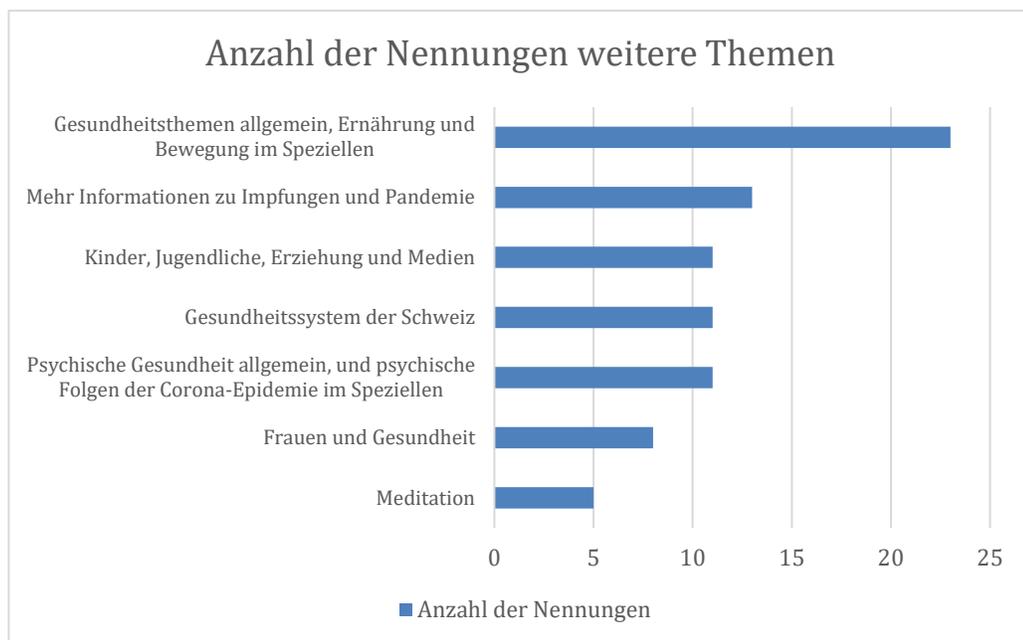


Abbildung 3: «Was vermuten Sie: Zu welchen weiteren Themen würden ihre Mitglieder in Zukunft gerne Workshops erhalten?»

Neben den Themen zu Corona interessieren verschiedene Gesundheitsthemen sowie Themenfelder aus dem Bereich Familie und Erziehung und eine spezielle Entspannungsmethode (Meditation, in tamilischen Gruppen erwähnt).

4.2. Aktivitäten in den sozialen Medien

Parallel zu den Workshops wurden Aktivitäten in den sozialen Medien der Zielgruppen durchgeführt.

Procedere

In einem Zoom-Treffen am 09.12.2020 mit Medienschaaffenden und einer Schlüsselperson aus den am Mandat beteiligten Migrationsgruppen (noch ohne

Portugiesisch/Italienisch/Spanisch/Tamilisch) fand eine Diskussion zu priorisierten Inhalten und zum Procedere statt. Es wurde folgendes Procedere priorisiert und anschliessend durchzuführen versucht:

- 1) Ein Video lebensweltlich orientiert zum Thema «Masken tragen» und zum «Maskenangebot» entwickeln und breit streuen (via Schlüsselpersonen, Vereine/Selbstorganisationen, Workshop-Teilnehmende, Diaspora TV, migesplus etc.)
- 2) Breite Streuung der Präsentation aus den Workshops (via Schlüsselpersonen, Vereine/Selbstorganisationen, Workshop-Teilnehmende, migesplus)
- 3) Streuung der Listen für die Impf-Anmeldung in den Kantonen (via Schlüsselpersonen, Vereine/Selbstorganisationen, Workshop-Teilnehmende)
- 4) Streuung des Links zur SwissCovid APP zum Herunterladen und aktivieren (via Schlüsselpersonen, Vereine/Selbstorganisationen, Workshop-Teilnehmende)
- 5) Livestreams breit zugänglich auf Facebook anbieten mit Ärztinnen und Ärzten aus den Migrationsgruppen (Frage/Antwort, mit Partnern mit grosser Breitenwirkung) -> anschliessend auf YouTube, Facebook und WhatsApp setzen und link verteilen (via Schlüsselpersonen, Vereine/Selbstorganisationen, Workshop-Teilnehmende, Gewerkschaften und weitere Mediengefässe der Migrationsbevölkerung)

Umsetzung

Alle Elemente konnten umgesetzt werden mit Ausnahme des Vorhabens 1) mit einem lebensweltlich orientierten Video zum Maskentragen. Dies stellte sich nach einem Versuch und in Zusammenarbeit mit Diaspora-TV als finanziell zu aufwändig heraus.

Leistungserbringung

Als Leistungsziele waren mind. vier Livestreams durchzuführen. Eine Sammlung von weiteren aktualisierten und übersetzten Botschaften und Informationen in unterschiedlichen Formen (schriftlich, audio, audio-visuell) waren für die Schulung und zur Verbreitung zur Verfügung zu stellen und zu verbreiten. Die Ziele konnten erreicht, resp. übertroffen werden: Es wurden sieben Livestreams durchgeführt.

Die Liste mit den durchgeführten Aktivitäten in den sozialen Medien und mit geschätzten erreichten Personen liegt bei (Beilage 16, Liste mit durchgeführten Aktivitäten in den sozialen Medien).

Erfahrungen

Die Nutzung der sozialen Medien hat sich im Projekt als hilfreich erwiesen, auch bei der Bevölkerung der ersten Generation. Die verteilten Materialien interessierten die angesprochenen Personen und es gab Rückmeldungen, dass sie im Schneeballprinzip rege weiterverteilt würden. Insbesondere wenn ein neues Thema oder eine neue Massnahme aufkam.

Die Livestreams mit Ärztinnen und Ärzten interessierten ebenfalls breit. Sie wurden gemäss unserem Eindruck häufig angeklickt und geschaut. Zudem wurden sie nicht nur in der Schweiz, sondern auch im Ausland live besucht und anschliessend weitergereicht. Einzelne Livestreams erhielten bereits in den ersten Wochen über 10'000 Clicks. Dabei ist auch zu bemerken, dass wir diesen Teil des Projektes nicht sehr aktiv bearbeiten konnten, da die Livestreams ein Nebenprodukt darstellten. Der Hauptfokus lag auf den Workshops.

4.3. Medienauftritte

Das Projekt hatte zwei Medienauftritte:

- Die Projektleiterin wurde von Blick-TV in einer Sendung zum Thema «Ausländer sind oft Falschinformationen ausgesetzt» interviewt:

Link: <https://www.blick.ch/schweiz/public-health-services-auslaender-sind-oft-falschinformationen-ausgesetzt-id16785583.html>

- Im BAG-Organ «Spectra» erfolgte ein Hinweis auf das Projekt:

Link: <https://www.spectra-online.ch/de/spectra/news/peer-to-peer-auf-augehoehe-ueber-covid-19-informieren-935-29.html>

5. Schlussfolgerungen

Es hat sich gezeigt, dass die Migrationsbevölkerung ein grosses Interesse an einfach verständlicher Aufbereitung und Verarbeitung von Informationen auch zu komplexen Themen wie dem Impfen und der Umsetzung von Schutzmassnahmen zur Verhinderung von ansteckenden Krankheiten hat. Innert kürzester Zeit konnte mit ihnen eine Intervention etabliert werden, die 15 Sprachgruppen umfasste und in der ganzen Schweiz umgesetzt werden konnte. Es zeigt sich erneut, dass der hohe Organisationsgrad von zivilgesellschaftlichen Organisationen der Diaspora ein grosses Potenzial in der Zusammenarbeit mit den Akteuren des Public Health aufweist.

Neu – und überraschend für uns – war die Erfahrung, dass auch aufsuchende online Interventionen durchaus funktionieren in diesen Zielgruppen – sogar in der ersten Generation. Sie waren rasch bereit, auf dieses neue Medium einzusteigen, es sich anzueignen (erlernen und einüben) und mit ihm zu arbeiten. Die Pandemie hat hier nicht nur in der breiten autochthonen Bevölkerung, sondern auch in der Migrationsbevölkerung eine wichtige Dynamik ausgelöst. Aufgrund der äusseren Umstände waren wir alle gezwungen, neue Mittel zu nutzen und ihr Potenzial zu erkennen. Daneben wurde auch die WhatsApp-Nutzung vorangetrieben, oder Facebook, Instagram und YouTube (für die Distribution von Materialien).

Dasselbe gilt für den Umgang mit falschen und manipulativen Informationen, die im Internet oder in Subgruppen zirkulieren. Die Workshop-Teilnehmenden konnten durch das Besprechen von sachlichen Informationen und von Fake-News mit ärztlichen Fachpersonen zusätzlich auch in diesem Bereich ihre digitale Gesundheitskompetenz erheblich stärken.

Betreffend die interaktiven Livestreams ist zu bemerken, dass diese ein gutes Potential bergen können - Insbesondere, wenn sie mit den Vereinen und den Schlüsselpersonen über ihre eigenen (sozialen) Medien durchgeführt und noch intensiver bewirtschaftet und beworben werden können, als dies in unserem Projekt aus Zeitgründen und aus finanziellen Gründen möglich war. Dies zeigen die z.T. hohen Clickraten bei einzelnen Streams.

Als wichtige Basis für diese Effekte erwies sich wieder einmal, dass es für die erste Generation mit wenig Kenntnissen einer Landessprache zentral ist, dass solche komplexen Techniken oder Gesundheits-Informationen in der Muttersprache vermittelt werden. Entsprechend kam in den Rückmeldungen zu den Workshops dieser Aspekt als besonders gelungen häufig vor. Dies neben dem zweiten Hauptpunkt in den Rückmeldungen, dass es sehr hilfreich für sie war, dass Ärztinnen und Ärzte aus ihren Communities mit

ihnen die Workshops durchführten. Dies schaffte erhebliches Vertrauen, was gerade beim Thema Impfen und Umsetzung der Schutzmassnahmen sehr unterstützend wirkte.

Die Rolle der Communities (und ihrer Selbstorganisationen) waren noch in einer weiteren Hinsicht zentral: Die Erreichbarkeit konnte nur mit Schlüsselpersonen mit einer engen Vernetzung in diesen zivilgesellschaftlichen Räumen so rasch und breit erfolgen. Bei Schlüsselpersonen ohne gute Vernetzung in den eigenen Vereinen etc. sind keine Workshops zustande gekommen.

Weitere Stichworte für das Gelingen der Intervention waren die enge Zusammenarbeit und sehr hohe Flexibilität von allen involvierten Akteuren. Wir haben an mehreren Stellen im Schlussbericht darauf hingewiesen. Sicherlich war dies insbesondere im Zuge der Pandemie eine wichtige Voraussetzung. Diese Faktoren gelten jedoch auch generell als Erfolgsfaktoren für wirksame Interventionen, und insbesondere für die Umsetzung von Interventionen bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen (vgl. Weber 2020, Weber & Hösli 2020). Konkret ging es darum, sehr engmaschig mit allen Akteuren die neuesten Informationen auszutauschen und zu besprechen und jedes freie Zeitfenster (auch abends und an den Wochenenden) für die Informationsvermittlung und für die Verarbeitung der Informationen in der Migrationsbevölkerung zu nutzen.

Somit waren alle Beteiligten – und insbesondere die Projektleiterin, die Ärztinnen und Ärzte und die Selbstorganisationen – permanent aktiv. Dies war zwar auch belastend, hat aber v.a. grosses Vertrauen zwischen den verschiedenen involvierten Akteuren geschaffen, das nun für weitere Aktivitäten im Public Health gut genutzt werden kann.

Für die Projektleiterin ist ein weiterer wichtiger Aspekt der Zusammenarbeit mit den Selbstorganisationen, dass man Verständnis für die Schlüsselpersonen und Vereine aufbringt, wenn sie nicht zeitnah eine Antwort geben können, da sie meistens zu 100% arbeiten und zusätzlich sehr viel freiwillige Arbeit für ihre Vereine leisten. Sie berichtet, dass das Verständnis und die diesbezügliche Empathie von der Projektleitung sehr geschätzt und beim mündlichen Feedback zum Ausdruck gebracht worden sei. Zu Bedenken sei weiter, dass an Stelle von E-Mail WhatsApp als Kommunikationsweg genutzt werden kann. Dies war in diesem Projekt zentral: Alle nutzten bereits WhatsApp und antworteten hier rasch, während E-Mails oft nicht regelmässig gelesen oder gar nicht genutzt wurden. Dieser Kommunikationsweg könnte auch in den Regelstrukturen vermehrt etabliert werden.

Ein weiteres Fazit betrifft die Zusammenarbeit zwischen den Selbstorganisationen und den Fachstellen: Ein Element war in diesem Zusammenhang die Erfahrung, dass das Thema Gesundheit und Information dazu in der Migrationsbevölkerung sehr interessiert, dass die Selbstorganisationen jedoch nicht immer Wege kennen, wie sie diesem Bedürfnis ihrer Mitglieder nachkommen können. In dieser Hinsicht konnte nun von ihnen eine Erfahrung gemacht werden, dass Angebote bestehen, die auch sie nutzen können. Hier liegt noch ein grosses Potenzial brach, das von den Fachstellen genutzt werden könnte, indem sie auf die Vereine etc. zugehen: Idealerweise entsteht eine Zusammenarbeit, die bereits bei der Entwicklung von Angeboten einsetzt (vgl. auch Weber, 2020 und Weber & Hösli, 2020). So können - wie das vorliegende Beispiel gezeigt hat - auch sogenannte «schwer erreichbare» Bevölkerungsgruppen gut erreicht werden.

Betreffend die Wirksamkeit zur Verhaltensänderung im Projekt kann folgendes gesagt werden: Auch wenn keine direkte Wirkungsanalyse gemacht werden konnte, so wurden z.B. die Schutzmassnahmen doch differenziert kennengelernt und auch deren Umsetzung erlernt und eingeübt (z.B. Masken korrekt anziehen und entsorgen, wann und wie lüften, etc.). Zum Thema Impfen wurde neben der Informationsvermittlung zu den Impfungen auch gezeigt, wo man sich anmelden kann, wer begleiten kann etc. Hier waren z.T. Fachstellen direkt involviert und unterstützten die Impfwilligen dabei. Schliesslich war hinsichtlich von Wirkungseffekten auch eindrücklich, wie die Gruppen die Techniken des aktiven Aneignens von Information erlebten. Sie wurden in den Workshops immer wieder proaktiv dazu ermutigt, ihre Fragen und Unsicherheiten zu äussern, damit die Ärztin oder der Arzt darauf eingehen konnte. Diese interaktive Form der Kommunikation waren viele nicht gewohnt, insbesondere gegenüber den Respektspersonen der Ärzteschaft.

Und schliesslich ist noch anzuführen, dass dieses Projekt zwar durch das BAG initiiert und finanziert wurde, jedoch auch erwünscht war, dass die Kantone dieses Angebot nutzen und zusätzliche Workshops anbieten, weil der Bedarf in der Migrationsbevölkerung so gross war. Via GDK und BAG wurden die Kantone entsprechend informiert. Schliesslich haben während der ganzen Pandemie drei Kantone das Angebot genutzt: Der Kanton St. Gallen, der Kanton Aargau und der Kanton Bern. Hier wäre u.E. für die Zukunft zu prüfen, ob solche nationalen Interventionen in Krisensituationen nicht auch in den Kantonen noch vermehrt umgesetzt werden können und welche Anreize es dafür braucht.

Insgesamt hat sich die Intervention u.E. sehr gelohnt. Die Ziele konnten erreicht und die Erfahrungen können für weitere Interventionen im Bereich Public Health gut genutzt werden.

6. Bibliografie

Batteux, E.; Mills, F.; Jones, L.F.; Symons, C.; Weston, D.: (2022): The Effectiveness of Interventions for Increasing COVID-19 Vaccine Uptake: A Systematic Review. *Vaccines* 2022, 10, 386. <https://doi.org/10.3390/vaccines100303863>

Bundesamt für Gesundheit (2019): Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020 – 2030, Bern, BAG, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheits-2030/strategie-gesundheit2030.pdf.download.pdf/strategie-gesundheit-2030.pdf>

Motta, M.; Sylvester, S.; Callaghan, T.; Lunz-Trujillo K. (2021): Encouraging COVID-19 Vaccine Uptake Through Effective Health Communication. *Front. Polit. Sci.* 3:630133. doi: 10.3389/fpos.2021.63013

Weber, Dominik (2020): Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK

Weber, Dominik & Sabina Hösli (2020): Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention. Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien. Kurzversion für die Praxis. Bern: BAG, GFCH, GDK

7. Anhang

7.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Workshops nach Sprachgruppe, Anzahl Teilnehmende

Tabelle 2: Verteilung der Workshops auf die Sprachregionen der Schweiz

Tabelle 3: Weitere von den Teilnehmenden gewünschte Themenfelder

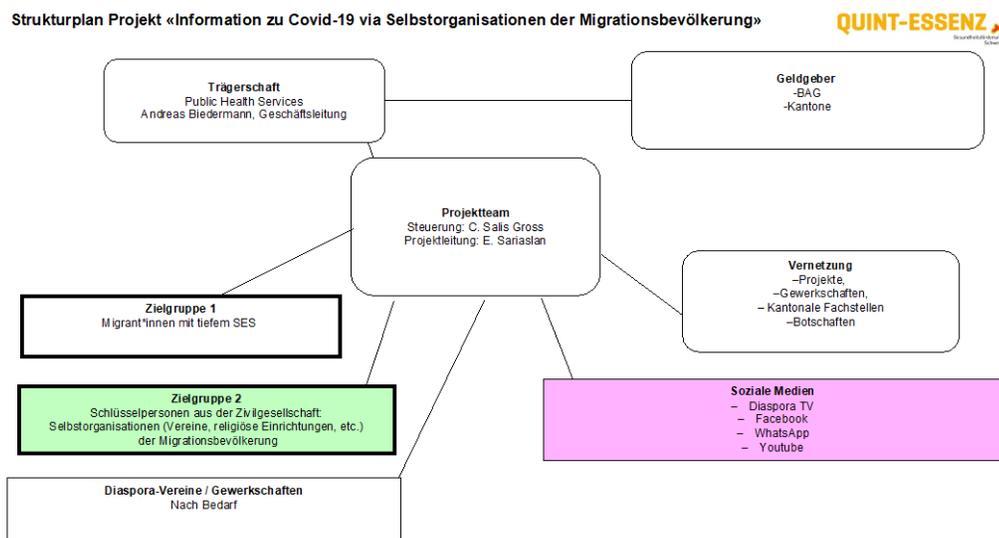
7.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Titelseite: Foto aus einem online-Workshop. Eine Fabrikarbeiterin nimmt am Arbeitsplatz teil

Abbildung 2: Anzahl Workshops gruppiert nach Anzahl Teilnehmende pro Workshop

Abbildung 3: «Was vermuten Sie: Zu welchen weiteren Themen würden ihre Mitglieder in Zukunft gerne Workshops erhalten?»

7.3. Projektorganisation



Auftraggeberin:

Frau Sabina Hösli, Projektleiterin Gesundheitsförderung und Prävention, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik.

Projektteam:

Projektsteuerung: Corina Salis Gross, Dr. phil. hist., Expertin für migrationsensitive Gesundheitsförderung und Prävention bei schwer erreichbaren und vulnerablen Gruppen. Leitung aller genannten Projekte von Public Health Services (PHS) und vom Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) zur Gesundheitsförderung und Prävention im Migrationskontext. Mitglied der Eidgenössischen Kommission

EKSN und der Eidg. Fachkommission des Tabakpräventionsfonds. Sie ist verantwortlich für das Projekt und unterstützt die Projektleiterin.

Projektleitung: Emine Sariaslan, MA in sozialer Arbeit, Projektleiterin in allen PHS Projekten zur migrationssensitiven Gesundheitsförderung und Prävention sowie am ISGF als Fachspezialistin aktiv. Sie hat die operative Leitung des Projektes inne.

Schulung und Coaching Ärztinnen und Ärzte: Prof. Dr. med. Christoph Hatz (Ehem. Präsident der Eidg. Kommission für Impffragen EKIF, bis 2018), pensioniert. Er schult und coacht die Ärztinnen und Ärzte, damit die Qualitätssicherung gegeben ist.

Schlüsselpersonen

Vertreter_innen der Selbstorganisationen aus der Migrationsbevölkerung (Vereine, religiöse Einrichtungen, Gewerkschaften etc.). Sie organisieren die Workshops und führen diese mit den Ärzt_innen durch.

Ärztinnen und Ärzte

Für jede Sprachgruppe wird eine Ärztin oder ein Arzt rekrutiert. Sie referieren in Workshops online oder vor Ort in den Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung und diskutieren mit den Teilnehmenden deren Fragen und Unsicherheiten. Für verschiedene Sprachgruppen findet zudem ein Livestream mit breiterer Beteiligungsmöglichkeit statt. Die Ärztinnen und Ärzte referieren hier ebenfalls und beantworten Fragen aus dem Chat.

7.4. Liste Produkte

Die abgelieferten Produkte werden hier in eine Liste aufgeführt. Sie liegen dem Schlussbericht bei.

Beilage 1: Liste der Schlüsselpersonen

Beilage 2: Pflichtenheft Schlüsselpersonen

Beilage 3: Liste der Religionsvertreter_innen

Beilage 4: Präsentation Schulung Religionsvertreter_innen in Deutsch

Beilage 5: Liste mit Koordinaten der Ärztinnen und Ärzte

Beilage 6: Pflichtenheft für Ärztinnen und Ärzte

Beilage 7: Präsentation Schulung 1 Ärztinnen und Ärzte

Beilage 8: Präsentation Schulung 2 Ärztinnen und Ärzte

Beilage 9: Anwesenheitsliste Schulungen eins und zwei der Ärztinnen und Ärzte

Beilage 10: Manual Workshops in Deutsch

Beilage 11: Sammlung von Materialien

Beilage 12: Präsentation Workshops in 15 Sprachen

Beilage 13: Flyer für Selbstorganisationen

Beilage 14: Liste der durchgeführten Workshops

Beilage 15: Berichtsvorlage Schlüsselpersonen

Beilage 16: Liste mit durchgeführten Aktivitäten in den sozialen Medien