

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz

Grundlagen und Empfehlungen

Thomas Pfluger, Andreas Biedermann, Corina Salis Gross

Autorinnen und Autoren der Vorstudien:

Béatrice Annaheim, Brigitte Arn, Theres Bauer, Tanya Kasper, Anke Kayser, Catherine Moser, Richard Müller, Domenic Schnoz, Rahel Stuker

Unterstützt vom Tabakpräventionsfonds, dem Fonds von Art. 43 des Alkoholgesetzes und Gesundheitsförderung Schweiz

Download unter www.transpraev.ch

Thomas Pfluger, Andreas Biedermann, Corina Salis Gross

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen

Synthesebericht zum Projekt Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung

Autorinnen und Autoren der Vorstudien: Béatrice Annaheim (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA), Brigitte Arn (Schweizerisches Rotes Kreuz SRK), Theres Bauer (Caritas Schweiz), Tanya Kasper (SRK), Anke Kayser (SRK), Catherine Moser (SRK), Richard Müller, Domenic Schnoz (Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF), Rahel Stucker (SRK)

Herausgeberschaft des Syntheseberichts und Steuergruppe des Projekts: Osman Besic (Schweizerisches Rotes Kreuz SRK, bis 30.10.09), Andreas Biedermann (PHS Public Health Services), Walter Brunner (Caritas Schweiz), Verena El Fehri (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention AT), Rainer Frei (RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention), Michel Graf (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA), Ursula Zybach (Krebsliga Schweiz)

Wissenschaftlicher Beirat: Patrick Bodenmann (Médecin associé, Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne), Janine Dahinden (Maison d'analyse des processus sociaux MAPS, Universität Neuenburg), Corina Salis Gross (Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich ISGF/PHS Public Health Services), Petra Zeyen Bernasconi (Institut für Sozial- und Präventivmedizin ISPM Bern), Holger Schmid (Fachhochschule Nordwestschweiz), Roger Keller (Psychologisches Institut der Universität Zürich, Tabakmonitoring Schweiz)

Beirat Fachleute: Ganga Jey Aratnam (Integrationsnetz Zug), Umberto Castra (Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten FIMM und Contact Netz), Anna Christen (ehemalige Leiterin Dossier Gleichstellung TravailSuisse), Ylfete Fanaj (Politforum Zentralschweiz, Grossstadträtin Luzern), Barbara Gysel (wissenschaftliche Mitarbeiterin der Pädagogischen Hochschule Zürich, ehemals Schweizerisches Arbeiterhilfswerk SAH), Mara Hermann (Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel MUSUB), Nathalie Ljuslin (Centre de rencontres et d'échanges interculturels pour femmes réfugiées, immigrées et suisses RECIF La Chaux-de-Fonds, ehemals Hilfswerk der Evangelischen Kirchen Schweiz HEKS), Jean-Claude Métraux (Université de Lausanne), Emine Sariaslan (Suchthilfe Region Olten, Vizepräsidentin des Forums für Integration FIMM und Mitglied der Interessengruppe Migration der UNIA), Rupan Sivaganesan (Kantonsrat und Gemeinderat Zug), Damir Stimac (ehemals Suchthilfe Baden)

Zitationsvorschlag: Pfluger, T., Biedermann, A., Salis Gross, C. (2008). Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen. Herzogenbuchsee: Public Health Services.

Herzogenbuchsee, 9. April 2009

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
Ausgangslage	5
Ziele.....	5
Methodisches Vorgehen.....	5
Resultate.....	5
Executive Summary	8
Ausgangslage	8
Ziele.....	8
Methodisches Vorgehen.....	9
Resultate.....	9
Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Executive Summary)	13
1. Einleitung	16
1.1. Ursprünge und Vision des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“	16
1.2. Komplexität des Arbeitsfelds.....	17
1.3. Fokus des Projekts.....	17
1.4. Umfeld	19
1.5. Stand und Fortsetzung des Projekts.....	19
1.6. Dank	20
2. Ausgangslage und Ziele	21
2.1. Ausgangslage	21
2.2. Ziele des Projekts.....	22
3. Methodisches Vorgehen	23
3.1. Literaturanalyse.....	23
3.2. Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention	24
3.3. Umfrage bei Fachleuten der Tabak- und Alkoholprävention	24
3.4. Umfrage bei Personen mit Migrationshintergrund.....	25
3.5. Qualität der verwendeten Grundlagen.....	27
4. Die Migrationsbevölkerung der Schweiz und ihre Gesundheit	28
4.1. Zahlen zur Migrationsbevölkerung der Schweiz	29
4.2. Die Gesundheit der Schweizer Migrationsbevölkerung im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung.....	31
4.3. Der Tabakkonsum von Personen mit Migrationshintergrund.....	40
4.4. Der Alkoholkonsum von Personen mit Migrationshintergrund.....	41
4.5. Die Bedeutung migrationspezifischer Faktoren für die Gesundheit	44
5. Netzwerke der Migrationsbevölkerung	58
5.1. Aktueller Wissensstand über gesundheitsrelevante Netzwerke der Migrationsbevölkerung in der Schweiz	58
5.2. Netzwerke mit Potenzial für die Prävention und Gesundheitsförderung	60
5.3. Formen der Zusammenarbeit in Netzwerken.....	67
5.4. Grösste Herausforderungen der Zusammenarbeit mit Netzwerken.....	67

6. Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung.....	68
6.1. Einige Grundlagen der Kommunikation.....	69
6.2. Wahl der Zielgruppe	69
6.3. Gestaltung der Kommunikation.....	70
6.4. Zugangswege zur Migrationsbevölkerung	71
6.5. Kommunikation über die Medien.....	74
6.6. Migrationssensible Anpassung der Kommunikation	76
7. Wissen und Haltungen zu Tabak, Alkohol und Präventionsangeboten	78
7.1. Der Suchtbegriff bei Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz	78
7.2. Wissen und Haltungen zum Tabakkonsum	79
7.3. Wissen und Haltungen zum Alkoholkonsum	82
7.4. Wissen und Haltungen zu Präventionsangeboten	84
7.5. Ein Sonderfall? Alkoholkonsum bei Tamilen in der Schweiz	85
7.6. Erkenntnisse aus der internationalen Literatur	86
8. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz.....	89
8.1. Vorgehen bei der Suche nach existierenden Angeboten	89
8.2. Angebote für die Migrationsbevölkerung	91
8.3. Fachstellen der Sucht-, Tabak- und Alkoholprävention.....	93
8.4. Fremdsprachiges Informationsmaterial	93
8.5. Migrationsspezifische Projekte der Tabak- und Alkoholprävention.....	93
8.6. Beurteilung der vorhandenen Angebote nach Gesichtspunkten der Good Practice	93
9. Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund bezüglich Tabak- und Alkoholprävention	93
9.1. Bedürfnisse von betroffenen Personen mit Migrationshintergrund	93
9.2. Bedürfnisse von Fachpersonen: Voraussetzungen für eine erfolgreiche transkulturelle Arbeit	93
10. Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung: Empfehlungen	93
10.1. Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit.....	93
10.2. Migrationsspezifische Tabak- und Alkoholprävention	93
10.3. Leitfragen zur Konzeptualisierung, Planung und Umsetzung.....	135
10.4. Zusammenfassungen für die unterschiedlichen Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung	93
Glossar	93
Literaturverzeichnis	93

Abstract

Ausgangslage

Es gibt in der Schweiz eine ganze Reihe von Fachpersonen und Organisationen, die mit Personen mit Migrationshintergrund arbeiten. Das Wissen für ein erfolgreiches Vorgehen ist jedoch lückenhaft und nicht breit bekannt. Im vorliegenden Synthesebericht des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ ist das vorhandene Wissen versammelt. Der Synthesebericht und die dazugehörigen Materialien stehen Fachpersonen und Organisationen zur Verfügung, die vermehrt Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung betreiben wollen. Das Projekt geht von einem transkulturellen Ansatz aus. Die transkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention bezweckt, die professionelle Arbeit so weiterzuentwickeln, dass sie jederzeit auch auf die Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund angepasst und situationsgerecht ist. Ausgehend von den Schwerpunkten Tabak und Alkohol versammelt der vorliegende Synthesebericht die Ergebnisse der Recherchen und Analysen, mit denen die Erkenntnisse zur transkulturellen Arbeit in der Schweiz zusammengetragen wurden.

Ziele

Mit dem Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ sollen Entscheidungsträger für die Prävention und Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung vermehrt sensibilisiert und Fachpersonen zur transkulturellen Arbeit zusätzlich motiviert und befähigt werden. Die Prävention und Gesundheitsförderung zugunsten der sozial benachteiligten Personen mit Migrationshintergrund soll mit Hilfe der vorliegenden Hintergrunddaten und Empfehlungen verstärkt, wirkungsvoller und effizienter gemacht werden. Mit Werkzeugen, unter anderem einem Raster mit Leitfragen, wird die praktische Umsetzung der Erkenntnisse unterstützt.

Methodisches Vorgehen

Grundlage des Syntheseberichts sind in erster Linie eine Literaturanalyse und mehrere Umfragen (bei Fachleuten der transkulturellen Prävention, Fachleuten der Tabak- und Alkoholprävention, Fachpersonen mit Migrationshintergrund und bei Betroffenen aus der Migrationsbevölkerung). Es wurden Studien von sehr unterschiedlicher Qualität und mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen eingeschlossen. Dies wurde bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt.

Resultate

Morbidität und Mortalität. Die Analysen haben ergeben, dass nur unvollständige Daten zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung vorliegen und insbesondere Abhängigkeitserkrankungen noch nicht ausreichend untersucht sind. Die Mortalität der Migrationsbevölkerung liegt leicht unter jener der Schweizer Bevölkerung, doch bestimmte Gruppen sind von erhöhter Morbidität und Mortalität betroffen.

Verhalten. Die Unterschiede bezüglich Tabak- und Alkoholkonsum sind innerhalb der Migrationsbevölkerung ausgeprägter als zwischen der Migrationsbevölkerung und den SchweizerInnen. Das Suchtverständnis und der Umgang mit Abhängigkeitsproblemen scheinen bei Personen mit Migrationshintergrund wenig herkunftsspezifisch zu sein. Generell gilt, dass die Gesundheit neben der Nationalität durch weitere Faktoren wie Sprache, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer und sozioökonomischer Status beeinflusst wird. Das Risikoverhalten und weitere Einflussfaktoren wie Zugangsbarrieren, Lebensumstände und soziale Netzwerke sind erst ungenügend untersucht.

Wissen und Einstellungen. Die im Rahmen dieses Projekts befragten Personen mit Migrationshintergrund kennen allgemein sehr wenige Präventionsangebote. Hürden bei der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten sind mangelnde Sprachkenntnisse, ein Mangel an Information zu Abhängigkeiten und Gesundheit, fehlendes Vertrauen, Scham- und Schuldgefühle, Angst vor Stigmatisierung und die Befürchtung, das Ansehen der Familie zu schädigen. Bezüglich Tabakkonsum sind Wissen und Haltungen ähnlich wie bei der einheimischen Bevölkerung, wenn auch tendenziell wenig differenziert. Der Bekanntenkreis und die Familie haben grossen Einfluss auf die Rauchgewohnheiten. Alkoholtrinken wird als in der Schweiz sehr verbreitet und sozial erwünscht wahrgenommen. Aufgrund von mangelnden Informationen und anderen, vordringlicheren Problemen thematisieren Personen mit Migrationshintergrund eine Alkoholabhängigkeit oft erst spät.

Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung. Partizipation und Empowerment sind gemäss den existierenden Studien wichtige Voraussetzungen einer erfolgreichen Arbeit mit der Migrationsbevölkerung. Dabei spielen aktuell „starke“ Beziehungen (im Sinne von „Freundschaft“) eine wichtige Rolle. Grosses Potenzial für die Kommunikation weisen Familie und Freundeskreis, Eigenorganisationen der Migrationsbevölkerung und Schlüsselpersonen auf. Die Verkehrs- und Kommunikationswege der Zielgruppe sind wenig bekannt. Die aufsuchende Arbeit hat einen hohen Stellenwert, insbesondere bei benachteiligten Gruppen. Der Zugang der Migrationsbevölkerung zu einem breiten Spektrum von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung ist wegen Barrieren nicht sichergestellt. HausärztInnen und Apothekenpersonal spielen eine entsprechend wichtige Rolle in der Kommunikation. Kurse, Workshops und Informationsveranstaltungen sind am erfolgreichsten, wenn sie in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe angeboten werden.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Abstract)

- § Präventionsarbeit im Migrationsbereich ist eine Transfer-Aufgabe und führt über den Gesundheitssektor hinaus.
- § Die transkulturelle Arbeit soll in den Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung auf strategischer Ebene verankert werden. Für eine nachhaltige Arbeit braucht es eine langfristige Finanzierung. Erfolgreiche Angebote und Dienstleistungen sollen institutionalisiert werden.
- § Die Verankerung der transkulturellen Arbeit setzt eine Weiterentwicklung der gesamten Organisation voraus. Auf allen Ebenen der Organisation und in allen Entwicklungsphasen von Projekten und Angeboten sollen Personen mit Migrationshintergrund mitarbeiten.
- § Die Vernetzung und Koordination der Schweizer Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention soll gefördert werden. Eine transnationale und translokale Kooperation ist zu prüfen.
- § Die Sicht und die Erfahrung von Personen mit Migrationshintergrund muss vermehrt Eingang in Präventionsprojekte finden. Die Vernetzung mit Organisationen, informellen Netzwerken und Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung (auch über lokale und nationale Grenzen hinweg) ist eine wichtige Voraussetzung für die transkulturelle Arbeit. Die Arbeit der interkulturellen VermittlerInnen ist dabei zentral.
- § Empowerment ist eine wesentliche Grundlage der Chancengleichheit. Dafür müssen strukturelle Barrieren abgebaut, bereits vorhandene Ressourcen aktiv einbezogen und das Engagement der Zielgruppe anerkannt, gefördert und honoriert werden. Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Zielgruppen ist zu stärken.
- § Grundsätzlich sollen alle Angebote auch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet sein. Migration ist dabei wie sozioökonomischer Status, Alter, Gender etc. als ein gesundheitsrelevanter Faktor unter mehreren zu behandeln. Auch migrationsspezifische Projekte können sinnvoll sein.
- § Die Aktivitäten sollen sowohl auf strukturelle Änderungen als auch direkt auf das individuelle Gesundheitshandeln ausgerichtet sein (Verhältnisprävention und Verhaltensprävention).
- § Transkulturelle Gesundheitsförderung in Settings (vor allem Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde bzw. Quartiergemeinschaft) bedeutet, spezifische Lebenswelten so zu nutzen, dass auch für die Migrationsbevölkerung gesundes Verhalten erleichtert wird.
- § Die Nutzung von Angeboten soll gefördert werden. Dafür sollen Zugangsbarrieren abgebaut und vor allem die aufsuchende Arbeit verstärkt werden.
- § Botschaften, Kommunikationsformen und Zugangswege sind an die Zielgruppe anzupassen. Die Kommunikationswege zu und innerhalb der Migrationsbevölkerung sollen näher analysiert werden.
- § Jedes Projekt und Programm braucht eine gute Dokumentation und Evaluation. Good-Practice-Empfehlungen sollen erstellt und weitergegeben werden.
- § Die Forschung zu Fragen der transkulturellen Prävention soll gefördert werden. Zukünftige Forschung soll koordiniert und inter- oder transdisziplinär durchgeführt werden.

Executive Summary

Ausgangslage

Personen mit Migrationshintergrund stellen deutlich mehr als ein Fünftel der Schweizer Wohnbevölkerung. Die Heterogenität und Dynamik innerhalb der Migrationsbevölkerung ist gross, das Gesundheits- und Risikoverhalten entsprechend vielfältig. Bei der Konzeption und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten ist hohe Flexibilität gefragt.

Es gibt in der Schweiz eine ganze Reihe von Fachpersonen und Organisationen, die erfolgreich mit der Migrationsbevölkerung arbeiten. Das Wissen für ein wirkungsvolles Vorgehen ist jedoch lückenhaft und nicht breit bekannt. Im vorliegenden Synthesebericht des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ ist das vorhandene Wissen versammelt. Es steht Fachpersonen und Organisationen zur Verfügung, die vermehrt Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung betreiben wollen.

Das Projekt geht von einem transkulturellen Ansatz aus. Die transkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention stellt nicht ein spezifisches Arbeitsmodell für Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung. Vielmehr gibt sie Anregungen, wie die professionelle Arbeit so weiterentwickelt werden kann, dass sie jederzeit auch auf die Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund angepasst ist.

Ziele

Mit dem Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ sollen Entscheidungsträger für die Prävention und Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung vermehrt sensibilisiert und Fachpersonen zur transkulturellen Arbeit zusätzlich motiviert und befähigt werden. Die Prävention und Gesundheitsförderung zugunsten der sozial benachteiligten Personen mit Migrationshintergrund soll mit Hilfe der vorliegenden Hintergrunddaten und Empfehlungen verstärkt, wirkungsvoller und effizienter gemacht werden. Letztlich soll das Projekt zu geringeren Gesundheitsunterschieden innerhalb der Schweizer Bevölkerung und einem insgesamt besseren Gesundheitszustand beitragen. Mit Werkzeugen, unter anderem einem Raster mit Leitfragen, wird die praktische Umsetzung der Erkenntnisse unterstützt.

Ursprünglich war geplant, mit einem umfassenden Ansatz vier der wichtigsten Risikofaktoren für chronische Krankheiten (Tabak, Alkohol, Ernährung, Bewegung) gleichzeitig und systematisch anzugehen und dabei einen grossen Synergieeffekt zu realisieren. Schliesslich konnte immerhin die Finanzierung der Teilprojekte Tabak und Alkohol durch den Tabakpräventionsfonds sowie den Fonds von Art. 43 des Alkoholgesetzes gesichert werden. Der vorliegende Synthesebericht versammelt ausgehend von den Schwerpunkten Tabak und Alkohol die Ergebnisse der Recherchen und Analysen, mit denen Erkenntnisse zur transkulturellen Arbeit in der Schweiz zusammengetragen wurden. Die meisten Ergebnisse sind allgemeiner Art und nicht gebunden an Risikofaktoren. Sie lassen sich weitgehend auf andere Präventionsbereiche und auf die Gesundheitsförderung übertragen.

Die ursprüngliche Intention des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ war eine Verbesserung der Verhaltensprävention zugunsten der Migrationsbevölkerung, weil die Verhaltensprävention sozial schlechter gestellte

Gruppen in der Regel benachteiligt, während sich eine generelle Verhältnisprävention meist auch auf diese Gruppen positiv auswirkt. Im Verlauf der Arbeit zeichnete sich jedoch ab, dass für eine umfassende transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung strukturelle Anpassungen notwendig sind, Verhältnisprävention also notwendig ist.

Methodisches Vorgehen

Im Rahmen des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ sind eine Literaturanalyse und mehrere Umfragen (bei Fachleuten der transkulturellen Prävention, Fachleuten der Tabak- und Alkoholprävention, Fachpersonen mit Migrationshintergrund und bei Betroffenen aus der Migrationsbevölkerung) durchgeführt worden. Deren Ergebnisse bilden die Grundlage des vorliegenden Syntheseberichts. Daneben wurden einzelne weitere Studien berücksichtigt.

In der Literaturanalyse wurden Studien von sehr unterschiedlicher Qualität und mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen berücksichtigt. Die qualitativen Studien überwiegen; quantitative Daten zur Schweizer Migrationsbevölkerung liegen nur wenige vor.

In den Umfragen wurden die bestehenden Erfahrungen mit Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung sowie methodische Erkenntnisse aus bestehenden Projekten und Angeboten gesammelt. Die Bedürfnisse bei der Migrationsbevölkerung und den Fachleuten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung wurden erhoben, zusammen mit den Haltungen und Meinungen insbesondere zum Tabak- und Alkoholkonsum bzw. der Prävention.

Die Ansätze und Ziele der berücksichtigten Arbeiten sind sehr heterogen. Diese Qualitätsunterschiede wurden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt.

Resultate

Kapitel 4: Die Migrationsbevölkerung der Schweiz und ihre Gesundheit

Die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund wird in der Schweiz erst seit kurzem differenziert untersucht. Aus Public-Health-Überlegungen und wegen der Kosten konzentrieren sich neuere Studien auf die grossen ausländischen Bevölkerungsgruppen. Insgesamt ist die Mortalität von ausländischen Personen geringer als die der einheimischen Bevölkerung. Bestimmte Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung sind jedoch besonders häufig von Gesundheitsstörungen betroffen.

Abhängigkeitserkrankungen bei Personen mit Migrationshintergrund sind noch nicht ausreichend untersucht, und die Datenlage ist häufig schwach. Im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung fallen einerseits der deutlich häufigere **Tabakkonsum** bei Personen aus der Türkei und der leicht erhöhte Tabakkonsum bei Personen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens auf, andererseits die tiefen Raucherquoten der Personen aus Sri Lanka und der Asylsuchenden aus dem Kosovo. Der **Alkoholkonsum** liegt gemäss den vorhandenen Daten insgesamt bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit den SchweizerInnen tiefer. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen sind jedoch bedeutsam. Frauen weisen generell einen geringeren Alkoholkonsum auf. Unter Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist der übermässige

Konsum weniger verbreitet als bei Personen mit höherem sozioökonomischem Status. Ausländische SchülerInnen trinken gemäss den vorhandenen Studien gleich viel oder (gemäss einzelnen Studien) weniger alkoholische Getränke als Schweizer SchülerInnen.

Neben der Nationalität muss der Einfluss von Faktoren wie Sprache, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer und sozioökonomischem Status auf die Gesundheit verstärkt berücksichtigt werden. Das Risikoverhalten und weitere Einflussfaktoren wie Zugangsbarrieren, Lebensumstände und soziale Netzwerke sind erst ungenügend untersucht. Die Erkenntnisse aus den vorhandenen Studien zum Tabak- und Alkoholkonsum sind zum grossen Teil genereller Natur und lassen sich vermutlich auf andere Präventionsbereiche und die Gesundheitsförderung übertragen.

Kapitel 5: Netzwerke der Migrationsbevölkerung

Eine Reihe kürzlich durchgeführter Studien zum Potenzial der Zusammenarbeit mit Netzwerken der Migrationsbevölkerung hat den hohen Stellenwert aktuell „starker“ Beziehungen (im Sinne von „Freundschaft“) aufgezeigt. Vertrauen gilt als notwendige Grundlage der Kommunikation mit Zielgruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung. Als Netzwerke mit Potenzial für die Prävention und Gesundheitsförderung gelten Familie und Freundeskreis, Eigenorganisationen der Migrationsbevölkerung und Schlüsselpersonen. Die grössten Herausforderungen der Zusammenarbeit mit Netzwerken bestehen gemäss diesen Studien im Spannungsfeld zwischen Informalität und Professionalität, im Wechsel von herkunftsbezogenen zu themenspezifischen und kompetenzbezogenen Netzwerken sowie in der Anerkennung der Arbeit von Vereinigungen und Personen der Migrationsbevölkerung. Bei der Arbeit mit Netzwerken der Migrationsbevölkerung sollten immer auch transnationale und translokale Verbindungen berücksichtigt werden.

Kapitel 6: Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung

Die Verkehrs- und Kommunikationswege der Migrationsbevölkerung sind je nach Zielgruppe sehr unterschiedlich, was eine systematische Analyse notwendig macht. Voraussetzung dafür ist der Einbezug von VertreterInnen der Zielgruppe.

Die Charakteristika der Zielgruppe entscheiden über die Gestaltung der Inhalte. Der soziokulturelle Kontext und die sozialen Verkehrsformen, der Wissensstand, der Bildungsgrad, die Normen, Werte und Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit und genderspezifische Unterschiede sind dabei zu beachten.

Der erfolgreichste Zugang zur Migrationsbevölkerung geht über den persönlichen Kontakt. Die aufsuchende Arbeit hat einen hohen Stellenwert, insbesondere bei benachteiligten Gruppen. Solange der Zugang der Migrationsbevölkerung zu einem breiten Spektrum von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung nicht sichergestellt ist, spielen die HausärztInnen und das Apothekenpersonal eine umso wichtigere Rolle: Sie geniessen das Vertrauen grosser Teile der Migrationsbevölkerung, auch jenes von marginalisierten Personen.

Kurse, Workshops und Informationsveranstaltungen, die in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe angeboten werden, erweisen sich als erfolgreich. Musik- und Theateraktionen können der Sensibilisierung dienen. Nicht bewährt haben sich unter anderem rein schriftliche Wege, Workshops mit heterogenem Zielpublikum (Sprachen, Bildungsgrad), das Weitergeben von Informationen ohne persönliches Gespräch und eine unprofessionelle Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen und interkulturellen VermittlerInnen.

Generell werden gemäss den vorhandenen Studien die Medien in der Sprache des Herkunftslandes besser wahrgenommen. Das Fernsehen ist das wichtigste Medium für die Migrationsbevölkerung, insbesondere für die erste Generation, das Internet spielt vor allem bei Jugendlichen und der zweiten Generation eine wichtige Rolle. Die Nutzung von Printmedien ist in der Schweiz noch kaum untersucht; sicher ist, dass diesbezüglich grosse Heterogenität herrscht. Es werden sowohl Medien aus dem Herkunfts- wie aus dem Aufnahmeland genutzt, bei Jugendlichen vermehrt Medien aus dem Aufnahmeland.

Kapitel 7: Wissen und Haltungen zu Tabak, Alkohol und Präventionsangeboten

Es gibt erst wenige Studien zum Suchtverständnis von Personen mit Migrationshintergrund, ihrem Wissen über die Schädlichkeit des Tabak- und Alkoholkonsums und ihre Einstellungen zu Konsum, Prävention und Therapie. Die Einschätzungen zu den Verhältnissen in der Schweiz beruhen meist auf Einzelbeobachtungen. Dies ist bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse zu beachten.

Das **Suchtverständnis** und der Umgang mit Abhängigkeitsproblemen sind bei Personen mit Migrationshintergrund wenig herkunftsspezifisch. Ein umfassenderes Verständnis des Suchtbegriffs ist bei Personen vorhanden, die schon länger in der Schweiz leben, und bei Eltern, deren Kinder in der Schule über Abhängigkeiten aufgeklärt werden.

Das Wissen und die Haltungen der Migrationsbevölkerung zum **Tabakkonsum** sind ähnlich wie bei der einheimischen Bevölkerung, wenn auch tendenziell wenig differenziert. Die Akzeptanz des Rauchens ist geschlechtsspezifisch: Rauchen wird mit Männlichkeit verbunden. Der Bekanntenkreis und die Familie haben grossen Einfluss auf die Rauchgewohnheiten. Zum Teil – vor allem bei Frauen und Jugendlichen – ist das Rauchen mit Scham verbunden und wird versteckt. Dass Kinder (auch erwachsene) vor ihren Eltern rauchen, wird zum Teil als inakzeptabel bezeichnet. Es muss vermutet werden, dass dem Rauchen bei Personen mit Migrationshintergrund, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, als Coping-Strategie eine wichtige Funktion zukommt. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigt die Empfänglichkeit für Präventionsbotschaften. Präventionswissen zum Rauchen wird gemäss den vorhandenen Studien im privaten Bereich, bei Fachpersonen des Gesundheitswesens und über öffentlich zugängliche Informationen geholt, sowohl im Herkunftsland wie in der Schweiz. Besonders gut scheinen öffentliche Kampagnen (zum Beispiel an Schulen) und Informationen aus dem Fernsehen die Zielgruppen zu erreichen.

Alkoholtrinken wird als in der Schweiz sehr verbreitet und sozial erwünscht, teilweise gar als Pflicht wahrgenommen. Aufgrund von mangelnden Informationen und anderen, vordringlicheren Problemen thematisieren Personen mit Migrationshintergrund die **Alkoholabhängigkeit** oft erst spät. Personen mit Migrationshintergrund, die nie alkoholabhängig waren oder ihre Abhängigkeit nicht bewusst wahrnehmen, verharmlosen tendenziell den Alkoholkonsum. Wer hingegen Erfahrungen mit Alkoholabhängigkeit hat, betont in dessen die Gefahren. Die im Rahmen des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ befragten Personen mit Migrationshintergrund kennen sehr wenige Präventionsangebote. Strukturelle Hürden bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Therapieangeboten sind zum Beispiel mangelnde Sprachkenntnisse, ein Mangel an Informationen zu Abhängigkeiten und Gesundheit sowie fehlendes Vertrauen. Kulturelle, herkunftsbezogene Hürden sind unter anderem Scham- und Schuldgefühle, Angst vor Stigmatisierung und die Befürchtung, das Ansehen der Familie zu schädigen. Ar-

beitslosigkeit, schwierige Arbeitsbedingungen und fehlende oder mangelnde soziale Integration können zum sozialen Rückzug führen und die Erreichbarkeit für die Präventionsarbeit weiter erschweren. Zudem muss vermutet werden, dass Angebote, die etwas kosten, kaum genutzt werden.

Kapitel 8: Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz

Im Rahmen der Literaturstudie dieses Projekts wurde nach migrationsspezifischen Projekten der Tabak- und Alkoholprävention in der Schweiz gesucht. Es wurden zehn solche Projekte gefunden. Ursprünglich war vorgesehen, ausschliesslich evaluierte Projekte zu berücksichtigen. Dies war nicht durchführbar, da es noch kaum evaluierte Interventionen für Personen mit Migrationshintergrund gibt. Ausführliche Dokumentationen liegen selten vor.

Geöffnete Angebote gibt es erst sehr wenige. Zwei Fachstellen im Bereich Sucht richten sich ausschliesslich an die Migrationsbevölkerung: die Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) und die multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB). Die Stiftung Contact Netz (Berner Gruppe für Jugend-, Eltern- und Suchtarbeit) hat den transkulturellen Ansatz vorbildlich umgesetzt: Ihre Angebote richten sich nicht ausschliesslich an die Migrationsbevölkerung, stattdessen wurde die Organisation mit allen Leistungen transkulturell geöffnet.

Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit 2002-2007 des Bundesamtes für Gesundheit wurden im Suchtbereich ein Fonds zur finanziellen Unterstützung von Impuls- und Entwicklungsprojekten, das Pilotprojekt „Migration und Sucht“ und eine nationale Machbarkeitsstudie zum Projektmodell „Migration und Sucht“ realisiert. Im Bereich der Gesundheitsförderung wurden die FemmesTische und das Angebot „SUPPORT für gesundheitsfördernde Projekte von Personen mit Migrationshintergrund für MigrantInnen“ unterstützt.

Die Schwerpunkte der kantonalen Angebote für Personen mit Migrationshintergrund liegen bei Ernährung und Bewegung, Erziehung und Familie, Krebs, HIV/Aids und sexueller Gesundheit. Bei der Mehrheit der genannten Angebote handelt es sich um fremdsprachiges Informationsmaterial und fremdsprachige Informationsveranstaltungen, sowie um fremdsprachige Beratungen.

Kapitel 9: Bedürfnisse bezüglich Tabak- und Alkoholprävention

Es gibt noch kaum Studien, in denen die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung genau beschrieben werden. In Umfragen zu diesem Projekt wurden die Personen mit Migrationshintergrund auch nach ihren Bedürfnissen bezüglich Tabak- und Alkoholprävention gefragt.

Allgemeine Bedürfnisse bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung beziehen sich auf eine stärkere Betonung aufsuchender Strategien und eine Stärkung der Rolle von Vertrauenspersonen. Es werden mehr mündliche Informationen gewünscht, gleichzeitig auch eine Anpassung schriftlicher Informationen an die sprachlichen Bedürfnisse der Zielgruppe und der vermehrte Einsatz von Bildern. Massnahmen der Verhältnisprävention wurden begrüsst. Ganz allgemein sprechen sich die befragten Personen mit Migrationshintergrund für eine Stärkung der Integrationsbemühungen aus.

Als spezifisches Bedürfnis bezüglich Tabakprävention wird eine Stärkung der Rolle des persönlichen Umfelds genannt. Es werden zudem verbesserte Informationen

zur Nikotinabhängigkeit und ihrer Therapie gewünscht. Die Bedürfnisse bezüglich Alkoholprävention liegen in einer Stärkung der Rolle des Hausarztes und einer allgemeine Verbesserung des Problembewusstseins bei der Migrationsbevölkerung.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Executive Summary)

Sektorenübergreifende Förderung

Präventionsarbeit im Migrationsbereich ist eine Transfer-Aufgabe und führt über den Gesundheitssektor hinaus. Politische EntscheidungsträgerInnen sollen die transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung als wichtiges Element in allen politischen Handlungsfeldern anerkennen (Gesundheitspolitik, Bildungspolitik, Volkswirtschaft, Steuerpolitik, Bau/Umwelt/Verkehr etc.). Die Kooperation verschiedener EntscheidungsträgerInnen aus Politik und Zivilgesellschaft ist für den Erfolg der transkulturellen Arbeit unverzichtbar.

Verankerung und Finanzierung

Die transkulturelle Arbeit soll in den Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung auf strategischer Ebene verankert werden. Die Migrationsbevölkerung muss in allen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Für eine nachhaltige Arbeit braucht es eine langfristige Finanzierung. Erfolgreiche Angebote und Dienstleistungen sollen institutionalisiert werden.

Organisationsentwicklung

Die Verankerung der transkulturellen Arbeit setzt eine Weiterentwicklung der gesamten Organisation voraus. Auf allen Ebenen der Organisation und in allen Phasen der Angebotsentwicklung und -umsetzung sollen Personen mit Migrationshintergrund mitarbeiten. Zur transkulturellen Öffnung der Organisationen gehören auch eine Anpassung des Qualitätsmanagements und eine Bereitschaft zu Konfliktmanagement.

Vernetzung der Akteure

Die Vernetzung und Koordination der Schweizer Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention sollen gefördert werden, zum Beispiel über Anreize zur Zusammenarbeit (Anreizfinanzierung gemeinsamer Projekte, Handbücher, Austausch-Plattformen). Dabei sind insbesondere auch die HausärztInnen einzubeziehen. Etablierte Kontakte mit Mitgliedern von Exekutiven und Parlamenten sind ebenfalls wesentlich. Eine transnationale und translokale Kooperation ist zu prüfen, unter anderem auch mit politischen EntscheidungsträgerInnen aus anderen Ländern.

Partizipation und Dialog

Die Sicht und die Erfahrung von Personen mit Migrationshintergrund müssen vermehrt Eingang in Präventionsprojekte finden. Die Vernetzung mit Organisationen, informellen Netzwerken und Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung (auch über lokale und nationale Grenzen hinweg) ist eine wichtige Voraussetzung für die transkulturelle Arbeit. Die Arbeit der interkulturellen VermittlerInnen ist dabei zentral. Sie sollen ihrer Bedeutung entsprechend in die Organisation integriert werden. Eine partizipative Arbeitsweise setzt ausreichende Zeitressourcen voraus. Vor allem während des Projektaufbaus wird Zeit für die Analyse der Zielgruppe, die Kontaktaufnahme mit Schlüsselpersonen, die Einbindung bei der Planung etc. benötigt. Eine der grössten Herausforderungen bei dieser Arbeit ist das Span-

nungsfeld zwischen Professionalität und Informalität, in dem sich Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung ebenso wie Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung befinden.

Empowerment und Health Literacy

Empowerment und Health Literacy sind wesentliche Grundlagen für die Schaffung von Chancengleichheit. Für die Migrationsbevölkerung bedeutet dies, Schlüsselpersonen und Personen mit Migrationshintergrund zu befähigen, die eigene Gesundheit zu beeinflussen und Entscheide im Umgang mit Gesundheit und Krankheit selbst zu treffen. Dazu braucht es Information sowie die Fähigkeit, die Information zu nutzen (Health Literacy). Empowerment und Health Literacy bedeuten auch, Barrieren zu beseitigen, die eine Selbstbestimmung der Migrationsbevölkerung behindern.

Wahl der Zielgruppe

Grundsätzlich sollen alle Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die breite Bevölkerung auch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet sein. Migration ist bei der Festlegung der Aktivitäten als einer von mehreren gesundheitsrelevanter Faktoren zu behandeln – wie sozioökonomischer Status Alter, Gender etc. Spezifische Probleme bei ausgewählten Zielgruppen sollen mit zielgruppenspezifischen Angeboten angegangen werden.

Verhältnis- und Verhaltensprävention

Bei Projekten und Angeboten, die auf individuelles Handeln (Verhaltensprävention) ausgerichtet sind, sollte immer auch an die Verhältnisprävention gedacht werden. Idealerweise ist eine Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention anzustreben.

Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz ist darauf ausgerichtet, die Rahmenbedingungen in den Lebenswelten der Migrationsbevölkerung gesundheitsfördernd zu gestalten. Transkulturelle Gesundheitsförderung in Settings (vor allem Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde bzw. Quartiergemeinschaft) bedeutet, spezifische Lebenswelten so zu nutzen, dass auch für die Migrationsbevölkerung gesundes Verhalten erleichtert wird. Die transkulturelle Gesundheitsförderung muss die sozialen Besonderheiten der Migrationsbevölkerung in den Settings berücksichtigen. Der partizipative Ansatz und die Arbeit über starke Beziehungen (Vertrauensbildung) spielen dabei eine zentrale Rolle.

Aufsuchender Ansatz – Zugang zu Angeboten erleichtern

Die Nutzung von Angeboten soll gefördert werden. Das aufsuchende Vorgehen muss die Lebenswelten, die Gesundheitskompetenz (Health Literacy), die Verkehrsformen und die Bedeutung der starken Beziehungen mit der Zielgruppe berücksichtigen. Der Abbau von Zugangsbarrieren (Sprache, Öffnungszeiten etc.) verbessert den Zugang der Migrationsbevölkerung zu nicht-aufsuchenden Angeboten.

Kommunikationsmethoden anpassen

Botschaften, Kommunikationsformen und Zugangswege sind an die Zielgruppe anzupassen. Oft sind inhaltliche Anpassungen weniger entscheidend als eine generelle Verstärkung der Kommunikationsbemühungen gegenüber der Migrationsbevölkerung. Muttersprachliche Beratung und übersetzte Informationsmaterialien sollen angeboten werden. Innovative, weniger sprachgebundene Ansätze sind hilfreich und dort gefordert, wo die Sprache als Kommunikationsmittel nicht genügt. Schlüsselpersonen spielen bei der Kommunikation eine wichtige Rolle und sollen

sorgfältig gewählt werden. Die Kommunikationswege zu und innerhalb der Migrationsbevölkerung sollen näher analysiert werden. Es ist zu prüfen, wie Informationen niederschwellig über von der Zielgruppe bevorzugte Medien vermittelt werden können, auch transnational und translokal.

Dokumentation, Evaluation und Wissenstransfer

Jedes Projekt und Programm braucht eine gute Dokumentation und Evaluation. Anhand der Wirksamkeitsevaluation sollen Good-Practice-Empfehlungen erstellt und weitergegeben werden.

Forschung

Die Forschung zu Fragen der transkulturellen Prävention soll gefördert werden, um evidenzbasierte, praxisrelevante Aussagen zu ermöglichen. Zukünftige Forschung in diesem Bereich soll koordiniert und inter- oder transdisziplinär durchgeführt werden. Systematisch erhobene und spezifisch ausgewertete Daten erlauben differenzierte Aussagen und entsprechend abgestützte Empfehlungen für die Praxis.

1. Einleitung

1.1. Ursprünge und Vision des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“

Die Migrationsbevölkerung stellt deutlich mehr als ein Fünftel der Schweizer Wohnbevölkerung. Die Migrationsbevölkerung (synonym mit „Personen mit Migrationshintergrund“) wird hier definiert als „alle in der Schweiz wohnhaften Personen, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden oder nicht“ (BAG, 2007c). Dieser Begriff umfasst somit neben den offiziell registrierten AusländerInnen (mit einem Anteil an der Wohnbevölkerung von rund 20%) auch die eingebürgerten Personen der ersten und zweiten Generation sowie die offiziell nicht erfassten Personen ohne Aufenthaltsbewilligung (Sans-Papiers).

Wie viel Geld für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Personen mit Migrationshintergrund ausgegeben und wie viel Wirkung damit erzielt wird, ist weitgehend unbekannt. Die am Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ beteiligten Fachpersonen und Organisationen (siehe Kasten in Abschnitt 1.7) haben festgestellt, dass es für die Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung mit den gegebenen Ressourcen schwierig ist, sich für die Migrationsbevölkerung zu engagieren. Den Verantwortlichen stehen weder ausreichende epidemiologische Daten noch das Wissen über das optimale Vorgehen zur Verfügung, und die für die Migrationsbevölkerung geeigneten Kommunikationskanäle sind ungenügend bekannt. Es muss also jedes Mal von neuem viel Grundlagenarbeit geleistet werden, bevor Aktivitäten entfaltet werden. Das Verhältnis von Aufwand zu Ertrag schreckte bisher oft vor einem Engagement ab.

Als Beitrag zur Lösung dieses Problems wurden die existierenden Erkenntnisse zur transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung zusammengetragen und aufbereitet, ausgehend von den Schwerpunkten Tabak- und Alkoholprävention. Das zentrale Ergebnis dieser Arbeiten ist der vorliegende Synthesebericht. Er enthält Grundlagen für strategische und operative Entscheide, die zur Umsetzung konkreter Projekte beitragen sollen.

Vision. Die Vision des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ ist, dass in Zukunft bei der Planung aller grösseren Programme der Gesundheitsförderung und Prävention bewusst auch die Migrationsbevölkerung eingeschlossen wird. Zu diesem Zweck sollen die Entscheidungsträger der Prävention und Gesundheitsförderung auf die spezifischen Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung sensibilisiert und zur Arbeit für diese und andere benachteiligte Gruppen motiviert werden, und die Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung sollen zur Arbeit in diesem Bereich motiviert und befähigt werden. Dank der mit diesem Projekt geschaffenen Sensibilisierung und den erarbeiteten Instrumenten soll die heute vernachlässigte Prävention von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten bei sozial benachteiligten MigrantInnen verstärkt, auf Evidenzen abgestützt und dadurch wirkungsvoller und effizienter werden. Dies soll letztlich zu einem besseren Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung, zu einer Reduktion des gesundheitlichen Gradienten in der schweizerischen Bevölkerung und damit zu vermehrter Chancengleichheit führen.

1.2. Komplexität des Arbeitsfelds

Innerhalb der Migrationsbevölkerung existieren viele verschiedene Gruppen. Die Dynamik im Feld der Migration ist gross. Die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung kann sich innert kurzer Zeit ändern, sowohl bezüglich Herkunft, Migrationsgründen und Migrationserfahrung als auch bezüglich sozioökonomischem Status, Bildung, Geschlecht, Alter und anderen Faktoren. Das Gesundheits- und Risikoverhalten ist von all diesen Faktoren abhängig. Bei der Konzeption und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten ist hohe Flexibilität gefragt, um der ständig wechselnden Situation gerecht zu werden.

Deutlich wird die Heterogenität etwa bei der Generationenfrage. Die erste und die zweite Generation der Migrationsbevölkerung unterscheiden sich zweifellos in verschiedenen Belangen. Doch dieser Faktor wurde bisher erst in wenigen Studien berücksichtigt und analysiert (vgl. etwa Frick, Lengler et al., 2006). Die im Rahmen dieses Syntheseberichts vorgestellten Ergebnisse beziehen sich in erster Linie auf die besser untersuchte erste Einwanderungsgeneration. Auf die zweite Generation wird so weit wie möglich eingegangen.

Die erforderliche Flexibilität können Organisationen und Fachleute erbringen, wenn sie statt einer Orientierung an einzelnen Herkunftsgruppen einen transkulturellen Ansatz wählen (siehe Kasten unten). Dieser geht von grosser Vielfalt in der Zielgruppe aus. Viele Empfehlungen der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung gelten nicht nur für die Migrationsbevölkerung, sondern allgemein für benachteiligte, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen. Oft sind die Empfehlungen generell auf die Bevölkerung übertragbar.

1.3. Fokus des Projekts

Im Fokus des Syntheseberichts stehen Tabak und Alkohol, die zu den wichtigsten Risikofaktoren im Bereich der nicht-übertragbaren Krankheiten gehören. Der Synthesebericht zeigt jedoch, dass sich die meisten Resultate auf alle Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung übertragen lassen.

Die ursprüngliche Idee war, das Projekt in erster Linie auf die Verhaltensprävention auszurichten, weil bei der Verhaltensprävention sozial schlechter gestellte Gruppen in der Regel benachteiligt werden. Die Wahl der Botschaften, der Sprache und der Bilder in der Gesundheitsförderung und der Prävention ist meist auf die Lebensverhältnisse, den Lebensstil, die Bildungsvoraussetzungen, das Körper- und Gesundheitsverständnis einer sozioökonomischen Mittel- bis Oberschicht ausgerichtet. Die Wahl der Medien und zum Teil auch der Settings vernachlässigt die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Dadurch sinkt deren Chance, in Präventionsinitiativen eingebunden zu werden und wichtige Informationen in einer für sie verständlichen Form zu erhalten. Generelle Verhältnisprävention, zum Beispiel via ökonomische Anreize oder Angebotslenkung, wirkt sich dagegen in der Regel auf die gesamte Bevölkerung aus, auf sozial schlechter gestellte Gruppen oft sogar verstärkt.

Im Verlauf der Arbeit am vorliegenden Synthesebericht zeichnete sich jedoch ab, dass für eine umfassende transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung strukturelle Anpassungen notwendig sind. Zu den wichtigsten Empfehlungen, die sich aus dem Synthesebericht ergeben, gehören die sektorenübergreifende Förderung der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung, ihre Verankerung

auf struktureller Ebene (Bund, Kantone, Gemeinden, NGOs etc.) und eine konsequente Organisationsentwicklung der Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung hin zum transkulturellen Ansatz.

Begriffe der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung

Die wichtigsten Begriffe der transkulturellen Arbeit sollen hier kurz eingeführt werden. Weitere für den Bericht relevante Begriffe sind in einem separaten Glossar erläutert.

Transkulturalität geht von einem dynamischen Kulturkonzept aus: Kultur ist ständig in Bewegung und wandelt sich. Es gibt keine in sich geschlossene, klar voneinander abgrenzbare Kulturen. Stattdessen wird die Kultur einer Gesellschaft von allen ihren Mitgliedern gestaltet. Im Mittelpunkt des transkulturellen Konzepts steht der Mensch. Jeder Mensch bringt komplexe soziokulturelle Hintergründe mit, die in unterschiedlichem Mass mit den Hintergründen anderer Gesellschaftsmitglieder übereinstimmen (adaptiert nach Eicke et al., 2007). Transkulturalität fokussiert nicht auf die Unterschiede, sondern auf die Gemeinsamkeiten von Personen aus verschiedenen Hintergründen. Die transkulturelle Arbeit zielt darauf ab, zu integrieren statt zu segregieren.

Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit und Fertigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten (Domenig, 2007a). Im Zentrum steht die Interaktion zwischen Individuen in ihrem jeweiligen kulturellen Kontext, in unserem Fall zwischen Fachpersonen und Personen mit Migrationshintergrund.

Transkulturelle Kompetenz benötigt drei Schlüsselqualifikationen:

- § die Fähigkeit zur situationsgerechten, verständlichen und differenzierten Kommunikation,
- § ein breites, flexibel einsetzbares Repertoire an Methoden und Techniken,
- § eine ethische Grundhaltung, die es ermöglicht, angemessen mit Personen mit Migrationshintergrund in allen Lebenslagen umzugehen (Domenig, 2007a).

„Bei transkultureller Kompetenz handelt es sich ... um eine dynamische Zusammensetzung vielfältigster Fähigkeiten, die es ermöglichen, sich in verschiedensten soziokulturellen Begegnungssituationen zu orientieren und reflektiert zu handeln... Transkulturelle Kompetenz könnte als Fähigkeit definiert werden, in verschiedenen sozialen Kontexten Unterschiede und Gemeinsamkeiten wahrzunehmen und zu interpretieren ... und adäquate Handlungsformen zu finden.“ (Eicke et al., 2007)

Die transkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention geht davon aus, dass Einstellungen und Verhaltensweisen kulturell mitbedingt sind. Sie will nicht ein spezifisches Modell der Prävention und Gesundheitsförderung für Personen mit Migrationshintergrund konstruieren. Vielmehr soll die professionelle Arbeit auf diesem Gebiet so weiterentwickelt werden, dass sie jederzeit auch auf die Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund angepasst und situationsgerecht ist (adaptiert nach Domenig, 2007a).

Einerseits bedeutet das, dass die Fachleute der Gesundheitsförderung und Prävention transkulturelle Kompetenz für die Interaktion mit Personen aus den Zielgruppen erwerben müssen. Andererseits ist auch zwingend, dass sich die Strukturen transkulturell öffnen müssen. Der damit verbundene, tiefgreifende und nachhaltige organisatorische Wandel soll sich auf alle Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention auswirken (adaptiert nach Domenig, 2007a). Die vermehrte Sensibilisierung der Akteure und die Ausrichtung der Angebote auf die Diversität der Schweizer Bevölkerung soll dazu beitragen, die Prävention und Gesundheitsförderung generell besser auf die Bedürfnisse der Zielgruppen auszurichten.

1.4. Umfeld

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) begann 2002 mit der Umsetzung der „Bundesstrategie Migration und Gesundheit“. Für die Jahre 2008 bis 2013 ist eine Nachfolgestrategie erstellt worden. Die Bundesstrategie Migration und Gesundheit bezweckt, die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zu verbessern und gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen (BAG, 2007c).

Eine Umfrage bei Fach- und Beratungsstellen, die sich speziell an Personen mit Migrationshintergrund richten (Bauer, 2008) und eine Umfrage bei kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung und Prävention (vorgenommen im Rahmen einer Literaturanalyse; siehe Kasper et al., 2008) zeigen, dass in der Schweiz erst wenige Angebote der Sucht-, Alkohol- und Tabakprävention existieren, die sich explizit an Zielgruppen der Migrationsbevölkerung richten. 15 von 26 Kantonen bzw. Halbkantonen gaben Hinweise auf solche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Schwerpunkte der meist punktuellen Interventionen liegen bei Ernährung und Bewegung, Erziehung und Familie, Krebs, HIV/Aids und sexueller Gesundheit (Kasper et al., 2008). Bei der Mehrheit der Angebote handelt es sich um fremdsprachiges Informationsmaterial, fremdsprachige Informationsveranstaltungen und fremdsprachige Beratungen (Kasper et al., 2008).

Transkulturell geöffnete Projekte sind hierzulande noch eine Rarität. Eine der Fachstellen, die einen umfassenden Öffnungsprozess gemacht hat, ist das Contact Netz Bern (siehe 8.3). Es gibt in der Schweiz ausserdem eine Reihe von Institutionen, die sich mehr oder weniger für die Migrationsbevölkerung geöffnet haben und Beratungen oder Präventionsdienstleistungen für Personen mit Migrationshintergrund anbieten bzw. mit ihren Interventionen auch die Migrationsbevölkerung erreichen. Dazu gehören etwa die Suchthilfe Region Olten und der Verein Appartenances im Kanton Waadt. Zwei migrationspezifische Fachstellen im Bereich Sucht richten sich ausschliesslich an die Migrationsbevölkerung (SRK 2007): die Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) in Zürich und die Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB).

Verschiedene Institutionen ausserhalb des eigentlichen Gesundheitsbereichs tragen zur Prävention und Gesundheitsförderung bei. Hier müssen besonders die Schulen genannt werden. Auch wenn eine systematische Bestandaufnahme fehlt, kann mit Sicherheit gesagt werden, dass in den Schulen wichtige Informationsarbeit geleistet wird, die der Gesundheitsförderung dienlich ist. Eine systematische Verankerung transkultureller Prinzipien in den Institutionen des Bildungswesens steht allerdings aus.

1.5. Stand und Fortsetzung des Projekts

Mit der Veröffentlichung des vorliegenden Syntheseberichts ist die erste Phase des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ abgeschlossen. In einer zweiten Projektphase werden die Erkenntnisse des Syntheseberichts breit bei Fachleuten und Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung gestreut. Zum Teil bereits in dieser zweiten, vor allem aber in einer dritten Projektphase sind mehrere Pilotprojekte vorgesehen. Sie sollen einesteiils die existierenden Tabak- und Alkoholpräventionsprogramme, insbesondere das Nationale Rauchstoppprogramm, transkulturell erweitern. Andererseits ist es das Ziel, die Tabak- und Alkoholprävention in bestehende transkulturelle Aktivitäten zu integrieren.

Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“: Organisationen und Personen

Das Projekt stützt sich auf die Zusammenarbeit mit wichtigen Organisationen der Prävention, Gesundheitsförderung und transkulturellen Arbeit. Im Fachbeirat des Projekts arbeiten Fachleute aus der transkulturellen Präventionsarbeit mit, die grossenteils einen Migrationshintergrund haben. Der wissenschaftliche Beirat besteht aus Forschenden in den Bereichen Migration und transkulturelle Prävention. Die Projektleitung liegt bei Public Health Services.

Steuergruppe

- § Osman Besic (**Schweizerisches Rotes Kreuz SRK**) (bis 30.10.09)
- § Andreas Biedermann, Projektkoordinator (**PHS Public Health Services**)
- § Walter Brunner (**Caritas**)
- § Verena el Fehri (**Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention**)
- § Rainer Frei (**RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention**)
- § Michel Graf (**Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA**)
- § Ursula Zybach (**Krebsliga Schweiz**)
- § Bis Anfang 2008: Brigit Zuppinger (**Bundesamt für Gesundheit**)

Wissenschaftlicher Beirat

- § Patrick Bodenmann, Médecin associé, Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne
- § Janine Dahinden, Maison d'analyse des processus sociaux (MAPS), Universität Neuenburg
- § Roger Keller, Tabakmonitoring und Psychologisches Institut der Universität Zürich
- § Corina Salis Gross, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich (ISGF)/PHS Public Health Services
- § Holger Schmid, Fachhochschule Nordwestschweiz
- § Petra Zeyen Bernasconi, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) Bern

Beirat Fachleute

- § Ganga Jey Aratnam, Integrationsnetz Zug
- § Umberto Castra, Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten (FIMM) und ContactNetz
- § Anna Christen, ehemalige Leiterin Dossier Gleichstellung TravailSuisse
- § Ylfete Fanaj, Politforum Zentralschweiz, Grossstadträtin Stadt Luzern
- § Barbara Gysel, Pädagogische Hochschule Zentralschweiz, ehemals Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk (SAH)
- § Mara Hermann, Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB)
- § Nathalie Ljuslin, Centre de rencontres et d'échanges interculturels pour femmes réfugiées, immigrées et suisses RECIF, ehemals Hilfswerk der Evangelischen Kirchen Schweiz (HEKS)
- § Jean-Claude Métraux, Université de Lausanne, ehemals Appartenances Lausanne
- § Emine Sariaslan, Präsidentin des Forums für Integration FIMM und Mitglied der Interessengruppe Migration der UNIA
- § Rupan Sivaganesan, Kantonsrat und Gemeinderat Zug
- § Damir Stimac, Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt, ehemals Suchthilfe Baden

1.6. Dank

Die Projektleitung dankt der Steuergruppe und allen Organisationen, die sich am Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ beteiligen, den Mitgliedern der Beiräte und Fokusgruppen, den AutorInnen des Syntheseberichts, der Literaturanalyse und der Umfragen und den TeilnehmerInnen der Umfragen. Dank geht auch an den Tabakpräventionsfonds, den Fonds gemäss Art. 43a AlG und Gesundheitsförderung Schweiz für die finanziellen Beiträge an das Projekt.

2. Ausgangslage und Ziele

2.1. Ausgangslage

Zur Migrationsbevölkerung der Schweiz¹ gehören gemäss den gängigsten Definitionen alle in der Schweiz wohnhaften Personen, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen (vgl. BAG, 2007c). Dazu gehören Personen, die selbst in die Schweiz eingewandert sind („erste Generation“) und deren direkte Nachfahren („zweite Generation“). Neben den offiziell als AusländerInnen registrierten Personen mit ausländischem Pass gehören zur Migrationsbevölkerung auch die eingebürgerten Personen der ersten und zweiten Generation sowie die offiziell nicht erfassten Personen ohne Aufenthaltsbewilligung (Sans-Papiers).

Es gibt keine genauen Zahlen zur Grösse der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Alleine die registrierten AusländerInnen² machen rund ein Fünftel der Schweizer Wohnbevölkerung aus. Ein Teil dieser grossen Bevölkerungsgruppe ist einer erhöhten gesundheitlichen Belastung ausgesetzt. Die wachsende Diversität der Schweizer Bevölkerung stellt das Gesundheitssystem vor zum Teil neue Herausforderungen. Eine dieser Herausforderungen bildet die Gewährleistung von Chancengleichheit³ im Zugang zur Gesundheitsdienstleistungen (BAG, 2007c). Zur Bundesstrategie Migration und Gesundheit 2008-2013 (BAG, 2007c) gehören unter anderem die folgenden Wirkungsziele:

- § Angebote der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie der gesundheitsbezogenen Information sind migrationsgerecht ausgestaltet.
- § Personen mit Migrationshintergrund verfügen über ausreichende Gesundheitskompetenz und gesundheitsbezogene Informationen, um sich gesundheitsförderlich verhalten zu können.
- § Das Gesundheitspersonal verfügt über transkulturelle Kompetenz⁴ im Umgang mit einer von Diversität geprägten Klientel.

Im Strategiepapier 2008-2013 wird festgehalten, dass „erst beschränkte Erkenntnisse über die Effektivität und Wirksamkeit von Massnahmen“ in der Schaffung von gesundheitlicher Chancengleichheit vorliegen (BAG, 2007c). Dies gilt sowohl für die Gesundheitsversorgung als auch für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Es gibt Hinweise darauf, dass die Migrationsbevölkerung von den Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung des Bundes, der Kantone und weiterer Akteure weniger profitiert als die einheimische Bevölkerung. Vor allem bei der Verhaltensprävention⁵ werden sozial schlechter gestellte Gruppen in der Regel benachteiligt. Die Wahl der Medien und Botschaften, der Sprache und der Bilder in der Gesundheitsförderung und der Prävention ist meist auf die Lebensverhältnisse, die Bildungsvoraussetzungen, das Körper- und Gesundheitsverständnis der sozioökonomischen Mittel- bis Oberschicht ausgerichtet.

¹ Dieser Bericht verwendet die Begriffe „Migrationsbevölkerung“ und „Personen mit Migrationshintergrund“ synonym, im Gegensatz zum Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2007c)

² Gemäss Definition des Bundesamtes für Statistik.

³ Siehe Glossar.

⁴ Siehe Glossar.

⁵ Siehe Glossar.

2.2. Ziele des Projekts

Mit dem Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ sollen Entscheidungsträger für die Prävention und Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung sensibilisiert und Fachpersonen zur transkulturellen Arbeit motiviert und befähigt werden. Ausgehend von den Schwerpunkten Tabak und Alkohol versammelt der vorliegende Synthesebericht die Ergebnisse der Recherchen und Analysen, mit denen Erkenntnisse zur transkulturellen Arbeit in der Schweiz zusammengetragen wurden. Diese Ergebnisse lassen sich weitgehend auf andere Präventionsbereiche und auf die Gesundheitsförderung übertragen.⁶ Die Prävention und Gesundheitsförderung zugunsten der sozial benachteiligten Personen mit Migrationshintergrund soll mit Hilfe der vorliegenden Hintergrunddaten und Empfehlungen verstärkt, wirkungsvoller und effizienter gemacht werden. Letztlich soll das Projekt zu geringeren Gesundheitsunterschieden innerhalb der Schweizer Bevölkerung und einem insgesamt besseren Gesundheitszustand beitragen.

Die Aktivitäten des Projekts richten sich an:

- § Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, die über die Ausrichtung und die Budgets der Prävention und der Gesundheitsförderung (mit den Schwerpunkten Tabak und Alkohol) befinden.
- § Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung (mit den Schwerpunkten Tabak und Alkohol), welche die transkulturelle Prävention umsetzen.

Die konkreten Resultate aus dieser Arbeit sind:

- § Der hier vorliegende Synthesebericht mit einer vertieften Analyse der Ausgangslage, Good-Practice-Beispielen, Qualitätsstandards für die Projektumsetzung und weiteren Hilfsmitteln.
- § Eine verstärkte Sensibilisierung der Akteure und die breite Dissemination der Erkenntnisse aus dem Synthesebericht.
- § Pilotprojekte als Erweiterung von existierenden transkulturellen Aktivitäten, zur Valorisierung, Optimierung und weiteren Dissemination der Erkenntnisse und Hilfsmittel.

⁶ Tabak- und Alkoholkonsum gehören zu den wichtigsten Ursachen für chronische, nicht übertragbare Krankheiten. Ursprünglich war geplant, mit einem umfassenden Ansatz vier der wichtigsten Risikofaktoren für chronische Krankheiten (Tabak, Alkohol, Ernährung, Bewegung) gleichzeitig und systematisch anzugehen und dabei einen grossen Synergieeffekt zu realisieren. Die Finanzierung der Teilprojekte Tabak und Alkohol konnte durch den Tabakpräventionsfonds sowie den Fonds von Art. 43 des Alkoholgesetzes gesichert werden.

3. Methodisches Vorgehen

Grundlage des vorliegenden Syntheseberichts sind in erster Linie eine Literaturanalyse (Kasper et al., 2008) und drei Umfragen, die alle im Rahmen des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ durchgeführt wurden:

- § bei Fachleuten der transkulturellen Prävention (Bauer, 2008)
- § bei Fachleuten der Tabak- und Alkoholprävention (Müller, 2008)
- § bei Fachpersonen mit Migrationshintergrund und bei Betroffenen aus der Migrationsbevölkerung (Stuker et al., 2008).

Neben den Resultaten dieser vier Arbeiten wurden weitere Studien berücksichtigt, insbesondere

- § für Kap. 5, Netzwerke der Migrationsbevölkerung, die Studien von Moret et al., (2008) Moret et al. (2007a) und Güngör et al. (2000)
- § für Kap. 6, Kommunikationswege zur Migrationsbevölkerung, die Studien von Piga (2007) und Bonfadelli und Bucher (2007).

In den Abschnitten 3.1. bis 3.4 wird die Methodik der vier im Rahmen des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ durchgeführten Arbeiten erläutert. In Abschnitt 3.5 wird die Qualität der verwendeten Daten diskutiert.

3.1. Literaturanalyse

Im Rahmen der Literaturanalyse (Kasper et al., 2008) wurde sowohl nach wissenschaftlicher Literatur, als auch nach Interventionen, Angeboten, Fach- und Beratungsstellen und Praxiserfahrungen im Bereich der Tabak- und Alkoholprävention mit Schwerpunkt auf Zielgruppen der Migrationsbevölkerung gesucht. Die wissenschaftliche Literatur wurde nach im Voraus festgelegten Schlüsselbegriffen in Literaturdatenbanken durchsucht (für Details siehe Kasper et al., 2008). Die Recherche konzentrierte sich in erster Linie auf Literatur zu migrationsspezifischen Präventionsprojekten. Gesucht wurde in erster Linie nach Projekten/Interventionen im Bereich Tabak und Alkohol, ergänzend auch im Bereich Abhängigkeiten.

Weitere Dokumente und insbesondere graue Literatur wurden über Suchmaschinen im Internet ausfindig gemacht; ergänzend wurden ExpertInnen aus der Tabak- und Alkoholprävention angefragt. Weiter wurden eine kurze schriftliche Umfrage bei den Beauftragten für Gesundheitsförderung und Prävention sämtlicher Kantone durchgeführt. Schliesslich ergab auch die Befragung unter Fachpersonen der transkulturellen Prävention Hinweise auf Interventionen und Fachstellen, die sich an Personen mit Migrationshintergrund richten (Bauer, 2008). Zusätzlich wurden einzelne Publikationen berücksichtigt, die Empfehlungen für die praktische Umsetzung lieferten. Die geringe Datenmenge zu wissenschaftlich evaluierten Interventionen aus der Schweiz führte dazu, dass sämtliche vorliegenden Dokumentationen und graue Literatur zur hiesigen Datenlage einbezogen wurden.

Aufgrund der Heterogenität der Ansätze waren einer inhaltlich fundierten und interpretativen Analyse Grenzen gesetzt. Bei der internationalen wissenschaftlichen Literatur wurde jeweils die Frage nach der Relevanz bzw. der möglichen Übertragbarkeit auf die Schweiz gestellt. Die Auswertung konzentrierte sich auf jüngst erschienene Reviews der deutsch- und englischsprachigen Literatur und auf Bestandsaufnahmen von Angeboten aus Deutschland und Grossbritannien.

3.2. Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention

Für die Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention (Bauer, 2008) wurden in der ganzen Schweiz Fachpersonen gesucht, die in Angeboten der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten. Dabei nutzte die Projektleiterin ihr eigenes Netzwerk im Arbeitsfeld Gesundheit und Integration als Mitarbeiterin der entsprechenden Stelle von Caritas Schweiz sowie die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“. Zudem wurden die kantonalen Gesundheits- und Integrationsbeauftragten nach möglichen InterviewpartnerInnen gefragt. Bei der Auswahl der 21 Fachpersonen wurden unterschiedliche Präventionsbereiche und Präventionskonzepte berücksichtigt. Es wurden sowohl Pilotprojekte als auch langjährige Angebote einbezogen. Alle Landesteile wurden berücksichtigt; es wurden acht Leitfadeninterviews in französischer und 13 in deutscher Sprache geführt, wobei eine befragte Person im Tessin arbeitete. So konnten wichtige bereits im transkulturellen Bereich aktive Institutionen eingebunden werden.

In halbstrukturierten Interviews wurde danach gefragt, warum die befragten Personen bzw. ihre Institutionen Präventionsprogramme für die Migrationsbevölkerung durchführen, welche positiven und negativen Erfahrungen gemacht werden, welche methodischen Erkenntnisse sich für die Prävention bei der Migrationsbevölkerung ableiten lassen, welche Bedürfnisse bei der Migrationsbevölkerung und bei den Fachleuten im Bereich der Prävention bestehen, welches die wichtigsten Voraussetzungen für Programme und Projekte für die Migrationsbevölkerung sind und welche Erkenntnisse es zum existierenden Angebot der Tabak- und Alkoholprävention gibt. Die aufgrund von Tonaufnahmen zusammengefassten Gesprächsprotokolle wurden den interviewten Fachpersonen zur Überprüfung zugeschickt.

Die Interviewaussagen wurden innerhalb der Leitfragen thematisch geordnet. Bei der Synthese wurden die Erfahrungen im Hinblick auf die Struktur des Syntheseberichts zusammenfassend wiedergegeben. Aufgrund des halbstrukturierten Gesprächsleitfadens konnten die ExpertInnen frei über Erfolge und Schwierigkeiten ihrer Arbeit sprechen. Fallbeispiele und Aussagen geben gemäss der Autorin ein detailliertes Bild der transkulturellen Arbeit in der Schweiz und des vorhandenen Erfahrungswissens.

3.3. Umfrage bei Fachleuten der Tabak- und Alkoholprävention

Für die Umfrage bei Fachleuten der Tabak- und Alkoholprävention (Müller, 2008) wurden explorative, vorstrukturierte Gespräche mit 30 Experten und Expertinnen aus der ganzen Schweiz, die in der Alkohol- und Tabakprävention tätig sind, geführt. Es handelte sich um eine halbstrukturierte Befragung; nur bei einzelnen Fragen waren Antwortkategorien vorgesehen.

Fachpersonen von Organisationen der Alkohol- und/oder Tabakprävention aus allen Teilen der Schweiz wurden berücksichtigt. Die Organisationen befassen sich nicht allein mit der Alkohol- und Tabakprävention, sondern auch anderen psychoaktiven Stoffen und mit stoffungebundenen Abhängigkeiten. Die Interviews wurden je hälftig auf die deutsch- und französischsprachigen Organisationen aufgeteilt. Im Kanton Tessin wurde ein Interview durchgeführt. Die Hälfte der befragten Organisationen beschäftigen weniger als fünf Mitarbeitende im Suchtpräventionsbereich,

die andere Hälfte sind eher grössere Organisationen. Bei den befragten Personen handelt es sich jeweils um die Präventionsverantwortlichen bzw. in kleineren Institutionen um die Gesamtverantwortlichen. In zwei Fällen wurde der Kantonsarzt bzw. der stellvertretende Kantonsarzt um Auskunft gebeten.

Die Fachpersonen wurden nach ihren Vorstellungen zum Begriff „Integration“, ihrer Einschätzung der Dringlichkeit der transkulturellen Suchtprävention in der Schweiz, ihren Eindrücken zu Sucht, Gesundheit und Krankheit bei Migrationsgruppen, ihren Vorstellungen über Strategien der Prävention bei der Migrationsbevölkerung und über die Zugänglichkeit von Migrationsgruppen zu präventiven Dienstleistungen befragt. Zudem wurde eruiert, welches Engagement im Bereich der transkulturellen Suchtprävention die einbezogenen Organisationen bereits zeigen. Die Antworten wurden kategorisiert, das heisst zu ähnlichen Antwortmustern (Clustern) zusammengefasst. Die Ergebnisse wurden schriftlich zusammen gefasst und für den Synthesebericht interpretiert.

3.4. Umfrage bei Personen mit Migrationshintergrund

Für die Umfrage bei Personen mit Migrationshintergrund (Stuker et al., 2008) wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt: In einem ersten Schritt wurde die Perspektive von Fachpersonen mit Migrationshintergrund erhoben und analysiert, in einem zweiten Schritt wurde die Perspektive der betroffenen Migrantinnen und Migranten untersucht

Zur Befragung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund fand ein Gruppengespräch mit 12 Teilnehmenden in deutscher Sprache statt. Das Gespräch war in vier thematische Blöcke unterteilt:

- § Einstellungen und Verhalten
- § Kommunikation
- § Voraussetzungen und Qualitätskriterien für die Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund
- § Bedürfnisse und Handlungsbedarf sowie aktuelle Hindernisse und Rahmenbedingungen der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund

Die Auswahl dieses Samples von Fachpersonen orientierte sich unter anderem an folgenden Auswahlkriterien: beruflicher und fachlich ausgewiesener Bezug zum Thema Gesundheitsförderung/ Prävention (vor allem Alkohol- und Tabakprävention), Kenntnisse des Migrationskontexts, möglichst paritätische Vertretung von Frauen und Männern.

Zur **Befragung von betroffenen Personen mit Migrationshintergrund** wurden Einzelgespräche geführt. Da Personen ohne oder mit schwachen Kenntnissen einer schweizerischen Landessprache für das Sample gewählt wurden, wurden die Gespräche in 15 Fällen mit Hilfe einer Übersetzerin oder eines Übersetzers durchgeführt. Mit zwei Personen war eine Verständigung in der Muttersprache möglich, mit drei Personen wurde das Gespräch ausschliesslich in Deutsch (Mundart) geführt und mit einer Person wurde in einer gemeinsamen Drittsprache gesprochen. In einzelnen dieser Fälle waren ÜbersetzerInnen anwesend und wurden je nach Bedarf eingesetzt.

Folgende Auswahlkriterien wurden angewendet:

- § Die Personen wiesen einen Migrationshintergrund auf.
- § Sie hatten durch ihr Konsum- und/oder ihr Präventionsverhalten einen Bezug zu einer präventiv tätigen Fachstelle oder einer Organisation der Migrationsbevölkerung.
- § Bevorzugt wurden Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens, der Türkei, Sri Lanka, Italien und Portugal (aufgrund der bisherigen Erkenntnisse zu den Prävalenzen des Tabak- und Alkoholkonsums in der Migrationsbevölkerung).
- § Ausgewählt wurden Personen, die keine oder kaum Verständigungsmöglichkeiten in einer der Landessprachen der Schweiz haben.
- § In der Gruppe sollten alle Alterskategorien vertreten sein.
- § Es wurde eine paritätische Vertretung von Frauen und Männern angestrebt.
- § Primäre Zielgruppe waren Personen mit einem gesicherten Aufenthaltsstatus (und daraus folgend mit einer längeren Aufenthaltsdauer), weil sie sich – so wird vermutet – eher auf Präventionsangebote einlassen als Personen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus.

Für die ersten elf Gespräche mit Personen mit Migrationshintergrund wurde mit einem ersten Leitfaden gearbeitet (siehe Stuker et al., 2008). Ein zweiter, überarbeiteter Leitfaden wurde für weitere zehn Gespräche benutzt. Folgende Themen wurden besprochen:

- § Konsumverhalten
- § Präventionsverhalten
- § Wissen um Präventionsangebote
- § Zugang zu Angeboten und Informationen der Tabak- und Alkoholprävention
- § Bedürfnisse bezüglich Angeboten und Informationen der Tabak- und Alkoholprävention

Für die Auswertung des transkribierten Gruppengesprächs wurden die wichtigsten inhaltlichen Elemente nach den oben erwähnten vier Themenblöcken gruppiert. Für die Auswertung der Einzelgespräche wurde zuerst eine Kurzbeschreibung jedes Falles erstellt. Die thematischen Schwerpunkte aus den Fallanalysen wurden dann im Hinblick auf die Fragen des Projekts zusammengefasst. Die Kontrastierung der Perspektiven von Fachleuten mit Migrationshintergrund und von den betroffenen Personen mit Migrationshintergrund erfolgte als letzter Schritt der Analyse.

3.5. Qualität der verwendeten Grundlagen

In der Literaturanalyse wurden Studien von sehr unterschiedlicher Qualität und mit unterschiedlichen Ansätzen berücksichtigt. Die qualitativen Studien überwiegen; quantitative Daten zur Schweizer Migrationsbevölkerung liegen nur wenige vor. Die Ansätze und Ziele der berücksichtigten Arbeiten sind sehr heterogen. Diese Qualitätsunterschiede wurden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt. Trotzdem hat der vorliegende Synthesebericht seine Limitationen:

- § Die Aussagekraft von Befragungen und Erfahrungsberichten ist begrenzt.
- § Die statistischen und epidemiologischen Daten zur Migrationsbevölkerung sind dünn und basieren teilweise auf unterschiedlichen Grundlagen (beginnend mit der Basis für die Definition von „AusländerIn“ oder „MigrantIn“ in verschiedenen Studien).
- § Oft fehlen direkte Vergleiche mit der Schweizer Bevölkerung, etwa bezüglich des Wissens und der Haltungen zum Tabak- und Alkoholkonsum.
- § Der Einfluss des Alters und der Migrationsgeneration (Einwanderungsgeneration, „Secondos“ etc.) auf das Gesundheits- und Präventionsverhalten ist bisher kaum untersucht.
- § Zur Wirksamkeit von Interventionen bei der Migrationsbevölkerung gibt es nur wenige statistisch signifikante Daten.
- § Die geringe Bevölkerungsgrösse einzelner Gruppen der Migrationsbevölkerung in der Schweiz erschwert Subgruppen-Analysen. Die Untersuchung von bestimmten Teilen der Migrationsbevölkerung (zum Beispiel sozial benachteiligten Gruppen) ist damit oft nicht mit vernünftigem Aufwand möglich.

Das Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ soll als Ausgangspunkt für weitere Arbeiten und weiterführende Forschung im Bereich der transkulturellen Arbeit dienen. Zu diesem Zweck reichen die verwendeten Grundlagen aus. Kap. 10 enthält unter anderem Empfehlungen für die weiterführende Forschung und Dokumentation, um das bestehende Wissen zu erweitern.

4. Die Migrationsbevölkerung der Schweiz und ihre Gesundheit

In diesem Kapitel werden die im Rahmen dieses Projekts gesammelten Daten zur Gesundheit der schweizerischen Migrationsbevölkerung zusammengefasst. Die Angaben stammen aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung (vor allem Annaheim und Gmel, 2004; Bundesamt für Statistik, 2002 und 2003; Calmonte 1998, 2000 und 2002), dem Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (Rommel, Weilandt et al., 2006; Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006; Gabadinho und Wanner, 2008) sowie aus verschiedenen kleineren Studien.

Aus den grösseren Studien lassen sich einige zuverlässige Aussagen zu Gesundheit und Krankheit bei der Schweizer Migrationsbevölkerung ableiten. Sie geben aber ein nur unvollständiges Bild der komplexen Situation in der Migrationsbevölkerung. Die kleineren Studien ergänzen dieses Bild, die Ergebnisse sind aber aufgrund der kleinen Stichproben nur mit Zurückhaltung zu interpretieren.

Personen mit Migrationshintergrund werden zudem in der Schweiz in den Statistiken primär anhand ihrer Nationalität erfasst. Oft wird nur zwischen AusländerInnen und SchweizerInnen unterschieden. Dann wird in diesem Bericht der Begriff „AusländerIn“ verwendet. Eingebürgerte Personen mit Migrationshintergrund werden dabei allerdings nicht berücksichtigt, die nicht registrierten Personen (Sans-Papiers) nur ungenau.

Bei der Lektüre internationaler Publikationen zum Gesundheitszustand von Personen mit Migrationshintergrund entsteht ein Eindruck grosser Heterogenität. Der Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung wird in bestimmten Bereichen als schlechter beschrieben, in anderen als besser als jener der einheimischen Bevölkerung. So weisen Personen mit Migrationshintergrund aus der ersten Generation laut Studien aus verschiedenen Ländern eine geringere Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit auf als die jeweilige einheimische Bevölkerung (Razum und Twardella, 2002). Andererseits liegt ihr Risiko in Bezug auf parasitäre und infektiöse Krankheiten (Malaria, Tuberkulose, Hepatitis, sexuell übertragbare Krankheiten inklusive HIV/Aids) höher (für die Schweiz: BAG, 2007c). Sicher ist, dass die Migrationsbevölkerung nicht als homogene Gruppe der einheimischen Bevölkerung gegenübergestellt werden kann – weder in der Schweiz noch in anderen Ländern.

4.1. Zahlen zur Migrationsbevölkerung der Schweiz

Im europäischen Vergleich hat die Schweiz einen der höchsten Anteile an AusländerInnen. Seit Mitte der neunziger Jahre liegt der Anteil an der ständigen Wohnbevölkerung bei mehr als einem Fünftel. Gemäss den Zahlen des BFS von 2006 betrug er 21,9%; gemäss den Zahlen des Bundesamtes für Migration (BFM) von 2007 lag der Anteil an der ständigen Wohnbevölkerung bei 20,8% (Tabelle 4.1).⁷ Dieser relativ hohe Prozentsatz lässt sich mit der Wirtschaftsstruktur (Bedarf an Arbeitskräften aus dem Ausland), der geringen Grösse des Landes, der hohen Zuwanderung, aber auch mit der restriktiven Einbürgerungspolitik erklären (BFS, 2007a).

Tabelle 4.1: Ausländische Wohnbevölkerung nach Anwesenheitsbewilligung

	BFS, 2006	BFM, 2008
Niedergelassene	1'081'179	1'091'366
Aufenthalter ⁸	442'407	479'599
Internationale Funktionäre und Diplomaten	27'271	27'271
Kurzaufenthalter (weniger als einem Jahr)	74'488	61'028
Personen im Asylprozess ⁹	44'869	40'653
Total der registrierten ausländischen Wohnbevölkerung¹⁰	1'673'884	1'699'917
Sans-Papiers (Schätzung) ¹¹	90'000	90'000
Total der ausländischen Wohnbevölkerung inkl. Sans-Papiers (Schätzung)	1'760'000	1'790'000

Quelle: BFS, 2007a, BFM, 2008

Die Zahl der im Jahr 2006 eingebürgerten Personen, die ebenfalls einen Migrationshintergrund aufweisen, in den Statistiken aber als SchweizerInnen erscheinen, betrug 46'711 (BFS, 2007c).

Der überwiegende Teil der ausländischen Staatsangehörigen lebt seit langem in der Schweiz. Nahezu ein Fünftel aller AusländerInnen ist hier geboren und gehört somit zur zweiten oder dritten Generation (BFS, 2007a). Von den im Ausland Geborenen halten sich beinahe die Hälfte (47%) ununterbrochen seit 15 oder mehr Jahren in der Schweiz auf, 12,7% sogar seit mindestens 30 Jahren (BFS, 2006).

⁷ In Tabelle 4.1 sind die zurzeit aktuellsten Zahlen der beiden Ämter angegeben. Die Zahlen vom BFS und BFM für den Anteil der Migrationsbevölkerung an der ständigen Wohnbevölkerung weichen jeweils voneinander ab, weil verschiedene Definitionen für die Kategorien von AusländerInnen verwendet werden.

⁸ Ausweis B sowie Kurzaufenthalter mit bewilligtem Aufenthalt von 12 Monaten und mehr und anerkannte Flüchtlinge.

⁹ Personen mit Ausweisen F und N (siehe Glossar).

¹⁰ Die Differenz zwischen dem Total der ausländischen Wohnbevölkerung und der Summe der einzelnen Kategorien von Anwesenheitsbewilligungen ergibt sich daraus, dass die Zahlen der Standesämter bei der Erstellung der Statistik noch nicht vollständig bekannt waren. Dieser Tatsache wird mit dem so genannten Ausgleichsbestand Rechnung getragen, einer Schätzung der fehlenden Zahlen.

¹¹ Schätzung des Bundesamtes für Migration (<http://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home/dokumentation/medienmitteilungen/2005/2006-04-26.html>, heruntergeladen 30.5.2008). Andere Schätzungen gehen von 80'000 bis 300'000 Personen aus, die ohne gültige Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz sind. Sie sind illegal eingereist oder haben die Schweiz nach Ablauf ihrer Aufenthaltsbewilligung nicht verlassen (SRK, 2006; Longchamp, Aebersold et al., 2005; Achermann und Efiouyi-Mäder, 2003).

Aufenthaltsstatus

AusländerInnen erhalten in der Schweiz einen Ausländerausweis, der die Art der erteilten Bewilligung festhält (Verordnung über Zulassung, Aufenthalt und Erwerbstätigkeit Art. 71).

§ **Kurzaufenthaltsbewilligung**

§ **Ausweis B:** für AufenthalterInnen. Die Gültigkeitsdauer der erstmaligen Aufenthaltsbewilligung beträgt ein Jahr; sie kann um zwei Jahre verlängert werden.

§ **Ausweis C:** für Niedergelassene. Vor der Erteilung der Niederlassungsbewilligung wird das „bisherige Verhalten der Gesuchstellerin oder des Gesuchstellers sowie der Grad der Integration“ geprüft.

§ **Ausweis F:** für vorläufig aufgenommene AusländerInnen. Ist der Vollzug der Weg- oder Ausweisung nicht möglich, nicht zulässig oder nicht zumutbar, wird eine vorläufige Aufnahme verfügt.

§ **Ausweis N:** für Asylsuchende.

Der Kreis der Herkunftsländer der Schweizer Migrationsbevölkerung hat sich in den letzten Jahrzehnten stark erweitert. Zum grössten Teil stammen die Personen aus europäischen Ländern, in der Mehrzahl (2006: 58,8% bzw. 983'714 Personen) aus EU/EFTA-Staaten (BFS, 2007c). Tabelle 4.2 zeigt die grössten Herkunftsgruppen (BFS, 2007c). Dabei sind nur die ausländischen, nicht aber die eingebürgerten Personen erfasst. Gemäss den Angaben des BFS (2007a), stammt heute aus den Nachbarländern der Schweiz lediglich noch ein gutes Drittel der AusländerInnen. Der Anteil aus nicht-europäischen Staaten hat sich seit 1970 von 5% auf 14,5% (im Jahr 2006) erhöht.

Tabelle 4.2: Grösste Herkunftsgruppen in der Schweiz (2006, ohne Eingebürgerte und ohne Sans-Papiers)

Herkunftsland	Anzahl Personen	Anteil an der Gesamtbevölkerung	Anteil an der Migrationsbevölkerung
Italien	299'073	3,9%	18%
Deutschland	201'497	2,6%	12%
Serbien und Montenegro ¹²	201'232	2,6%	12%
Portugal	187'017	2,4%	11%
Frankreich	79'526	1,0%	5%
Türkei	76'797	1,0%	5%
Spanien	69'999	0,9%	4%
Mazedonien	60'716	0,8%	4%
Bosnien und Herzegowina	44'120	0,6%	3%
Kroatien	39'401	0,5%	2%
Andere	401'732	5,2%	24%
Total der Migrationsbevölkerung*	1'673'884	21,9%	100%

Quelle: BFS, 2007c

¹² Die albanisch sprechenden Personen, die nach Angabe von Fachleuten die grösste Gruppe aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens ausmachen, leben in verschiedenen Staaten und werden vom BFS nicht als Gruppe erfasst.

4.2. Die Gesundheit der Schweizer Migrationsbevölkerung im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung

4.2.1. Die Gesundheit der schweizerischen Gesamtbevölkerung

Die Krankheitslast (Burden of Disease) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter anderem anhand der DALY gemessen (Disability Adjusted Life Years oder qualitätskorrigierte Lebensjahre).¹³ Die Krankheitslast der Schweizer Bevölkerung ist nach einer Schätzung der WHO eine der tiefsten der Welt. Für einzelne Krankheiten sind die DALY-Werte in der Schweiz aber hoch, das heisst, es gehen verhältnismässig viele gesunde Lebensjahre durch diese Krankheiten verloren (siehe Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3. zeigt, dass Krebs, Lungenkrankheiten, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates, neuropsychiatrische Krankheiten und Gewalt die Burden of Disease der Schweiz wesentlich bestimmen. Wie die Abbildung 4.1. zeigt, verursachen diese Gesundheitsprobleme tatsächlich rund drei Viertel der verlorenen potenziellen Lebensjahre und der Todesfälle in der Schweiz. Eine Studie zur Burden of Disease des Kantons Genf, deren Ergebnisse vermutlich als Hinweis auf die Situation der Schweiz betrachtet werden können, betont die Bedeutung von psychiatrischen Krankheiten (insbesondere Depression), Rheuma und alkoholbedingten Erkrankungen, die sich gemäss den AutorInnen alle drei stark auf den DALY-Wert auswirken, aber weniger stark auf die Mortalität (Schopper D et al., 2000).

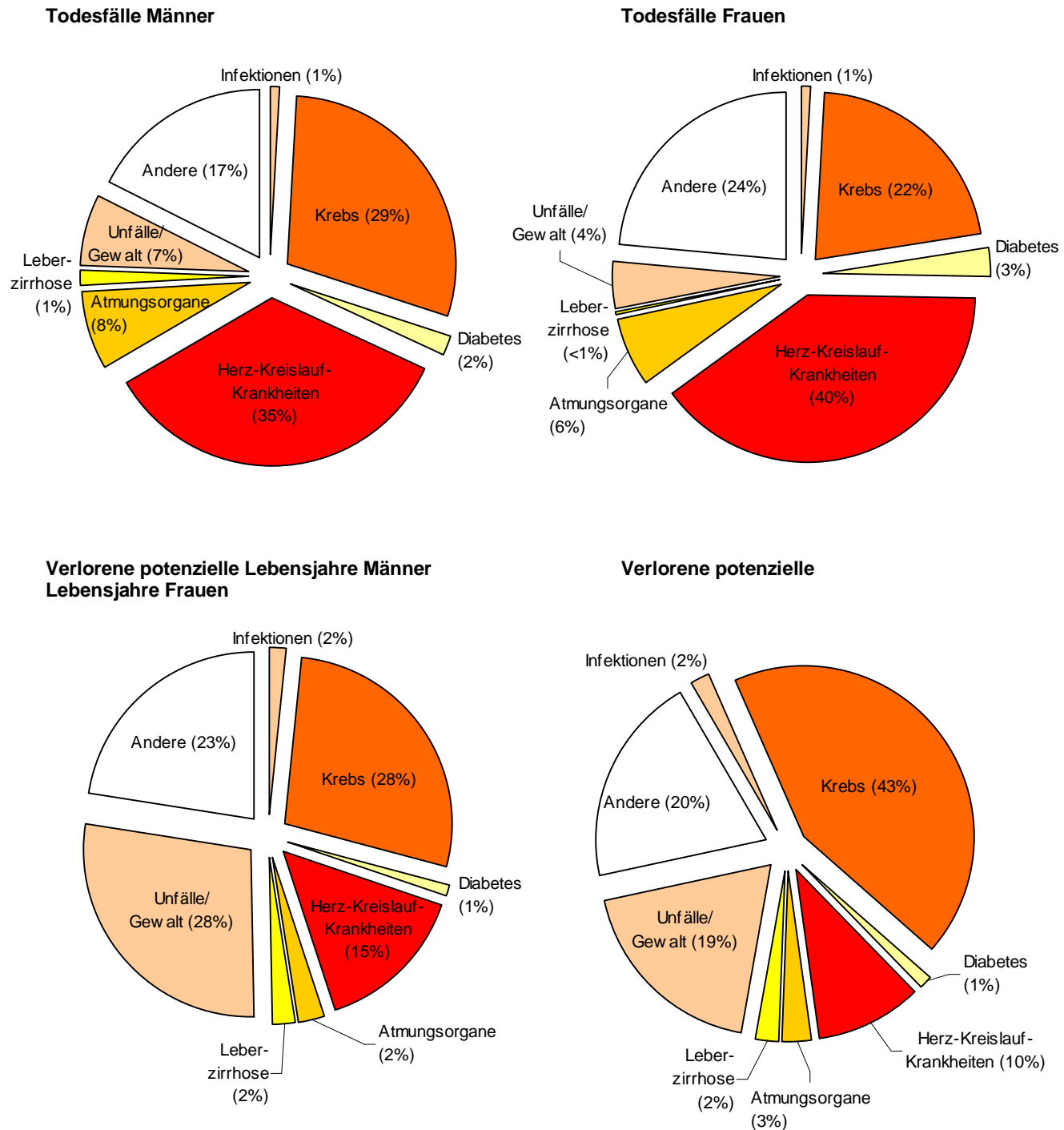
Tabelle 4.3: Durch Krankheit oder Invalidität verlorene gesunde Lebensjahre in der Schweiz – Disability Adjusted Life Years (DALY)¹⁴ für ausgewählte Krankheiten (WHO, 2007).

	DALY Schweiz (pro 1000 Einwohner, Schätzwert für 2004)	Weltweit tiefster und höchster Wert
Herz-Kreislauf-Krankheiten	2.6	1,3-13,0
Neuropsychiatrische Krankheiten	2.4	1,4-4,4
Krebs (ohne Lungenkrebs)	2.3	0,5-4,1
Lungenkrebs	1.0	0,0-2,5
Krankheiten des Bewegungsapparates	0.9	0,5-1,5
Körperverletzungen (ohne Unfälle)	0.7	0,1-7,0
Asthma	0.6	0,3-2,4
COPD	0.4	0,0-4,7

¹³ Siehe Glossar.

¹⁴ Siehe Glossar.

Abb. 4.1: Bedeutung der chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten für die Mortalität der Schweizer Bevölkerung (Angaben für 2005).



Quelle: Bundesamt für Statistik (2008)

4.2.2. Risikofaktoren der wichtigsten Krankheiten

Tabelle 4.4. zeigt Risikofaktoren für die Erkrankungen, die am meisten zur Burden of Disease in der Schweiz beitragen.

Tabelle 4.4: Ausgewählte Risikofaktoren und die wichtigsten chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten.

	Herz-Kreislauf-Krankheiten	Krebs	Diabetes	Chronische Lungenkrankheiten	Chronische Krankheiten des Bewegungsapparats	Psychische Krankheiten, insbesondere Depressionen
Tabak	X	X	X	X	X	
Übergewicht	X	X	X		X *	
Ungesunde Ernährung	X	X	X		X	
Ungenügende Bewegung	X	X	X		X	X
Übermässiger Alkoholkonsum	X	X	X**		X	X

* Bei Osteoporose stellt ein zu niedriges Körpergewicht einen Risikofaktor dar.

** Die Bedeutung des Risikofaktors wird kontrovers diskutiert.

Die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren für chronische, nicht-übertragbare Krankheiten sind Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, ungenügende Bewegung, Übergewicht und übermässiger Alkoholkonsum. Dies gilt sowohl für die einheimische als auch für die Migrationsbevölkerung.

In Tabelle 4.5. wird die Bedeutung der wichtigsten Risikofaktoren anhand der Todesfälle und der Gesundheitskosten quantifiziert. Die dort zusammengefassten Ergebnisse aus verschiedenen Studien zeigen, dass neben den genannten Risikofaktoren auch Unfälle und psychische Erkrankungen wesentlich zu den Gesundheitsproblemen der Schweiz beitragen.

Tabelle 4.5: Jährliche Todesfälle und Kosten aufgrund ausgewählter Risikofaktoren und Erkrankungen.

	Todesfälle	Direkte Kosten (Mia. CHF) (1)	Indirekte Kosten (Mia. CHF) (1)	Totale Kosten (Mia. CHF) (1)	Direkte Kosten in % der totalen Schweizer Ge- sundheitskosten
Erkrankungen durch Tabak	8'000 (2)	1,6	4,1	5,7	3,2
Erkrankungen durch Übergewicht	K.A.	1,2-1,7	1,1-1,7	2,8	2,9
Bewegungsmangel	2'000 (3)	1,6	0,8	2,4	K.A.
Erkrankungen durch Alkohol	2'100 (4)	0,85	1,6	2,5	1,7
Psychische Krankheiten	1'283 (5)	2,9	5,5	8,4	5,8
Stress (berufstätige Bevölkerung)	K.A.	2,3	3,1	5,4	4,6
Unfälle (ohne Verkehr)	1'630 (6)	4,1	14,2	18,4	8,2
Verkehrsunfälle	450 (5)	3,8 ¹⁶	0,5	4,2	1,0
Erkrankungen durch Drogen	211 (7)	1,35	2,3	3,7	2,7

K.A. = Keine Angabe

Direkte Kosten: Ärztliche Behandlung, Spitalbehandlung, Medikamente, Rehabilitation

Indirekte Kosten: Abwesenheit von Arbeit oder Schule, Verdienstausfall, präventive Massnahmen, Sozialausgaben aufgrund von Arbeitsunfähigkeit etc.

Quellen:

(1) Zahlen zu den Kosten (ohne Bewegungsmangel): BAG (2008).

Zahlen zu den Kosten des Bewegungsmangels: siehe Anmerkung (3).

(2) BAG, Zahlen und Fakten.

www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00611/01741/index.html?lang=de (heruntergeladen am 8.7.08).

(3) Martin B (2001). Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: erste Schätzungen für die Schweiz. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie. 49(2):84-86.

(4) Jeanrenaud C (2003). Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Institut für Wirtschafts- und Regionalforschung, Universität de Neuchâtel.

(5) Beratungsstelle für Unfallverhütung BfU (2008). Unfallgeschehen in der Schweiz, bfu-Statistik 2007. Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung.

(6) Bundesamt für Statistik, Todesursachenstatistik 2005. www.bfs.admin.ch, heruntergeladen 18.8.2008.

(7) Bundesamt für Polizei (2007). Schweizerische Betäubungsmittelstatistik. Bern: Bundesamt für Polizei, Eidg. Justiz- und Polizeidepartement.

¹⁵ Suizide

¹⁶ Davon 0,4 Milliarden Franken Gesundheitskosten, der Rest für materielle Schäden und weitere Aufwendungen

4.2.3. Morbidität und Mortalität von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz

Der Zusammenhang von Migration und Gesundheit ist komplex. Migration macht nicht per se krank (Weiss, 2003). Gesundheitszustand und Risiken hängen vom jeweiligen Umfeld ab (Kaya und Efiionayi-Mäder, 2007). Bestimmte Lebens- und Arbeitsbedingungen, politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen betreffen Personen mit Migrationshintergrund im Aufnahmeland besonders oft und können sich negativ auf die Gesundheit auswirken (*exhausted migrant effect*). Besonders vulnerable¹⁷ Gruppen wie Flüchtlinge machen denn auch einen Teil der Migrationsbevölkerung aus. Andererseits entscheiden sich offenbar oft Personen zur Migration, die ausgesprochen gesund sind (*healthy migrant effect*). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Personen mit Migrationshintergrund im Fall einer Krankheit ins Heimatland zurückzukehren plant (Wanner 2002). Diese und weitere Faktoren machen es schwierig, Daten zu Krankheit und Sterblichkeit der Migrationsbevölkerung zu interpretieren und mit jenen der einheimischen Bevölkerung zu vergleichen (Wanner 2002).

Bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung sind öfter als Einheimische und auch öfter als der Durchschnitt der Migrationsbevölkerung von Gesundheitsproblemen betroffen und (Wyssmüller, Dahinden et al., 2006b; MacKay, Macintyre et al., 2003). Bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen treten gesundheitlichen Beeinträchtigungen überdurchschnittlich oft auf (Mielck, 2000; Caritas, 2003). Es darf vermutet werden, dass auch die Zielgruppe dieser Arbeit, die sozial benachteiligten Personen mit Migrationshintergrund, eine besonders grosse *burden of disease* tragen. Tatsächlich tragen bestimmten Gruppen der ausländischen Bevölkerung gemäss Wanner, Bouchardy et al. (2000) ein erhöhtes Risiko, an Krankheiten wie Tuberkulose oder geburtsbezogenen Komplikationen zu sterben, die mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in Verbindung stehen. Genauer Angaben zur *burden of disease* der Schweizer Migrationsbevölkerung fehlen aber. Die Sterblichkeit wird nur teilweise erfasst (siehe unten), und zu den durch Krankheit und Invalidität verlorenen potenziellen Lebensjahren gibt es keine spezifischen Zahlen.

Die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund wird in der Schweiz erst seit kurzem differenziert untersucht. Aus Machbarkeits- und Kostengründen konzentrieren sich neuere Studien vor allem auf einige grössere ausländische Bevölkerungsgruppen (Bouchardy, Wanner et al., 1999). Nur wenige Studien untersuchen spezifische Krankheiten.

Krankheiten der Schweizer Migrationsbevölkerung (Morbidität)

Laut dem Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM; Rommel, Weilandt et al., 2006)¹⁸ schätzen in der Schweiz wohnhafte AusländerInnen den eigenen Gesundheitszustand schlechter ein als SchweizerInnen. Besonders deutlich sind diese Unterschiede bei den Frauen (BAG, 2007c; Rommel, Weilandt et al., 2006; Weiss, 2003). AusländerInnen fühlen sich auch psychisch weniger gesund als SchweizerInnen und klagen öfter über psychische Störungen (BAG, 2007c; Rommel, Weilandt et al., 2006; Testa-Mader, Degrate et al., 1999). Die GMM-Daten wurden zwei Mal nachanalysiert. Die erste Nachanalyse ergab interessante Resultate zum Alkoholkonsum der Migrationsbevölkerung (siehe 4.4). Die zweite Nachanalyse (Gabadinho und Wanner, 2008) zeigte, dass der

¹⁷ Siehe Glossar.

¹⁸ Für eine Beschreibung siehe Glossar.

selbstdeklarierte Gesundheitszustand besonders stark durch das Gefühl von Einsamkeit (sozialer Isolation) und das Vorhandensein von Übergewicht beeinflusst wird. Wenig überraschend ist, dass das Gefühl sozialer Isolation statistisch stark mit den Auswirkungen des Aufenthaltsstatus, dem Integrationsniveau und der familiären Situation zusammenhängt. Personen türkischer Staatsangehörigkeit unterscheiden sich allerdings von den anderen Personen mit Migrationshintergrund durch einen insgesamt schlechteren Gesundheitszustand, und zwar so deutlich, dass sich dies nicht alleine mit den oben erwähnten Faktoren erklären lässt. Der verbleibende Einfluss der Nationalität auf den subjektiven Gesundheitszustand kann aus Sicht der Studienautoren auf „kulturelle“ Unterschiede zurückzuführen sein, insbesondere darauf, dass bei bestimmten Untergruppen der Migrationsbevölkerung stärker die Tendenz besteht, unter sonst gleichen Verhältnissen einen schlechteren Gesundheitszustand anzugeben.

Migration wird oft als Stressfaktor erfahren, mit negativen Folgen für die psychische Gesundheit (Wyssmüller, Dahinden et al., 2006b). Dies betrifft vor allem Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus (Asylsuchende).

In der Tabelle 4.6. werden die weiteren, lückenhaften Studienresultate zur Morbidität der AusländerInnen in der Schweiz zusammengefasst.

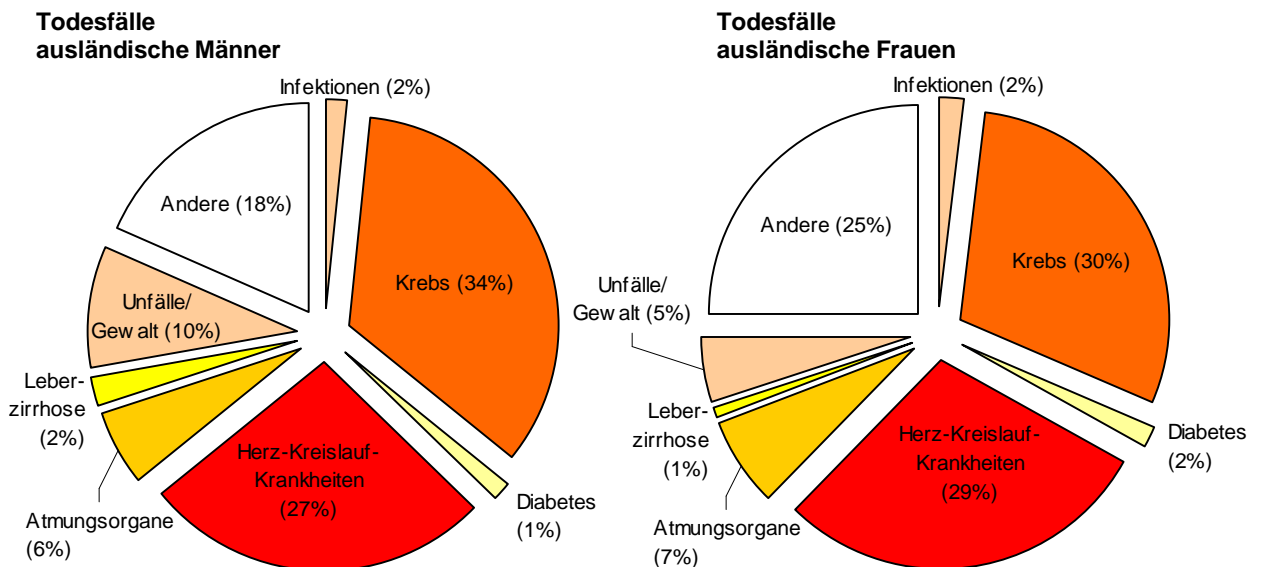
Tabelle 4.6: Weitere Studien zur Morbidität der AusländerInnen in der Schweiz.

Krankheit/Gesundheitsstörung	Ergebnis	Quelle
Unfälle bei Männern	Gegenüber Schweizer Männern erhöht	BAG, 2007c
Spezifische somatische Beschwerden, vor allem Schmerzerkrankungen bei Personen mit Migrationshintergrund im Erwerbsalter	Gegenüber Schweizer Personen im Erwerbsalter erhöht	BAG, 2007c
Rheuma und andere typische Altersbeschwerden bei betagten Personen mit Migrationshintergrund	Gegenüber Schweizer Bevölkerung im gleichen Alterssegment erhöht	Bolzmann, Poncioni-Derigo et al., 2004; Hungerbühler, 2004 und 2006; Rommel, Weilandt et al., 2006
Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates, Migräne, Brust- und Magenschmerzen, Schlaflosigkeit, gynäkologische Probleme, sexuelle Funktionsstörungen aufgrund von Gewalterlebnissen	Bei der Migrationsbevölkerung gegenüber der einheimischen Bevölkerung erhöht	BAG, 2007c

Sterblichkeit der Schweizer Migrationsbevölkerung (Mortalität)

Insgesamt ist die Mortalität von ausländischen Personen in der Schweiz offenbar geringer als die der einheimischen Bevölkerung (BFS, 2006). Insbesondere AusländerInnen zwischen dem 35. und dem 60. Lebensjahr weisen eine geringere Mortalität auf als die SchweizerInnen. Dies könnte unter anderem am *healthy migrant effect* liegen (siehe oben). Die Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) unterscheidet allerdings nicht nach Migrationsstatus¹⁹, sondern nach Staatsangehörigkeit. Die Angaben in Abbildung 4.2. umfassen also nur einen Teil der Migrationsbevölkerung, nämlich die legal anwesenden, nicht eingebürgerten Personen. Trotzdem darf als gesichert gelten, dass in der Migrationsbevölkerung – wie in der einheimischen Bevölkerung – der grösste Teil der Krankheitslast durch chronische nicht übertragbare Krankheiten verursacht wird.

Abb. 4.2: Bedeutung der chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten für die Mortalität der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz (Angaben für 2005).



Quelle: Bundesamt für Statistik (2008)

Andere Untersuchungen zeigen, dass bestimmte Todesursachen bei Personen mit Migrationshintergrund häufiger auftreten als bei SchweizerInnen. Dazu zählen Magenkrebs, Lungenentzündungen und Infektionskrankheiten (BAG, 2007c; BFS, 2005). Risikofaktoren, denen Personen mit Migrationshintergrund in ihrer Herkunftsregion ausgesetzt waren, scheinen dabei eine Rolle zu spielen. Im Vergleich zu einer schweizerischen Vergleichsgruppe ist auch die Säuglingssterblichkeit bei Personen mit Migrationshintergrund erhöht, und es tritt eine höhere Rate an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auf (Bollini und Wanner, 2005). Zusätzlich wurde festgestellt, dass Personen aus Subsahara-Afrika verhältnismässig häufiger an Aids sterben (Wanner, Bouchardy et al., 2000).

¹⁹ Siehe Glossar.

Tabelle 4.7: Standardisierte Mortalitätsratios bei Männern nach Haupttodesursachen und Staatsangehörigkeit.

	Tumore	Infektionskrankheiten	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Ischämische Herzkrankheiten	Andere Herz-Kreislauf-Krankheiten
Schweiz	101	100	101	102	102*
Ausland insgesamt	93	99	92	80	79
Deutschland	86	93	95	92	84
Italien	106	117	97	84	80
Portugal	79	23	121	59	54
Ehemaliges Jugoslawien	84	62	109	99	78
Andere Länder	83	118	82	69	77
Gesamtbevölkerung	100	100	100	100	100

	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	Tod durch Gewalt	Andere	Total
Schweiz	101	101	105	100	101
Ausland insgesamt	86	92	75	92	87
Deutschland	71	92	Keine Angabe	84	87
Italien	101	96	60	89	92
Portugal	60	60	72	66	68
Ehemaliges Jugoslawien	75	44	75	74	79
Andere Länder	79	104	82	108	85
Gesamtbevölkerung	100	100	100	100	100

Quelle: BFS (2008)

Fett markiert: Signifikante Unterschiede (0,95-Konfidenzintervall).

Tabelle 4.8: Standardisierte Mortalitätsratios bei Frauen nach Haupttodesursachen und Staatsangehörigkeit.

	Tumore	Infektionskrankheiten	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Ischämische Herzkrankheiten	Andere Herz-Kreislauf-Krankheiten
Schweiz	101	100	100	101	101
Ausland insgesamt	91	193	93	77	81
Deutschland	102	57	102	87	96
Italien	90	149	93	87	83
Portugal	69	36	26	41	41
Ehemaliges Jugoslawien	93	64	139	100	115
Andere Länder	88	109	91	67	73
Gesamtbevölkerung	100	100	100	100	100

	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Verdauungsorgane	Tod durch Gewalt	Andere	Total
Schweiz	101	101	102	100	101
Ausland insgesamt	91	88	81	94	88
Deutschland	74	110	103	100	96
Italien	101	93	69	91	89
Portugal	69	62	37	67	57
Ehemaliges Jugoslawien	103	37	90	100	96
Andere Länder	92	86	87	99	86
Gesamtbevölkerung	100	100	100	100	100

Quelle: BFS (2008)

Fett markiert: Signifikante Unterschiede (0,95-Konfidenzintervall).

4.3. Der Tabakkonsum von Personen mit Migrationshintergrund

Abhängigkeitserkrankungen bei Personen mit Migrationshintergrund sind in der Schweiz bisher nicht ausreichend untersucht (Weiss, 2003). Gemäss Wyssmüller, Dahinden et al. (2006a) gibt es keine Beweise dafür, dass Personen mit Migrationshintergrund generell ein gesundheitsschädigenderes Verhalten als SchweizerInnen zeigen. Im GMM wurden einzelne herkunftsspezifische Unterschiede gefunden, vor allem beim Tabakkonsum (siehe unten).

4.3.1. Prävalenz des Tabakkonsums

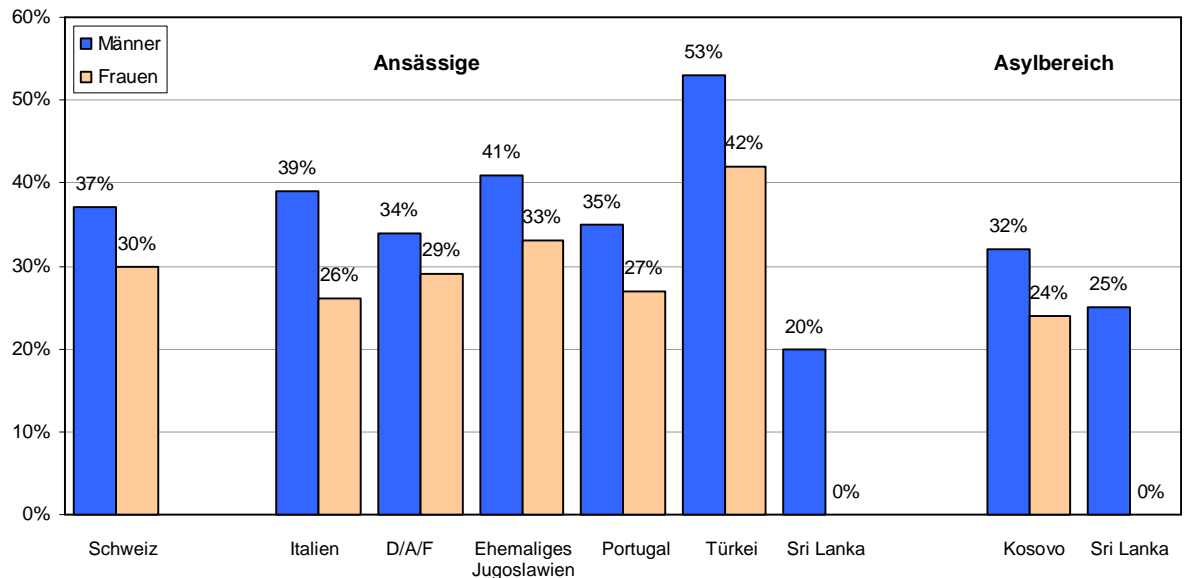
Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 1992/93 rauchen Personen ausländischer Herkunft häufiger als SchweizerInnen. Der Tabakkonsum war 1992/93 bei Personen mit handwerklichem Beruf und bei Männern aus Frankreich und Ländern des ehemaligen Jugoslawiens am höchsten (Vranjes, Bisig et al., 1996; Calmonte, 1998).²⁰ Die SGB von 1997 ergab, dass ausländische Männer mehr rauchen als Schweizer. Der sozioökonomische Status (Bildung, Beruf und Einkommen; siehe weiter unten) beeinflusst gemäss dieser Studie den Tabakkonsum, allerdings auf komplexe Art und Weise (Calmonte, Spuhler et al., 2000). Die SGB von 2002 (BFS, 2003) hat ergeben, dass der Anteil der RaucherInnen in den untersuchten ausländischen Gruppen höher war als in der schweizerischen Wohnbevölkerung (33,7% gegenüber 29,8%). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren jedoch deutlicher als zwischen den untersuchten Herkunftsgruppen.

Das GMM (Rommel, Weilandt et al., 2006) liefert die aktuellsten Daten zum Tabakkonsum bei ausgewählten Gruppen der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (Abbildung 4.3). Im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung liegen einerseits die Raucherquoten bei Personen aus der Türkei sehr hoch; bei Personen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens ist die Raucherquote leicht erhöht. Personen aus Sri Lanka und generell aus dem Asylbereich weisen tiefe Raucheranteile auf. Die anderen befragten Gruppen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich bezüglich des Tabakkonsums nicht wesentlich von den SchweizerInnen.

Die Unterschiede in der Altersstruktur der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung wurden in der Analyse berücksichtigt.

²⁰ Die SGB erfasst nur einen Teil der Migrationsbevölkerung (siehe Kasper et al., 2008). Bei der SGB wird jeweils das Alter der

Abbildung 4.3: Tabakkonsum nach Herkunft und Geschlecht (Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit)



Quelle: GMM, 2007 (Zahlen von 2004)

4.3.2. Tabakbedingte Sterblichkeit

BFS-Zahlen von 2004 (BFS, 2006) zeigen eine erhöhte Lungenkrebs-Mortalität von AusländerInnen im Vergleich zu SchweizerInnen (35 gegenüber 29 Fälle pro 100'000 Personen). In den Statistiken von 2002 ist jedoch kein Unterschied zu sehen.

4.4. Der Alkoholkonsum von Personen mit Migrationshintergrund

4.4.1. Prävalenz des Alkoholkonsums

Die Daten zum Alkoholkonsum bei Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz sind widersprüchlich. Viele Untersuchungen zum Alkoholkonsum stützen sich auf subjektive Einschätzungen der Befragten; die Angaben zum Konsum können durch Tabus verfälscht sein und sollten zurückhaltend interpretiert werden.

Gemäss der SGB 1992/93 trinken AusländerInnen häufiger Alkohol als SchweizerInnen (Vranjes, Bisig et al., 1996). Die zweite SGB von 1997 zeigt, dass ausländische Männer mehr Alkohol trinken (Calmonte, Spuhler et al., 2000). Eine Studie der Schweizerischen Fachstelle für Alkoholfragen (SFA) stellt bei ausländischen Männern im Vergleich zu Schweizer Männern einen geringfügig höheren Anteil an Personen mit chronischem Risikokonsum fest (Annaheim und Gmel, 2004).

Die aktuellsten Daten zur Konsummenge von Alkohol bei ausgewählten Gruppen der Migrationsbevölkerung in der Schweiz liefern das GMM (Rommel, Weilandt et al., 2006) und die erste Nachanalyse des GMM (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006). Die Studien zeigen einen tendenziell geringeren Alkoholkonsum bei den untersuchten AusländerInnen auf. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Herkunftsgruppen sind grösser als zwischen AusländerInnen und SchweizerInnen insgesamt. Der Alkoholkonsum von Frauen liegt ganz allgemein tiefer als jener von Männern.

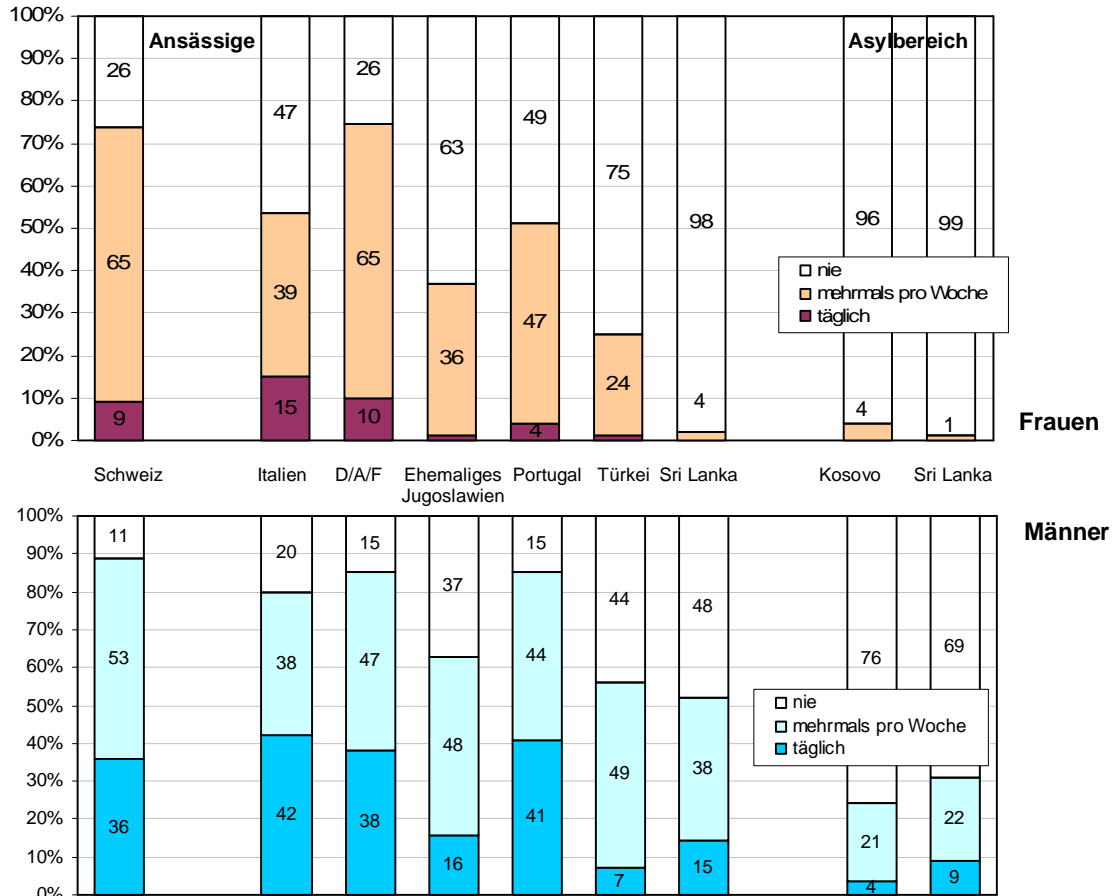
Alkoholabstinenz. Alle untersuchten Herkunftsgruppen weisen einen höheren Anteil an alkoholabstinenten Personen auf als die SchweizerInnen (BFS, 2004; Rommel, Weilandt et al., 2006). Zwischen den untersuchten Gruppen der Migrationsbevölkerung bestehen grosse Unterschiede. Bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien ist fast die Hälfte abstinent, bei den türkischen Befragten 58% und bei den ansässigen TamillInnen 70%. Die höchsten Abstinenzquoten finden sich unter den Asylsuchenden, mit 87% bei den Personen aus dem Kosovo und 88% bei denjenigen aus Sri Lanka. Bei Frauen liegt die Abstinenzquote generell höher als bei Männern.

Rauschtrinken. Die Ergebnisse einer Studie zum Rauschtrinken in der Schweiz zeigen, dass mehr als 900'000 Personen zumindest zweimal monatlich fünf Gläser oder mehr (Männer) bzw. vier Gläser oder mehr (Frauen) Alkohol konsumieren (Wicki und Gmel, 2005). Dabei sind auch AusländerInnen mitgezählt, die in einer der Landessprachen Auskunft geben konnten. Im GMM wurde ebenfalls nach dem übermässigen Konsum bzw. Rauschtrinken befragt. Gemäss den Ergebnissen ist das Rauschtrinken bei der ausländischen Bevölkerung deutlich seltener (unter 20%) als bei der vergleichbaren Schweizer Population (rund 25%). Nur bei den PortugiesInnen ist es etwa gleich verbreitet wie bei den SchweizerInnen (Rommel, Weilandt et al. 2006)

Unter Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist der übermässige Konsum weniger verbreitet als bei Personen mit höherem sozioökonomischem Status (Gabadinho, Wanner und Dahinden 2006). Rauschtrinken betrifft in erster Linie allein stehende Personen, insbesondere im Gegensatz zu verheirateten Paaren (ebd.). Es wird vermutet, dass dieser Zusammenhang teilweise mit dem Einfluss des Alters erklärt werden kann. Die Wahrscheinlichkeit des abusiven Alkoholkonsums sinkt, wenn mindestens zwei Personen im Haushalt wohnen. Männer, die keine Landessprache beherrschen, geben häufiger an, sich schon zum Rausch getrunken zu haben.

Konsum bei SchülerInnen. Die WHO-SchülerInnenstudie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) zeigt für die neunziger Jahre stark unterschiedliche Risikoverhalten bei ausländischen und schweizerischen Jugendlichen (Ferron, Haour-Knipe et al., 1997). Ausländische SchülerInnen tranken gemäss dieser HBSC-Daten deutlich weniger alkoholische Getränke als SchweizerInnen. Bei den Auswertungen der HBSC-Daten von 2006 (Schmid et al., 2008) waren hingegen keine Unterschiede im Alkohol- oder Tabakkonsum ausländischer und schweizerischer Jugendlicher zu erkennen.

Abbildung 4.4: Alkoholkonsum nach Herkunft und Geschlecht (Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit)



Quelle: GMM, 2007 (Zahlen von 2004)

4.4.2. Personen mit Migrationshintergrund in der ambulanten und stationären Suchthilfe

Die act-info-Statistik (Delgrande, 2005; 2007; Astudillo und Maffli, 2007) und weitere Studien liefern Daten zum Anteil der AusländerInnen bei der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Suchthilfe. 2005 betrug der Anteil der Eintritte von AusländerInnen in die ambulante Alkoholhilfe 23,7% des Totals der Eintritte. Gut die Hälfte der betroffenen Personen stammte aus dem EU-Raum (12,5%), der Rest aus anderen Ländern (11,2%). Die Mehrheit der Personen mit Migrationshintergrund waren Männer.

In der stationären Alkoholhilfe betrug im Jahr 2006 der AusländerInnenanteil 15,2%. Der Unterschied zwischen EU-Angehörigen und AusländerInnen anderer Länder ist hier deutlicher: 11,1% EU-Angehörige im Vergleich zu 4,1% aus anderen Ländern.

4.4.3. Alkoholbedingte Sterblichkeit

Die alkoholbedingte Sterblichkeit (zum Beispiel aufgrund von Leberzirrhose) ist bei einigen Gruppen der Migrationsbevölkerung erhöht. So belegen Studien, dass OsteuropäerInnen vergleichsweise häufiger als SchweizerInnen an Krankheiten sterben, die mit Alkoholkonsum in Zusammenhang stehen (Wanner, Boucharly et al., 2000).

4.5. Die Bedeutung migrationsspezifischer Faktoren für die Gesundheit

Zwar gibt es – etwa beim Tabak- und Alkoholkonsum – herkunftsspezifische Unterschiede (siehe unten). Doch Angebote, die nur die Herkunft berücksichtigen, laufen Gefahr, der Heterogenität einzelner Gruppen und den individuellen Bedürfnissen nicht gerecht zu werden. Eine Definition der Zielgruppe nur anhand der Herkunft ignoriert sozioökonomische Faktoren und Einflüsse wie Alter, Geschlecht und Aufenthaltsdauer im Residenzland, welche die Lebenssituation von Personen mit Migrationshintergrund stark bestimmen. Auch die heterogenen persönlichen Voraussetzungen (zum Beispiel Religion, Migrationserfahrung) und die Bedingungen im Herkunftsland (soziokulturelle Prägungen, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem etc.) werden so zu wenig berücksichtigt. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass Personen mit Migrationshintergrund die gleichen Bedürfnisse haben, nur weil sie aus demselben Herkunftsland stammen.

Demografische und epidemiologische Daten zeigen Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten zwischen der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung. Um diese Unterschiede zu erklären, braucht es ein Modell, das migrationsspezifische Einflussfaktoren auf die Gesundheit identifiziert. Die Tatsache, dass die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Migrationsbevölkerung sehr gross sind, zeigt, dass nicht die Migration an sich den Gesundheitszustand von Individuen und Gruppen bestimmt, sondern Faktoren, die mit der Migration zusammenhängen. Das Modell von Salis Gross et al. (1997) unterteilt in

- § Bedingungen im Herkunftsgebiet,
- § Migrationserfahrung,
- § Bedingungen im Aufnahmeland.

Die migrationsspezifischen Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben, sind nur lückenhaft untersucht. Es ist beim heutigen Stand der Forschung nicht möglich, einen vollständigen Überblick über alle Faktoren und ihre Bedeutung zu geben. In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Faktoren tabellarisch dargestellt und die im Rahmen dieses Projekts gefundenen Forschungsergebnisse überblicksartig beschrieben, mit Fokus auf die Schweizer Verhältnisse.

Die migrationsspezifischen Faktoren stehen in Wechselwirkung zueinander und können sich gegenseitig verstärken. Die aktuelle Forschung betont die Komplexität der Zusammenhänge (Kaya und Efionayi-Mäder, 2007). Tabelle 4.8. geht vom Modell von Salis Gross et al. (1997) aus und fasst die migrationsspezifischen Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit zusammen.

Tabelle 4.8: Migrationsspezifische Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit (nach Salis Gross et al., 1997, modifiziert)

Bedingungen im Herkunftsland	Herkunftsspezifische (ökologische, physische, psychische und soziale) Gesundheitsrisiken	Wyssmüller, Dahinden et al., 2005b
	Arbeits- und Lebensbedingungen im Herkunftsland	Wyssmüller, Dahinden et al., 2005b
	Soziale und politische Systeme im Herkunftsland	Kaya und Efionayi-Mäder, 2007; Jurt, 2006
	Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Prävention und Gesundheitsförderung im Herkunftsland (Informationen und Leistungen)	Wyssmüller, Dahinden et al., 2005b
	Bildung, Wissen, Erfahrungen zur Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung	BAG, 2007c
	Soziokultureller Rahmen, Religion, medizinische Traditionen, Körper-, Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen	Uchtenhagen, 2005
Migration als kritisches Lebensereignis	Migrationsgründe	Kaya und Efionayi-Mäder, 2007
	Migrationsform (z.B. Zwangsmigration/freiwillige Migration)	z.B. Bundesministerium für Gesundheit, 2002
	Migrationserfahrung (Verfolgung, Stress, Hoffnungen, Orientierung, Anpassung)	Loncarevic in: Domenig, 2007a; Razum, Twardella et al., 2002
Bedingungen im Aufnahmeland (inklusive individuelle Eigenschaften)	Sozioökonomischer Status, Bildung, Einkommen, Zugang zu Arbeit, Arbeitsverhältnisse	BAG, 2007c, BAG, 2007e; Schenk, 2007
	Sprache, Verständigung	Razum, Twardella et al., 2002
	Rechtliche Lage im Aufenthaltsland, Aufenthaltsstatus	Kaya und Efionayi-Mäder, 2007; Achermann, Chimienti et al., 2006
	Soziokultureller Hintergrund, Wertvorstellungen, Gesundheitsvorstellungen im Aufnahmeland	Uchtenhagen, 2005
	Individuelle Eigenschaften (Gender, Alter, weitere biologische Faktoren), individuelle Bedürfnisse und Bedarf	Kaya und Efionayi-Mäder, 2007
	Aufenthaltsdauer, Generation (Secondos)	Jurt, 2006; Weiss, 2003; Frick, Lengler et al., 2006
	Strukturelle Gegebenheiten im Aufenthaltsland (inkl. Gesundheitswesen): Chancengleichheit, Minderheitsstatus, Verhaltens- und Verhältnisprävention, Zugangsbarrieren (Information, Leistungen, Diskriminierung) in den Institutionen der Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung	Güngör et al, 2000; Schenk, 2007, Kaya und Efionayi-Mäder, 2007; BAG, 2007c; Kilcher in: Domenig, 2004
	Physische, psychische und soziale Gesundheit, emotionaler Zustand, Stressfaktoren	Jurt, 2006; Weiss, 2003
	Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	Schenk, 2007
	Physisches, emotionales und soziales Umfeld: Lebensbedingungen, Alltag, Wohnverhältnisse	Uchtenhagen, 2005; Bollini und Wanner, 2005
	Soziale Netzwerke	Jurt, 2006; Weiss, 2003, Moret und Dahinden 2008

4.5.1. Bedingungen im Herkunftsland

Weiss (2003) hält fest, dass die Nationalität einen untergeordneten Einfluss auf die Gesundheit hat. Faktoren wie der Aufenthaltsstatus, die Aufenthaltsdauer, der sozioökonomische Status, geschlechts- und altersspezifische Entwicklungsthemen, soziale Netzwerkstrukturen und prä-, trans- und postmigratorische Stressoren spielen eine grössere Rolle. Das Herkunftsland prägt allerdings – teilweise zusammen mit dem Aufnahmeland – wichtige Einflüsse wie die Sprache, den soziokulturellen Hintergrund, die Bildung, Einstellungen und Erfahrungen zu Gesundheit und Gesundheitswesen und den sozioökonomischen Status. Diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit. Die zweite Nachanalyse der GMM-Daten ergab, dass der selbstdeklarierte Gesundheitszustand von der Nationalität beeinflusst wird (Gabadinho und Wanner, 2008). Die Studienautoren führen dies darauf zurück, dass bestimmten Gruppen der Migrationsbevölkerung eher angegeben, bei schlechter Gesundheit zu sein, insbesondere Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit.

Für wenig integrierte Personen, so hält die erste Nachanalyse des GMM fest, spielen im Herkunftsland erworbene Verhaltensweisen eine besonders grosse Rolle (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006). Ein Beispiel ist das Rauchen bei Frauen: Frauen aus Ländern, die in dieser Hinsicht restriktive Normen für Frauen kennen, rauchen weniger bzw. beginnen erst zu rauchen, wenn sie in der Schweiz leben. Ein weiteres Beispiel: Bei Personen mit Migrationshintergrund besteht gemäss der zweiten Nachanalyse der GMM-Daten ein enger Zusammenhang zwischen Schmerzmittelkonsum und Staatsangehörigkeit, der auch bei der statistischen Berücksichtigung anderer Faktoren wie Gesundheitszustand, Integrationsniveau und allfälligen Kommunikationsproblemen bestehen bleibt (Gabadinho und Wanner, 2008).

Ausserdem ist in der schweizerischen Migrationspolitik die Nationalität in der Regel ein wesentliches Kriterium bei der Erteilung des Aufenthaltsstatus (BAG, 2007c). Der Aufenthaltsstatus wiederum hat Einfluss auf die Gesundheit (siehe unten).

Zu beachten ist, dass Personen der ersten Migrationsgeneration sich von der zweiten oder dritten Generation bezüglich der Orientierung nach dem Herkunfts- oder Aufnahmeland unterscheiden können und dass es innerhalb der Generationen ebenfalls unterschiedliche Orientierungen gibt (Eicke und Zeugin, 2007).

Wyssmüller, Dahinden et al. (2006b) stellen fest, dass bestimmte Faktoren (wie Infektionskrankheiten oder Gewalterfahrungen) bereits in jungen Jahren auf die Morbidität und Mortalität wirken und daher eher vom Kontext des Herkunftslandes beziehungsweise der Herkunftsregion beeinflusst werden. Andere Faktoren, die erst zu einem späteren Zeitpunkt (in späteren Lebensjahren) zu wirken beginnen, werden tendenziell stärker durch den Kontext des Aufnahmelandes bestimmt.

Herkunftsland und Tabakkonsum

Wie schon im Abschnitt 4.3. dargelegt bestehen zwischen den Herkunftsgruppen Unterschiede im Tabakkonsum. Aus einer Studie von 1996 geht hervor, dass der Tabakkonsum unter den in handwerklichen Berufen tätigen Personen mit Migrationshintergrund und generell unter männlichen Migranten aus Frankreich und Ländern des ehemaligen Jugoslawiens am höchsten ist (Vranjes, Bisig et al., 1996). Im GMM fallen – wie in Abschnitt 4.3. erwähnt – die hohen Raucherquoten der Personen aus der Türkei auf. Als vergleichsweise leicht erhöht lässt sich mit 37% noch die Raucherquote der Personen aus den Ländern des ehemaligen Jugosla-

wien bezeichnen. Auffällig wenig verbreitet ist das Rauchen bei Personen aus Sri Lanka, unter denen 87% der ständigen Wohnbevölkerung und 91% aus dem Asylbereich angeben, noch nie im Leben geraucht zu haben (Rommel, Weilandt et al. 2006). Die anderen befragten Gruppen der Migrationsbevölkerung unterscheiden sich bezüglich Tabakkonsum nicht wesentlich von den SchweizerInnen.

In zwei Befragungen von rauchenden PatientInnen mit Migrationshintergrund in der Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne, zum Wissen über die Auswirkungen von Tabakkonsum (Bodenmann, Murith et al., 2005) sowie zur Risikowahrnehmung und zur Wirkung einer Kurzintervention in der Notfall-Sprechstunde (Bodenmann, Cornuz et al., 2005) zeigte sich, dass das Wissen über die Auswirkungen von Tabak bei PatientInnen mit Migrationshintergrund geringer ist als bei SchweizerInnen. Unterschiede im Bewusstsein können eine Praxis uneingeschränkter Tabakwerbung und fehlende Information für die Bevölkerung über gesundheitliche Schäden in den Herkunftsländern reflektieren. Bei Personen aus dem osteuropäischen Raum war der Unterschied akzentuierter als bei Personen aus Asien und Afrika, wofür zurzeit eine Erklärung aussteht.

Herkunftsland und Alkoholkonsum

Alle im GMM erfassten Herkunftsgruppen zeigen einen hohen Prozentsatz von Personen, die angeben, keinen Alkohol zu trinken. Selbst bei der portugiesischen und italienischen Gruppe, die insgesamt einen eher hohen Alkoholkonsum aufweisen, bezeichnen sich je 31% der Personen als alkoholabstinent (SchweizerInnen: 19%). Bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien sind es fast die Hälfte, bei den türkischen Befragten 58% und bei den ansässigen TamillInnen 70%. Die höchsten Abstinenzquoten finden sich unter den Asylsuchenden aus dem Kosovo und Sri Lanka. Diese hohen Abstinenzzahlen sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass Untergruppen aus diesen Herkunftsländern Alkoholprobleme haben können. Fachleute der transkulturellen Prävention halten zum Beispiel fest, dass es eine Gruppe von TamillInnen gibt, die grosse Abhängigkeitsprobleme haben. Dies zeigt, dass nicht nur die Herkunft bei der Abhängigkeitsthematik eine Rolle spielt.

Wie oben erwähnt, ist die alkoholbedingte Sterblichkeit bei einigen Gruppen der Migrationsbevölkerung erhöht.

4.5.2. Migrationsgründe, Migrationsform und Migrationserfahrung

Die Migration ist eine einschneidende Erfahrung – das Verlassen des vertrauten Umfelds, der Prozess des Unterwegsseins und die Ankunft und Eingliederung in eine neue Umgebung (Domenig, 2007a). Migration ist ein fester Bestandteil der globalisierten Welt und betrifft alle mehr oder weniger. Sie eröffnet neue Optionen, birgt aber auch Risiken. Manche Menschen migrieren freiwillig, andere unter Zwang (Flucht, Krieg, Katastrophen, ökonomischer Druck). Die Migrationserfahrung kann sehr unterschiedlich sein und damit auch die Gesundheit auf ganz unterschiedliche Weise beeinflussen. Gewisse Gruppen, deren Migrationserlebnisse sich grundsätzlich voneinander unterscheiden, lassen sich abgrenzen, insbesondere Flüchtlinge und ArbeitsmigrantInnen.

Übermässiger Alkoholkonsum wird von im Rahmen dieses Projekts befragten Personen mit Migrationshintergrund, die selbst direkt oder indirekt mit Abhängigkeit konfrontiert waren, mit der Migration in die Schweiz in Zusammenhang gebracht:

soziale Isolation, Depression, Probleme und Gewalt in der Ehe werden dabei als Folgen der Migration und Ursachen der Abhängigkeit dargestellt (Stuker et al., 2008).

4.5.3. Bedingungen im Aufnahmeland und individuelle Eigenschaften

Sozioökonomischer Status (Bildung, Beruf, Einkommen)

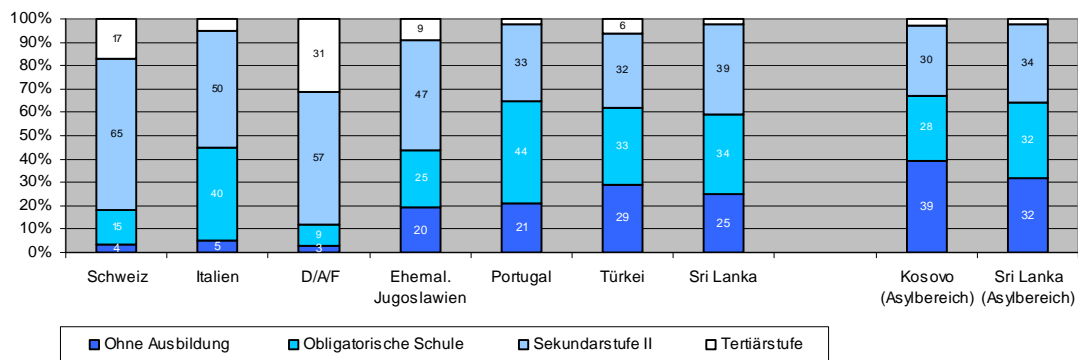
Der sozioökonomische Status (SES) wird am besten anhand der Bildung, des Berufs und des Einkommens gemessen (Hoffmeyer-Zlotnik und Geis, 2003). Dass sich der sozioökonomische Status besonders stark auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten auswirkt, ist in zahlreichen in- und ausländischen Studien nachgewiesen worden (BAG, 2007e). International zeigen verschiedene Studien, dass die sozioökonomische Situation bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung zumindest teilweise für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Einheimischen verantwortlich sind (MacKay, Macintyre et al., 2003). Personen mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich oft sozial benachteiligt und leben in prekären Erwerbssituationen (Schenk, 2007). Sie tragen aufgrund dieser sozialen Lage auch grössere Krankheitsrisiken (Schenk, 2007). Die soziale Benachteiligung schlägt sich auch in der Bildungssituation der Kinder dieser Migrationsgruppen nieder (Schenk, 2007).

Sozioökonomischer Status und Tabak. Die erste Nachanalyse des GMM (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006) hat den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Tabakkonsum der Migrationsbevölkerung untersucht. Insgesamt wurde keine statistische Korrelation gefunden. In einer Nachanalyse, die nur Personen aus Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei, Sri Lanka und dem Kosovo umfasste, rauchten Personen mit mittlerem und hohem SES allerdings häufiger als Personen mit tiefem SES (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006). Die Teilanalyse umfasste sowohl Ansässige als auch Asylbewerber. Es ist denkbar, dass die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen für das Resultat verantwortlich sind: Asylbewerber rauchen durchschnittlich deutlich weniger als ansässige Personen mit Migrationshintergrund, und ihr Einkommen liegt tiefer (Rommel et al., 2006). Zwei Studien mit rauchenden PatientInnen mit Migrationshintergrund in der Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne (Bodenmann, Murith et al.; Bodenmann, Cornuz et al., 2005) stellten keine Korrelation zwischen Wissen über die Auswirkungen von Tabak und dem Bildungsniveau oder Alter, fest. Gemäss einer Studie mit den SGB-Daten (Calmonte, 1998) ist der Tabakkonsum unter handwerklich tätigen Personen mit Migrationshintergrund (Italien, Spanien, Portugal und ehemaliges Jugoslawien) am höchsten. Im Überblick kann gesagt werden, dass die Daten zum SES und dem Tabakkonsum der Schweizer Migrationsbevölkerung ungenügend sind und dass deshalb noch keine klaren Aussagen zu einem möglichen Zusammenhang gemacht werden können.

Sozioökonomischer Status und Alkohol. Der sozioökonomische Status hat gemäss der Studie von Gabadinho, Wanner und Dahinden, (2006) einen geringen Einfluss auf den täglichen Alkoholkonsum. Bei den Männern wirkt er sich gar nicht aus, bei den Frauen führt ein höherer Status zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, täglich Alkohol zu konsumieren.

Bildung. Rund die Hälfte der Erwerbstätigen aus Südeuropa und den westlichen Balkanländern²¹ hat keine nachobligatorische Ausbildung abgeschlossen. Dagegen verfügen von den Erwerbstätigen aus Nord- und Westeuropa mehr als die Hälfte über eine Tertiärausbildung (Berufsmittelschule, Universität oder Hochschule; BAG, 2007c, mit Bezug auf BFS, 2005). Im Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung ist der Anteil der Personen, die keinen Schulabschluss haben, bei den Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal, der Türkei und Sri Lanka höher als bei der Schweizer Bevölkerung (Rommel, Weilandt et al., 2006; Abbildung 4.5). Bei den Personen aus Italien liegt der Anteil der Personen, die nur die obligatorische Schule abgeschlossen haben, deutlich höher als bei der Schweizer Bevölkerung. Frauen sind durchschnittlich weniger gut ausgebildet als Männer, wenn sie in die Schweiz einreisen – mit Ausnahme der tamilischen Frauen aus den Gruppen mit Aufenthalts- oder Niederlassungsbewilligung (Rommel, Weilandt et al., 2006). Für die ausländischen Jugendlichen ist nach der obligatorischen Schule die Berufslehre die wichtigste Bildungsform. Vor allem ausländische junge Frauen besuchen häufig Berufslehren von kurzer Dauer und beschränken sich auf wenige Berufe, insbesondere im Verkauf, im Büro und im Gesundheitswesen (BFS, 2006).

Abbildung 4.5: Ausbildung nach Herkunft (2004)



Quelle: GMM (Rommel, Weilandt et al., 2006)

Beruf. Personen mit Migrationshintergrund sind heute in der Schweiz in allen beruflichen Kategorien vertreten. Zwischen dem Herkunftsland und der beruflichen Stellung gibt es Zusammenhänge (BFS, 2006). Unter PortugiesInnen, TürkInnen und Personen aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens finden sich proportional am meisten Arbeitnehmende ohne Vorgesetztenfunktion. Personen aus Deutschland, Frankreich, Nordamerika und Australien sind stark in oberen Führungspositionen vertreten (BAG, 2007a, mit Bezug auf BFS, 2005). AusländerInnen sind vor allem in der Industrie, im Bau- und Gastgewerbe sowie im Gesundheitswesen stark präsent. In der Landwirtschaft und im Dienstleistungssektor (ohne Gastgewerbe und Gesundheitswesen) sind sie untervertreten (BFS, 2007c). Innerhalb der Migrationsbevölkerung sind Personen aus Italien, Portugal Spanien und Ländern des ehemaligen Jugoslawiens in der Industrie und im Baugewerbe übervertreten. Albanische, portugiesische und srilankische Befragte arbeiten häufig im Gastgewerbe und Verkauf (BAG, 2007c, mit Bezug auf BFS, 2005). Die im Vergleich zu den SchweizerInnen deutlich höhere Arbeitslosenquote (5,2% verglichen mit 2,1%, Jahresdurchschnitt von 2007; BFS, 2007c) wird zu einem grossen Teil durch ein

²¹ Der Westbalkan umfasst gemäss der Unterteilung des BFS Serbien (inkl. Kosovo), Montenegro, Kroatien, Bosnien und Herzegowina, Mazedonien und Albanien (BAG, 2007c).

tiefes Bildungsniveau und einer Übervertretung von ausländischen Arbeitnehmenden in stark konjunkturabhängigen Branchen erklärt (BAG, 2007c). Dabei ist zu beachten, dass unter der Migrationsbevölkerung die Frauen und die jüngeren Personen stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind als die Männer (ebd.).

Einkommen. Zwischen den Gruppen der erwerbstätigen Personen mit Migrationshintergrund zeigen sich grosse Unterschiede bezüglich des Lohnniveaus und der Lohnstruktur. Personen mit Migrationshintergrund sind verglichen mit SchweizerInnen deutlich häufiger von Armut betroffen und auch bei der Gruppe der Working Poor übervertreten. Durchschnittlich am schlechtesten verdienen die Erwerbstätigen der Gruppe der Personen aus dem Westbalkan. Durchschnittlich am besten verdienen Personen aus Nord- und Westeuropa. Tendenziell mehr als die Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, aber weniger als die SchweizerInnen verdienen die Erwerbstätigen aus Südeuropa (BAG, 2007c, mit Bezug auf BFS, 2005). Das Lohnniveau der ausländischen Arbeitskräfte unterscheidet sich auch stark je nach rechtlichen Aufenthaltsbedingungen. SchwarzarbeiterInnen (Sans-Papiers und Personen, die neben ihrer offiziellen beruflichen Tätigkeit schwarz arbeiten) sind in den Statistiken nicht erfasst. Sie erhalten oft sehr tiefe Löhne und gehören meist zu den so genannten Working Poor. Die Sans-Papiers leben oft als SchwarzarbeiterInnen in der Schweiz und sind als Arbeitnehmende schlecht geschützt, da sie es aufgrund ihrer prekären Aufenthaltssituation selten wagen, ihre Rechte einzufordern (SRK, 2006). Sie arbeiten insbesondere in der Reinigungsbranche (in Betrieben und Privathaushalten), als Haushaltsangestellte, im Baugewerbe, in der Landwirtschaft, in der Tourismus- und Gastronomiebranche sowie im Sexgewerbe (SRK, 2006).

Bei der Inanspruchnahme von Sozialhilfe sind Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu SchweizerInnen deutlich übervertreten. Die Gründe dafür liegen in der mangelnden Berufsqualifikation, den schlechteren Arbeitsmarktchancen, dem tieferen sozioökonomischen Status, aber auch in der Familienstruktur: Kinder sind ein Armutsrisiko, und Familien mit Migrationshintergrund haben durchschnittlich mehr Kinder.

Die Zahl der IV-Renten für AusländerInnen ist Anfang der 1990er-Jahre deutlich gestiegen, seit dann aber stabil geblieben (BAG, 2007c).

Sprache und Verständigung

Migrationssprachen nehmen in der Sprachenlandschaft der Schweiz einen immer wichtigeren Platz ein. Die häufigsten Nicht-Landessprachen²², die in der letzten Volkszählung im Jahr 2000 erhoben wurden, sind in Tabelle 4.6 zusammengefasst.

²² Die Zahlen beziehen sich auf die Sprache, in der die Befragten denken und die sie am besten beherrschen (womit meistens die sogenannte Muttersprache gemeint ist).

Tabelle 4.6: Häufigste Nicht-Landessprachen in der Schweiz

Muttersprache	Zahl der Sprechenden (gerundet)	Anteil an der Gesamtbevölkerung
Serbokroatisch	107'000	1,4%
Albanisch	100'000	1,3%
Portugiesisch	92'000	1,2%
Spanisch	84'000	1,1%
Englisch	77'000	1,0%
Türkisch	46'000	0,6%
Tamil	23'000	0,3%
Arabisch	15'000	0,2%

Quelle: BFS, 2000²³

Laut den Daten des GMM beherrschen die meisten befragten AusländerInnen eine der schweizerischen Landessprachen. Dabei handelt es sich – mit Ausnahme der PortugiesInnen, die meist das Französische beherrschen – überwiegend um Deutsch. Allerdings geben die meisten Interviewten zu Protokoll, die Sprache besser zu verstehen als sie tatsächlich auch zu sprechen. Unter den europäischen Gruppen verfügen nach eigenen Angaben rund zwei Drittel über gute bis sehr gute aktive Sprachkenntnisse. Bei den Asylsuchenden und Sans-Papiers sind die Sprachkenntnisse generell eher schlecht.

Sprache und Gesundheit. Das Fehlen von Beratungsstellen mit Angeboten in der Muttersprache, aber auch fehlende Sprachkenntnisse bei Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation stellen Zugangsbarrieren zu Präventionsangeboten dar (Oggier und Ideli, 2005). Dies schafft vor allem bei Erwachsenen Probleme. Im Gegensatz dazu sind Kinder und Jugendliche sprachlich allgemein besser integriert; sie informieren sich oft über die Schule.

Die im Rahmen dieses Projektes durchgeführte Umfrage bei Personen mit Migrationshintergrund lieferte uneinheitliche Ergebnisse zur Bedeutung der Sprache (Stucker et al., 2008): Die befragten Fachpersonen sind der Ansicht, dass die Bedeutung der Sprache generell überschätzt wird. Die befragten Personen aus der Migrationsbevölkerung betonen dagegen die Bedeutung von Sprachbarrieren und wünschen entsprechend muttersprachliche Beratungsangebote und übersetzte Informationsmaterialien. Die Sprache dient gemäss den Umfragen nicht nur als Mittel zum Zweck, sondern auch als Vertrauensvermittlerin, und die Verwendung der Muttersprache kann symbolisch Anerkennung ausdrücken. Personen aus Sri Lanka sagten zudem aus, dass die Diskussion über Prävention in ihrer Heimat aktiver geführt werde als unter den TamillInnen in der Schweiz. Ein wichtiger Grund für Letzteres seien Sprachprobleme.

Sprache und Tabakkonsum. In den zwei bereits erwähnten Befragungen von rauchenden PatientInnen mit Migrationshintergrund zum Wissen über die Auswirkungen von Tabakkonsum (Bodenmann, Murith et al., 2005) sowie zur Risikowahrnehmung und zur Wirkung einer Kurzintervention in der Notfall-Sprechstunde (Bodenmann, Cornuz et al., 2005) zeigte sich, dass das Wissen über die Auswirkungen von Tabak bei PatientInnen mit Migrationshintergrund geringer ist als bei SchweizerInnen und dass dies unter anderem mit der Beherrschung der lokalen

²³ Es wurden teilweise mehrere Sprachen unter einem Sprachnamen zusammengefasst. So enthält Spanisch auch die Zahlen für Katalanisch und Galizisch; Türkisch auch andere Turksprachen. Das Kurdische der türkeistämmigen KurdInnen ist nicht eingeschlossen.

Sprache korrelierte, möglicherweise aufgrund eines erschwerten Zugangs zu Information und Aufklärung. Allerdings rauchen sprachlich integrierte Frauen gemäss einer anderen Studie tendenziell häufiger, wohl weil sie unter Schweizerinnen weit verbreitete Konsummuster übernehmen (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006).

Sprache und Alkoholkonsum. Gemäss Gabadinho, Wanner und Dahinden (2006) erhöht das Nichtbeherrschen einer der Landessprachen bei Männern das Risiko des Rauschtrinkens. Es muss allerdings festgehalten werden, dass das Rauschtrinken bei einigen Nationalitäten sehr selten und bei der einheimischen Bevölkerung besonders verbreitet ist.

Rechtliche Lage im Aufenthaltsland und Aufenthaltsstatus²⁴

Rund zwei Drittel aller ausländischen Staatsangehörigen verfügten Ende 2006 über eine Niederlassungsbewilligung (Ausweis C). Eine grosse Mehrzahl der ItalienerInnen und SpanierInnen und eine Mehrheit der KroatInnen, TürkinInnen, PortugiesInnen und ÖsterreicherInnen gehören zu dieser Gruppe (BAG, 2006a). Über eine Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B; Personen mit Kurzaufenthaltsbewilligung nicht eingerechnet) verfügt ein Viertel der Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Personen mit Niederlassungsbewilligung und einjähriger Aufenthaltsbewilligung stellen die Mehrheit der ausländischen Personen in der Schweiz (Tabelle 4.7). Personen aus dem Asylbereich machten Ende 2006 2,9% (44'900 Personen) der ausländischen Bevölkerung aus (BFS, 2007c). Es handelte sich hauptsächlich um Personen aus Afrika, Asien (Irak), den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens, der Türkei und Sri Lanka (Tabelle 4.7).

Tabelle 4.7: Aufenthaltsstatus und Nationalität (Zahlen für 2006).

Niederlassungsbewilligung (Ausweis C)	Anzahl Personen	Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B)	Anzahl Personen
Italien	268'612	Deutschland	69'107
Serbien/Montenegro	153'093	Serbien/Montenegro	37'658
Portugal	122'935	Portugal	38'461
Deutschland	90'429	Sri Lanka	24'570
Spanien	62'678	Frankreich	23'880
Türkei	61'123	Italien	20'111
Mazedonien	50'337	Türkei	12'689
Frankreich	44'047	Grossbritannien	10'699
Kroatien	34'195	Mazedonien	9'792

Im Asylprozess (Ausweis N)	Anzahl Personen	Vorläufig Aufgenommene (Ausweis F)	Anzahl Personen
Serbien und Montenegro	2'322	Serbien und Montenegro	7'193
Staatenlos / Unbekannt	2'021	Somalia	3'266
Türkei	1'451	Irak	2'660
Kongo (Kinshasa)	1'251	Angola	2'124
Äthiopien	1'233	Bosnien und Herzegowina	1'926
Eritrea	1'108	Sri Lanka	1'770
Irak	954	Kongo (Kinshasa)	1'075
Bosnien und Herzegowina	780	Türkei	860
Iran	777	Afghanistan	835

Quelle: BFS, 2007c

²⁴ Zu den verschiedenen Formen des Aufenthaltsstatus siehe Kasten in Kap. 3.1.

Wie eingangs erwähnt, geht man von zusätzlich 80'000 bis 300'000 Sans-Papiers in der Schweiz aus, also Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung (Acher-
mann und Efionayi-Mäder, 2003; Longchamp, Aebersold et al., 2005; SRK, 2006).

Der Aufenthaltsstatus legt die Rahmenbedingungen für die Integration fest und beeinflusst so den sozioökonomischen Status und die persönliche Lebenslage. Diese Faktoren wiederum bestimmen die Gesundheit mit und stehen in Wechselwirkung mit weiteren gesundheitsrelevanten Aspekten. Personen mit prekärem²⁵ Aufenthaltsstatus (AsylbewerberInnen und Sans-Papiers), die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, stufen zum Beispiel ihre Gesundheit besser ein als nicht erwerbstätige Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus (Acher-
mann, Chimienti et al., 2006).

Zwei Befragungen von rauchenden PatientInnen mit Migrationshintergrund in der Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne (Bodenmann, Murith et al., 2005 und Bodenmann, Cornuz et al., 2005) haben ergeben, dass Personen in der Aufenthaltskategorie B oder C ein stärkeres Bewusstsein für die schädlichen Folgen des Rauchens im Vergleich zu Asylsuchenden und Personen ohne Aufenthaltsbewilligung hatten. Der Faktor fällt bei französischsprachigen Personen aus Afrika weniger ins Gewicht als bei anderen MigrantInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus.

Soziokultureller Hintergrund, Werte

Werte und Orientierungen beeinflussen das Gesundheitsverhalten. Die Herkunft ist ein ungenauer Indikator, um solche soziokulturellen Hintergründe zu beschreiben, insbesondere bei einer Einteilung nach Nationalitäten (Weiss, 2003).

Der Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln ist durch soziokulturelle Normen, die mit dem Konsum verbundenen Rituale und die juristische und gesellschaftliche Bewertung der Substanz geprägt (Weiss, 2003). Die soziokulturellen Normen regeln einerseits die Konsumgewohnheiten, legen also zum Beispiel fest, was „richtiges Trinken“ (ebd.) bedeutet. Zum anderen können sie auch Hürden beim Zugang zu Prävention, Beratung und Therapie darstellen. Familie, Schule, Arbeitswelt und Öffentlichkeit vermitteln entsprechende Normen. Schliesslich spielen das mit dem Konsum einer Substanz assoziierte „Image“, „Ästhetik“ und Identitätsstiftung eine Rolle (Shadel et al., 2000).

Religion und Religiosität. Die Migrationsbevölkerung gehört einer Vielfalt von Religionsgemeinschaften an. Die Daten des GMM (Rommel, Weilandt et al., 2006) zeigen, dass sich die meisten Befragten den in ihrem Herkunftsland dominierenden Religionen zuordnen. 93% der kosovo-albanischen Befragten bezeichnen sich als Muslime, eine kleine Minderheit als Christen. Die anderen Befragten aus dem ehemaligen Jugoslawien bezeichnen sich zu 56% als christlich und zu 40% als muslimisch. 96% der portugiesischen Befragten nennen das Christentum als ihre Religion. Bei den türkischen Befragten verstehen sich 89% als muslimisch. Von den im GMM befragten TamillInnen ordnen sich 82% dem Hinduismus zu, 17% dem Christentum. Die Angehörigen einer einzelnen Religionsgemeinschaft bilden nicht unbedingt eine homogene Einheit. Zur Religiosität machten die Personen der verschiedenen Herkunftsgruppen sehr unterschiedliche Aussagen. Die TamillInnen erscheinen als relativ homogene, ausgesprochen religiöse Gruppe. Hingegen ist die Religiosität bei den Befragten aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien und vor allem aus Portugal und der Türkei schwach ausgeprägt. Für die TürkInnen

²⁵ Siehe Glossar.

kann man sogar von einer polarisierten Bevölkerungsstruktur sprechen, mit einer beachtlichen Minderheit gar nicht religiöser Personen (Rommel, Weilandt et al., 2006).

Soziokulturelle Aspekte des Alkoholkonsums. Beim Alkohol unterscheidet die Literatur zwischen Abstinenzkulturen (Islam, Hinduismus), Permissivkulturen (Genuss erlaubt, häufig ritualisiert, Exzesse verpönt), Ambivalenzkulturen (Konflikte zwischen koexistierenden Wertstrukturen und Suchtmittelgebrauch) sowie permissiven und funktionsgestörten Kulturen (sowohl normaler Konsum wie Exzesse sind erlaubt und geduldet) (Weiss, 2003). Das „typische Rauschverhalten“ ist nicht nur von der Konsummenge abhängig, sondern auch gesellschaftlich determiniert (Mandelbaum, 1979). In den Befragungen von Personen mit Migrationshintergrund, die im Rahmen dieses Projekts durchgeführt wurden, wurde Alkohol mit Mass zu trinken in erster Linie als dem sozialen Verhalten zugehörig und deshalb als normal geschildert (Stuker et al., 2008). Alkohol wird im Verein, im Restaurant, beim Kartenspielen, mit Freunden, am Wochenende oder während Festlichkeiten getrunken und mit Genuss assoziiert. Auf der anderen Seite wird Alkohol – und gerade auch die soziale Komponente des Konsums – als gefährlich beurteilt. Dies trifft allerdings in erster Linie auf Personen zu, die mit Alkoholabhängigkeit Erfahrung haben. Verschiedene Personen mit Migrationshintergrund sagten im persönlichen Gespräch, dass Alkohol zwar aus Gründen der Religion nicht konsumiert werden sollte, dennoch aber regelmässig bis zum Rausch getrunken wird.

Gender

Männer und Frauen migrieren aus unterschiedlichen Gründen und machen unterschiedliche Erfahrungen im Verlauf des Migrationsprozesses (Kaya und Efiionayi-Mäder, 2007). Auch die Integration von Personen mit Migrationshintergrund in den Arbeitsmarkt erfolgt genderdifferenziert: Frauen arbeiten eher im Dienstleistungssektor, Männer vorwiegend in Industrie- und Bauberufen. Frauen mit Migrationshintergrund leben häufiger als Männer unter Bedingungen, die potenziell oder tatsächlich zu sozioökonomischer Marginalisierung führen, was sich wiederum negativ auf die Gesundheit auswirkt.

Nachdem bei der Einwanderung in die Schweiz der Anteil der Männer während langer Zeit überwog, wandern seit den 1970er Jahren immer mehr Frauen zu. Seit Mitte der 1990er Jahre immigrieren ungefähr gleich viele Frauen wie Männer (EKF, 1999, BAG, 2007c). Jedoch überwiegt zurzeit der Männeranteil in der ausländischen Wohnbevölkerung immer noch (BAG, 2007c). Zudem gibt es herkunftsspezifische Besonderheiten: aus Deutschland, Österreich und Frankreich wanderten zeitweise vermehrt Frauen ein, heute ist die Mehrheit der Personen aus den meisten lateinamerikanischen und osteuropäischen Staaten weiblich (BAG, 2007c).

Studien zur Migrationsbevölkerung in der Schweiz stellen fest, dass Ausländerinnen den eigenen Gesundheitszustand in der Regel deutlich schlechter einschätzen als Schweizerinnen (BAG, 2007c; Rommel, Weilandt et al., 2006; Weiss, 2003). Frauen sind gemäss GMM auch häufiger wegen psychischen Problemen in Behandlung als Männer.

Geschlechtsunterschiede beim Tabak- und Alkoholkonsum. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind beim Tabak- und Alkoholkonsum deutlicher als zwischen den Herkunftsgruppen (BFS, 2002; 2003). Frauen rauchen laut GMM generell weniger als Männer (Rommel, Weilandt et al., 2006). Die HBSC-SchülerInnenstudie hat gezeigt, dass der Tabakkonsum bei ausländischen jungen Männern höher ist als bei jungen Schweizern; bei den jungen Frauen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Ferron, Haour-Knipe, 1996). Befragungen von rauchenden PatientInnen mit Migrationshintergrund in der Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne (Bodenmann, Murith et al., 2005; Bodenmann, Cornuz et al., 2005) ergaben, dass Männern ein geringeres Bewusstsein für die schädlichen Folgen des Rauchens haben, während sich Frauen laut den Autoren eher um die Gesundheit der Familie kümmern, vermutlich im Rahmen ihrer traditionellen Rollen. Schwangere Frauen werden bei gynäkologischen Untersuchungen meistens auf das Rauchen angesprochen – eine Massnahme, die Männer nicht erreicht. Insgesamt scheinen Frauen durch Präventionsbotschaften besser erreicht zu werden.

Männer – ob aus der Schweiz oder aus anderen Ländern – konsumieren gemäss dem GMM viel regelmässiger Alkohol als Frauen (Abbildung 4.4). Frauen aus der Migrationsbevölkerung nehmen seltener einen stationären oder ambulanten Suchthilfedienst in Anspruch als Männer, wobei der Unterschied bei den Frauen von ausserhalb der EU markant grösser ist als bei den aus der EU stammenden AusländerInnen (Astudillo und Maffli, 2007).

Aufenthaltsdauer, Alter und Generationszugehörigkeit

Die Altersstruktur der Migrationsbevölkerung unterscheidet sich von jener der Schweizer Bevölkerung (BAG, 2007c). Die meisten Herkunftsgruppen sind durchschnittlich jünger als die einheimische Bevölkerung, denn weiterhin immigrieren vorwiegend junge Menschen im Alter zwischen 20 und 39 Jahren. Insbesondere Personen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien und der Türkei weisen einen deutlich höheren Anteil junger Personen auf. Zudem ist die durchschnittliche Geburtenrate der Ausländerinnen höher als die der Schweizerinnen (vgl. u.a. BAG, 2007c; BFS, 2006). Die Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) stellen mit 70,1% den bedeutendsten Anteil. Beinahe jede vierte ausländische Person (22,6%) ist jünger als 20 Jahre. Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren stellt den kleinsten Anteil (6,6% der ausländischen Wohnbevölkerung gemäss BFS, 2006). Bei italienischen, deutschen, französischen und spanischen Personen mit Migrationshintergrund ist die älteste Alterskategorie, bezogen auf die gesamte Herkunftsgruppe, zahlenmässig am stärksten vertreten.

Auch in Bezug auf die Aufenthaltsdauer zeigt sich die Migrationsbevölkerung in der Schweiz sehr heterogen. 23,3% der in der Schweiz wohnhaften AusländerInnen sind in der Schweiz geboren und gehören somit der zweiten oder sogar dritten Generation an. Zwischen einzelnen Nationalitäten gibt es dabei allerdings beträchtliche Unterschiede

Bisher ist erst in wenigen Studien untersucht worden, ob sich die eingewanderte Generation bezüglich ihrer Gesundheit von ihren Kindern („Secondos“) unterscheidet. Studienergebnisse zur Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen im Kanton Zürich (Frick, Lengler et al., 2006) lassen vermuten, dass sich der „Healthy-Migrant“-Effekt bei Personen mit langer Aufenthaltsdauer und bei der zweiten Generation verliert. Graf (2006) weist darauf hin, dass Jugendliche und junge Erwachsene der zweiten Generation ver-

mehrt Probleme mit illegalen Suchtsubstanzen zu zeigen scheinen, Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation hingegen eher Alkoholprobleme haben.

Aufenthaltsdauer und Wissen über Tabak. Bodenmann, Cornuz et al. (2005) schliessen aus ihren Befragungen bei der Migrationsbevölkerung, dass sich Integration und Sprachkenntnisse positiv auf das Bewusstsein über die schädlichen Folgen des Rauchens auswirken, dass aber im Verlauf des Integrationsprozesses auch weniger „erwünschte“ Verhaltensweisen der Aufnahmegesellschaft übernommen werden, etwa das Rauchen bei Frauen. Darüber hinaus spielen laut der Studie „ethnische“ Faktoren eine wichtige Rolle. Ein Zusammenhang mit dem Alter scheint dagegen nicht zu bestehen.

Alkoholkonsum, Alter und Generationenzugehörigkeit. Das GMM und die SGB zeigen, dass der tägliche Alkoholkonsum sehr stark mit dem Alter variiert: Männer mit Migrationshintergrund zwischen 63 und 74 Jahren konsumieren viel mehr Alkohol als Männer zwischen 15 und 26 Jahren. Die starke Zunahme des Konsums mit dem Alter ist auch bei Frauen festzustellen.

Kombinierter Einfluss von Geschlecht und Alter. Der Einfluss von Geschlecht und Alter auf das Rauchen ist ein gutes Beispiel für die Komplexität von gesundheitsrelevanten Faktoren: Der Einfluss des Alters auf den Tabakkonsum ist bei ausländischen Frauen und Männern unterschiedlich (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006). Bei den Männern zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Alterskategorien, mit Ausnahme der ältesten Kategorie, bei denen der Anteil der Raucher am geringsten ist. Hier handelt es sich um einen Selektionseffekt, denn viele der ältesten Personen waren bereits mit Gesundheitsproblemen konfrontiert, die mit dem Tabakkonsum in Verbindung gebracht werden können, und sind bereits gestorben (ebd.). Bei den Frauen hingegen zeigen sich Unterschiede zwischen den Altersklassen: Der Anteil rauchender Frauen ist bei den 29- bis 50-Jährigen am höchsten. Frauen zwischen 51 und 62 Jahren und zwischen 63 und 74 Jahren rauchen seltener. Dies widerspiegelt das Expansionsschema der Epidemie beim Tabak bei den Frauen, das vor allem die Generationen betraf, die nach dem Zweiten Weltkrieg geboren wurden (ebd.).

4.5.4. Wenig untersuchte Faktoren

Strukturelle Gegebenheiten: Zugangsbarrieren

Nicht nur die Sprache stellt eine Barriere im Zugang zur Gesundheitsversorgung dar, auch Mängel in der Zielsetzung und Organisation der Angebote können den Zugang für Personen mit Migrationshintergrund erschweren. Obwohl vermutet werden darf, dass Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung sich auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund negativ auswirken (Schenk, 2007), ist noch wenig über die genauen Zusammenhänge bekannt. Maggi und Cattacin (2003) identifizieren ebenfalls Lücken in der Erforschung von Zugangsbarrieren und Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung, ebenso wie in der Bewertung der Interventionen, die solche Barrieren reduzieren sollen. Eine genauere Untersuchung steht aus.

Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bestimmte Verhaltensweisen erweisen sich als gesundheitsförderlich und sind somit als Ressourcen zu sehen, andere können ein Gesundheitsrisiko darstellen.

Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund versuchen Gesundheitsressourcen bzw. -risiken zu identifizieren, die allenfalls zur Erklärung der Gesundheitsunterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der einheimischen Bevölkerung beitragen bzw. Ansatzpunkte zu deren Verminderung liefern können, zum Beispiel mittels gezielter gesundheitsfördernder Interventionen. Wyssmüller, Dahinden et al. (2006a) halten dazu fest, dass noch grosse Wissenslücken bestehen.

Lebensumstände, Wohnverhältnisse und soziale Netzwerke

Die weniger günstige wirtschaftliche Situation der Personen mit Migrationshintergrund wirkt sich auf die Wohnverhältnisse aus. Diese unterscheiden sich zum Teil stark zwischen den verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund. Laut BAG finden sich bescheidene Wohnverhältnisse insbesondere bei MieterInnen aus Portugal, der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien (BAG, 2007c). Die wirtschaftliche Situation wird auch mitbestimmt durch die Haushaltsgrösse und die Anzahl Kinder in einem Haushalt. In Haushalten mit zwei oder weniger Mitgliedern leben mehr als die Hälfte der SchweizerInnen und der Personen aus Nord- und Westeuropa (BAG, 2007c, mit Bezug auf BFS, 2005). Haushalte mit drei oder mehr Personen sind vor allem bei Personen mit Migrationshintergrund aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien, aus Albanien, Bulgarien, Rumänien und der Türkei üblich. Das am häufigsten beobachtete Haushaltsmodell bei Personen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Portugal sind verheiratete Paare mit Kind(ern). Personen aus Deutschland und Frankreich leben demgegenüber weit weniger als zur Hälfte in einem solchen Haushalt. Personen aus Afrika und Amerika stellen besonders viele Einelternhaushalte (BAG, 2007c, mit Bezug auf BFS, 2005). Ein wichtiger Faktor, der in den nationalen Statistiken zu den Haushalten nicht erscheint, aber für die Haushaltssituation bei Personen mit Migrationshintergrund eine Rolle spielt, sind die so genannten „transnationalen“ oder „transborder“-Haushalte. Darunter sind die in getrennten Haushalten lebenden Familien zu verstehen, die in verschiedenen Ländern wohnen.

Familie und Kinder scheinen ein Schutzfaktor vor Tabakkonsum zu sein: Verheiratete Frauen und Frauen, die mindestens ein Kind unter 15 Jahren haben, rauchen seltener (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006). Andererseits trinken ledige Männer und Frauen weniger als Verheiratete, Geschiedene, Getrennte und Verwitwete (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006). Rauschtrinken betrifft in erster Linie allein stehende Personen, insbesondere im Gegensatz zu verheirateten Paaren (ebd.), was jedoch in einem Zusammenhang mit dem Alter stehen könnte. Die Wahrscheinlichkeit des Alkoholmissbrauchs sinkt, wenn mindestens zwei Personen im Haushalt wohnen.

5. Netzwerke der Migrationsbevölkerung

Eine enge Zusammenarbeit mit den sozialen Netzwerken und insbesondere mit den (Selbst-) Organisationen der Migrationsbevölkerung drängt sich in der Gesundheitsförderung und Prävention auf, da hier die unmittelbare Nähe zu den Zielgruppen unerlässlich ist, will man zum Beispiel den Setting-Ansatz verfolgen (aufsuchende Arbeit in den Lebenswelten von Personen mit Migrationshintergrund, Anpassung der Kommunikationsformen und Kommunikationskanäle, Berücksichtigung der spezifischen Supportsysteme etc.) oder die Partizipation der betroffenen Bevölkerung und die Sicherung der Nachhaltigkeit von Massnahmen erreichen.

Ergebnisse aus Langzeitstudien zur Allgemeinbevölkerung aus den USA zeigen, dass Rauchen und Rauchstopp abhängig sind vom sozialen Netzwerk und von der kollektiven Dynamik, die in diesen Netzwerken spielt (Christakis und Fowler, 2008). Auffällig dabei ist, dass sich in lokalen Netzwerken eigentliche Rauchstopp-Kaskaden bilden. Dies bedeutet, dass der Rauchstopp-Entscheid nicht individuell, sondern kollektiv vollzogen wird, und zwar von Personen, die miteinander in direktem Kontakt stehen. Die geografische Nähe und Umgebungsfaktoren (wie Tabaksteuern, Zugänglichkeit zum Suchtmittel oder Werbung) spielen für den Ausstieg gemäss den Autoren eine weniger zentrale Rolle als die sozialen Normen, die in den Netzwerken zirkulieren (ebd.). Ausstiegsprogramme in den Bereichen Tabak und Alkohol zeigen weiter auf, dass Programme mit *peer support* erfolgreicher sind als individuell angelegte Programme. Dabei ist entscheidend, dass dieser *peer support* so angelegt ist, dass die Regeln des persönlichen Netzwerks dadurch verändert werden (ebd.). Faktisch machen die Langzeitergebnisse weiter deutlich, dass verbleibende RaucherInnen zunehmend an die Peripherie der sozialen Netzwerke gelangen und sich aufgrund des Kaskaden-Effektes Investitionen für Interventionen auch in kleineren Gruppen der Gesamtbevölkerung lohnen: Der Normenwandel in kleinen Gruppen kann einen grossen Einfluss auf die mit dieser Gruppen vernetzten weiteren Personen haben und dort wiederum einen Normenwandel auslösen (ebd.). Die Potenziale dieser Netzwerke können auch genutzt werden, um gesundheitsförderndes Verhalten generell zu unterstützen (Christakis und Fowler, 2008).

Für unseren Zusammenhang sind also neben den formalisierteren Organisationsformen der Personen mit Migrationshintergrund (in der Literatur als Selbst- oder Eigenorganisationen bezeichnet) und einzelnen ExponentInnen aus der Migrationsbevölkerung mit speziellem Potenzial (Schlüsselpersonen bzw. *key persons*), auch die informellen Netzwerke (in der Netzwerkanalyse spricht man hier von persönlichen Netzwerken der Individuen) relevant. Je nach Schwerpunkt der geplanten Massnahme, müssen demnach allenfalls verschiedene Netzwerkformen genutzt werden.

5.1. Aktueller Wissensstand über gesundheitsrelevante Netzwerke der Migrationsbevölkerung in der Schweiz

In der Schweiz wurde vom SFM und dem MAPS (Maison d'analyse des processus sociaux) im Mandat des BFM, der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) und des BAG kürzlich eine Untersuchung zu den Potenzialen einer Gesundheits- und Integrationspolitik mit Netzwerken von Personen mit Migrationshintergrund durchgeführt. Inhaltlich interessierte vorwiegend die Informationsvermittlung. Im vorliegenden provisorischen Bericht (Moret und Dahinden, 2008) ist auch ein Teil

der erhobenen Netzwerkdaten ausgewertet. Diese beziehen sich insbesondere auf die Potenziale der Selbstorganisationen und Schlüsselpersonen. Es wird jedoch betont, dass Personen mit Migrationshintergrund auch andere Formen von Netzwerken etablieren, die ebenfalls für die Zusammenarbeit genutzt werden könnten. Dazu gehören Kompetenznetzwerke (auf Fachlichkeit statt auf Herkunft basierend), die Vernetzung mit lokalen Institutionen oder mit Personen ohne Migrationshintergrund und die oben bereits angesprochenen informellen, persönlichen Netzwerke (ebd.).

Gefahr der Ethnisierung. In der Fachliteratur beschränkt man sich gemäss den Autorinnen trotz dieser Vielfalt von Netzwerken weitgehend auf die „ethnischen“ (herkunftsbezogenen) Eigenorganisationen und thematisiert andere Vernetzungsformen sowohl theoretisch als empirisch zu wenig (Moret und Dahinden, 2008). Für die Arbeit mit den bestehenden Netzwerken der Migrationsbevölkerung sollte diese Ethnisierungstendenz kritisch reflektiert werden.

Hoher Stellenwert „starker“ Beziehungen. Gleichzeitig zeichnen sich die persönlichen Netzwerke von Personen mit Migrationshintergrund offenbar durch eine weitere Eigenheit im Bereich der Kommunikation aus: Während in der Netzwerkanalyse davon ausgegangen wird, dass sogenannte „schwache“ Beziehungen (im Sinne zum Beispiel von „Bekanntschaft“) als Brücken zwischen sonst ungebundenen Teilen des Gesamtnetzes eines Individuums fungieren (indem sie neue Netzwerke eröffnen) und dadurch die Chancen für ein erfolgreiches Handeln des Individuums erhöhen, fand Dahinden (2005a) Indizien dafür, dass dies in der Migrationssituation nicht unbedingt zutrifft, da bei den untersuchten albanisch sprechenden Personen mit Migrationshintergrund „starke“ Beziehungen (im Sinne zum Beispiel von „Freundschaft“) vermehrt Informationsfunktionen übernehmen. Die bisherigen Auswertungen zu den türkischen und albanischen Netzwerken der aktuellen Netzwerkstudie von Moret et al. (2007a) zeigen in dieselbe Richtung. Auch in einer Netzwerkstudie über soziale Unterstützungsnetzwerke von albanisch sprechenden MigrantInnen in der Schweiz zeigte sich ebenfalls, dass starke Beziehungen auch für die Job- und Wohnungssuche wichtig sind (Dahinden, 2005b). Die Autorin interpretiert dieses Ergebnis so, dass in einer Situation von Marginalisierung starke Beziehungen als Brücken zentral werden, auch bezüglich der Aspekte, die sonst eher mit schwachen Beziehungen in Verbindung gebracht werden. Zudem könnte nach Moret et al. (2007a) auch die Frage des Vertrauens im Migrationskontext grundsätzlich anders konstituiert sein.

Diese migrationsspezifischen Aspekte sind bei der Arbeit mit Netzwerken zu berücksichtigen. Zivilgesellschaftliche Partizipation ist zudem komplex und der Einbezug von Netzwerken der Migrationsbevölkerung produziert Spannungsfelder, die jeweils bewusst reflektiert werden müssen (Moret und Dahinden, 2008). In den Selbstorganisationen und persönlichen Netzwerken bündeln sich nach den Autorinnen (ebd.) jedoch zivilgesellschaftliche und selbsthilfebezogene Ressourcen mit hohem Potenzial für die Integrations- und Präventionsarbeit.

5.2. Netzwerke mit Potenzial für die Prävention und Gesundheitsförderung

5.2.1. Familie und Freundeskreis

Zu gesundheitsrelevanten Netzwerken von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz sind erst punktuelle Studien gemacht worden. In den vorliegenden Daten werden vor allem die Familie und der Freundes- bzw. Bekanntenkreis thematisiert. So nennt das GMM (Rommel et al., 2006) den Verwandten- und Freundeskreis als eine der vier Hauptquellen für gesundheitsrelevante Informationen (neben Zeitungen und Zeitschriften, dem Fernsehen und dem Hausarzt). Auch die Umfragen des SRK und der Caritas unter ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und entsprechender Fachpersonen nennen diese Netzwerke als generell zentral für die Präventionsarbeit (für Information und Unterstützung). Allerdings werden hier auch Spannungsfelder thematisiert (wie Tabuisierung der Abhängigkeitsproblematik in den persönlichen Netzwerken, Überbelastung der Netzwerke, schwere Erreichbarkeit dieser Netze). Moret et al. (2007a) fragen spezifischer danach, für welche Informationen welche Kanäle relevant sind und weisen ebenfalls auf eine hohe Bedeutung der Netzwerke von Familie und ethnisch homogenem Freundeskreis hin, insofern es sich dabei um „starke“ Beziehungen handelt. Dies betrifft die Fragestellung nach der Suche von gesundheitsrelevanten Informationen und Ratschlägen für sich und die eigenen Kinder. Dabei sei das Vertrauen in diese Netzwerke ausschlaggebend sowie die Tatsache, dass der Zugang zu den offiziellen Informationskanälen oft erschwert sei. Damit sei dieses Muster auch Ausdruck einer Marginalisierung. Zudem seien diese Informationskanäle auch für andere Themenbereiche zentral (wie Arbeitsuche, Wohnungssuche, rechtliche und administrative Anliegen).

Vertrauen als Grundlage der Kommunikation. Das Potenzial dieser persönlichen Netzwerke liegt also in der Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit dieser Vermittlungsform (ebd.) und bestätigt einmal mehr, dass Informationen am wirksamsten im Rahmen einer persönlichen und vertrauensvollen Beziehung vermittelt werden. Die Autorinnen (ebd.) schlagen denn auch vor, diesen informellen Rahmen zu nutzen, indem wichtige Informationen an ExponentInnen aus diesen Netzen gestreut werden und diese Personen dann in Form von MultiplikatorInnen die Informationen personengebunden weiter zirkulieren lassen. Wichtig dabei ist, dass der informelle Charakter der Interaktion bestehen bleibt und dass die Vertrauenspersonen für eine breite Palette von Informationen angegangen werden (ebd.). Die Schwierigkeit bei diesem Vorgehen liegt im Zugang zu den oft relativ geschlossenen Netzwerken und in der Aufrechterhaltung des informellen Charakters der Informationsvermittlung (ebd.). Zudem bedingt ein solches Vorgehen die Strategie der aufsuchenden Arbeit im Rahmen von Mikrinterventionen in den Lebenswelten der Betroffenen (ebd.).

Kontextbezogene Überprüfung der Ausgangslage. Frühere Schweizer Studien zu gesundheitsrelevanten Netzwerken von Personen mit Migrationshintergrund weisen darauf hin, dass Querschnittsanalysen immer im Rahmen des Kontexts zu sehen sind. In den 1990er Jahren waren zum Beispiel die familiären und ethnisch homogenen Beziehungen innerhalb von bosnischen Netzwerken weitgehend zerstört, und an ihre Stelle traten „starke“, halbformelle Beziehungen zu VertreterInnen von Hilfswerken, SozialarbeiterInnen und Freiwilligen der Flüchtlingsarbeit (Stucki, 1999). Bei (in derselben Studie befragten) türkischen und kurdischen Flüchtlingen und Asylsuchenden waren hingegen die klassischen persönlichen

Beziehungen der Familie und der kurdischen Freunde und Bekannten für die Informationsvermittlung und für die Unterstützung relevanter (Salis Gross und Loncarevic, 1999).

Translokale und transnationale Beziehungen. Die gesundheitsrelevanten persönlichen Netzwerke sind oft translokal und transnational angelegt (Salis Gross und Loncarevic, 1999). Telefon, Internet und gegenseitige Besuche ermöglichen den Kontakt über Kantons- und Landesgrenzen, oft auch über grosse Distanzen.

5.2.2. Medien

Auf die Rolle der Medien wird in Kap. 6 ausführlicher eingegangen. Hier sei nur erwähnt, dass die Medien aus einer Vernetzungsperspektive in doppelter Hinsicht relevant sind. Zum einen bilden die eigenen Medien ein wichtiges Ausdrucks- und Identifikationsmittel für die verschiedenen Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung, zum anderen sind Medien generell als Informationsträger von grösster Bedeutung für die Migrationsbevölkerung. Nach Moret et al. (2007a) konsumieren 82% der befragten Personen Präventionsinformationen über Medien ihrer Herkunftsländer und eigene Medien und mindestens 61% über schweizerische Medien. Das Fernsehen – für die erste Generation vor allem die Sender der Herkunftsländer – ist die bevorzugte Medienform, gefolgt von Zeitungen, Zeitschriften und dem Radio (ebd.).

Die Nutzung der Medien hängt stark vom Bildungsniveau der KonsumentInnen ab: Die Nutzung der Medien als Informationsquelle steigt mit dem Bildungsgrad und erfolgt für verschiedene Gruppen aus der Migrationsbevölkerung unterschiedlich (ebd.). Das Internet schliesslich wird gemäss den Befragungen von Moret et al. (2007a) noch vor allem von der jungen Generation mit guten bis sehr guten lokalen Sprachkenntnissen genutzt. Diese junge Generation kann also als wichtiges Potenzial im Sinne einer familialen Ressource gesehen werden. Muttersprachliche Medien der Herkunftsländer und eigene muttersprachliche Medien in den Aufnahmelandern eignen sich speziell gut für Personen mit weniger lokalen Sprachkenntnissen (schwer erreichbare Gruppen) (ebd.).

Es gilt also zu beachten, über welche medialen Kanäle welche Gruppen erreicht werden können und jeweils zu definieren, welches Medium sich für welche Präventionsbotschaft am Besten eignet (ebd.).

5.2.3. Schlüsselpersonen

Als Schlüsselpersonen werden in den vorliegenden Umfragen und Untersuchungen Personen mit den unterschiedlichsten Funktionen bezeichnet, jedoch im Wesentlichen zwei Gruppen: Personen, die Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung an die Migrationsbevölkerung vermitteln, und Personen, die Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung über die Migrationsbevölkerung informieren. Die Anforderungen an diese beiden Funktionen unterscheiden sich stark.

Zwei Gruppen von Schlüsselpersonen

1. Personen, die Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung über die Migrationsbevölkerung informieren.

Fachleute erhalten Informationen über die Migrationsbevölkerung vor allem von Personen, die selbst einen Migrationshintergrund haben und gut in der jeweiligen Zielgruppe verankert sind. Dies können zum Beispiel interkulturelle VermittlerInnen sein oder Mitarbeitende von Institutionen des Gesundheitswesens, die selbst einen Migrationshintergrund haben. Diese Art der Zusammenarbeit gilt als sehr fruchtbar. Gemäss den Umfragen bei Personen mit Migrationshintergrund sollen dabei aber verschiedene Punkte beachtet werden:

- § Der Zugang zu Schlüsselpersonen ist vor allem am Anfang schwierig. Der Aufbau eines Netzwerks braucht Zeit, läuft über persönliche Treffen und im Schneeballeffekt. Besteht aber einmal ein aktives Beziehungsnetz, reicht bereits ein Telefon oder eine E-Mail, um wertvolle Informationen für ein Projekt zu erhalten.
- § Schlüsselpersonen sollen in der Zielgruppe verankert sein und einen starken Bezug zu ihr haben. Fachpersonen sollen sich der Heterogenität innerhalb der Zielgruppe bewusst sein und zu Schlüsselpersonen aus verschiedenen religiösen oder politischen Gruppen Kontakt haben.
- § Im Kontakt mit Schlüsselpersonen sollen die soziokulturell geprägten Verkehrsformen eingehalten werden.
- § Bei der Auswahl der Schlüsselpersonen sollen geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Frauen wissen oft besser Bescheid über Frauen, Männer über Männer.
- § Die Verantwortung für die Präventionsarbeit darf nicht an die Schlüsselpersonen delegiert werden.
- § Die angemessene Entlohnung von Schlüsselpersonen ist meist nicht gewährleistet. Freiwilligenarbeit soll in diesem Bereich aber abgelehnt werden.
- § Schlüsselpersonen sind fachlich oft zu wenig gebildet, was den Wert ihrer Informationen mindert.

Es wird deshalb empfohlen, wichtige Schlüsselpersonen weiterzubilden und in der Organisation zu verankern – das heisst, sie wenn möglich anzustellen.

2. Personen, die Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung an die Migrationsbevölkerung vermitteln.

Die Rolle von Schlüsselpersonen bei der Weitergabe von Informationen an die Migrationsbevölkerung wird übereinstimmend als wichtig bewertet. Bei der Frage, wer diese Schlüsselpersonen sein sollen, gibt es aber Meinungsverschiedenheiten. Die Netzwerkstudie von Moret et al. (2007a) nennt als wichtigste Schlüsselpersonen die HausärztInnen, die Familie und die ApothekerInnen, es wird aber auch betont, dass „gut informierte Personen der gleichen Herkunft ... besonders von Personen genutzt [werden], die über ein geringes kulturelles und soziales Kapital verfügen und für die dadurch der Zugang zu offiziellen Strukturen besonders erschwert ist.“ Diese können auch als MultiplikatorInnen genutzt werden. Die befragten Personen aus der Migrationsbevölkerung nannten als erste Anlauf- und Informationsstelle im Bereich der Gesundheit den Hausarzt oder die Hausärztin, dann die Familie. Die im Rahmen dieses Projekts befragten Fachleute der transkulturellen Prävention nannten in erster Linie professionelle Schlüsselpersonen, vor allem interkulturelle VermittlerInnen. Daraus ergibt sich eine gewisse Unsicherheit bei der Wahl der richtigen Schlüsselpersonen. Bei der Planung von Angeboten sollen Ressourcen vorgesehen werden, damit die jeweils besten Schlüsselpersonen von Fall zu Fall gefunden werden können, zum Beispiel über qualitative Befragungen bei Personen aus der Zielgruppe.

Spannungsfeld Professionalität – Informalität. Soweit es sich bei den Schlüsselpersonen um Personen mit Migrationshintergrund handelt, bewegen sich beide Gruppen (Personen, die Fachleute informieren und Personen, die Informationen an die Migrationsbevölkerung vermitteln) in einem ähnlichen Spannungsfeld, welche es zu berücksichtigen gilt. Die Funktion der Schlüsselperson vereinigt nach Moret et al. (2007a) in der Regel zwei Kompetenzen: fachlich-thematische und die „ethnisch“-migrationspezifische. Schlüsselpersonen werden aufgrund eines spezifischen Wissens zu bestimmten Fachbereichen und Themen angegangen, um dann in einer bestimmten Sprachgruppe oder Herkunftsgruppe oder bei Einzelpersonen Informationen oder Know-how einzubringen.

Für die Zielgruppen scheint dabei eine Beziehung besonders tragend zu sein, wenn sie informell ist. So beobachteten Moret et al. (2007a) zumindest bei den befragten albanisch sprechenden und türkischen Personen mit Migrationshintergrund, dass die Glaubwürdigkeit am grössten ist, wenn Information mündlich vermittelt wird und wenn eine Beziehung zur Schlüsselperson derselben Herkunft oder Sprache informell gestaltet ist (ebd.). So werden denn diese Schlüsselpersonen auch eher in einem informellen Rahmen (etwa auf der Strasse) und als Mitglieder der eigenen Community (also im Rahmen eines freundschaftlichen Beziehungsangebotes) angesprochen, selbst wenn sie auch im Rahmen einer professionellen Tätigkeit ansprechbar wären (ebd.). Dies kann Loyalitäts- und Rollenkonflikte für die Schlüsselpersonen ergeben (ebd.). Man darf vermuten, dass die Zielgruppen aus Vertrauensgründen den Rahmen einer „starken“ Beziehung suchen, was allerdings einen Konflikt mit einer allfälligen abstinenten (vgl. Sabbioni und Salis Gross, 2006) professionellen Haltung der Schlüsselperson auslösen kann.

Aber auch die Institutionen der Gesundheitsförderung und Prävention bieten den Schlüsselpersonen einen eher informellen oder nur halbprofessionellen Rahmen (Moret und Dahinden, 2008): Spontane Anfragen, punktuelle Expertisen oder Inputs in Projekte, Beratungen und zeitlich limitierte Einsätze ohne wesentlichen Einfluss auf Entscheidungen oder *policies* sind die Regel. Die finanzielle und systematische symbolische Anerkennung ist entsprechend schwach angelegt, und es besteht die Gefahr einer Ausbeutung und Instrumentalisierung. Dies gilt insbesondere dann, wenn Schlüsselpersonen überbelastet werden und wenn immer wieder auf dieselben Personen zurückgegriffen wird, statt Listen mit differenzierten Angaben zu erstellen und um neue Personen zu erweitern. Die AutorInnen erwähnen weiter, dass die rechtlichen Aspekte solcher Listenführungen in der Schweiz noch nicht geregelt sind (vgl. auch Abschnitt 5.2.4) Von verschiedener Seite wird deshalb vorgeschlagen, im Rahmen eines Mainstreaming vermehrt auf die Anstellung von Personen mit Migrationshintergrund zu achten, was die Etablierung von Parallelstrukturen verhindern könnte. Aufgrund des Spannungsfeldes zwischen Professionalität und Informalität sind jedoch auch andere Formen der gezielten Unterstützung und des basisorientierten Einbezugs von Schlüsselpersonen gefragt, etwa analog zu in der internationalen Zusammenarbeit bereits umgesetzten Formen. Dazu gehören zum Beispiel die spezielle Honorierung von kontinuierlichen Basisaktivitäten oder eine halbformalisierte Einbindung von informell aktiven Schlüsselpersonen (Protokoll Begleitgruppensitzung vom 22. Mai 2008 zur Studie von Moret und Dahinden, 2008).

Professionsorientierte SpezialistInnen als Schlüsselpersonen. SpezialistInnen aus bestimmten Berufssparten fungieren überdurchschnittlich oft als Schlüsselpersonen. Von den Personen mit Migrationshintergrund werden in den bestehenden Umfragen und Studien insbesondere die (Haus-) ÄrztInnen genannt, aber auch ApothekerInnen, religiöse Berufe (zum Beispiel Pfarrer, Hocas) und SozialarbeiterInnen. Diesen wird offenbar besonders viel Vertrauen entgegen gebracht, wenn es um Gesundheitsfragen geht. Lokale und nationale Grenzen werden dabei überschritten (zum Beispiel bei einem Arztbesuch im Herkunftsland), und unter Umständen werden eigene Landsleute bevorzugt. Das Vertrauen in diese SpezialistInnen wird damit begründet, dass diese als besonders kompetent angesehen werden und dass sie sich im Idealfall einer Problemlage umfassend annehmen. Sie können aufgrund ihrer gesellschaftlichen Machtposition effiziente Massnahmen auch eher durchsetzen. Der Professionscharakter (vgl. Goode, 1957) dieser Berufe dürfte sich im Sinne einer engagierten sozialen Beziehung (ähnlich der „starken“ freundschaftlichen Beziehungen im informellen Rahmen) zu den KlientInnen positiv auf die Wahrnehmung der Personen mit Migrationshintergrund auswirken.

5.2.4. Eigenorganisationen

In der Schweiz existiert eine Vielzahl von verschiedensten, mehr oder weniger formalisierten Zusammenschlüssen von Personen mit Migrationshintergrund gleicher oder unterschiedlicher Herkunft. Es gilt deshalb zu unterscheiden, für welche Anliegen welche Zielgruppen und Formationsverbände angesprochen werden sollen. Insgesamt ist die Migrationsbevölkerung stark in diese Strukturen eingebunden, auch wenn die Mitgliedschaft in Vereinen im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung etwas weniger verbreitet ist (Moret und Dahinden, 2008).

„Klassische“ Vereine und Verbände. Nach Moret et al. (2007a) konzentrieren sich Verwaltungen und andere Stellen häufig auf die grösseren und formalisierten Vereinigungen, und es herrscht bisher weitgehend eine herkunftsorientierte Perspektive auf diese Gruppierungen vor. Ersteres hängt damit zusammen, dass ein leichter Zugang zu einem breiten Anteil der Migrationsbevölkerung erwartet wird, wenn auf diese Organisationen zurückgegriffen wird. Entsprechend laut ist der Ruf nach Dachverbänden. Für die Zusammenarbeit sind diese Ansprechpartner sehr wichtig. Es ist jedoch zu bedenken, dass sie keinesfalls den Zugang zu einer repräsentativen Gruppe der Migrationsbevölkerung erlauben, sind doch stark formalisierte Assoziationen in der Regel dominiert durch einen hohen Anteil an Männern, oft mit hohem Bildungsstand und oft aus der ersten Generation.

Diese stark formalisierten Assoziationen sind häufig transnational orientiert, das heisst sie weisen oft duale Strategien auf: Über sie werden sowohl Bindungen an das Herkunftsland aufrecht erhalten, sie sind aber vor allem eine Basis für die Partizipation im Aufnahmeland (Moret und Dahinden, 2008). Deshalb sind sie als Ansprechpartner sowohl für transnationale Aktivitäten wie auch für thematische, politische und zivilgesellschaftliche Aktionen im Aufnahmeland häufig gesuchte Partner. Allerdings trifft das vor allem auf die schweizerischen Akteure der Integrationsarbeit zu. Im Public-Health-Bereich ist eine Zusammenarbeit noch weit seltener (ebd.). Hier liegt noch ein grosses Potenzial (Güngör et al., 2000). Die Beziehungen sollten allerdings auch nicht überlastet werden, denn Vereine der Migrationsbevölkerung befinden sich häufig (wie übrigens auch Schweizer Vereine) in „prekären“ Situationen (Moret und Dahinden, 2008), und insbesondere ihr zivilgesellschaftliches Engagement kann oft nur in begrenztem Rahmen stattfinden.

Beispiel:

„Das Syndrom des ‚Vorsitzendenvereins‘, also der Organisationen, die von unermüdlichen, gleichzeitig überlasteten Einzelnen getragen werden, ist gerade bei wenig professionell arbeitenden Vereinen bekannt. Dieses Führungsprinzip – meist ein Mann – wird häufig lange Zeit sowohl vom Vorsitzenden als auch von den Mitgliedern geschätzt, zunehmend aber von beidseitigen Klagen begleitet: Diese betreffen in solchen Fällen häufig die Übermacht und Intransparenz der Führung einerseits und die Inaktivität der Mitglieder andererseits. Der Einbezug in die Integrationsarbeit etwa ist unter diesen Umständen stark erschwert. Oder mit anderen Worten: Organisationen der Migrationsbevölkerung teilen die Klagen vieler Non-Profit-Organisationen – auch Schweizer Vereinen – dass die übliche Projektförderung für die Projektnehmenden wenig effizient ist. Für rein ehrenamtliche Migrantenvereine bedeutet es manchmal bereits ein Kraftakt, einen erfolgreichen Förderantrag zu stellen...“

Auszug aus Moret und Dahinden, 2008:16.

Diese Vereinigungen sollten nicht instrumentalisiert werden, indem ihnen Aufgaben delegiert werden, ohne dass sie eine Entschädigung (finanziell oder über *capacity building*) erhalten. Auch eine zu häufige Belastung, und sei es auch nur mit Informationsaufgaben, kann den Impact von Aktivitäten beeinträchtigen. Es wird deshalb sowohl in den Umfragen unter den Fachpersonen wie auch in den genannten Netzwerk-Studien immer wieder empfohlen, gut koordinierte Zusammenarbeitsformen zu suchen und eine realistische Anerkennung oder Honorierung der Leistungen vorzusehen.

Für die Einbindung von Vereinen der Migrationsbevölkerung im gesundheitspolitischen Bereich ist es wichtig, dass sie ihre Unabhängigkeit als politische Akteure behalten können, falls sie gleichzeitig Dienstleistungen anbieten (Moret und Dahinden, 2008). Zudem stellt sich wieder das bereits erwähnte Problem der Repräsentativität und Ethnisierung (Fremdethnisierung und Selbstethnisierung), falls auf wenige Wortführer abgestützt und rein herkunftsbezogen interagiert wird (ebd.). Hier zeigt sich auch die Gefahr spezifischer Parallelstrukturen ohne Entscheidungsmacht für so genannte Minderheiten und Marginalisierte besonders pointiert (etwain der Frauenfrage): Ein Einbezug auf politischer Ebene in rein konsultativer Form statt zum Beispiel in Form eines generellen Mainstreamings oder von *pressure groups* und Lobbying bringt kaum politische Mitentscheidung und Empowerment.

Andere Formen von Vereinigungen und thematische Netzwerke. Die weniger formalisierten Zusammenschlüsse und informellen Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund oder die thematischen Netzwerke sind aus der Perspektive der Personen mit Migrationshintergrund selber von sehr grosser Bedeutung. Dies können Treffpunkte sein, Sportvereine, religiöse Vereinigungen, Elterngruppen, Frauengruppen, Gruppen mit kulturellen Aktivitäten, Selbsthilfegruppen und vieles andere mehr. Die Hälfte der von Moret et al. (2007a) befragten Personen erwähnen denn auch, dass sie herkunftsheterogene und thematische Gruppen frequentieren.

Für die Zusammenarbeit ergeben sich hier unterdessen bereits Formen von Interessen- und Kompetenzpools oder zielgruppenspezifische Optionen. So existiert nach Moret et al. (2007a) zum Beispiel in St. Gallen ein „Fachteam für Süd-Ost-Europa-Fragen“, welches Dienstleistungen für die lokalen Institutionen anbietet. Oder es können zum Beispiel schwer erreichbare Frauen gerade über Präventionsprojekte mit stark informellem Charakter erreicht werden (zum Beispiel mit dem Projekt „FemmesTische“). In diesen Fällen überschneiden sich herkunftsbezogene mit thematischen Kriterien. Gerade in den Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung drängt sich eine solche themenspezifische Zusammenarbeit auf.

Von herkunftsbezogenen zu themenspezifischen/kompetenzbezogenen Netzwerken. Gemäss Moret et al. (2007a) braucht es in der Zusammenarbeit mit Netzwerken der Migrationsbevölkerung einen Wechsel von der herkunftsbezogenen zur themenspezifischen/ kompetenzbezogenen Ausrichtung. Damit würde – zumindest hypothetisch – eine stärkere Wertschätzung und Honorierung der PartnerInnen aus der Migrationsbevölkerung einhergehen. Ein weiterer Vorteil wäre gemäss den Autorinnen, dass sich dadurch der Druck zugunsten einer horizontalen Vernetzung verschiedener Herkunftsgruppen erhöhen würde. Diese neuen Formen der Zusammenarbeit bringen allerdings beträchtliche Aufwände für die Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung mit sich. Es wird aufwendiger, die „richtigen“ Partner für einen bestimmten Themenschwerpunkt zu eruieren, und eine Top-down-Strategie ist weniger leicht umzusetzen als bei der Arbeit mit den klassischen Vereinen. Auf der einen Seite ist der informelle oder wenig formalisierte Rahmen dieser Netzwerke eine unverzichtbare Ressource, auf der anderen Seite sind dazu auch mehr Ressourcen und eine stärkere Unterstützung nötig – ein nicht aufzuhebender Widerspruch.

Netzwerk-Register. Im Rahmen der Studie von Moret et al. (2007a) wurde die Machbarkeit eines Netzwerk-Registers der Migrationsbevölkerung geprüft. Die Autorinnen kommen zum Schluss, dass in der Schweiz solide kantonale und kommunale Register von Organisationen und Schlüsselpersonen existieren, dass diese aber untereinander nicht verknüpft sind und die weiteren Netzwerke noch nicht einschliessen. Die bestehenden Register orientieren sich weitgehend an herkunftsbezogenen Kriterien, werden noch zu wenig effizient verwaltet und genutzt und sind rechtlich noch nicht genügend abgesichert (Datenschutz). Statt neue Register anzulegen, wird empfohlen, die bestehenden zu erweitern und die genannten Mängel zu beheben.

5.3. Formen der Zusammenarbeit in Netzwerken

Auf die spezifischen Formen der Zusammenarbeit mit den einzelnen Netzwerk-Formen wurde oben eingegangen. An dieser Stelle sollen nun noch einmal kurz die fünf Idealtypen einer guten Zusammenarbeit angeführt werden, die sich aus der Studie von Moret et al. (2007a) ergeben haben:

1. Unterstützung der Qualifizierung und Professionalisierung von Eigenorganisationen der Personen mit Migrationshintergrund als Anbieter durch die verantwortlichen Organe aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention
2. Etablierung von Beiräten und Foren (Konsultativorganen)
3. Integration der Migrationsnetzwerke in die Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention
4. Partnerschaften mit Kompetenznetzwerken
5. Partnerschaften mit Schlüsselpersonen und MultiplikatorInnen

5.4. Grösste Herausforderungen der Zusammenarbeit mit Netzwerken

Als wichtigste Problemfelder bei der Zusammenarbeit ergeben sich zusammengefasst

- § die Spannungsfelder zwischen Informalität und Professionalität
- § der Wechsel von herkunftsbezogenen zu themenspezifischen/kompetenzbezogenen Netzwerken
- § die finanzielle und strukturelle Anerkennung des zivilgesellschaftlichen Engagement und der Dienstleistungen von Vereinigungen und Personen in Netzwerken.

Eine wirkungsvolle Vernetzung mit der Migrationsbevölkerung ist zeitaufwändig und erfordert neben finanziellen Ressourcen auch ausreichendes Wissen über die Zielgruppe. Es lohnt sich, vor einem Projektbeginn so genau wie möglich abzuklären, wo sich ein Einstieg besonders lohnen würde.

6. Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung

Partizipation und Empowerment sind wichtige Voraussetzungen einer erfolgreichen Arbeit zugunsten der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund (Moret, 2008, BAG, 2007c). Dazu gehört auch Informations- und Kommunikationsarbeit. Sie soll den Wissensstand der beteiligten AkteurInnen zu erhöhen, das bei Personen mit Migrationshintergrund vorhandene Potenzial zur Verbesserung ihrer eigenen gesundheitlichen Lage mobilisieren und die Akzeptanz von Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit verbessern (BAG, 2007c). Eben so wichtig ist es, Botschaften aus der Migrationsbevölkerung aufzunehmen und neue Erkenntnisse zu Gesundheitsfragen, Konsumgewohnheiten und Bedürfnissen der Zielgruppe zu gewinnen. Die Kommunikation soll sich den Charakteristika und Bedürfnissen der Zielgruppe anpassen.

Dieses Kapitel versammelt das vorhandene Wissen zu den Besonderheiten der Migrationsbevölkerung bezüglich der Kommunikationswege. Die wichtigsten Zugangswege für die Kommunikation werden aufgezeigt, und es wird erläutert, wie die Kommunikation an die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung angepasst werden soll. Studien und Good-Practice-Empfehlungen zur Massenkommunikation im transkulturellen Bereich sind allerdings noch eine Seltenheit. Die hier verwendeten Quellen sind vor allem die im Rahmen dieses Projekts durchgeführten Umfragen bei Fachleuten der transkulturellen Prävention und bei Personen mit Migrationshintergrund (Bauer, 2008, und Stuker et al., 2008) sowie die Forschungsarbeiten des Instituts für Publizistik und Medienwissenschaft der Universität Zürich zur Mediennutzung von Personen mit Migrationshintergrund.

Auf bestimmte Aspekte der Kommunikation wird in diesem Kapitel nicht eingegangen:

- § Die Fähigkeit zur **persönlichen Kommunikation und Interaktion** mit Personen, die eine Vielfalt von individuellen und soziokulturellen Hintergründen mitbringen, wird transkulturelle Kompetenz genannt (siehe Kasten „Begriffe der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung“). Transkulturelle Kompetenz ist ein wichtiges Merkmal der Orientierung am Klienten oder Patienten und damit der Dienstleistungsqualität jeder Versorgungseinrichtung im Gesundheitsbereich. Auf die Grundlagen der transkulturellen Kompetenz in den Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufen wird hier nicht näher eingegangen. Stattdessen wird auf das von Domenig herausgegebene Lehrbuch (2007a) verwiesen.
- § Auf die **Strukturen innerhalb der Migrationsbevölkerung**, die für die Kommunikation wichtig sind und die vom Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) eingehend untersucht worden sind, wird separat im Kap. 5, Netzwerke der Migrationsbevölkerung, eingegangen.

6.1. Einige Grundlagen der Kommunikation

Ein einfaches Modell von Lasswell (1948) erfasst die wichtigsten Fragen, die bei der Planung jeder Kommunikationsaktivität zu beantworten sind:

KommunikatorIn:	→ Wer
Inhalte:	→ sagt was
Kommunikationsmittel:	→ über welche Kanäle
Zielgruppe:	→ zu wem
Botschaft/Zweck:	→ mit welchem Ziel?

Lasswells mechanistisches Modell wird allerdings drei Aspekten der Kommunikation nicht voll gerecht:

1. Kommunikation bedeutet nicht nur Weitergabe von Wissen, sondern auch Schaffen von Aufmerksamkeit und Beeinflussen von Meinungen und Haltungen.
2. Kommunikation ist ein wechselseitiger Prozess. Die Mitglieder der Zielgruppe senden durch ihre Reaktion auf die Kommunikationsbemühungen eigene Botschaften aus, die von den KommunikatorInnen (in diesem Fall den Präventionsfachleuten) aufgenommen und für die weitere Arbeit berücksichtigt werden sollen.
3. Kommuniziert wird nicht nur bewusst, sondern auch unbewusst (Watzlawick, 1971), in der persönlichen Kommunikation etwa über die Körperhaltung und in der Massenkommunikation zum Beispiel über die Wahl der Kommunikationsmittel.
4. Kommunikation ist immer situationsabhängig; die Wirkung von Kommunikationsmassnahmen wird vom Umfeld und den Gegebenheiten beeinflusst.

Gerade bei der transkulturellen Kommunikation verdienen diese Aspekte Beachtung. Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation ist einerseits, dass die kommunizierten Inhalte **verstanden** werden und andererseits, dass der/die KommunikatorIn von den Zielpersonen als vertrauenswürdig gewertet und die Botschaft **akzeptiert** wird. Der wohl wichtigste Indikator für das Gelingen von transkultureller Kommunikation ist die Reaktion der Zielgruppe (Bauer, 2008). Diese soll während des Projekts laufend dokumentiert und evaluiert werden.

6.2. Wahl der Zielgruppe

Die Wahl der Zielgruppe und die Begründung dieser Wahl sind für jedes neu konzipierte Angebot entscheidend, denn alle Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Kommunikationsaktivitäten müssen den Besonderheiten der Zielgruppe angepasst werden. Eine begründbare Wahl setzt entsprechende Kenntnisse über die Zielgruppe voraus.

Wenn möglich soll die Auswahl der Zielgruppe aufgrund eines wissenschaftlich belegten Bedarfs²⁶ erfolgen, zum Beispiel aufgrund eines besonders hohen Tabakkonsums in einer bestimmten Gruppe. Die entscheidenden Faktoren sollten aufgrund wissenschaftlicher Grundlagen bestimmt werden (objektiver Ansatz). Leider sucht man solche oft vergeblich (Kaya und Efiionayi-Mäder, 2007).²⁷ In die-

²⁶ Für die Unterscheidung zwischen „Bedarf“ und „Bedürfnis“ siehe Glossar.

²⁷ Bei der im Rahmen dieses Projekts durchgeführten Befragung von Fachleuten der Tabak- und Alkoholprävention wurde verschiedentlich betont, dass mehr Forschung zur Epidemiologie dringend

sem Fall soll auf das Wissen und die Wahrnehmung von Fachpersonen und Institutionen zurückgegriffen werden (subjektiver Ansatz). Ist auch dies unmöglich, kann eine Intervention zunächst explorativ auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet werden, um die Wirkung zu prüfen (Kaya und Efonyi-Mäder, 2007).

Institutionen, die eng mit der Migrationsbevölkerung zusammenarbeiten, wählen die Zielgruppe oft anhand der geäußerten und wahrgenommenen Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund – oder bestimmte Zielgruppen werden aufgrund von Problemen ausgeschlossen. In der Befragung von Fachleuten der transkulturellen Prävention sagte ein Teil der befragten Personen sogar explizit, dass ohne die Klärung der Bedürfnisse der Zielgruppe keine Präventionsprojekte durchgeführt werden sollten (Bauer, 2008). Es ist aber zu berücksichtigen, dass gewisse Zielgruppen nicht in der Lage sind, sich zu äussern. Trotzdem können Bedarf oder Bedürfnisse bestehen.

Nicht immer kann die Zielgruppe frei gewählt werden; sie kann zum Beispiel mit einem öffentlichen Mandat festgelegt worden sein. Auch zufällige, aber nicht unbedingt abzulehnende Gründe wie gute Kontakte zu bestimmten Migrationsgruppen können eine Rolle bei der Zielgruppenwahl spielen.

Bedeutung der Muttersprache. Die im Rahmen dieses Projekts befragten Personen mit Migrationshintergrund bemängelten Sprachbarrieren im Gesundheitsbereich (Stuker et al., 2008). Sie wünschten sich vermehrt muttersprachliche Beratungsangebote und übersetzte Informationsmaterialien. Dies gilt insbesondere auch für Informationsmaterialien zu Tabak und Alkohol.

Angebote und Informationsmittel in verschiedenen Sprachen sind zweifellos ein wichtiges Element der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung. Die Verwendung der Zielgruppen-Sprache kann zu einer besseren Verständigung beitragen, Vertrauen bilden und symbolisch Anerkennung ausdrücken (Stuker et al., 2008). Doch Verständigungsprobleme gehen oft über Sprachprobleme hinaus, etwa wenn das Problembewusstsein gegenüber Abhängigkeitsthemen bei den Personen mit Migrationshintergrund gering ist, wenn sie im Herkunftsland schon schlechte Erfahrungen mit staatlichen (oder staatsnahen) Organisationen gemacht haben oder wenn sie Probleme grundsätzlich lieber familienintern lösen (Bauer, 2008). Auch bei verstandener Sprache können Verletzungen von soziokulturell geprägten Normen die Kommunikation massiv stören (Bauer, 2008). Deshalb sind weitere Faktoren ebenfalls zu berücksichtigen. Inhalt, Form und Zugangswege sollten sorgfältig gewählt werden. Das Wissen, das Verhalten, die Einstellungen und die Interessen der Zielgruppen sind zu beachten. Grundlage ist das entsprechende Fachwissen, das schon bei der Planung der Kommunikation beigezogen werden soll.

6.3. Gestaltung der Kommunikation

Sobald das Zielpublikum und die Kommunikationsinhalte feststehen, kann über die Gestaltung der Kommunikation entschieden werden. Dafür wird sinnvollerweise ein Kommunikationskonzept erstellt, das Vorgehen, Kommunikationsmittel und Zugangswege zur Migrationsbevölkerung festhält. Die Wahl ist zu begründen. Die Kommunikation soll dokumentiert und evaluiert werden. Auch die Zeitplanung und das Kommunikationsbudget sollen beschrieben werden.

nötig wäre (Müller, 2008).

6.3.1 Mündliche Kommunikation

Die Fachleute der transkulturellen Prävention vertraten in der Befragung praktisch einhellig die Ansicht, dass der erfolgreichste Zugang zur Migrationsbevölkerung über den persönlichen Kontakt läuft: „Wenn die Mund-zu-Mund-Propaganda funktioniert, ist viel erreicht“, sagte eine Fachperson in der Umfrage (Bauer, 2008). Damit die Vertrauensbildung gelingt, braucht es Personen, die bei der Zielgruppe über längere Zeit bekannt sind. Einige Fachpersonen mit Migrationshintergrund betonen, dass in ihrer Präventionsarbeit das gemeinsame Herkunftsland und die eigene Migrationserfahrung für die Vertrauensbildung bei der Zielgruppe ganz wichtig gewesen seien. Die Beziehungsarbeit erfordert allerdings viel Zeit und Kontinuität und liegt nicht immer im Rahmen der Möglichkeiten eines Angebots.

6.3.2. Schriftliche Kommunikation

Sind die Möglichkeiten zur direkten Kommunikation begrenzt, kommen andere Formen zur Anwendung, etwa der schriftliche Weg. Schriftliches Material aus einer Kampagne kann allerdings nicht einfach übersetzt und abgegeben werden. Bevor schriftliche Unterlagen konzipiert werden, soll der Einsatz dieser Materialien grundsätzlich und unter Beizug von Fachleuten und interkulturellen VermittlerInnen überdacht werden. Letztere spielen auch eine wichtige Rolle bei der Übersetzung bzw. Anpassung der Texte. Schriftliche Informationen sollten gemäss den Umfragen generell nicht überbewertet werden (Stuker et al., 2008; Bauer, 2008). Insbesondere für Erstkontakte sind sie wenig geeignet.

6.3.3. Nonverbale Kommunikation

Neben der Sprache können auch andere Formen der Kommunikation nützlich sein (Bauer, 2008). Die befragten Fachleute empfehlen Bilder, Szenen, Handlungen, Musik und Filme. Dabei sollen Personen mit Migrationshintergrund mit ihren eigenen Verständigungsformen abgeholt werden. Öffentliche Aktionen wie Strassen-theater und Musikveranstaltungen können in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe veranstaltet werden.

6.4. Zugangswege zur Migrationsbevölkerung

Die besten Zugangswege zu Personen mit Migrationshintergrund sind jene, die ihre Basis in der Migrationsbevölkerung selbst haben: Familie und Freundeskreis, Schlüsselpersonen, interkulturelle VermittlerInnen, Fachpersonen mit Migrationshintergrund, Vereine. Besonders interkulturelle VermittlerInnen und Fachpersonen mit Migrationshintergrund sind als Türöffner unabdingbar (Bauer, 2008). Auf diese Zugangswege wird im Kap. 5, Netzwerke der Migrationsbevölkerung, separat und ausführlich eingegangen, unter Bezugnahme auf die Arbeiten des SFM (Moret et al., 2007., Moret et al., 2008). Im Folgenden werden dagegen die Kommunikationszugänge vorgestellt, die ihre Basis ausserhalb der Zielgruppe haben.

6.4.1. Aufsuchende Präventionsarbeit

In der Präventionsarbeit mit der Migrationsbevölkerung soll – entsprechend der Bedeutung persönlicher Kontakte und mündlicher Kommunikation – die aufsuchende Arbeit im Vordergrund stehen (Stuker et al., 2008). Transkulturelle Anpassung der aufsuchenden Arbeit bedeutet, eine qualitativ andere Vorgehensweise zu wählen. Kenntnisse der von Gruppe zu Gruppe wechselnden sozialen Einflüsse und Regeln sind unerlässlich. Die Settings der Zielgruppen müssen mit ihren Gesetzmäßigkeiten, Strukturen und Subkulturen untersucht werden. Das aufsuchende Vorgehen muss auf die Settings, das Gesundheitswissen (Health Literacy), die Verkehrsformen und auf die Bedeutung von Beziehungen zwischen den Mitgliedern der Zielgruppe eingehen. Diese Anpassung des Wissens und der Arbeit von Fachpersonen ist das A und O des transkulturellen Ansatzes. Hier bestehen noch grosse Erfahrungslücken im Wissen, der Konzeptarbeit und der Umsetzung.

6.4.2. HausärztInnen

Die HausärztInnen und (besonders in der Westschweiz) auch die Ambulatorien der Spitäler sind bei Fragen der Gesundheit für viele Personen mit Migrationshintergrund die erste und wichtigste Anlaufstelle. Sie geniessen ein Vertrauen, wie es anderen Institutionen bei weitem nicht geschenkt wird. Dies zeigen die im Rahmen dieses Projekt durchgeführte Umfragen (Stuker et al., 2008; Bauer et al., 2008) und andere Studien (Gabadinho und Wanner, 2008; Moret, 2007; Bauer, 2006). Meist werden von ihnen nicht rein medizinische, sondern ganzheitliche Ratschläge und Lösungen erwartet – also eine Beratung, die auch die psychischen, familiären und gesellschaftlichen Aspekte der Erkrankung mit einbezieht. Es wäre zweckdienlich, transkulturell ausgerichtete Weiterbildungen für HausärztInnen mit Bezug auf die Tabak- und Alkoholprävention oder andere Themen anzubieten. Auch Publikationen, zum Beispiel in der Schweizerischen Ärztezeitung oder im „Primary Care“, der Fachzeitschrift der ärztlichen Grundversorger, könnten einen Beitrag leisten.

6.4.3. Apothekenpersonal

Das Apothekenpersonal kann ebenfalls eine wesentliche Rolle bei der Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung spielen. Apotheken sind noch einfach zugänglich als Arztpraxen. Achermann et al. (2006) haben festgestellt, dass vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich lieber in die Apotheke als zum Arzt gehen, vor allem wenn sie keine Krankenversicherung abgeschlossen haben. Die Autorinnen dieser Studie empfehlen, Apotheken zu informieren und zu sensibilisieren, damit sie KundInnen beispielsweise auf Präventions- oder Gesundheitsförderungsmassnahmen aufmerksam machen. Einige solche Angebote bestehen bereits, zum Beispiel das Merkblatt „Rauchen – Ratschläge der Apotheke“ der AT, das auf Kroatisch, Albanisch und Spanisch erhältlich ist. Auch in einer Befragung von Moret et al. (2007a) wurden die Apotheken häufig als Informationsquelle genannt, speziell durch Frauen und jüngere Befragte. Der Vorzug von Apotheken liegt gemäss dieser Studie in ihrer Erreichbarkeit sowie der Informalität und Anonymität; es braucht keine Terminvereinbarung, und die Ratschläge und Leistungen sind meist günstiger als ein Arztbesuch.

6.4.4. Kurse, Workshops, Informationsveranstaltungen

Kurse, Workshops, Informationsveranstaltungen sollen in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe angeboten werden (Stuker et al., 2008; Bauer, 2008). Die Form des Angebots hängt vom Präventionsthema ab. Das Thema soll einen Bezug aufweisen zum sozialen Umfeld und dem Alltag der Teilnehmenden (Stuker et al., 2008). Fachleute empfehlen Veranstaltungen, die sich an ein relativ kleines, homogenes Publikum richten (Stuker et al., 2008). Die Teilnehmenden sollen die Präventionsbotschaften mit ihren Lebenserfahrungen verknüpfen können.

Die Präventionsbotschaften sollen mit Blick auf bildungsferne Personen formuliert werden, also eindeutig, klar und kurz. Muttersprachliches Material betrachten viele Fachpersonen als unterstützend (Bauer, 2008). Empfohlen werden auch visuelle Hilfen wie Bilder und Filme (Stuker et al., 2008; Bauer, 2008). Die Bedingungen (Zeiten, Ort, Kosten) sollen der Zielgruppe angepasst werden. Je nach Bedarf wird empfohlen, einen Kinderhütendienst anzubieten (Bauer, 2008). Die Kurse sollen im Allgemeinen nicht kostenfrei angeboten werden (Bauer, 2008). Ein finanzieller Beitrag unterstreicht den Wert des Angebots und die Verbindlichkeit des Besuchs; er soll aber so tief wie möglich gehalten werden.

6.4.5. Aktionen

Einige Fachpersonen erzählen von erfolgreichen Musik- und Theateraktionen, welche die Kursteilnehmenden oder Personen auf der Strasse für das Präventionsthema sensibilisierte (Bauer, 2008). VertreterInnen der Zielgruppe waren jeweils in der Planung und Durchführung der Aktionen involviert.

6.4.6. Nicht bewährte Zugangswege

Folgende Zugänge haben sich gemäss der Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention nicht bewährt (Bauer, 2008):

- § Rein schriftliche Wege (nur Flyer, Briefe, Zeitungsinserte usw.), vor allem wenn die Fachstelle keine Kontaktperson mit Migrationshintergrund anbieten kann. Der persönliche Kontakt ist bei der Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung oft entscheidend.
- § Workshops, die gleichzeitig mit Personen unterschiedlicher Sprache oder ungleicher Bildungsniveaus abgehalten werden. Veranstaltungen sollen in einem Rahmen durchgeführt werden, der möglichst vielen Teilnehmenden vertraut ist, und die weitergegebene Information soll dem Wissen der Teilnehmenden angepasst werden.
- § Nur Vereinspräsidenten der Migrations-Organisationen informieren. Führungspersonen repräsentieren meist nicht die gesamte Mitgliedschaft; Vertrauen entsteht durch eine möglichst unmittelbare Ansprache.
- § Präventionsfilm ohne persönliches Gespräch zeigen. Es lohnt sich, ausreichend Zeit in die Verständigung und Diskussion zu investieren.
- § Intervention zur falschen Zeit: Präventionsinterventionen sind nicht sinnvoll, wenn die Zielgruppe grossen Belastungen (z.B. Krieg im Herkunftsland, Rückerschaffung) ausgesetzt ist. Dennoch sollten belastete Personen nicht grundsätzlich von Präventionsbemühungen ausgeschlossen bleiben.
- § Unprofessionelle Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen und interkulturellen

VermittlerInnen. Die Aus- und Fortbildung von Schlüsselpersonen und interkulturellen VermittlerInnen und die Honorierung ihrer Arbeit sind die Grundlagen einer professionellen und partizipativen Kooperation.

6.5. Kommunikation über die Medien

Die Mediennutzung kann sich innerhalb der Migrationsbevölkerung deutlich unterscheiden (Piga, 2007). Weniger gut integrierte Personen verwenden deutlich weniger Informationskanäle für gesundheitsbezogene Informationen (Gabadinho und Wanner, 2008). Eine zielgruppenspezifische Abklärung ist vor jedem Medieneinsatz zu empfehlen. Im Kasten „Die Mediennutzung der Migrationsbevölkerung abklären“ wird erläutert, welche Faktoren dabei zu beachten sind.

Die Mediennutzung der Migrationsbevölkerung abklären

Die Mediennutzung der Zielgruppe sollte vor einem Einsatz von Medien untersucht werden. Sprachkenntnisse, Bildung, Interessen und andere Faktoren beeinflussen die Mediennutzung. Es kann analysiert werden, welche **Medientypen** (Fernsehen, Internet, Printmedien, Radio) von der Zielgruppe bevorzugt werden. Ebenso kann das Interesse für bestimmte **Medientitel** oder für bestimmte **Fachpublikationen** (zum Beispiel Sportprogramme, Gesundheitszeitschriften) analysiert werden. Dabei interessiert besonders, ob **Medien aus den Herkunftsländern** für Präventionszwecke genutzt werden können. Von Bedeutung sind auch **eigene Medien der Zielgruppe** (wie die Sendungen der Migrationsbevölkerung auf Radio LoRa in Zürich und Radio X in Basel). Allerdings ist deren geografische Reichweite und damit auch die Grösse der erreichten Zielgruppe eher gering.

Die **Medienausstattung** gibt Auskunft darüber, welche Medientypen in den Haushalten der Zielgruppe zur Verfügung stehen (Internet, Fernsehen, Radio). Die Studie von Bonfadelli (2007) und die Übersichtsarbeit von Piga (2007) zeigen, dass viele Gruppen der Migrationsbevölkerung eine ähnliche Medienausstattung wie die Schweizer Bevölkerung aufweisen. Bei älteren Personen mit Migrationshintergrund und bei prekären Gruppen dürfte es sich jedoch lohnen, die Medienausstattung separat zu untersuchen.

Anhand der Orientierung der Zielgruppe kann festgestellt werden, ob vor allem Medien aus der Schweiz, dem Herkunftsland oder „Special-Interest“-Medien zur Kommunikation eingesetzt werden:

- § Orientierung vorwiegend am Herkunftsland
- § Orientierung vorwiegend am Aufnahmeland
- § Orientierung vorwiegend an globalen Kulturen (zum Beispiel Jugendkulturen)
- § Orientierung an hybriden Identitäten (Verschmelzung von Elementen aus dem Herkunfts- und Aufnahmeland und aus globalen Kulturen)

Solche Abklärungen sind zeit- und kostenintensiv. Besonders zu empfehlen sind sie deshalb bei teuren und aufwändigen Kampagnen (zum Beispiel über Fernsehen, Plakate, Werbung).

Es gibt eine ganze Reihe von Medien (vor allem Zeitschriften), die von Personen mit Migrationshintergrund für die Migrationsbevölkerung bzw. Teile davon gemacht werden. Die Zusammenarbeit mit diesen Medien ist zu empfehlen. Dabei muss die Arbeitsweise von Fall zu Fall den Gegebenheiten angepasst werden.

6.5.1. Sprache

Generell werden Medien, die in der Sprache des Herkunftslandes senden, besser wahrgenommen, insbesondere durch Ältere und weniger gut Ausgebildete, aber auch durch Familien mit Kindern (Moret et al., 2007).

6.5.2. Fernsehen

Das Fernsehen (inklusive Satellitenfernsehen) ist gemäss verschiedenen Studien das wichtigste Medium für die Migrationsbevölkerung (Piga, 2007; Moret et al., 2007), auch für Informationen zur Gesundheit (Gabadinho und Wanner, 2008). Oft wird als Gruppe oder Familie ferngesehen (Moret et al., 2007). In der im Rahmen dieses Projekts durchgeführten Umfrage bei Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation hat sich die Bedeutung des Fernsehens bestätigt, vor allem von Sendungen aus den Herkunftsländern (Stuker et al., 2008). Aufgrund dieser Ergebnisse erscheint es empfehlenswert, Informationen über das Fernsehen zu vermitteln. Dies könnte über Sender der Schweiz oder der Herkunftsländer geschehen. Die Nutzung des Fernsehens als Medium ist allerdings teuer und erfordert spezifisches werberisches Fachwissen.

6.5.3. Internet

Europäische Studien zeigen, dass die Migrationsbevölkerung gut mit elektronischen Medien ausgestattet ist (Piga, 2007). Bei Jugendlichen ist gemäss einer Schweizer Untersuchung der Zugang zum Internet sehr gut (Bonfadelli, Bucher, 2007). Die Vorteile des Internets gegenüber anderen Kommunikationsformen sind insbesondere seine Interaktivität und die Möglichkeit, mehrere Sprachversionen einer Website zur Verfügung zu stellen (Bonfadelli, pers. Mitt.) Ein Einsatz des Internets empfiehlt sich insbesondere für die zweite und dritte Generation.

6.5.4. Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften)

Neben dem Fernsehen nützt die Migrationsbevölkerung auch Zeitungen und Zeitschriften, besonders auch kostenlose Pendlerzeitungen (Bonfadelli, 2007). Zeitschriften werden auch genutzt, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (Gabadinho und Wanner, 2008). Detaillierte Untersuchungen für die Schweiz zum Printmedien-Konsum gibt es noch nicht. Immerhin zeigen Befragungen des SFM, dass die Migrationsbevölkerung auch bezüglich dieses Aspekts nicht homogen ist: Studien aus anderen Ländern zeigen ebenfalls eine grosse Heterogenität der Printmedien-Nutzung. Eine Umfrage in den Niederlanden hat ergeben, dass türkische Jugendliche sowohl niederländische als auch türkische Zeitungen lesen, marokkanische Jugendliche dagegen vor allem marokkanische Zeitungen (D'Haenens, 2007). Anders sieht es bei den Zeitschriften aus: Die meisten dieser Jugendlichen bevorzugen niederländische Zeitschriften (D'Haenens, 2007). Deutsche Jugendliche mit Migrationshintergrund nutzen vor allem deutschsprachige Tageszeitungen (Trebbe, 2007).

6.5.5. Orientierung nach Herkunfts- und Aufnahmeland

Es werden sowohl Medien aus dem Herkunfts- wie aus dem Aufnahmeland genutzt (Bonfadelli, 2007; Piga 2007). Eine Schweizer Untersuchung zeigt, dass die Migrationsbevölkerung die Medien des Herkunftslandes vor allem zur Unterhaltung nutzt (Bonfadelli, 2007). Generell scheinen Medien aus dem Herkunftsland und jene aus der Schweiz, die in der Sprache des Herkunftslandes gestaltet sind, bei

der Verbreitung von Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung erfolgreicher zu sein als Schweizer Medien (Moret et al., 2007). Bei Jugendlichen lässt sich allerdings feststellen, dass vermehrt Medien aus dem Aufnahmeland genutzt werden (Bonfadelli und Bucher, 2007).

6.5.6. Transnationaler und translokaler Ansatz

Heute stehen dank Satellitenfernsehen und Internet Medienangebote aus den meisten Ländern auch in der Schweiz zur Verfügung. Studien zeigen, dass die meisten Personen mit Migrationshintergrund neben Medien aus dem Herkunfts- und dem Aufnahmeland auch solche aus anderen Ländern nutzen (Piga, 2007). Eine transnationale und translokale Zusammenarbeit mit Medien ist zu prüfen. So ist es denkbar, auf die Schweizer Migrationsbevölkerung ausgerichtete Präventionsbotschaften über Fernsehstationen in den Herkunftsländern zu verbreiten. Dieser Ansatz dürfte mit einem hohen Aufwand verbunden sein, und es ist unklar, welche Hürden bei einer transnationalen Zusammenarbeit zu überwinden sind. Denkbar wäre, im Rahmen einer bereits bestehenden transnationalen Kooperation ein Pilotprojekt aufzubauen.

Bereits in den neunziger Jahren haben die Mitarbeitenden des „Migrantenprojekts“ der BAG bei der Übersetzung und Neugestaltung von Präventionsbroschüren die Zusammenarbeit mit Präventionsfachleuten aus den Herkunftsländern der Zielgruppen gesucht (Burgi et al., 1995). Dieser Ansatz lässt sich mit vergleichsweise geringem Aufwand realisieren, vor allem wenn auf das bereits bestehende Beziehungen der Schweizer Präventionslandschaft zum Ausland zurückgegriffen werden kann.

6.6. Migrationssensible Anpassung der Kommunikation

Die Art, wie Botschaften vermittelt werden, spielt bei der Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung eine besonders grosse Rolle. Zentral ist eine an Beziehungen gebundene, von Informalität geprägte Kommunikation. Die Charakteristika der Zielgruppe entscheiden über die Gestaltung der Kommunikation und der Botschaft. Die befragten Fachleute der transkulturellen Prävention geben dazu folgende Empfehlungen ab (Bauer, 2008).

Die Präventionsbotschaft soll auf den **soziokulturellen Kontext** der Migrationsbevölkerung ausgerichtet sein: Die Realität der Lebenswelt, in der sich eine Zielgruppe bewegt, muss sich in der Botschaft wiederfinden.

Der **Wissensstand** der Zielgruppe bestimmt mit, welche Informationen weitergegeben werden. Kommunikation misslingt nicht nur, wenn die Inhalte für das Zielpublikum zu kompliziert sind, sondern auch, wenn bereits Bekanntes immer wieder erzählt wird.

Der **Bildungsgrad** bestimmt dagegen vor allem die Gestaltung des Inhalts und die Form der Weitergabe. In der Arbeit mit bildungsfernen Personen oder Gruppen haben sich einfache, klare Präventionsbotschaften bewährt (Bauer, 2008; Stuker et al., 2008).

Die **Lebensphase** beeinflusst die Interessen der Zielgruppe und muss bei der Auswahl und Kommunikation der Inhalte berücksichtigt werden. Die Interessen von

Frauen richten sich zum Beispiel stark danach, ob sie Kinder haben. Frauen mit Babys und Kleinkindern können im Rahmen der Tabakprävention zum Beispiel auf das Problem des Passivrauches und des Kindsschutzes angesprochen werden.

Normen und Werte der Zielgruppe bestimmen mit, ob der/die KommunikatorIn akzeptiert wird und wie die Botschaften eines Angebots aufgenommen werden. Die Erfahrung von Fachleuten der transkulturellen Prävention zeigt etwa, dass der Einsatz von Autoritätspersonen und autoritären Formulierungen bei autochthonen Personen anders aufgenommen wird als bei Personen aus der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien. Bei bestimmten Personengruppen haben Autoritätspersonen eine andere Bedeutung und Akzeptanz als bei der einheimischen Bevölkerung. Auch der Umgang mit Bildern setzt oft genaue Kenntnisse der Normen und Werte der Zielgruppe voraus. Interkulturelle VermittlerInnen und Fachleute mit Migrationshintergrund spielen bei der Klärung solcher Fragen eine unverzichtbare Rolle (Stuker et al., 2008; Bauer et al., 2008; Moret et al., 2007; Domenig, 2007a).

Die **Vorstellungen zu Abhängigkeit, Gesundheit und Krankheit** können je nach soziokulturellem Hintergrund stark variieren. Es muss damit gerechnet werden, dass bestimmte Gesundheitsthemen nur schwierig anzusprechen oder gar tabuisiert sind. Tabus (Fachleute der transkulturellen Prävention nennen etwa die Themen „Alkoholabhängigkeit und häusliche Gewalt“ und „Alkoholabhängigkeit im Alter“) können angegangen werden, indem man über allgemeine Gesundheitsförderung einsteigt oder Präventionsthemen miteinander kombiniert (Bauer, 2008). Die Kombination der Präventionsthemen sollte dabei der Erlebniswelt der Zielgruppe angepasst sein. Hier helfen interkulturelle VermittlerInnen weiter.

Gender. Männer und Frauen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in epidemiologischer Hinsicht (Suchtmittelkonsum, Krankheiten, Mortalität) und in ihrer sozialen Rollen stark. Dies muss bei der Wahl der Zielgruppe und der Kommunikation berücksichtigt werden. Die Projektleiterin von FemmesTische begründet zum Beispiel die Zielgruppenbestimmung folgendermassen: „Die Frauen haben eine spezielle Rolle in der Familie und in der Gesellschaft. Wenn die Mutter sich bewegt, bewegt sich die ganze Familie. Frauen leben doppelt isoliert – sowohl in der Gesellschaft als auch in der Familie.“ (Bauer, 2008)

Kombination von Präventionsthemen. Die meisten im Rahmen dieses Projekts befragten Fachpersonen der transkulturellen Prävention empfehlen, verschiedene Präventionsthemen zu kombinieren (Bauer, 2008). Der Vorteil besteht darin, dass vor der Kommunikation tabuisierter Präventionsthemen ein einfacher Einstieg gemacht und eine Vertrauensbasis geschaffen werden kann („Türöffner“). Mehrere befragte Fachpersonen der transkulturellen Prävention haben die Erfahrung gemacht, dass ein Zugang über die Elternschaft und das Wohl der Familie vielversprechend ist. Folgende Kombinationen werden vorgeschlagen:

- § Passivrauchen und Elternschaft
- § Elternschaft, Passivrauchen und Kinderschutz
- § Rauchen und Familienplanung; Erziehung und Abhängigkeiten
- § Co-Alkoholismus, häusliche Gewalt und Wohl der Kinder
- § Abhängigkeiten, Erziehung und Schutzfaktoren

7. Wissen und Haltungen zu Tabak, Alkohol und Präventionsangeboten

Es gibt erst wenige wissenschaftliche Studien, die das Suchtverständnis von Personen mit Migrationshintergrund, ihr Wissen über die Schädlichkeit des Tabak- und Alkoholkonsums und ihre Einstellungen zu Konsum, Prävention und Therapie untersuchen. Die meisten davon stammen aus dem Ausland und sind nur begrenzt auf die Schweiz übertragbar, vor allem weil sie sich auf Bevölkerungsgruppen beziehen, die in der Schweiz keine grosse Bedeutung haben, und auf soziale Verhältnisse, die in der Schweiz nicht vorkommen.

Die Einschätzungen zu den Verhältnissen in der Schweiz beruhen meist auf Einzelbeobachtungen und sind nicht repräsentativ. Fachpersonen der transkulturellen Prävention, die im Rahmen dieses Projekts befragt wurden (Bauer, 2008), warnen vor einer undifferenzierten Darstellung der Einstellungen und Verhaltensweisen von Personen mit Migrationshintergrund. Dies soll auch bei der Interpretation der folgenden Angaben bedacht werden, auch wenn alle zur Verfügung stehenden Umfragen zum Thema berücksichtigt wurden und versucht wurde, möglichst allgemein gültige Aussagen zu machen. Die Befragungen bei Personen mit Migrationshintergrund und Fachpersonen aus dem transkulturellen Bereich fanden im Rahmen von Fokus-, Fachgruppen- und Einzelgesprächen statt. Es handelt sich bei den Resultaten also in jedem Fall um subjektive Einschätzungen. Folgende Umfragen wurden berücksichtigt:

- § Eine Befragung von Fachpersonen zur Situation der Angehörigen ihrer „Ethnie“ im Kanton Zürich bezüglich Suchtverhalten und Gesundheit, durchgeführt von der Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung FISP (Oggier und Ideli, 2005)
- § Eine Bedarfs- und Bedürfnisabklärung bei Personen mit Migrationshintergrund und Fachleuten, durchgeführt im Auftrag der Suchtberatung und der Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention des Kantons Zug (Rusch, 2003)
- § Zwei im Rahmen dieses Projekts bei Fachleuten der transkulturellen Prävention und bei Personen mit Migrationshintergrund durchgeführte Umfragen (Bauer, 2008; Stuker et al., 2008)
- § Zwei PatientInnenbefragungen unter rauchenden Personen mit Migrationshintergrund und SchweizerInnen zum Wissen über die Auswirkungen von Tabakkonsum (Bodenmann, Murith et al., 2005) sowie zur Risikowahrnehmung in Bezug auf übermässigen Alkoholkonsum, Tabakmissbrauch und sexuelles Risikoverhalten und zur Wirkung einer Kurzintervention in der Notfall-Sprechstunde (Bodenmann, Cornuz et al., 2005).

Zuletzt wird im Sinn eines Vergleichs mit dem internationalen Wissensstand eine Übersichtsarbeit aus Deutschland vorgestellt (Bundesministerium für Gesundheit, 2002).

7.1. Der Suchtbegriff bei Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz

Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) stellen fest, dass das Suchtverständnis und der Umgang mit Abhängigkeitsproblemen bei Personen mit Migrationshintergrund wenig herkunftsspezifisch sind. Als Sucht verstanden die Befragten oft nur einen übermässigen Konsum oder einen Konsum mit dem Ziel der Problembewältigung. Alkohol und Tabak werden vor allem als Genussmittel und nur selten

als Suchtmittel wahrgenommen. Der Alkohol- und Tabakkonsum wird häufig als zur „Kultur“ gehörend interpretiert und in der Folge bagatellisiert. Demgegenüber werden illegale Drogen als Suchtsubstanzen eingestuft und deren Konsum oft „verteufelt“ oder als krankhaft bezeichnet. Die Ansichten der Migrationsbevölkerung unterscheiden sich vermutlich nicht sehr stark von denen der einheimischen Bevölkerung.²⁸

Ein umfassenderes Verständnis des Suchtbegriffs war bei Personen vorhanden, die schon länger in der Schweiz lebten, und bei Eltern, deren Kinder in der Schule über Sucht aufgeklärt worden waren.

7.2. Wissen und Haltungen zum Tabakkonsum

Die Umfrage von Stuker et al. (2008) hat ergeben, dass das Wissen und die Haltungen der Migrationsbevölkerung zum Tabakkonsum ähnlich sind wie bei der einheimischen Bevölkerung. Das Rauchen wird von den befragten Personen mit Migrationshintergrund als integraler Teil des Alltags dargestellt (Stuker et al., 2008). Es ist biografisch und soziokulturell stark verankert. Bei einem Teil der Befragten liegt eine langjährige und tradierte Gewohnheit vor, der Rauchbeginn liegt oft im Jugendalter. Gemäss allen Umfragen ist der Konsum von Tabak soziokulturell normiert und akzeptiert; das Gleiche gilt für Alkohol. Bei Besuchen serviert man oft alkoholische Getränke und raucht. In diesem Zusammenhang wird der Konsum häufig bagatellisiert. Gleichzeitig wird das Rauchen aber auch als Gefahr und persönliches Problem wahrgenommen.

Aufgrund der Umfrage von Stuker et al. (2008) darf vermutet werden, dass dem Rauchen bei Personen mit Migrationshintergrund, die im Heimatland, bei der Migration oder im Aufnahmeland traumatische Erfahrungen wie Krieg, Folter oder rassistische Behandlung gemacht haben, als Coping-Strategie eine wichtige Funktion zukommt (vgl. dazu auch Stead et al., 2001). Zum Teil wird das Rauchen mit Bezeichnungen wie „einzige Freude“ beschrieben.

7.2.1. Einschätzung des Risikos

Viele befragte Personen mit Migrationshintergrund haben Erfahrung mit rauchbedingter Krankheit und Tod im Familien- und Bekanntenkreis. Das Wissen um schädliche Auswirkungen des Tabakkonsums ist bei den meisten von Stuker et al. (2008) befragten Personen mit Migrationshintergrund vorhanden, wenn auch tendenziell wenig differenziert. Genaue Kenntnisse zu den gesundheitlichen Folgen sind eher selten. Typisch sind Aussagen wie „Das Krebsrisiko steigt“ oder „Beim Rauchen einer Zigarette führe ich meinem Körper Gift zu“ (Stuker et al., 2008).

Das Rauchen wird durch die von Stuker et al. (2008) befragten Personen teils verharmlost, gerechtfertigt oder resigniert akzeptiert. Es weckt bei einigen Befragten den Willen, dagegen anzugehen, sei es aus gesundheitlichen, finanziellen oder anderen Gründen. Ein Problembewusstsein ist bei den befragten Rauchenden vorhanden, wird aber im Sinne der kognitiven Dissonanz bei abhängigen Personen (Festinger, 1978) eher verdrängt – eine Haltung, die auch bei einheimischen RaucherInnen verbreitet ist. Eine differenzierte ablehnende Einstellung gegenüber dem

²⁸ Es gibt keine Studien zur einheimischen Bevölkerung in diesem Bereich.

Tabakkonsum zeigt sich in erster Linie unter den ehemaligen RaucherInnen oder bei den NichtraucherInnen.

Die Schädlichkeit des Rauchens wird durch einige Befragte auch grundsätzlich in Frage gestellt. Manche setzen andere Prioritäten und erwähnen dringendere Probleme als den Schutz der eigenen Gesundheit. Zum Teil – vor allem bei Frauen und Jugendlichen – ist das Rauchen auch mit Scham verbunden und wird versteckt.

Die Befragung von Bodenmann, Murith et al. (2005) hat gezeigt, dass das Wissen über die Auswirkungen von Tabak bei PatientInnen mit Migrationshintergrund geringer ist als bei SchweizerInnen. 32% der Personen mit Migrationshintergrund nannten keine schädliche Wirkung des Tabakkonsums, von den SchweizerInnen waren es nur 10%. Das mangelnde Bewusstsein der Personen mit Migrationshintergrund über die gesundheitsschädigende Wirkung korrelierte dabei mit folgenden Faktoren.

- § Wer die lokale Sprache beherrscht, hat ein grösseres Bewusstsein für die schädlichen Folgen des Rauchens.
- § Die untersuchten Personen aus dem osteuropäischen Raum wissen noch seltener Bescheid über die schädlichen Folgen des Rauchens als die Personen aus Asien und Afrika.
- § Bei Männern ist ein geringeres Bewusstsein über die schädlichen Folgen des Rauchens festzustellen als bei Frauen.

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigt die Empfänglichkeit für Präventionsbotschaften. Mit dem Bildungsniveau, dem Alter, dem Rauchstatus und der Motivation zum Rauchstopp gab es keine Korrelation.

Das Wissen zu den schädigenden Folgen des Rauchens wird gemäss den Umfragen von Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) im privaten Bereich, bei Fachpersonen des Gesundheitswesens und über öffentlich zugängliche Informationen geholt, sowohl im Herkunftsland wie in der Schweiz. Besonders wirkungsvoll scheinen öffentliche Kampagnen (zum Beispiel an Schulen) und Informationen aus dem Fernsehen zu sein (bei Stuker et al. wurden vor allem Sender aus den Herkunftsländern genannt).

7.2.2. Einstellung der Familie und des Umfeldes zum Tabakkonsum

Das soziale Umfeld ist bei den von Stuker et al. (2008) befragten Personen mit Migrationshintergrund einerseits von der Herkunftsgesellschaft und der Familie geprägt, andererseits von der Aufnahmegesellschaft in der Schweiz. Das Rauchen gilt in verschiedenen Herkunftsgesellschaften als normal. Trotzdem wird die Schweiz als ein Land wahrgenommen, in dem häufig geraucht wird.

Der Bekanntenkreis und die Familie haben grossen Einfluss auf die Rauchgewohnheiten (Stuker et al., 2008). Während ArbeitskollegInnen und FreundInnen gemäss einigen Befragten das Rauchen als soziales Verhalten legitimieren können, üben Familienmitglieder, insbesondere ehemalige RaucherInnen, teilweise grossen Druck gegen das Rauchen aus.

7.2.3. Gender- und altersspezifische Unterschiede

Die Akzeptanz des Rauchens ist geschlechtsspezifisch (Stuker et al., 2008). Rauchen wird mit Männlichkeit verbunden. Dass Frauen rauchen, wird häufig als weniger akzeptiert und als „unweiblich“ geschildert. Vor allem dürfen Frauen oft zu Hause nicht rauchen, zum Teil ist es ihnen auch gänzlich untersagt. Die Befragten halten dies für soziale Normen, die sich zwar in Veränderung befinden, bis heute aber noch nachwirken.

Der Einstieg in das Rauchen im Herkunftsland wird durch einige Befragte als Initiation in die Männergesellschaft (vgl. dazu auch Nierkens et al., 2005) und als Gabe beschrieben (vgl. dazu auch Nichter, 1998).

Bei Stuker et al. (2008) sagten einige Befragte, dass im Herkunftsland nur bei Festlichkeiten geraucht werde, mehrheitlich von Männern. Zum männerspezifischen Konsumverhalten sagten die von Oggier und Ideli (2005) Befragten aus, dass Tabak (und auch Alkohol) oft im Fussballverein und in Männerklubs konsumiert wird. Jugendliche Männer rauchen (und trinken) gemäss den Befragten zunehmend im Fussballverein.

Dass Kinder (auch erwachsene) vor ihren Eltern rauchen, wird von einigen Personen als unakzeptabel oder respektlos bezeichnet und deutet darauf hin, dass die Akzeptanz gegenüber dem Rauchen auch von der Generation und Altersklasse abhängt.

7.2.4. Motivation zum Tabakentzug

Die häufigste Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören oder den Konsum zu reduzieren scheint eine drohende oder bereits diagnostizierte Krankheit zu sein (Stuker et al., 2008). Auch der Gedanke an die Gesundheit von Kindern (auch ungeborenen) wirkt offenbar motivierend. Nicht nur schwangere Frauen, auch werdende Väter scheinen empfänglich für Informationen zu sein, die auf die mögliche Schädigung des Fötus hinweisen, und lassen sich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu einem Rauchstopp bewegen (vergleiche auch DiClemente, 2000 und Wakefield, 1998).

Bitten von Angehörigen, das Rauchen aufzugeben, zeigen hingegen wenig Wirkung. Die Befragungen von Stuker et al. (2008) zeigen, dass das Wissen um die schädlichen Folgen des Tabakkonsums, fachliche Unterstützung, die Bewunderung durch das Umfeld (für Personen, die erfolgreich aufgehört haben zu rauchen) und finanzielle oder religiöse Gründe für sich genommen nicht Motivation genug sind. Erforderlich ist offensichtlich eine Kombination eines oder mehrerer Faktoren mit dem immer wieder erwähnten eigenen Willen, das Rauchen aufzugeben.

Interessant ist hier die Rolle, die dieser Wille spielt: Gemäss der Umfrage von Stuker et al. wird nicht gern zugegeben, dass Hilfe von aussen beim Rauchstopp nötig war, dagegen wird gerne hervorgehoben, dass man selbst – mit dem eigenen Willen – den Tabakentzug geschafft hat.

7.3. Wissen und Haltungen zum Alkoholkonsum

So wie der Tabakkonsum ist nach Aussagen von Fachpersonen auch der Alkoholkonsum in der Migrationsbevölkerung stark verbreitet (Oggier und Ideli, 2005, und Rusch, 2003). Über das Ausmass gehen die Meinungen aber weit auseinander. Der Konsum ist nach Ansicht der Befragten im Zunehmen begriffen.

Alkoholprobleme entstehen gemäss der Umfrage von Stuker et al. (2008) teilweise schon im Herkunftsland. Eine Alkoholabhängigkeit kann aber auch erst in der Migration entstehen; manchmal wird ein bestehendes Problem durch die erschwerten Lebensumstände und den Wegfall sozialer Kontrolle verstärkt. Alkohol wird nach Aussagen der von Stuker et al. befragten Personen mit Migrationshintergrund als Strategie zur Bewältigung sozialer Isolation und schwieriger Lebensumstände gewählt. Darüber hinaus spielt es für den Konsum eine Rolle, dass Alkohol und Zigaretten in der Schweiz leicht erhältlich sind.

In der Umfrage von Stuker et al. (2008) verharmlosen jene befragten Personen mit Migrationshintergrund, die nie alkoholabhängig waren oder ihre Abhängigkeit nicht bewusst wahrnehmen, tendenziell den Alkoholkonsum. Das Alkoholtrinken ist bei ihnen eher positiv konnotiert und wird mit Geselligkeit und Genuss verbunden. Wer hingegen Erfahrungen mit Alkoholabhängigkeit hat, betont in erster Linie dessen Gefahren. Der Alkoholkonsum hängt bei den Befragten, die eine Abhängigkeit entwickelt haben, mit Problemen wie sozialer Isolation, Depression oder Gewalterfahrungen in der Ehe zusammen. Diese Probleme werden in der Befragung von Stuker et al. (2008) auch mit der Migration in die Schweiz in Zusammenhang gebracht.

Fast alle von Bauer (2008) befragten Fachpersonen der transkulturellen Prävention erwähnen, dass Alkohol und Tabak bei einem grossen Teil der Migrationsbevölkerung eine hohe Akzeptanz als Genussmittel haben, sofern sie religiös erlaubt sind. Aufgrund von mangelnden Informationen und anderen, vordringlicheren Problemen wird die Alkoholabhängigkeit von den Personen mit Migrationshintergrund selten wahrgenommen und problematisiert. Einige Fachpersonen erwähnen jedoch, dass in bestimmten Gemeinschaften der Migrationsbevölkerung die Alkohol- und Tabakabhängigkeit vermehrt thematisiert wird. Der internationale Druck und die Prävention in den Herkunftsländern zeigt gemäss diesen Fachleuten ihre Wirkung auch bei der Migrationsbevölkerung.

Fachpersonen der transkulturellen Prävention erinnern daran, dass es tabuisierte Bereiche gibt, zum Beispiel „Alkoholabhängigkeit und häusliche Gewalt“ und „Alkoholabhängigkeit im Alter“ (Bauer, 2008).

7.3.1. Einschätzung des Risikos

Weil für die explorative, qualitative Studie von Stuker et al. spezifisch Personen befragt wurden, die entweder durch ihr Konsum- und/oder ihr Präventionsverhalten in irgendeiner Form einen Bezug zu suchtbezogenen Fachstellen, Organisationen der Migrationsbevölkerung, Beratungs- und Betreuungsangeboten hatten, können viele von Erfahrungen mit Alkoholmissbrauch aus dem engen Familien- und Bekanntenkreis berichten. Viele der befragten Personen wissen um die Folgen des Trinkens: psychische und physische Gewalt, soziale Isolation und Arbeitslosigkeit. Diese Folgen betreffen vor allem das Soziale und Ökonomische. Das Wissen um die gesundheitlichen Schäden des Trinkens ist bei den befragten Personen mit

Migrationshintergrund eher oberflächlich vorhanden. Fast gänzlich vergessen wird das unter Alkoholeinfluss erhöhte Unfallrisiko.

In der Studie von Bodenmann, Cornuz et al. (2005) wurden Personen mit Migrationshintergrund nach ihrem Risikoempfinden bezüglich Alkohol-/Tabakmissbrauch und sexuellem Risikoverhalten befragt. Sowohl SchweizerInnen als auch Personen mit Migrationshintergrund schätzen dabei das generelle Risiko von Alkohol-/Tabakmissbrauch und sexuellem Risikoverhalten zu hoch ein. Die Wahrnehmung des *persönlichen* Risikos ist systematisch geringer als jene des allgemeinen Risikos.

7.3.2. Einstellung der Familie und des Umfeldes zum Alkoholkonsum

Alkoholtrinken wird als in der Schweiz sehr verbreitet und sozial erwünscht, teilweise gar als Pflicht wahrgenommen (Stucker et al., 2008). In der Schweiz ist Alkohol gemäss den Befragten leicht zugänglich und im Verhältnis billiger zu erhalten als im Heimatland. Darum werde auch mehr konsumiert als in den Herkunftsländern, wo Alkohol gemäss den befragten Personen nur zu aussergewöhnlichen Anlässen gehört.

Meist gibt es in der Familie „Vorbilder“ für den riskanten Umgang mit Alkohol. Die Herkunftsfamilie kann aber die Abhängigkeit durchaus gleichzeitig tabuisieren.

Gerade beim Thema Alkohol sollte selbstverständlich auch der religiöse Hintergrund mit einbezogen werden, um allfällige normative Unterschiede zwischen Personen aus verschiedenen Herkunftsländern sinnvoll deuten zu können.

7.3.3. Gender- und altersspezifische Unterschiede

Der Alkohol- und Tabakkonsum von Männern wird in den meisten Gruppen der Migrationsbevölkerung anders beurteilt als der von Frauen (Stucker et al., 2008). Trinken bei Frauen gilt als unweiblich und wird mit einem niedrigen sozialen Status in Verbindung gebracht. Der Alkoholkonsum ist eine klare Männerdomäne, wie alleine der Blick auf die Geschlechterverteilung bei den Prävalenzraten des Alkoholkonsums zeigt (siehe Abb. 4.4.). Dies gilt allerdings auch für die autochthone Bevölkerung.

Übermässiger Konsum von Alkohol und Betrunkenheit wird zum Teil aber auch bei Männern als Schande und Respektlosigkeit angesehen, vor allem gegenüber der Familie (Stucker et al., 2008).

Auch bei Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) nennen die Befragten gender- und altersspezifische Konsummuster. In den Umfragen wird ausgesagt, dass Frauen und Jugendliche weniger Alkohol konsumieren als Männer. Männer trinken meist im Verein; gerade in portugiesischen Männervereinen scheint exzessives Trinken vorzukommen. Frauen trinken gemäss den Befragten dafür eher zu Hause. Sie sind im Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit des Partners auch oft einer Co-Abhängigkeit unterworfen, das heisst, sie unterstützen durch ihr schützendes oder helfendes Verhalten die Abhängigkeit des Mannes und schaden sich dabei selbst.

Weiter erwähnen Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) den Generationenaspekt: Männer der ersten Generation sind besonders vom Alkoholmissbrauch betroffen. Im Vergleich mit der ersten zeigt die zweite Generation eine positive Veränderung des Suchtrisikobewusstseins.

7.3.4. Motivation zum Alkoholentzug

Ein Entzug vom Alkohol erfolgt nach Aussage der von Stuker et al. (2008) befragten Personen in der Regel erst, wenn die Not so gross ist, dass die Umgebung reagiert. Das Umfeld reagiert oft mit Unterstützung (Stuker et al., 2008). Unterstützend für einen Entzug wirken offenbar auch positive Vorbilder im Freundeskreis oder eine Intervention, die keinen Ausweg offen lässt (gesetzliche Massnahme, Klinikeinweisung).

7.4. Wissen und Haltungen zu Präventionsangeboten

Die in Stuker et al. (2008) befragten Personen mit Migrationshintergrund kennen sehr wenige Präventionsangebote. Dies lässt aufhorchen, weil fast alle Befragten bereits im Kontakt mit Fachstellen standen und mit Angeboten der Prävention und Beratung konfrontiert waren. Bekannt sind offenbar fast ausschliesslich Angebote, die bereits genutzt worden sind. Genutzt werden sie in der Regel aber erst in grosser Not und nur mit direkter Unterstützung einer Fachperson, die als Vertrauensperson auch über die Erst-Intervention hinaus eine individuelle Anlaufstelle bleibt. Das Interesse an Fragen zu Abhängigkeiten und Früherkennung und an staatlichen, sozialen Leistungen für Süchtige wird jedoch von den durch Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) befragten Personen mit Migrationshintergrund als gross eingeschätzt.

Auch gemäss den Umfragen von Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) werden Präventions- und Beratungsangebote kaum genutzt. Strukturelle Hürden sind zum Beispiel mangelnde Sprachkenntnisse, ein Mangel an Information zu Abhängigkeiten und Gesundheit sowie fehlendes Vertrauen. Kulturelle, herkunftsbezogene Hürden sind unter anderem Scham- und Schuldgefühle, Angst vor Stigmatisierung und die Befürchtung, das Ansehen der Familie zu schädigen. Arbeitslosigkeit, schwierige Arbeitsbedingungen und fehlende oder mangelnde soziale Integration können zum sozialen Rückzug führen und die Erreichbarkeit für die Präventionsarbeit weiter erschweren. Die Aussagen in Stuker et al. (2008) lassen zudem vermuten, dass Angebote, die etwas kosten, kaum genutzt werden.

Personen mit Migrationshintergrund versuchen gemäss den Umfragen von Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) offenbar, Probleme vor den Angehörigen zu verbergen. Gleichzeitig kann die Familie einen grossen Stellenwert bei der Suchtbewältigung haben: Es wird versucht, Probleme innerhalb der Familie zu lösen. Personen mit Migrationshintergrund suchen oft erst dann nach Beratungs- und Therapiemöglichkeiten, wenn die Probleme nicht mehr anders zu lösen sind. Teilweise sprechen Betroffene mit den HausärztInnen und Autoritätspersonen aus ihrer Gemeinschaft über ihre Probleme. Daraus ergibt sich, dass die Familie in die Prävention und Beratung einbezogen werden muss.

7.5. Ein Sonderfall? Alkoholkonsum bei Tamilen in der Schweiz

Die im Rahmen dieses Projekts befragten Fachleute der transkulturellen Prävention (Bauer, 2008, und Stuker et al., 2008) erwähnten immer wieder Alkoholprobleme in der tamilischen Bevölkerung der Schweiz. Im GMM (2006) konnten diese Probleme aber nicht quantifiziert werden. Alkoholkonsum gilt unter tamilischen Männern vor allem als Gemeinschaftserlebnis und wird heute während Festen gepflegt. Das Genusstrinken gehört aber noch nicht zu den etablierten soziokulturellen Verhaltensweisen der tamilischen Gemeinschaft. Sind Alkoholprobleme von tamilischen Männern ein Sonderfall?

Eine Diplomarbeit zu tamilischen alkoholkranken Männern in der stationären Suchtarbeit (Friedli und Krebs, 2005) bringt unqualifizierte Arbeit in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit. Tamilische Männer, die im Gastgewerbe arbeiten, haben oft einen leichten Zugang zu Alkohol und sind den Belastungen der Nachtarbeit ausgesetzt. Gemäss der Befragung, die Friedli und Krebs bei Fachpersonen durchführten, erhöhen folgende Faktoren das Risiko einer Alkoholkrankheit:

- § Einsamkeit
- § Sehnsucht nach dem Heimatland und den dort wohnenden Angehörigen
- § Isolation und fehlende Kontakte zu SchweizerInnen
- § Schlechte finanzielle Verhältnisse und Verschuldung
- § Knappe Freizeit, Fehlen von Freizeitangeboten
- § F-Ausweis (prekärer Aufenthaltsstatus)

Alkohol wird gemäss den Befragungen auch als Bewältigungsstrategie bei Traumatisierungen durch Krieg und Flucht gewählt.

In den tamilischen Gemeinschaften wird Krankheit und Alkoholmissbrauch gemäss den Befragten tabuisiert und Alkoholabhängigkeit als persönliches Versagen gedeutet. Die Ursachen von Krankheit und Abhängigkeit wird dabei oft externalisiert und als schicksalsgegeben erklärt. Es fehlt die Reflexion des eigenen Verhaltens und der persönlichen Lebenslage. Mit dem Fehlen der Grossfamilie und dem damit verbundenen sozialen Netz, bei familiären Problemen, isolierten Wohnverhältnissen und grosser Distanz zum sozialen Netz fallen wichtige Schutzfunktionen und soziale Kontrollen weg.

Im Umgang mit alkoholabhängigen tamilischen Männern in der Abhängigkeitstherapie können Schwierigkeiten auftreten. Diese sind gemäss den befragten Fachpersonen bedingt durch Faktoren, die typisch für eine Alkoholabhängigkeit sind, aber nicht kulturtypisch und daher nicht spezifisch Tamilen betreffen:

- § Mangelnde Deutschkenntnisse der Klienten und mangelnde Fremdsprachenkenntnisse der Fachpersonen
- § Ängste vor Gesichtsverlust, im Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungsstörungen und vor rassistisch motivierter Behandlung
- § Verleugnung oder Bagatellisierung der Abhängigkeit bzw. Deutung der Abhängigkeit als persönliches Laster
- § Sehr geringes Wissen über stationäre Suchttherapie
- § Soziokulturelle Besonderheiten in den Haltungen zur Behandlung (wenig Selbstverantwortung und zum Teil ungenügende Bereitschaft zur Teilnahme)

Die Autoren der Studie folgern, dass in den Institutionen der Suchtarbeit nicht primär spezifisches Wissen über die tamilische Gemeinschaft gefordert ist, sondern in erster Linie eine Stärkung der transkulturellen Kompetenz der Fachpersonen und der Institutionen, damit Abhängigkeitsprobleme von Personen mit Migrationshintergrund im Kontext individueller Lebensbedingungen erklärt und angegangen werden können. Tamilische Männer mit Alkoholproblemen sind also kein Sonderfall, sondern ein gutes Beispiel dafür, dass die Ausprägung einer Abhängigkeitskrankheit nicht alleine von der Herkunft abhängt.

7.6. Erkenntnisse aus der internationalen Literatur

Die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit, 2002) eine Übersichtsarbeit über die deutsch- und englischsprachige Forschungsliteratur zum Thema Migration und Abhängigkeiten erstellt. Einige für die Schweiz interessante Resultate werden nachfolgend aufgeführt und ergänzt mit Daten aus einer vergleichenden, quantitativen deutschen Studie (Surall, Siefen et al., 2002). Resultate aus anderen Untersuchungen aus den USA, Grossbritannien und den Niederlanden dürften auf die Schweiz weniger gut übertragbar sein, zumal sich ein Grossteil der Forschung und der Interventionen in den USA und Grossbritannien auf ethnic/black minorities oder auf Migrationsgruppen konzentriert, die sich nicht mit den zahlenmässig relevanten Migrationsgruppen in der Schweiz decken. Auch lassen sich die soziokulturellen Hintergründe und Lebenssituationen in den Aufnahmeländern der verschiedenen Gruppen nicht unbedingt vergleichen.²⁹

7.6.1. Umgang mit Abhängigkeiten

Die Übersichtsarbeit des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit (2002) basiert auf Praxis-Erfahrungen von Fachpersonen. Zum Umgang mit Abhängigkeiten hält die Studie Folgendes fest:

- § Drogenabhängige Personen mit Migrationshintergrund legen Wert darauf, äusserlich nicht als Abhängige erkannt zu werden.
- § Sie suchen Beratungsstellen erst im fortgeschrittenen Stadium der Abhängigkeit auf.
- § Der familiäre Zusammenhalt kann den Einbezug einer Beratung und einer Therapie erschweren (Bagatellisierung, Fehlen der Krankheitseinsicht).

7.6.2. Abhängigkeitsursachen bei jugendlichen Personen mit Migrationshintergrund

Die Studie hält fest, dass sowohl in der Migrationsbevölkerung als auch unter den Einheimischen mehr jungen Männer als junge Frauen von einer Abhängigkeit nach Alkohol und illegalen Substanzen betroffen sind. Personen mit Migrationshintergrund sind insgesamt unterdurchschnittlich betroffen.

Abhängigkeitsursachen bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund werden in der deutschen Literatur mit Theorien des „Kulturkonflikts“, der Marginalisierung, des

²⁹ Siehe Literaturanalyse des SRK (Kasper et al., 2008)

erschweren Übergangs in Ausbildung und Beruf, der Diskriminierungserfahrungen sowie des Wegfalls von Schutzfaktoren beschrieben. Die Studie des Bundesministeriums für Gesundheit kritisiert Erklärungsansätze, die migrationsspezifische Faktoren in der Einzelbiografie der Jugendlichen ins Zentrum stellen und diese als besondere Gefährdung interpretieren. Die AutorInnen stellen vielmehr Theorien ins Zentrum, welche die besondere Situation der zweiten und dritten Generation von ArbeitsmigrantInnen und jungen „SpätaussiedlerInnen“³⁰ in den Blick nehmen:

- § Mangelnde berufliche Perspektiven, Arbeitslosigkeit
- § Mangelnde familiäre Geborgenheit
- § Gewalt und Kriminalität
- § Schwieriger Prozess der „Akkulturation“³¹, Leben in unterschiedlichen Gesellschaftsformen, Konflikte und Widersprüche zwischen Schule, Elternhaus und der übrigen Gesellschaft

7.6.3. Konsumbereitschaft bei jugendlichen Deutschen, TürkInnen und AussiedlerInnen

Eine Studie von Surall, Siefen et al. (2002) hat Unterschiede zwischen jugendlichen Deutschen, TürkInnen und AussiedlerInnen bezüglich der Prävalenzen, Risikofaktoren und Konsumbereitschaft von Drogen, Alkohol und Tabak untersucht. Gemäss dieser Studie sind Aussiedler und andere Deutsche in ihrem Konsumverhalten von legalen und illegalen Drogen sehr ähnlich. Türkische Jugendliche konsumieren dagegen weniger häufig und weniger intensiv „weiche“ und „harte“ Alkoholika und Cannabis. Sie beginnen später mit dem Konsum „weicher“ Alkoholika. Sie schätzen die Gefährlichkeit von Alkohol und Cannabis höher ein und finden den Zugang zu den Substanzen schwierig (Surall, Siefen et al., 2002). Den grössten Einfluss auf den Alkoholkonsum bei türkischen Jugendlichen haben die Verfügbarkeit von Alkohol und der soziale Status (gemessen an der Wohnsituation und den finanziellen Verhältnissen der Eltern). Türkische Jugendliche, die bereits Alkohol konsumiert haben, zeigen eine signifikant höhere Bereitschaft wieder Al-

³⁰ „Aussiedler“ und „Spätaussiedler“ sind Begriffe der deutschen Gesellschaft. „Die Spätaussiedler-Migration wurzelt in der Geschichte der jungen Bundesrepublik. Noch 1950... lebten rund vier Millionen Deutsche ... im Osten Europas... Das Grundgesetz der Bundesrepublik bezeichnet diese Menschen und ihre Nachkommen als "deutsche Volkszugehörige". Unter bestimmten Voraussetzungen sind sie berechtigt, als Aussiedler (seit einer Gesetzesänderung 1993 "Spätaussiedler") nach Deutschland einzureisen. Sie erhalten die deutsche Staatsbürgerschaft und können verschiedene Integrationshilfen in Anspruch nehmen. Für viele Aussiedlerinnen und Aussiedler ergeben sich ganz ähnliche Sprach- und Integrationsprobleme wie für ausländische Zuwanderer. ...Viele der jüngeren Einwanderer haben nur wenig Bindung zur deutschen Sprache und Kultur. Sie sind mit vielfältigen Integrationsproblemen und mangelnder Akzeptanz in der deutschen Gesellschaft konfrontiert.“ (Aus einem Beitrag von Jan Schneider, Bundeszentrale für politische Bildung, Deutschland, <http://www.bpb.de/themen/96ORR8,0,0,Aussiedler.html>, abgerufen am 3.7.08).

³¹ Der „acculturation“ wird in den USA in der migrationsspezifischen Suchtforschung beträchtlicher Wert zugemessen. In Europa wird der Begriff weniger verwendet (Weiss, 2003). Berry (1992) versteht darunter den psychosozialen Prozess, in dem Personen mit Migrationshintergrund ihr Verhalten, ihre Einstellungen und Haltungen durch die Interaktion mit der dominierenden Aufnahmegesellschaft verändern. Der Begriff wird unter anderem mit dem Entstehen von psychischen Krankheiten und mit Problemverhalten in Zusammenhang gebracht. Studienergebnisse zu höheren Substanzkonsumraten, Suizid, Ess- und anderen Verhaltensstörungen bei Personen mit Migrationshintergrund, die der zweiten Generation angehören und/oder „akkulturalisiert“ (acculturated) sind, liefern Evidenz für diese Hypothesen (Berry 1992). Jedoch zeigen einige Studien auch gegenteilige Evidenz (etwa Boos-Nünning, 2002). Der Effekt der „Akkulturation“ ist erst selten in Kombination mit anderen Variablen untersucht worden (Rodriguez, 1995). Dem Ansatz liegen zum Teil statische Konzepte von Migration und Kultur zugrunde. Dies führt dazu, dass ganze Migrationsgruppen nach Herkunft oder „Ethnie“ zusammengefasst werden. Der Heterogenität innerhalb dieser Gruppen wird dadurch nicht genug Rechnung getragen, ebenso wenig wie soziokulturellen Faktoren.

kohol zu konsumieren als bisher abstinente. Im Gegensatz zu deutschen Jugendlichen scheinen depressive oder ängstliche türkische Jugendliche eher bereit zu sein, Alkohol in Zukunft konsumieren zu wollen. Eine hohe soziale Integration, gemessen an der Anzahl Freunde und sozialer Aktivitäten, korrespondiert mit einer hohen Konsumbereitschaft. Im Vergleich dazu haben bei deutschen Jugendlichen die Verfügbarkeit, die Gefährlichkeitseinschätzung sowie das Alter und das zur Verfügung stehende Geld den grössten Einfluss auf den Konsum.

Den grössten Einfluss auf den Tabakkonsum bei türkischen Jugendlichen haben das Alter und die Verfügbarkeit von Zigaretten. Die Einflussfaktoren beim Tabakkonsum unterscheiden sich bei deutschen Jugendlichen und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht wesentlich. Bei deutschen Jugendlichen stellt die Studie zusätzlich einen positiven Zusammenhang zwischen schlechten Schulleistungen und erhöhtem Tabakkonsum fest. Soziale Integration, Sport und Religiosität schützen hingegen vor Tabakkonsum. Bei deutschen Jugendlichen spielen der bisherige Konsum, das Alter, die Gefährlichkeitseinschätzung und die subjektiv wahrgenommene Gefahr eine Rolle bei der Bereitschaft zum Tabakkonsum. Hingegen hat bei türkischen Jugendlichen lediglich der bisherige Konsum einen Einfluss auf die weitere Konsumbereitschaft. Türkische Mädchen geben an, weniger häufig Zigaretten zu konsumieren als türkische Jungen, und sie möchten dies gemäss ihren eigenen Aussagen in Zukunft auch so beibehalten.

8. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz

8.1. Vorgehen bei der Suche nach existierenden Angeboten

Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention (Bauer, 2008). 2007 wurden durch Caritas Schweiz Fachpersonen in der ganzen Schweiz befragt, die in Projekten oder Programmen der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten. Aufgrund der breiten Recherche kam eine Vielfalt von unterschiedlichen Präventionsangeboten für Personen mit Migrationshintergrund zusammen. Bei der Auswahl der 21 Fachpersonen (8 französischer und 13 deutscher Sprache) wurde auf eine gute Mischung von unterschiedlichen Präventionsbereichen, Projekt- oder Programmdauer und Präventionskonzepten geachtet. Es wurden sowohl Pilotprojekte als auch langjährige Präventionsangebote berücksichtigt. Angebote mit transkulturellem, migrationsspezifischem oder ethno-/ sprachspezifischem Ansatz wurden ausgewählt. Die Auswahl der ExpertInnen wurde so getroffen, dass für die Schweiz eine gewisse Repräsentativität gegeben ist. Die ExpertInnen wurden u.a. über existierende Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz befragt, ohne speziellen Fokus auf die Tabak- oder Alkoholprävention.

Literaturstudie zur transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention (Kasper et al., 2008). Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) führte zwischen Oktober 2006 und November 2007 eine Literaturrecherche zur transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention durch, in deren Rahmen u.a. nach bestehenden Interventionen, Angeboten, Fach- und Beratungsstellen im Bereich der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention gesucht wurde. Die Recherche wurde schwergewichtig über Datenbanken und das Internet geführt. Ergänzend wurden gezielt ExpertInnen aus der Tabak- und Alkoholprävention angefragt. Weiter wurde eine kurze schriftliche Umfrage bei den Beauftragten für Gesundheitsförderung und Prävention sämtlicher Kantone durchgeführt. Der Schwerpunkt der Bestandesaufnahme lag auf der Verhaltensprävention.

Die Informationen zu den Interventionen waren von unterschiedlicher Qualität. Ursprünglich war vorgesehen, ausschliesslich evaluierte Projekte zu berücksichtigen. Dies war nicht durchführbar, da es noch kaum evaluierte Interventionen für Personen mit Migrationshintergrund gibt. Selten lagen ausführliche Dokumentationen vor.

Zur Beschreibung und Beurteilung von bestehenden Angeboten und Projekten wurde auf der Basis bestehender Sammlungen wie Quint-Essenz (www.quint-essenz.ch) und Kaya und Efionayi-Mäder (2007) ein Analyserahmen erarbeitet, der Kriterien einer erfolgreichen Praxis (Good Practice) von transkulturellen Gesundheitsförderungs- und Präventionsinterventionen vorgibt. Der Analyserahmen wurde anhand der Erfahrungen aus den Umfragen erweitert und wird im vorliegenden Bericht im Kap. 10, Empfehlungen, beschrieben.

Es wurden vor allem Angebote mit einem segregativen Ansatz³² gefunden. Dies mag einerseits den gegenwärtigen Trend der Praxis wiedergeben, andererseits

³² Der segregative Ansatz schafft spezifische Angebote bzw. Parallelinstitutionen für Personen mit Migrationshintergrund (Handschuck und Schröer, 2003), im Gegensatz zum integrativen Ansatz, der die Migrationsbevölkerung in die Regelversorgung eingliedern will (was bedingt, dass sich die Regelversorgung öffnet).

sind integrativ ausgerichtete Angebote, das heisst Institutionen, die im Rahmen ihrer regulären Tätigkeit auch KlientInnen mit Migrationshintergrund erreichen, aufwändiger zu erfassen. Einige der gefundenen Angebote wenden das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Suchtberatung und -therapie explizit an: Sie bilden zum Beispiel Personen mit Migrationshintergrund zu interkulturellen VermittlerInnen aus und berücksichtigen bei der Planung neuer Angebote systematisch die Migrationsbevölkerung.

Die Strategie Migration und Gesundheit des Bundes

Phase I (2002-2007).³³ Die Strategie Migration und Gesundheit 2002-2007 des Bundes (BAG, 2002) und die Nachfolgestrategie Migration und Gesundheit Phase II (2008-2013) (BAG, 2007c) bilden eine wichtige Basis der Prävention und Gesundheitsförderung für Personen mit Migrationshintergrund. Die Umsetzung der Strategie erfolgt mit verschiedenen Bundesämtern und Organisationen. Auf Bundesebene koordiniert und begleitet eine interinstitutionelle Begleitgruppe die verschiedenen Vorhaben.³⁴ In der Strategie Migration und Gesundheit 2002-2007 wurden im Interventionsbereich „Information, Prävention und Gesundheitsförderung“ in erster Linie zwei Bereiche angegangen (BAG, 2002):

- § Empowerment: Im Gesundheitsbereich sollten jene Initiativen gefördert werden, die Ressourcen bei der Migrationsbevölkerung mobilisieren.
- § Sensibilisierung der Dienstleistungsorganisationen im Gesundheitsbereich: Die Leistungserbringer sollten dahingehend sensibilisiert werden, ihre Angebote auf ein heterogenes Publikum hin auszurichten und die Fort- und Weiterbildungsangebote in diesem Bereich zu nutzen.

Die Evaluation zur Strategie Migration und Gesundheit 2002-2007 (Ledermann, Hammer et al., 2006) zieht insgesamt eine positive Bilanz. In der Prävention und Gesundheitsförderung konnten die gesetzten Ziele der Strategie allerdings nur teilweise erreicht werden. Die Projekte konnten die Vorgabe, Asylsuchende, Frauen der neuen Migration und Jugendliche als primäre Zielgruppe verstärkt zu berücksichtigen, nicht umsetzen. Wirkungsinformationen fehlen, so dass nur in wenigen Fällen eine Aussage über einen Beitrag der Projekte zur Förderung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens bei Personen mit Migrationshintergrund gemacht werden konnte. Klar belegen liess sich jedoch, dass ein Empowerment der Personen mit Migrationshintergrund stattgefunden hat. Im Hinblick auf die Sensibilisierung der Leistungserbringer wurde festgestellt, dass es nur zum Teil gelungen war, das breite Feld der Leistungserbringer systematisch zu bearbeiten. Zwar wurden z.B. redaktionelle Berichte oder Fachpublikationen von verschiedenen Berufsgruppen publiziert, doch die redaktionellen Leistungen waren nicht ausreichend (Ledermann und Sager, 2006). Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgte teilweise unsystematisch. Die Evaluation kam auch zum Schluss, dass die Koordination der Strategie und der Projekte hätte verbessert werden sollen. Dennoch waren die Projekte bei der Sensibilisierung der Leistungserbringer „insgesamt erfolgreich“³⁵.

Phase II (2008-2013). Das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ der Nachfolgestrategie Migration und Gesundheit Phase II (2008-2013) hat folgende Ziele (BAG, 2007c):

- § Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund, Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen und Reduktion von spezifischen gesundheitlichen Belastungen

³³ vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396/index.html?lang=de>.

³⁴ Das Dossier „Migration und Gesundheit 2006“ dokumentiert die Umsetzung der Bundesstrategie "Migration und Gesundheit 2002-2007" (vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396/index.html?lang=de>).

³⁵ Zum Beispiel fand „(...) die Internetseite von Migesplus positiven Anklang bei Fachpersonen im Gesundheitswesen. Im Projekt VIA wurden die Angebote von einer Reihe von Partnerorganisationen aufgenommen. Afrimedia leistete ebenfalls Sensibilisierungs- und Vernetzungsarbeit bei den Leistungen erbringenden Diensten“ (Ledermann, Hammer et al., 2006: 89).

- § Chancengleichheit im Hinblick auf das gesundheitsfördernde und präventive Handeln von Personen mit Migrationshintergrund
- § Verringerung von gesundheitsschädigenden und Stärkung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen und Verhaltensweisen³⁶

Handlungsbedarf besteht gemäss BAG vor allem in den folgenden Feldern:

- § Sicherheit und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz
- § Bewegung und Ernährung
- § HIV/Aids
- § Abhängigkeiten (Medikamente, Tabak, illegale Substanzen, Alkohol)
- § Krebsvorsorge
- § Psychische Gesundheit

In Phase II der Strategie Migration und Gesundheit wird vermehrt mit einem integrativen Ansatz gearbeitet, um migrationspezifische Anliegen in den Regelstrukturen und -prozessen zu verankern, strukturelle und finanzielle Nachhaltigkeit zu erreichen und Synergien besser zu nutzen.

- § Migrationsspezifische Anliegen sollen systematisch in die verschiedenen Programme des Bundes aufgenommen werden.
- § Die Zusammenarbeit mit den Kantonen soll intensiviert werden.
- § Die Schaffung des eidgenössischen Fähigkeitsausweises zum interkulturellen Übersetzen soll unterstützt werden (in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie und interpret).
- § Vorarbeiten zum Aufbau eines nationalen Telefondolmetscherdienstes für den Gesundheitsbereich sollen angegangen werden.
- § Vorarbeiten zur Lancierung eines zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM) sollen angegangen werden.
- § Die angestrebten Veränderungen zugunsten der Migrationsbevölkerung sollen strukturell besser verankert werden (Mainstreaming als Querschnittsaufgabe).

8.2. Angebote für die Migrationsbevölkerung

Mit der Strategie Migration und Gesundheit setzt der Bund vermehrt auf die Prävention und Gesundheitsförderung. In der Praxis sind jedoch erst wenige Präventionsprojekte für Personen mit Migrationshintergrund vorhanden. Insbesondere existieren im Bereich Abhängigkeiten/Alkohol/Tabak nur wenige Angebote und Institutionen, die sich explizit an Personen mit Migrationshintergrund richten.

Die meisten Präventionsprogramme und -projekte, die gezielt die Migrationsbevölkerung ansprechen, sind im HIV/Aids-Bereich und in der Familienplanung/Schwangerschaftsberatung zu finden. Dies hat die Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention gezeigt. Einige Organisationen und vor allem in der Romandie auch Polikliniken weisen breite Erfahrung in der Prävention und Gesundheitsförderung für Asylsuchende auf. Der Bund unterstützt Angebote in diesen Präventionsbereichen ideell und finanziell.

Zudem haben die Umfragen bei Fachleuten gezeigt, dass es Institutionen gibt, die seit Jahrzehnten erfolgreich und niederschwellig im Bereich Integration arbeiten, zum Beispiel die Association Appartenances. Diese in der Westschweiz tätige Organisation möchte Personen mit Migrationshintergrund dabei unterstützen, ihre

³⁶ Gemäss BAG sollen sowohl Massnahmen ergriffen werden, die direkt auf die Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen und Verhaltensweisen der Migrationsbevölkerung hinwirken (Verhaltensprävention) als auch Massnahmen, die dazu beitragen, das Gesundheitssystem und das Gesundheitspersonal im Umgang mit Migration bzw. Diversität zu stärken (Verhältnisprävention).

eigenen Ressourcen zu erkennen, und ihnen damit ermöglichen, ihre Autonomie und Lebensqualität zu verbessern. Dieser Empowerment-Ansatz trägt auch zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei.

Angebote aus der Strategie Migration und Gesundheit 2002-2007. Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit 2002-2007 wurden im Suchtbereich folgende Projekte realisiert:

- § Fonds zur finanziellen Unterstützung von Impuls- und Entwicklungsprojekten, u.a. der migrationsgerechten Suchtarbeit (in Zusammenarbeit mit der Sektion Drogen)
- § Pilotprojekt „Migration und Sucht“ und Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell „Migration und Sucht“

Im Bereich der Gesundheitsförderung wurden das Angebot SUPPORT für gesundheitsfördernde Projekte von Personen mit Migrationshintergrund für MigrantInnen und die FemmesTische unterstützt. Im Bereich der Gesundheitsinformation wurden die Projekte migesplus („Gesundheitsinformationen für MigrantInnen“) VIA (Gesundheitswegweiser Schweiz) und „Analyse sozialer Netzwerke von MigrantInnen“ unterstützt. Seit November 2006 wird vom Schweizerischen Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM in Zusammenarbeit mit dem BAG für Gesundheit eine Analyse sozialer Netzwerke von Personen mit Migrationshintergrund durchgeführt (Moret, Meffre et al., 2008).³⁷

Angebote der Kantone. Die Schwerpunkte der kantonalen Angebote, die sich (auch) an die Migrationsbevölkerung richten, liegen gemäss der SRK-Umfrage (Stuker et al., 2008) bei Ernährung und Bewegung, Erziehung und Familie, Krebs, HIV/Aids und sexueller Gesundheit. Bei der Mehrheit der genannten Angebote handelt es sich um fremdsprachiges Informationsmaterial und fremdsprachige Informationsveranstaltungen, auch um fremdsprachige Beratungen (Stuker et al., 2008). Ein Schwerpunkt liegt auch bei der aufsuchenden Arbeit. Als besonders interessant dürfen die folgenden kantonalen Initiativen gelten:

- § Im Kanton Appenzell Innerrhoden wird seit Ende Oktober 2007 eine vom Kanton finanzierte Parallelkampagne zur nationalen Kampagne „Stark durch Erziehung“ geschaltet: deutschsprachige Informationsveranstaltungen und Elternabende zu Erziehungsthemen für Eltern mit Migrationshintergrund, mit interkulturellen VermittlerInnen. Das Hauptziel der Veranstaltung ist die (bessere) Befähigung der Eltern für ihre Erziehungsarbeit. Gesundheitsbezogene Themen werden einbezogen (Kasper et al., 2008).
- § Der Ostschweizer Verein für das Kind (ovk) im Kanton St. Gallen bietet Mütter- und Väterberatung an. Dies geschieht partizipativ: Personen mit Migrationshintergrund werden in die Planung und Steuerung einbezogen, und der Verein macht Netzwerkarbeit mit Gruppen der Migrationsbevölkerung. Gemäss Angaben des kantonalen Beauftragten nahm der ovk eine präzise Kunden- und Zielgruppenanalyse vor und richtet das Beratungsangebot an MigrantInnen. Dabei werden die BeraterInnen in transkultureller Kompetenz geschult und die Beratungsangebote nach transkulturellen Gesichtspunkten neu ausgerichtet (Kasper et al., 2008).

³⁷ Siehe dazu Kapitel 4.

8.3. Fachstellen der Sucht-, Tabak- und Alkoholprävention

Migrationspezifische Fachstellen im Bereich Sucht. Es gibt in der Schweiz zwei Fachstellen im Bereich Sucht, die sich ausschliesslich an die Migrationsbevölkerung richten und den migrationsspezifischen/ transkulturellen Ansatz konzeptionell verankert haben (SRK 2007): die Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) und die multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB).

Die Zürcher Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) entwickelt und koordiniert Projekte der primären und sekundären Suchtprävention und Gesundheitsförderung und führt diese zusammen mit MigrantInnengruppen durch.³⁸ Die Angebote umfassen die Weiterbildung und Vermittlung von interkulturellen VermittlerInnen für den Sucht- bzw. Gesundheitsbereich, die Alkoholprävention bei verschiedenen Gruppen der Migrationsbevölkerung, ein Projekt zur Alkoholprävention beim Autofahren und die Abgabe der Informationsbroschüre „Wenn Jugendliche rauchen, kiffen oder trinken“ in verschiedenen Sprachen.³⁹

Die multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB) ist eine Beratungsstelle für die Betreuung von fremdsprachigen Suchtbetroffenen und deren Angehörigen. Das Angebot richtet sich an fremdsprachige Erwachsene und Jugendliche mit Suchtproblemen und/oder an deren Angehörige, ausländische Vereine und Institutionen im Suchtbereich. Die Stelle bietet migrationsspezifische Beratung bei Suchtproblemen mit legalen Drogen (Alkohol, Medikamente) und illegalen Drogen in verschiedenen Sprachen an. Sie verfolgt das Ziel, durch psychologische Beratung und Begleitung Selbstkontrolle über das Suchtverhalten, die persönliche Entwicklung sowie die Integration zu unterstützen und zu fördern (Hilfe zur Selbsthilfe und Lenkung zur Eigenverantwortung). Die Dienstleistungen umfassen: Einzel-, Paar- und Familienberatung, Therapie für Betroffene und Angehörige, Kriseninterventionen, Vermittlung von Entzugstherapien oder anderen therapeutischen Einrichtungen, Information und Prävention. Die Beratung wird in italienischer, türkischer, spanischer, portugiesischer, serbischer, kroatischer, mazedonischer und bosnischer Sprache angeboten. Die MUSUB ist eine Initiative des Blauen Kreuzes Baselland und der C. und R. Koechlin-Vischer-Stiftung in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Baselland.⁴⁰

Contact Netz. Die Stiftung Contact Netz (Berner Gruppe für Jugend-, Eltern- und Suchtarbeit) hat den transkulturellen Ansatz vorbildlich umgesetzt: Die Organisation öffnete sich mit allen Leistungen für Personen mit Migrationshintergrund (siehe Kasten).⁴¹

³⁸ Einer der Co-Stellenleiter wurde im Rahmen der Umfragen der Caritas Schweiz und des SRK (Gruppengespräch mit Fachpersonen) befragt.

³⁹ www.fisp-zh.ch (inkl. Adressliste von Beratungsstellen, die fremdsprachige Beratungen anbieten)

⁴⁰ www.musub.ch

⁴¹ www.contact-netz.ch

Contact Netz: strukturelle Anpassung einer Institution

Die Stiftung Contact Netz (Berner Gruppe für Jugend-, Eltern- und Suchtarbeit) bietet im Kanton Bern regional verankerte, ambulante und stationäre Suchthilfe mit Schwerpunkt auf illegalen Drogen an. Aufgrund der Erfahrungen mit der offenen Drogenszene der achtziger Jahre und einer Studie von Domenig et al. (2000) entwarfen Contact Netz und das Berner Centro Familiare Emigrati das Konzept „Migration und Sucht“. Mit finanzieller Unterstützung des BAG und des Kantons Bern wurde im Herbst 2001 ein entsprechendes, auf drei Jahre ausgelegtes Projekt im Contact Netz gestartet (Contact Netz, 2004). Es war schweizweit das erste Mal, dass eine Suchthilfeeinrichtung systematisch, konzeptuell und strategisch auf die Bedürfnisse und Besonderheiten von Personen mit Migrationshintergrund ausgerichtet wurde (Contact Netz, 2004). Der Schwerpunkt lag bei der transkulturellen Entwicklung in der schweizerischen Regelversorgung und damit bei der Öffnung der Institution für Personen mit Migrationshintergrund. Folgende Massnahmen wurden unter anderem umgesetzt:

- § **Aufbau transkultureller Kompetenzen:** Durch Weiterbildungs-, Supervisions- und Interventionsveranstaltungen wurden die MitarbeiterInnen auf der operativen Ebene und auf der Leitungsebene für die transkulturelle Arbeit sensibilisiert.
- § **Strukturelle Anpassungen auf Führungsebene:** Im Auftrag der Geschäftsleitung übernahm ein Mitglied des Geschäftsausschusses die Projektverantwortung und damit die Verantwortung für das Projekt in allen Belangen entsprechend den Zielformulierungen und Meilensteine.
- § **Leitlinien:** Ein so genanntes Haltungspapier legte detailliert fest, wie die im Leitbild von Contact Netz festgehaltenen transkulturellen Ziele und Prinzipien umgesetzt werden.
- § **Anstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund:** Für die operative Umsetzung des Projekts „Migration und Sucht“ wurde ein Mitarbeiter mit Migrationshintergrund angestellt. In der Kontakt- und Anlaufstelle Bern wurden aufgrund der vielen KlientInnen italienischer und georgischer Herkunft entsprechende MitarbeiterInnen als interkulturelle VermittlerInnen eingestellt.
- § **Operative Leitung:** Für die operative Umsetzung des Projektes wurde ein Mitarbeiter mit eigenem Migrationshintergrund angestellt. Die Finanzierung dieser 80%-Stelle sowie weiterer 50 Stellenprozente wurde durch den Kanton Bern sichergestellt.
- § **Verankerung und Finanzierung:** Das Projekt konnte in einen neu definierten Bereich integriert und mit finanziellen und personellen Ressourcen dotiert werden. Die Prinzipien des Projekts sind in allen Regionen und vielen Fachbereichen auf allen Hierarchiestufen verankert.
- § **Begleitende Gruppen:** Eine „Gruppe Migrationsbereich“ wurde aus MitarbeiterInnen aller Regionen und Fachbereiche gebildet und bestand aus sechs bis sieben Mitgliedern. Unter der Leitung des operativen Leiters traf sich die Gruppe monatlich zu einer Koordinations-, Planungs- und Informationssitzung. Zudem wurde eine „Begleitgruppe“ aus VertreterInnen verschiedener Organisationen gebildet (unter anderem des SRK und der Caritas). Die Begleitgruppe führte zwei bis drei Mal pro Jahr eine Sitzung durch. Diese Gruppensitzungen dienten der Reflektion, dem Wissenstransfer und der Vernetzung.
- § **Zusammenarbeit mit Communities der Migrationsbevölkerung:** Durch die Vernetzung mit den Communities konnte der Bekanntheitsgrad und das Vertrauen in die Angebote verbessert werden.
- § **Abbau von Zugangsbarrieren:** Gemessen am Anteil an KlientInnen mit Migrationshintergrund, der von 14,8 % im Jahr 2002 auf 21,2% im Jahr 2003 gesteigert werden konnte, ist es Contact Netz gelungen, Zugangsbarrieren abzubauen.
- § **Erarbeitung von Tools:** Im Projekt konnten eine Gruppe von DolmetscherInnen und interkulturellen VermittlerInnen aufgebaut werden. Zudem konnten ein umfassendes Adressverzeichnis der verschiedenen Communities und ihrer Angebote, Konzepte für die Arbeit mit MigrantInnen und übersetzte Informationsmaterialien erarbeitet werden.
- § **Wissens-/Erfahrungstransfer:** Durch verschiedene Veranstaltungen und Publikationen konnten die Erfahrungen und das gesammelte Wissen auch ausserhalb des Contact Netz vermittelt werden.

Folgende **Schwächen** stellten die Projektverantwortlichen von Contact Netz fest:

- § Zur Überwindung der Tabuisierung von Sucht in der Migrationsbevölkerung hätte es viel mehr Zeit gebraucht, als vorhanden war (Vertrauensbildung, Vernetzung).
- § Die Tatsache, dass in den Suchtberatungsdiensten zwischen legalen und illegalen Substanzen unterschieden wird, war ein objektives Hindernis beim Zugang zur Migrationsbevölkerung.
- § Die Beschaffung von fremdsprachigem Informationsmaterial war langwierig und schwierig. Hier besteht laut den Projektverantwortlichen Handlungsbedarf. Die Aufgabe soll gemäss den Projektverantwortlichen „nicht kantonalen oder regionalen Organisationen übertragen, sondern zentral über BAG, SFA geplant, gesteuert und wahrgenommen werden“.
- § Die Top-down-Strategie entspricht zwar den Empfehlungen der Vorstudie zum Projekt (Domenig et al., 2000), führt aber zu einer gewissen Hemmung bei der Projektumsetzung.
- § Es war schwierig, Personen, die über niederschwellige Arbeit kontaktiert worden waren, in intensivere Beratung oder Therapie überzuführen.

Daraus ergaben sich folgenden **Schlussfolgerungen** (Dahinden, Delli, Grissenti, 2005):

- § Für eine nachhaltige Implementierung ist eine dezidierte Top-down-Strategie mit entsprechenden strukturellen Anpassungen erforderlich.
- § Die zentralen Elemente des Projektes (Vernetzung, Schulung, Projektarbeit) müssen über die Projektdauer hinaus weitergeführt werden.
- § Dies erfordert die Bereitstellung weiterer personeller, fachlicher und finanzieller Ressourcen.
- § Das Projekt besitzt durch seinen breiten Erfahrungswert ein gutes Implementierungspotenzial auf nationaler Ebene.

Die Projektverantwortlichen betonen unter anderem, dass die Migrationsthematik neue Sicht- und Arbeitsweisen eröffnete. Die Auseinandersetzung generierte neue fachliche Kompetenzen, die nicht nur den Personen mit Migrationshintergrund, sondern allen KlientInnen zugute kommen. Durch die Zusammenarbeit mit den Communities der Migrationsbevölkerung und den interkulturellen VermittlerInnen entstand eine breitere Vernetzung. „Dadurch öffnet sich unser Blick und kann sich besser an sich ändernde Gegebenheiten anpassen“, schreiben die Verantwortlichen (Contact Netz, 2004).

Fachstellen mit Angeboten für die Migrationsbevölkerung im Suchtbereich. Zusätzlich zu den beiden migrationsspezifischen Fachstellen gibt es Institutionen, die mit ihren Angeboten nicht nur, aber auch die Migrationsbevölkerung erreichen (Tabelle 8.2).

Tabelle 8.2: Schweizer Fachstellen mit Angeboten für die Migrationsbevölkerung im Suchtbereich.

Asyl-Organisation Zürich (AOZ), Psychosozialer Dienst, Zürich.⁴²: Aufgaben im Sozial-, Bildungs- und Integrationsbereich für Flüchtlinge und andere Personen mit Migrationshintergrund.

Caritas Zürich, Projekt URAT: Kontaktnetz für kosovo-albanische Familien im Kt. Zürich, u.a. Unterstützung in Gesundheitsfragen.⁴³

Centro Scuola e Famiglia delle Colonie Libere Italiane, Zürich⁴⁴: Suchtprävention und Beratung für Personen mit Migrationshintergrund.

Derman Röteli, Beratungsstelle für interkulturelle Vermittlung, Zürich.⁴⁵

Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention Ob- und Nidwalden (Inner- und Zentralschweiz): MigrantInnen unter den Zielgruppen genannt.

Gesundheitsamt Kanton Zug, Fachstelle für Suchtfragen und Prävention (Kanton ZG): Projekt „Migration und Suchtfragen“. Suchtberatung für MigrantInnen, fremdsprachiges Informationsmaterial, Einbezug von DolmetscherInnen und interkulturellen VermittlerInnen in Informationsveranstaltungen.⁴⁶

Policlinique Médicale Universitaire (PMU), Lausanne: Sprechstunde für vulnerable Bevölkerungsgruppen (Unité des Populations Vulnérables) seit 2003, Schwerpunkt bei Sans-Papiers. Kurzinterventionen und Behandlung von Suchtproblemen (inkl. Tabak und Alkohol). Forschung zur Behandlung und Prävention bei vulnerablen Personen und speziell Personen mit Migrationshintergrund.

REPER Fribourg (Westschweiz): Jugendprogramm, das sich lange mit der Alkoholprävention beschäftigt hat. Bewusst auch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet.⁴⁷

Schweizerisches Arbeiterhilfswerk SAH, Projekt „Rete PISP“ Antenna MayDay, Lugano: Informations- und Beratungszentrum zum Thema Soziales und Gesundheit für Personen mit Migrationshintergrund mit vorläufigem Aufenthaltsstatus.

Suchtberatungs- und Informationsstelle für Migrantinnen und Migranten, Fachstelle für Suchtprävention Blaukreuz Fachstelle Thun (Kanton BE): Beratung für Personen mit Migrationshintergrund⁴⁸ mit Alkohol- und Suchtproblemen, Angehörige und PartnerInnen, ArbeitgeberInnen und Institutionen sowie weitere Interessierte.

Suchthilfe Region Olten (Kanton SO): Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung⁴⁹. Migration wird als themenübergreifender Aspekt genannt.

Suchtprävention und Drogenberatung Schaffhausen SDSH⁵⁰ (Ostschweiz, SH): Praxisgruppe Freiwillige Sozialbegleitung⁵¹ und interkulturelle Übersetzung/ Mediation.⁵²

Supra-f: Vom BAG unterstütztes Modell von Good Practice in der Prävention gefährdeter Jugendlicher. Erreicht auch Jugendliche mit Migrationshintergrund.⁵³

Verein Appartenances: Kurse, Therapie, Übersetzung, Dokumentationszentrum, Treffpunkte. Gemäss Umfrage der Caritas auch Angebote zu Suchtfragen.⁵⁴

⁴² www.asyl.stzh.ch

⁴³ www.caritas-zuerich.ch

⁴⁴ www.centro-zh.ch

⁴⁵ www.roetel.ch

⁴⁶ www.zug.ch/gfp

⁴⁷ Gemäss Jahresbericht und Umfrage der Caritas (Bauer, 2007) gehören etwa 80% der erreichten Jugendlichen zur Migrationsbevölkerung.

⁴⁸ www.suchtpraevention.org; www.blaueskreuzbern.ch;

⁴⁹ www.suchthilfe-olten.ch

⁵⁰ Eine Liste von ambulanten Suchtberatungsstellen findet sich auf www.infoset.ch.

⁵¹ Aids-Hilfe Thurgau / Schaffhausen

⁵² Schaffhauser Kontaktstelle Schweizer – Ausländer

⁵³ www.supra-f.ch

⁵⁴ www.appartenances.ch

Beratungsangebote für die Migrationsbevölkerung. Einige Beratungsstellen, vor allem im Bereich illegale Drogen, haben sich transkulturell geöffnet und verfügen bereits über langjährige Erfahrung. Ihr Schwerpunkt liegt meist in der Einzel- und Familienberatung. Ein Beispiel ist wiederum Contact Netz Bern. Ein jüngeres Projekt im Beratungsbereich ist das Rauchstoppprogramm für türkeistämmige Personen, das vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich initiiert wurde.

8.4. Fremdsprachiges Informationsmaterial

Ungenügende Sprachkenntnisse erschweren den Zugang zu Informationen zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung. Gemäss der Recherche von Kasper et al. (2008) gibt es in der Schweiz bereits eine Reihe von Informationsmaterialien in den Sprachen der Migrationsbevölkerung.⁵⁵ Solche Angebote sind jedoch noch nicht die Norm. Einige Beispiele mehrsprachigen Informationsmaterials zur Alkohol- und Tabakprävention (Broschüren und Merkblätter) sind in Tabelle 8.3 dargestellt.

Tabelle 8.3: Informationsmaterial zur Alkohol- und Tabakprävention in Sprachen der Migrationsbevölkerung (Beispiele).

Die wichtigsten Fakten zum Rauchen und zum Passivrauchen: Broschüre der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention in Albanisch, Englisch, Portugiesisch, Serbokroatisch, Spanisch und Türkisch.

Smokefree: Faltblatt der Krebsliga Schweiz zu den Folgen des Passivrauchens in Albanisch, Englisch, Portugiesisch, Serbokroatisch, Spanisch und Türkisch.

Tipps zum Rauchstopp: Merkblatt der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention mit den wichtigsten Tipps für den Rauchstopp in den Sprachen Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch und Türkisch.

Auch zu Hause rauchfrei leben: Broschüre der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention zum Passivrauch in den Sprachen Albanisch, Portugiesisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch und Türkisch.

Alkohol – wie viel ist zuviel?: Die Broschüre des BAG und der SFA wurde vom Schweizerischen Roten Kreuz für die Zielgruppe der Migrationsbevölkerung adaptiert und inhaltlich erweitert. Seit August 2007 ist sie in fünf Migrationssprachen erhältlich: Tamilisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Portugiesisch, Spanisch und Türkisch.

Promilletabelle: Die vom BAG und GastroSuisse herausgegebene Promilletabelle ist in fünf Migrationssprachen erhältlich: Tamilisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Portugiesisch, Spanisch und Türkisch.

Wenn Jugendliche rauchen, kiffen oder trinken: Die Broschüre der Gesundheitsförderung des Kantons Zürich und des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich ist in folgenden Migrationssprachen erhältlich: Arabisch, Türkisch, Portugiesisch, Spanisch, Italienisch, Tamilisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Albanisch.

⁵⁵ Diese sind unter www.migesplus.ch erhältlich.

8.5. Migrationsspezifische Projekte der Tabak- und Alkoholprävention

Die Literaturanalyse von Kasper et al. (2008) fand zehn migrationsspezifische Projekte der Tabak- und Alkoholprävention in der Schweiz (Tabelle 8.4). Sie stammen aus der Primär- und Sekundärprävention und behandeln Themen wie Information, Sensibilisierung, Suchtberatung oder Ausstiegshilfe. Die Mehrzahl der im Rahmen dieser Arbeit recherchierten migrationsspezifischen Projekte wurden finanziell und fachlich durch RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention⁵⁶ unterstützt. Von 2003 bis 2008 förderte der Projektfonds SUPPORT Kleinprojekte von und für Personen mit Migrationshintergrund. Träger des Fonds sind RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention, das BAG (Sektion Chancengleichheit und Gesundheit, Fachbereich Migration und Gesundheit) und Gesundheitsförderung Schweiz. Die unterstützten Projekte mussten partizipativ, niederschwellig und bedürfnisorientiert sein, die Chancengleichheit fördern und die Migrationsbevölkerung vernetzen.

Die Projekte umfassten die Sensibilisierung für die Risiken des Suchtmittelkonsums, die Verminderung des Tabakkonsums und Rauchstopp, den Schutz vor Passivrauchen, die Verminderung des Abhängigkeitsrisikos und die Stärkung von Gesundheitskompetenzen. Weitere Ziele waren die Verankerung der transkulturellen Kompetenz von Fachpersonen und Institutionen der Alkohol- und Suchtberatung sowie die Vernetzung der Institutionen.

⁵⁶ Standorte: Bern, Fribourg, Lausanne, Luzern, Zürich (GS) und Lugano. Internetseite: <http://www.radix.ch>.

Tabelle 8.4: Migrationsspezifische Projekte in der Schweiz.

<p>Gesundheitsprojekt für bosnische und bosnisch sprechende Kinder RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention</p>	Region Biel-Seeland
<p>Weiterbildung in Alkoholfragen für tamilische Fachleute/interkulturelle VermittlerInnen Arbeitsgruppe der tamilischen interkulturellen VermittlerInnen, Zü-FAM, zfa, FISP. Träger: RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention</p>	Region/Stadt Zürich
<p>SuMiVe Suchtprävention mit MigrantInnen Vereinigungen Caritas Aargau und Suchthilfe aus Bezirk Aarau. Träger: Eidgenössische Ausländerkommission EKA</p>	Region Aargau
<p>Vive le Football Association culturelle Perou, Lausanne. Träger: RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention</p>	Region Westschweiz
<p>Fumo Passivo Comunità albanese del Canton Ticino. Träger: RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention</p>	Tessin
<p>Rauchen – ein Kavaliersdelikt gegenüber Kindern? Träger: RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention</p>	Region Ostschweiz
<p>Tabakprävention in der spanischen Gemeinschaft Bund der Bewegung der spanischen Vereine in der Schweiz FE-MAES</p>	Region Bern
<p>Migration und Suchtfragen Gesundheitsamt Kanton Zug, Fachstelle für Suchtfragen und Prävention des Kantons Zug</p>	Kanton Zug
<p>Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz ISGF Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich</p>	Schweizweit
<p>Projekt Migration und Sucht Contact Netz. Träger: Kanton Bern</p>	Bern, Thun, Biel, Oberaargau/Emmental

8.6. Beurteilung der vorhandenen Angebote nach Gesichtspunkten der Good Practice

Die migrationsspezifischen Projekte der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention wurden gemäss den in Abschnitt 8.1. erwähnten und im Kap. 10 aufgelisteten Good-Practice-Kriterien⁵⁷ analysiert. Ziel der Analyse war zu zeigen, welche Dimensionen und Kriterien die bisherige Gesundheitsförderung und Prävention für Personen mit Migrationshintergrund in den Bereichen Alkohol und Tabak in der Schweiz berücksichtigt und wo bis anhin Lücken bestehen. Die Ergebnisse sind hier zusammengefasst.

Analyse der Ausgangslage. Nur in sehr wenigen Projekten wurden die Ausgangslage, die Problemlage und die Bedürfnisse systematisch analysiert und dokumentiert. Das Projekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“ des ISGF basiert auf einer fundierten Analyse anhand von Literatur und Gesprächen mit Fachpersonen, stützt sich aber dennoch eher auf Einschätzungen. Das Zuger Projekt „Migration und Suchtfragen“ hat mittels Gruppengesprächen mit Schlüsselpersonen verschiedener Sprachgruppen eine Bedarfs- und Bedürfnisabklärung vorgenommen.

Auch eine systematische Analyse und Dokumentation zu den Kommunikationswegen der Zielgruppen, zur Wahl der Methoden, dem soziokulturellen Umfeld und den Netzwerken der Zielgruppen fehlt meistens. Ob und in welcher Weise sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren sowie medizinische, religiöse und andere Konzepte der Zielgruppen einbezogen sind, ist wenig dokumentiert. Zum Teil werden Begriffe verwendet wie beispielsweise „Kultur“, „interkulturell“, „kulturspezifisch“, die jedoch nicht oder ungenügend klar definiert werden. Basis der umgesetzten Massnahmen sind oft subjektive Annahmen und Praxisbeobachtungen und -erfahrungen. Die Projektdokumentationen geben kaum Aufschluss darüber, inwiefern Erfahrungen aus vorgängigen Projekten reflektiert und einbezogen sind. Das Projekt des ISGF basiert immerhin auf einer systematischen Analyse der Kommunikationswege, die mit den Protagonisten der Migrationsbevölkerung rückbesprochen wurden.

Ziele. Die beschriebenen Projekte beinhalten Massnahmen in den Bereichen Sensibilisierung für die Risiken des Konsums von Suchtmitteln (inkl. Alkohol und Tabak), Verminderung des Suchtrisikos, Stärkung der Gesundheitskompetenzen, Verminderung des Tabakkonsums und Rauchstopp, Schutz vor Passivrauchen. Weitere Ziele sind die Verankerung der transkulturellen Kompetenz von Fachpersonen und Institutionen der Alkohol- und Suchtberatung sowie die Vernetzung der Institutionen. Die Ziele sind in den Projekten unterschiedlich differenziert definiert. Sie sind meistens nicht terminiert oder fallen mit dem Projektende zusammen. Die Überprüfbarkeit ist im Rahmen der Projekte meist anhand subjektiver Einschätzungen der Teilnehmenden und/oder Projektleitenden vorgesehen, nicht anhand messbarer Kriterien. Teilweise besteht das Ziel des Projektes in der Durchführung der Massnahmen an sich. Die Projekte gehen in der Regel davon aus, dass die angesprochene Zielgruppe Hürden (meist aufgrund von Sprachschwierigkeiten) beim Zugang zu Präventions- und Versorgungsangeboten erlebt und Bedarf nach niederschweligen Angeboten vorhanden ist.

⁵⁷ Für eine genauere Beschreibung siehe Literaturanalyse.

Methoden. Es handelt sich bei allen Projekten um Massnahmen zur Verhaltensprävention. Die Massnahmen sind sowohl risikoorientiert, indem sie sich an Zielgruppen richten, die ein Risikoverhalten zeigen bzw. bei denen dies angenommen wird. Sie sind auch ressourcenorientiert, in dem sie auf die Stärkung der Gesundheitskompetenzen bei den Zielgruppen abzielen. Bei den meisten der beschriebenen Projekte handelt es sich um einzelne, zeitlich befristete Interventionen. Auf einen transkulturellen Wandel der Institution zielen fünf Projekte:

- § Das Aargauer Caritas-Projekt SuMiVe und das Zuger Projekt „Migration und Suchtfragen“ bezwecken die transkulturelle Weiterentwicklung des regulären Angebots der Suchtberatung.
- § Das Zürcher Projekt „Weiterbildung in Alkoholfragen für tamilische VermittlerInnen“ bildet MigrantInnen weiter, damit sie in den Regelstrukturen der Suchtberatung und -therapie als Fachpersonen hinzugezogen werden können.
- § Das Rauchstopp-Projekt für türkische MigrantInnen des ISGF Zürich strebt längerfristig einen transkulturellen Wandel der Institutionen an.
- § Der transkulturelle Ansatz von Contact Netz soll gesamtschweizerisch in Suchtberatungsstellen multipliziert werden.

Alle Projekte streben die Partizipation der Migrationsbevölkerung an und zielen auf eine Stärkung der Ressourcen (Empowerment). Das Projekt zur Weiterbildung tamilischer VermittlerInnen nennt explizit den Aspekt, Wissen und Kompetenzen der Migrationsbevölkerung aufzubauen.

Zielgruppen. Die Interventionen richten sich mehrheitlich an spezifische Herkunftsgruppen. Neben dem Herkunftskriterium werden die Zielgruppen zum Teil auch nach Alter, Familienstand und Gender/ Geschlecht definiert. So richtet sich ein Teil der Angebote spezifisch an Eltern, Jugendliche, Kinder (als indirekte Zielgruppe) und vereinzelt auch Frauen sowie (seltener) Männer. Das Rauchstoppprojekt für türkische MigrantInnen des ISGF definiert als weitere Zielgruppe neben den Personen mit Migrationshintergrund auch die Institutionen, die Rauchstopp-Unterstützung anbieten. Die Zielgruppe der Personen mit Migrationshintergrund wird zudem auch nach dem Gesichtspunkt der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft (zum Beispiel einem Verein) segmentiert.

Angesprochen werden einerseits Gruppen, bei denen ein erhöhter Konsum oder spezifische Risiken verbunden mit der Lebenssituation und mangelndem Risikobewusstsein, andererseits Gruppen, für die ein erschwerter Zugang zu den Unterstützungsangeboten festgestellt wird. Das Rauchstoppprojekt des ISGF nennt explizit die hohe Prävalenz des Tabakkonsums unter türkischen MigrantInnen als Basis für die Zielgruppenwahl.

Kommunikation und Partizipation. Bei den Projekten handelt es sich hauptsächlich um Informations- und Diskussionsveranstaltungen. Die Angebote werden in der Muttersprache angeboten. Oft kommen interkulturelle VermittlerInnen oder DolmetscherInnen zum Einsatz. Bei einigen Projekten handelt es sich um Weiterbildungsmassnahmen oder um Grundlagenarbeit (Bedürfnisabklärungen, Forschung, Therapiekonzept-Entwicklung). Die Projektdokumentationen geben kaum Aufschluss darüber, inwiefern die Verkehrs- und Kommunikationswege der Zielgruppen analysiert und bekannt sind. Die Zielgruppen werden an jenen Orten aufgesucht, an denen sie sich im Alltag aufhalten, z.B. in Vereinen, bei interkulturellen Treffpunkten oder in Stadtparks. Auch die Art der Kontaktaufnahme zur Zielgruppe ist in der Regel wenig dokumentiert. Einige Projekte nennen den Einbezug von Schlüsselpersonen und deren Wissen und Kontakte zur Zielgruppe. Inwiefern die Kontaktaufnahme über die im Projekt mitarbeitenden MigrantInnen und deren Kon-

takte zur Zielgruppe geschieht, ist nicht vermerkt. In den Dokumentationen fehlen auch Ausführungen zu einer allfälligen Reflexion bzw. Analyse über die Stellung der einbezogenen Schlüsselpersonen und deren Expertenwissen, mit Ausnahme wiederum des Rauchstopp-Projekts des ISGF.

Verankerung und Organisationsentwicklung. Einige Projekte streben die Entwicklung von fachlichen und transkulturellen Kompetenzen von Fachpersonen an und damit die Verankerung der transkulturellen Kompetenz in den Institutionen. Ob Bildungsmaßnahmen auf allen hierarchischen Ebenen einer Institution ansetzen und sich auch an Fachpersonen ohne Migrationshintergrund richten, ist nicht bekannt.

Nachhaltigkeit. Bei den meisten der beschriebenen Projekte handelt es sich um zeitlich befristete Einzelprojekte, die über ein kleines Budget verfügen und finanziell nicht längerfristig gesichert sind. Sie sind nicht in eine übergeordnete Gesamtstrategie eingebettet. Dieser Umstand hängt allerdings auch mit den zur Verfügung stehenden Fördermitteln zusammen: so war der Projektfonds Support, der eine Reihe der untersuchten Projekte unterstützt, auf kleine, lokal wirkende Einzelprojekte ausgerichtet. SuMiVe, die Arbeit von Contact Netz und das Rauchstopp-Projekt für türkische MigrantInnen des ISGF heben sich in Bezug auf Nachhaltigkeit von diesem Trend ab. SuMiVe orientiert sich am Konzept des BAG zu Migration und Sucht, welches auf Basis von Contact Netz entwickelt wurde. SuMiVe fügt sich in eine Gesamtstrategie ein und verfolgt einen längerfristigen transkulturellen Wandel der Institutionen der Suchtberatung. Contact Netz wurde evaluiert und soll nun auf Basis einer Machbarkeitsstudie gesamtschweizerisch multipliziert werden. Das Projekt des ISGF ist zwar eine einzelne, zeitlich befristete Intervention, es wird aber längerfristig das Ziel eines nachhaltigen, institutionellen, transkulturellen Wandel in der Rauchstoppberatung der Regelversorgung anvisiert, indem im Rahmen des Projekts eine Machbarkeitsanalyse zur landesweiten Multiplikation vorbereitet wird. Es fügt sich in eine Gesamtstrategie des Instituts zur Forschung und Entwicklung im Bereich Migration und Gesundheit ein.

Evaluation. Das Projekt „Contact Netz“ wurde als einziges extern evaluiert. Das zurzeit noch laufende Projekt des ISGF zum Rauchstopp bei türkischen MigrantInnen wird fortlaufend evaluiert und damit noch während der Durchführung optimiert. Es soll zudem auf seine Kosteneffizienz überprüft werden. Zu den anderen Projekten liefern die Dokumentationen allenfalls eine subjektive Selbstevaluation der Teilnehmenden und/oder der Projektleitenden. Da die Projektziele anhand subjektiver Einschätzungen gemessen werden, ist wenig über die Wirksamkeit der Massnahmen bekannt. Ebenso wird die Frage der Kosteneffizienz nicht thematisiert. Anhand der Selbstevaluationen kann geschlossen werden, dass die Einzelprojekte im lokalen Bezugsbereich durchaus gute Resultate erzielen können, aber keine nachhaltige Wirkung garantieren.

Schlussfolgerungen

- § Mit der Strategie Migration und Gesundheit des BAG setzt der Bund vermehrt auf Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung. Bund und Kantone unterstützen eine Reihe von Angeboten im Bereich Migration und Gesundheit.
- § Es gibt erst wenige Fachstellen und Projekte für Personen mit Migrationshintergrund. Insbesondere existieren im Bereich Abhängigkeiten/ Alkohol/ Tabak nur wenige Angebote und Institutionen. Zwei Fachstellen im Bereich Sucht richten sich ausschliesslich an die Migrationsbevölkerung: die Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) und die multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB). Die Stiftung Contact Netz (Bern) hat den transkulturellen Ansatz vorbildlich umgesetzt: Sie hat sich mit allen Angeboten für die Migrationsbevölkerung geöffnet.
- § Zehn migrationsspezifische Projekte der Tabak- und Alkoholprävention konnten in der Schweiz eruiert werden. Das Spektrum der darin vorgesehenen Massnahmen ist zwar recht breit; doch es fehlen Ansätze der Verhältnisprävention ganz. Zu verschiedenen Themen gibt es Informationsmaterialien in den Sprachen der Migrationsbevölkerung. Sie decken jedoch bei weitem nicht alle Gebiete der Gesundheitsförderung und Prävention oder auch nur der Tabak- und Alkoholprävention ab. Hier bestehen noch wesentliche Lücken.
- § Bei den meisten der beschriebenen Projekte handelt es sich um zeitlich befristete Einzelprojekte, die über ein kleines Budget verfügen und nicht längerfristig gesichert sind. Sie sind nicht in eine übergeordnete Gesamtstrategie eingebettet.
- § Auf einen transkulturellen Wandel der Institution zielen fünf der zehn Projekte. Eine genauere Dokumentation der vorgesehenen Massnahmen fehlt allerdings. Nur vereinzelte Institutionen haben migrationsspezifische bzw. transkulturelle Ansätze bereits konzeptionell verankert.
- § Nur in einzelnen Projekten wurde eine genaue Untersuchung der Ausgangslage und Evidenzbasis vorgenommen. Eine systematische Analyse und Dokumentation zur Wahl der Methoden, den Kommunikationswegen und der Lebenswelt der Zielgruppen oder zu sozioökonomischen und soziokulturellen Faktoren fehlt fast immer. Auch die Ziele sind oft zu wenig genau und vor allem nicht anhand von messbaren Kriterien definiert. Eine Ausnahme bildet das Projekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“ des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich (ISGF).
- § Einige Projekte nennen den Einbezug von Schlüsselpersonen und deren Wissen und Kontakte zur Zielgruppe. Es fehlen jedoch Ausführungen zu einer Analyse der Stellung der einbezogenen Schlüsselpersonen und deren Expertenwissen, mit Ausnahme wiederum des Rauchstopp-Projekts des ISGF.
- § Das Projekt „Contact Netz“ wurde als einziges extern evaluiert. Das Projekt des ISGF zum Rauchstopp bei türkeistämmigen Personen wird fortlaufend evaluiert und soll auf Kosteneffizienz überprüft werden. Zu den anderen Projekten liefern die Dokumentationen allenfalls eine subjektive Selbstevaluation der Teilnehmenden und/oder der Projektleitenden.
- § **Zusammenfassend** kann gesagt werden, dass noch zu wenige Angebote bestehen, die für die Migrationsbevölkerung nutzbar sind. Im Rahmen einzelner bestehender Angebote wurde zwar schon einige Erfahrung in der Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung gesammelt, eine Verankerung in den Institutionen hat jedoch erst punktuell stattgefunden. Die meisten Projekte sind kurzfristig angelegt und finanziell nicht gesichert. Eine evidenzbasierte Analyse und Definition der Ausgangslage, Zielsetzung, Methoden, Zielgruppen und Kommunikationswege ist die Ausnahme. Nur selten sind Dokumentation und Evaluation der Angebote ausreichend.

9. Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund bezüglich Tabak- und Alkoholprävention

Die Angebote der Prävention werden von Personen mit Migrationshintergrund zu wenig genutzt (Oggier und Ideli, 2005). Als Hürden beim Zugang zu Beratung und Hilfe werden unter anderem Scham und sozialer Druck genannt, aber auch mangelnde Information über Beratungs- und Therapieangebote. Oft wird versucht, Probleme ohne Hilfe von Fachpersonen zu lösen (siehe nächster Abschnitt). Die Tatsache, dass professionelle Hilfe, wenn überhaupt, sehr spät beansprucht wird, schränkt gemäss Oggier und Ideli (2005) den Zugang zu Präventionsangeboten ein. Die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung sollte verbessert werden, wozu die Präventionsdienstleistungen den Bedürfnissen von Personen mit Migrationshintergrund angepasst werden müssen.

Allerdings gibt es für die Schweiz noch kaum Studien, in denen diese Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung genau beschrieben werden. Die Umfragen von Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) sind nach unserem Wissensstand die einzigen grösseren Schweizer Studien, bei denen Personen mit Migrationshintergrund direkt nach ihren Bedürfnissen bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung befragt wurden, und spezifische Angaben zu den Bedürfnissen bezüglich Tabak- und Alkoholprävention fehlten bisher ganz.

Für diesen Synthesebericht wurden zwei Umfragen durchgeführt, in deren Rahmen unter anderem nach den Bedürfnissen von Personen mit Migrationshintergrund bezüglich Tabak- und Alkoholprävention gefragt wurde (Bauer, 2008, und Stuker et al., 2008). Es handelt sich um explorative, qualitative Studien.

Stuker et al. (2008) führten anhand eines Leitfadens 21 ausführliche Interviews mit Personen, die schon einmal mit Präventionsangeboten direkt (als Abhängige) oder indirekt (meist als Familienmitglieder) in Berührung gekommen waren. Die Gespräche wurden bei Bedarf mit Hilfe interkultureller ÜbersetzerInnen geführt. Zusätzlich wurde ein Gruppengespräch mit zwölf Fachpersonen der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung mit Migrationshintergrund aus den deutschsprachigen Teilen der Schweiz veranstaltet.

Für die Studie von Bauer (2008) wurden 21 Fachpersonen aus der ganzen Schweiz, die in Angeboten der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung arbeiteten, anhand eines halbstrukturierten Leitfadens befragt. Davon waren acht ExpertInnen französischsprachig und 13 deutschsprachig. Bei der Auswahl wurden Personen der unterschiedlichen Präventionsbereiche berücksichtigt (HIV, Drogen, Prävention im frühen Kindesalter etc.).

Die Resultate bezüglich der Bedürfnisse werden hier vorgestellt, zuerst die von den betroffenen Personen mit Migrationshintergrund geäusserten Bedürfnisse und danach jene der befragten Fachleute. Die Bedürfnisse der betroffenen Personen mit Migrationshintergrund werden zudem in den Kontext der oben erwähnten, früheren Studienergebnisse gestellt.

9.1. Bedürfnisse von betroffenen Personen mit Migrationshintergrund

9.1.1. Allgemeine Bedürfnisse bezüglich Prävention

Die Umfrage von Stuker et al. (2008) zeigt, dass Personen mit Migrationshintergrund oft den eigenen Willen zum Aufhören in den Vordergrund stellen, wenn nach den Bedürfnissen bezüglich Suchtprävention gefragt wird. Willensstärke ist aus Sicht der meisten befragten Personen mit Migrationshintergrund ein zentraler Aspekt der Entwöhnung von Tabak und Alkohol. Darin unterscheiden sich die Personen mit Migrationshintergrund vermutlich nicht von der einheimischen Bevölkerung.

„Die Motivation aus sich selbst heraus ist wichtig.“

Aus der Umfrage von Stuker et al. (2008)

Aufsuchende Strategie. Viele Personen mit Migrationshintergrund sind nur unzureichend über Prävention und Gesundheitsförderung informiert. Die von Stuker et al. befragten Personen kannten nur sehr wenige Präventionsangebote, obwohl alle bereits mit einer Präventionsfachstelle Kontakt hatten. Bekannt waren fast ausschliesslich die bereits genutzten Angebote. Nur ein aufsuchender Ansatz kann diese Barriere durchbrechen und den Zugang zu gefährdeten Personen mit Migrationshintergrund gewährleisten (siehe Kap. 5, Netzwerke der Migrationsbevölkerung).

„Grundsätzlich denke ich nicht, dass jemand, der Probleme hat mit Alkohol oder Tabak, in der Lage ist zu sagen, ‚ich brauche jetzt Hilfe‘. Darum finde ich es gut, wenn solche Themen in die Kurse [Integrationskurse] aufgenommen werden. Es mag sein, dass die Leute vielleicht die Hilfe brauchen und wenn sie die Informationen dazu bekommen, greifen sie vielleicht auf die Hilfe zurück.“

Aus der Umfrage von Stuker et al. (2008)

Rolle von Vertrauenspersonen. Mehrere Befragte äussern, dass sie sich bei spezifischen Problemen an eine bereits bekannte Stelle oder Person wenden, oft unabhängig vom Thema (Stuker et al., 2008). Das kann etwa die Suchtberaterin sein, der Übersetzer, die Hausärztin oder auch der Chef (siehe Kap. 5, Netzwerke der Migrationsbevölkerung). Interventionen von Vertrauenspersonen dürften wichtig sein. Die Befragten erachten den „Druck“ von Respektpersonen als wichtigen Bestandteil der Suchtprävention.

Mündliche Information. Trotz der Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen ist das Interesse an Sucht und Früherkennung und den entsprechenden Angeboten gross (Stuker et al., 2008; siehe auch Kap. 7, Einstellungen und Verhalten der Migrationsbevölkerung). Gewünscht wird grundsätzlich mehr Information, mündlich und schriftlich, und zwar in der Muttersprache der Personen mit Migrationshintergrund. Der Wunsch nach mündlicher Informationsvermittlung wurde in der Umfrage von Stuker et al. am häufigsten geäussert. Die mündliche Information soll in einem Umfeld vermittelt werden, das der Zielgruppe vertraut ist. Vorgeschlagen wurden (Sprach-) Schulen, Familien, Vereine der Migrationsbevölkerung und der Arbeitsplatz. Die mündlichen Informationen sollen in der Mutter-

sprache verbreitet werden. Zudem soll das Publikum vorbereitet werden, indem zunächst Einzelne angesprochen werden. Die Befragten empfehlen, dass vor dem informativen Teil der Veranstaltung ein „gemütlicher“ Teil geboten wird. Die Personen, welche die Informationen weitergeben, sollen Selbstvertrauen zeigen, „stark“ sein und als Vorbilder dienen, meinen einige Befragte. Nicht geschätzt wird gemäss den Befragten ein Vorgehen, das als „direkt und offensiv“ empfunden werden könnte.

„Wenn sie [die Landsleute] irgendwohin gehen könnten, in einen Migrantenverein oder so, wenn sie all die Informationen hätten, das wäre gut!“

Aus der Umfrage von Stuker et al. (2008)

Schriftliche Information und Bilder. Auch schriftliche Informationen müssten mehrsprachig zur Verfügung stehen. Die befragten Personen mit Migrationshintergrund erachten die Verbindung mit Bildern als wirksam (Zeichnungen, Fotos oder Filme), gerade auch, wenn die Sprache noch nicht vollständig verstanden wird (Stuker et al., 2008). Eine Informationsvermittlung via Fernseher wird ebenfalls begrüsst, aber nicht als ausschliessliches Mittel (siehe auch Kap. 6, Kommunikationswege zur Migrationsbevölkerung).

„Ich finde nur immer Informationen in Deutsch, nicht in meiner Muttersprache. Ich gebe es meinem Mann, er soll es lesen. In meiner Muttersprache würde ich es lesen.“

Aus der Umfrage von Stuker et al. (2008)

Verhältnisprävention. Die Betroffenen, gerade auch Personen mit einer Tabak- oder Alkoholabhängigkeit, fordern nicht nur mehr Information, sondern auch mehr Verhältnisprävention (Stuker et al., 2008). Rauchverbote in Restaurants oder Zügen werden – so die Aussagen – respektiert und sogar begrüsst. In den Gesprächen wurde etwa die Verteuerung von Tabakprodukten als wirksame Massnahme gegen das Rauchen genannt.

„Ich rauche nicht, wenn ich andere störe, auch Kinder, aber freiwillig verzichte ich nicht.“

Aus der Umfrage von Stuker et al. (2008)

Integration. Mehrfach wird der allgemeine Wunsch nach besserer Integration und Beschäftigung genannt. Fehlender Anschluss zum Beispiel in der Erwerbsarbeit und die damit verbundenen fehlenden oder „falschen“ Bekanntschaften werden als problematisch angesehen. Die Befragten erhoffen sich von einer verbesserten Integration eine Schutzwirkung vor Abhängigkeitsproblemen (Stuker et al., 2008).

„Man lernt hier und da ein Stück über Ernährung, Erziehung, Ausbildung, Zugang zu Informationen, Austausch. Man tauscht viel aus. Es braucht gute Integrationsprojekte (...), dann wird es kommen [Veränderungen im Verhalten].“

Aus der Umfrage von Stuker et al. (2008)

Die Resultate von Oggier und Ideli (2005) und Rusch (2003) bewegen sich im ähnlichen Rahmen wie jene der Umfrage von Stuker et al. (2008). Personen mit Migrationshintergrund suchen oft erst Beratungs- und Therapiemöglichkeiten, wenn die Probleme nicht mehr anders zu lösen sind (Oggier und Ideli, 2005). Die Familie ist in diesem Fall die erste Anlaufstelle (ebd.). Später sind es vor allem HausärztInnen und Autoritätspersonen aus der eigenen Gemeinschaft, die ins Vertrauen gezogen werden (ebd.). Die Zusammenarbeit der Präventionsfachstellen mit diesen Vertrauenspersonen ist deshalb wichtig (siehe Kap. 5 und 6). Ein Informationsmangel zur Suchtprävention wird ebenfalls festgestellt. Arbeitslosigkeit, schwierige Arbeitsbedingungen und ungenügende soziale Integration werden als Ursachen von Isolation genannt, was die Erreichbarkeit für die Präventionsarbeit weiter erschwert (Oggier und Ideli, 2005, Rusch, 2003).

9.1.2. Spezifische Bedürfnisse bezüglich Tabakprävention

Rolle des persönlichen Umfelds. Professionelle, persönliche Unterstützung und Hilfe (Angebote) für die Tabakprävention und den Rauchstopp scheinen von den Befragten nicht in jedem Fall und primär erwünscht. Vielmehr wird erwartet, dass auch das persönliche Umfeld und die Öffentlichkeit in diesen Fragen Unterstützung bieten (Stuker et al., 2008). Die Rollen, die der Familie (über den Einfluss von Vertrauenspersonen) und der Öffentlichkeit (über die Verhältnisprävention) zugeschrieben werden, sind im Abschnitt 9.1. beschrieben.

Informationen zur Nikotinabhängigkeit und ihrer Therapie. Die Befragung zeigt, dass es den Betroffenen teilweise an genauen und vollständigen Informationen zum Tabak und der Nikotinabhängigkeit fehlt (Stuker et al., 2008). Insbesondere sind offenbar die Information und der Zugang zu Nikotinersatzpräparaten ungenügend. Diese könnten eine wichtige Rolle spielen, sofern eine Unterstützung bei der Anwendung und Dosierung garantiert ist. Hier sollte eine spezifische Wissensvermittlung und Unterstützung erfolgen. Wie in Abschnitt 10.1. und im Kap. 6 beschrieben, entscheidet die Art und Weise der Informationsvermittlung darüber, ob die Inhalte verstanden und akzeptiert werden. Kap 5 zeigt ausserdem, dass starke Beziehungen dabei wesentlich sind (dabei handelt es sich um Beziehungen, die nicht spezifisch für bestimmte Lebenssituationen sind, sondern emotional geprägt sind eine dauerhafte und gegenseitige Unterstützung ausdrücken; nach Schenk, 1995: S. 18).

9.1.3. Spezifische Bedürfnisse bezüglich Alkoholprävention

Rolle der HausärztInnen. Die Umfrage von Stuker et al. (2008) bestätigt die in Kap. 5 (Netzwerke der Migrationsbevölkerung) dargelegten Resultate anderer Studien: Der Einfluss der Familie und von Vertrauenspersonen wird als gross angesehen, auch in der Alkoholprävention. Alkoholprobleme werden jedoch nach Aussage der Befragten oft lange verborgen. Die zweite Nachanalyse der GMM-Daten hat ergeben, dass die überwiegende Mehrheit der Personen mit Migrationshintergrund den ÄrztInnen vertraut (Gabadinho und Wanner, 2008). Der Hausarzt oder die Hausärztin ist oft die erste Ansprechperson und kann dann eine besonders wichtige Rolle bei der Unterstützung der abhängigen Patienten spielen. Es sollte allerdings bedacht werden, dass die HausärztInnen vor allem eine wichtige Rolle spielen, weil der Zugang der Migrationsbevölkerung zu einem breiten Spektrum von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung noch nicht sichergestellt ist.

Stärkung des Problembewusstseins. Während die Gefahren eines übermäßigen Alkoholkonsums grundsätzlich bekannt sind, rücken die Befragten die Arbeit am Problembewusstsein in den Mittelpunkt. Die persönliche Unterstützung durch Fachleute wird als wichtiger erachtet als beim Tabak. Fachleute könne Abhängigen die Gelegenheit geben, über die Alkoholsucht zu sprechen, was als sehr wichtige Unterstützung beschrieben wird. Die Befragten wünschen, dass im Rahmen der Prävention und der Therapie das Neinsagen thematisiert und erlernt wird. Es wird als wirksame Präventionsmassnahme angesehen, gefährdete Personen an ihre Pflichten zu erinnern (zum Beispiel an die Pflichten der Elternschaft). Präventionsveranstaltungen sollten ebenfalls dazu beitragen, das Problembewusstsein zu verbessern. Es wird etwa vorgeschlagen, zunächst Broschüren zu verteilen, dann Veranstaltungen im Vereinslokal zu organisieren, wozu man zum Beispiel Fachpersonen einladen würde. Wegen der Tabuisierung des Problems wird gewünscht, das Thema Alkohol in einen allgemeinen Gesundheitskurs einzubetten. Dass man sich bei der Prävention auf Vorbilder beziehe, wird als wichtig angesehen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Rolle der HausärztInnen verwiesen. In Veranstaltungen oder über die HausärztInnen kann neben der Prävention auch Information zu Entzugstherapien vermittelt werden.

Verhältnisprävention. Auch im Zusammenhang mit Alkohol wird Verhältnisprävention gewünscht, zum Beispiel Beschränkungen in Restaurants. Eine befragte Person erwähnte die Bedeutung des freien Zugangs zu Alkohol an Verkaufsstellen.

Integration. Ungenügende Integration und ein fehlender Anschluss, zum Beispiel im Bereich der Erwerbsarbeit, werden als besondere Risikofaktoren für eine Alkoholabhängigkeit angesehen.

9.1.4. Schlussfolgerungen aus den Bedürfnissen der befragten Personen mit Migrationshintergrund

Allgemeine Empfehlungen für die Präventionsarbeit

- § Aufsuchenden Ansatz wählen
- § Einfluss von Familie und Vertrauenspersonen nutzen
- § Mehr mündliche und schriftliche Informationen in der Muttersprache, ergänzend auch Einsatz von Bildern und Fernsehen
- § Bekanntmachung des Angebotes über geeignete Kanäle der Migrationspopulation
- § Informationen an Orten und in Veranstaltungen vermitteln, die bekannt und vertraut sind
- § Vermittelnde Personen sollen Vertrauen geniessen und selbstsicher auftreten
- § Mit Vorbildpersonen arbeiten, insbesondere mit HausärztInnen und Vertrauenspersonen aus den Gemeinschaften der Migrationsbevölkerung
- § Alkohol und Tabak (und andere möglicherweise tabuisierte Themen) nicht isoliert, sondern eingebettet in andere Gesundheitsinformationen thematisieren
- § Verhältnisprävention stärken
- § Personen mit Migrationshintergrund dabei unterstützen, ihre Gewohnheiten zu ändern und Ersatz für die Sucht zu finden
- § Generelle Massnahmen der Integration werden als unterstützend angesehen

Empfehlungen für die Tabakprävention

- § Spezifische Wissensvermittlung zur Abhängigkeit und zum Nikotinersatz
- § Fachliche Unterstützung bei der Dosierung und Handhabung von Nikotinersatz
- § Zugang über Vertrauenspersonen stärken (Familie, HausärztIn etc.)
- § Verhältnisprävention stärken

Empfehlungen für die Alkoholprävention

- § Wissen zu den Angeboten der Alkoholprävention und -therapie verbessern
- § Möglichkeiten bieten, über Alkoholabhängigkeit zu sprechen, zum Beispiel durch aufsuchende Strategien
- § HausärztIn als Ansprechpartner (soll auch von sich aus nach Alkoholproblemen fragen)
- § Verhältnisprävention ist für Personen mit Alkoholproblemen besonders wichtig
- § Bessere Integration, auch im Arbeitsbereich, schützt vor Alkoholproblemen

Anmerkung: Diese Empfehlungen gelten vermutlich nicht nur migrationspezifisch, sondern generell für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen.

9.2. Bedürfnisse von Fachpersonen: Voraussetzungen für eine erfolgreiche transkulturelle Arbeit

9.2.1. Strukturelle Voraussetzungen

Im weiter oben beschriebenen Gruppengespräch (Stuker et al., 2008) diskutieren Fachpersonen mit Migrationshintergrund die Voraussetzungen, die für eine erfolgreiche Umsetzung transkulturell orientierter Angebote nötig sind. Dabei wird die Bedeutung der strukturellen Gegebenheiten in den Vordergrund gestellt:

- § Langfristig geplante Umsetzung von Dienstleistungen
- § Finanzielle Sicherheit für Projekte und Angebote
- § Vermehrte Forschung, insbesondere durch Personen mit Migrationshintergrund
- § Sensibilisierung und Schulung von Fachpersonen, vor allem anhand konkreter, positiver Erfahrungen mit der transkulturellen Arbeit
- § Sensibilisierung von PolitikerInnen für den Bedarf an transkultureller Prävention und Gesundheitsförderung und für die langfristig nötigen Ressourcen
- § Umsetzung von Projekten gemeinsam mit Personen mit Migrationshintergrund; Anfang im Kleinen und Aufbau auf bereits vorhandener Erfahrung
- § Nachhaltigkeit, im Sinne von Veränderung der Betriebskultur durch transkulturelle Öffnung
- § Beim Aufbau einer Stelle oder eines Projekts erfahrene Fachpersonen beiziehen und transkulturelle Ansätze von Beginn weg in den Richtlinien festlegen
- § Vertrauensbildung und Lobbyarbeit mit Hilfe positiver Beispiele und Vorbilder

9.2.2. Sprache

Die Bedeutung der Muttersprache wird von Fachleuten der transkulturellen Prävention und von betroffenen Personen mit Migrationshintergrund unterschiedlich beurteilt (Stuker et al., 2008). Die Fachpersonen glauben, die Bedeutung der Sprache werde generell überschätzt. Die befragten Personen mit Migrationshintergrund beurteilen Sprachbarrieren dagegen als wichtig und wünschen mehr muttersprachliche Beratungsangebote und übersetzte Informationsmaterialien. Die betroffenen Personen mit Migrationshintergrund betonen dabei, dass Sprache nicht nur als Mittel zum Zweck diene, sondern auch Vertrauen bildet und symbolische Anerkennung ausdrücken kann.

9.2.3. Persönliche Voraussetzungen

Für eine umfassende Behandlung der Anforderungen, die transkulturelle Kompetenz an Fachpersonen der Prävention und Gesundheitsförderung stellt, verweisen wir auf Domenigs Lehrbuch zur transkulturellen Kompetenz in den Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufen (Domenig, 2007a). Die von Bauer (2008) erhobenen Aussagen von Fachleuten der transkulturellen Prävention bestätigen Domenigs Zusammenfassung. Die wichtigsten Aspekte werden in den folgenden Abschnitten wiedergegeben.

Offenheit. Die Offenheit gegenüber Vielfalt, unterschiedlichen Vorstellungen und Denkweisen, aber auch gegenüber verschiedenen Methoden und Vorgehensweisen betrachten die meisten Fachpersonen als eine wichtige Fähigkeit für die transkulturell ausgerichtete Arbeit (Bauer, 2008).

„Es braucht einen offenen Geist und man soll so weit wie möglich wertneutral sein. Man darf Vorurteile haben. Es braucht aber eine Selbstreflexion und eine grundsätzliche Offenheit gegenüber Menschen. Gerade diese Kompetenz bringen nicht alle Personen mit, auch nicht alle Fachpersonen.“

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Einfühlungsvermögen. Die befragten Fachpersonen betrachten Empathie, Nähe zum Lebenskontext der Personen mit Migrationshintergrund, die Fähigkeit zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und ähnliche Fähigkeiten als Teil der transkulturellen Kompetenz (Bauer, 2008).

„Wenn eine Fachperson ein migrationsspezifisches Projekt leitet, sollte sie sich wirklich für diese Menschen interessieren und sich einfühlen können.“

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Ressourcenorientierung und Partizipation. Transkulturelle Kompetenz wird von vielen befragten Fachpersonen mit Ressourcenorientierung und der Bereitschaft, die Zielgruppe partizipieren zu lassen, in Verbindung gebracht (Bauer, 2008).

„...Le fait de reconnaître l'autre comme une personne à part entière, qui peut lui-même trouver ses propres solutions si on lui en donne l'occasion.“

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Verständigung. Eine adäquate Kommunikation wird als wichtiger Teil der transkulturellen Kompetenz betrachtet. Um diese Verständigung sicherzustellen, braucht es den Beizug von interkulturell Dolmetschenden/ Vermittelnden. Einige Fachpersonen weisen darauf hin, dass bei der Verständigung nicht nur die Kultur, sondern auch die sozioökonomische Schicht eine grosse Rolle spielt. Die Sprache wird als zentral bezeichnet, oft sind gemäss den Befragten aber auch unkonventionelle Kommunikationsansätze gefragt (Bauer, 2008).

„Die Teilnehmenden haben auf einer gezeichneten Körperfigur ihre Beschwerden eingezeichnet. Es gab für sie immer die Möglichkeit, etwas zu zeichnen, wenn sie es nicht in Worten ausdrücken konnten. Die verbale Sprache reichte oft nicht. Es brauchte zusätzliche Mittel wie Zeichnungen, Bilder (auch audiovisuelle Hilfen wie Filme), Gestik und Mimik. Diese Verständigung braucht oft mehr Zeit, als man denkt. Wenn man zu wenig Zeit in diese Verständigung investiert, rächt sich dies jedoch später im Projekt.“

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Reflexion. Als weitere Komponente der transkulturellen Kompetenz wird von einigen Fachpersonen die Selbstreflexion genannt. Die Fachpersonen sollen sich und ihre Vorurteile kennen. Sie sollten in ihrer Arbeit nicht von Annahmen und von unreflektiertem Wissen ausgehen (Bauer, 2008).

Projektorganisation. Einige Fachpersonen erwähnen, dass bei transkulturellen Projekten die Projektorganisation besondere Beachtung verdient, zum Beispiel die genaue Zielgruppendefinition, die Planung der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, Zwischenevaluationen, Intervision und transkulturelles Coaching. Für die Planung und Umsetzung von transkulturellen Angeboten braucht es sehr viel Zeit. Besonders wichtig ist aus Sicht der Befragten auch eine Ziel- und Erfolgsorientierung (Bauer, 2008).

„Der Glaube daran, dass das Projekt in Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden funktioniert, ist gegenüber Menschen, welche oft auch Misserfolge erlebt haben, ganz wichtig. Erfolge müssen sich jedoch rasch im Alltag zeigen. Die Projektleitung kann den Erfolg nicht garantieren, aber sie kann den Fokus und die Energie darauf setzen.“

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

10. Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung: Empfehlungen

In diesem Kapitel werden Empfehlungen für die transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung gemacht. Die Empfehlungen gründen auf den Ergebnissen der Literaturanalyse (Kasper et al., 2008) und der drei Umfragen, die für dieses Projekt durchgeführt wurden (Stuker et al., 2008; Bauer, 2008; Müller, 2008) sowie auf den Ergebnisse weiterer Studien (vor allem des Schweizerischen Forums für Migrationsfragen, der Universität Neuenburg und des Instituts für Publizistik und Medienwissenschaften an der Universität Zürich).

10.1. Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit

Orientierung an gesundheitlicher Chancengleichheit und Diversität. Das Ziel der transkulturellen Arbeit ist nicht eine spezielle Behandlung der Migrationsbevölkerung, sondern Chancengleichheit für alle EinwohnerInnen der Schweiz beim Zugang zu Gesundheitsangeboten. Dieser Ansatz geht von Vielfalt (Diversität) als Normalität aus und richtet sich nicht primär an bestimmte Nationalitäten, sondern erfasst alle Minderheitengruppen – auch jene in der einheimischen Bevölkerung (Arn, 2004).

In diesem Projekt liegt der Fokus auf der Migrationsbevölkerung. Sie soll bei allen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Alle Aktivitäten (nicht nur die speziell für die Migrationsbevölkerung geplanten) sollen darauf geprüft werden, ob sie für Menschen mit Migrationshintergrund Nutzen bringen. Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Migration sind komplex, was ein differenziertes Vorgehen notwendig macht. Die am stärksten benachteiligten und vulnerablen⁵⁸ Gruppen sind bei der Planung neuer Angebote immer zu beachten.

Empfehlungen. Aus den Ergebnissen der Literaturanalyse (Kasper et al., 2008) und der Umfragen (Bauer, 2008; Stuker et al., 2008) lassen sich Empfehlungen für die transkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention ableiten. Tabelle 10.1. fasst die Empfehlungen kurz zusammen. Danach werden die Punkte einzeln ausgeführt.

⁵⁸ Siehe Glossar

Tabelle 10.1: Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit

10.1.1. Sektorenübergreifende Förderung: Präventionsarbeit im Migrationsbereich ist eine Transfer-Aufgabe und führt über den Gesundheitssektor hinaus. Politische EntscheidungsträgerInnen sollen die transkulturelle Arbeit als wichtiges Element in allen politischen Handlungsfeldern anerkennen (Gesundheitspolitik, Bildungspolitik, Volkswirtschaft, Steuerpolitik, Bau/Umwelt/Verkehr etc.). Die Kooperation verschiedener EntscheidungsträgerInnen aus Politik und Zivilgesellschaft ist für den Erfolg der transkulturellen Arbeit unverzichtbar.

10.1.2. Verankerung und Finanzierung: Die transkulturelle Arbeit soll in den Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung auf strategischer Ebene verankert werden. Für eine nachhaltige Arbeit braucht es eine langfristige Finanzierung. Erfolgreiche Angebote und Dienstleistungen sollen institutionalisiert werden.

10.1.3. Organisationsentwicklung: Die Verankerung der transkulturellen Arbeit setzt eine Weiterentwicklung der gesamten Organisation voraus. Die Migrationsbevölkerung muss in allen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Auf allen Ebenen der Organisation und in allen Phasen der Angebote sollen Personen mit Migrationshintergrund mitarbeiten. Zur transkulturellen Öffnung der Organisationen gehören auch eine Anpassung des Qualitätsmanagements und eine Bereitschaft zu Konfliktmanagement.

10.1.4. Vernetzung der Akteure: Die Vernetzung und Koordination der Schweizer Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention soll gefördert werden, zum Beispiel über Anreize zur Zusammenarbeit (Anreizfinanzierung gemeinsamer Projekte, Handbücher, Austausch-Plattformen). Solange der Zugang der Migrationsbevölkerung zu einem breiten Spektrum von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung nicht sichergestellt ist, sind insbesondere auch die HausärztInnen einzubeziehen. Etablierte Kontakte mit Mitgliedern von Exekutiven und Parlamenten sind ebenfalls wesentlich. Eine transnationale⁵⁹ und translokale Kooperation ist zu prüfen, unter anderem auch mit politischen EntscheidungsträgerInnen aus anderen Ländern.

10.1.5. Partizipation und Dialog: Die Sicht und die Erfahrung von Personen mit Migrationshintergrund muss vermehrt Eingang in Präventionsprojekte finden. Die Vernetzung mit Organisationen, informellen Netzwerken und Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung (auch über lokale und nationale Grenzen hinweg) ist eine wichtige Voraussetzung für die transkulturelle Arbeit. Die Arbeit der interkulturellen VermittlerInnen⁶⁰ ist dabei zentral. Sie sollen ihrer Bedeutung entsprechend in die Organisation integriert werden. Eine partizipative Arbeitsweise setzt ausreichende Zeitressourcen voraus. Vor allem während des Projektaufbaus wird Zeit für die Analyse der Zielgruppe, die Kontaktaufnahme mit Schlüsselpersonen, die Einbindung bei der Planung etc. benötigt. Eine der grössten Herausforderungen bei dieser Arbeit ist das Spannungsfeld zwischen Professionalität und Informalität, in dem sich Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung ebenso wie Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung befinden.

10.1.6. Empowerment und Health Literacy: Empowerment ist eine wesentliche Grundlage der Chancengleichheit. Damit Empowerment stattfinden kann, müssen strukturelle Barrieren abgebaut, vorhandene Ressourcen einbezogen und das Engagement der Zielgruppe anerkannt, gefördert und honoriert werden. Zum Empowerment gehört auch die Weitergabe von Informationen und die Aus- und Weiterbildung von Personen mit Migrationshintergrund. Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Zielgruppen ist zu stärken. Aus- und Weiterbildung, Einsatz und Honorierung von interkulturellen VermittlerInnen sind wichtige Instrumente des Empowerment, ebenso wie die Zusammenarbeit mit Netzwerken und Organisationen der Migrationsbevölkerung. Empowerment kann tief greifende Veränderungen der Migrationscommunities auslösen. Diese müssen bei der Planung eines längerfristigen Engagements einberechnet werden, indem ausreichende Ressourcen bereitgestellt werden.

⁵⁹ Siehe Glossar

⁶⁰ Wir verwenden die offizielle Berufsbezeichnung "interkulturelle VermittlerInnen" gemäss der Schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln (interpret), die vor der Entwicklung des Konzepts der transkulturellen Kompetenz festgelegt wurde.

10.1.7. Zielgruppenanalyse: Grundsätzlich sollen alle Angebote auch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet sein. Migration ist dabei wie sozioökonomischer Status, Alter, Gender etc. als ein gesundheitsrelevanter Faktor unter mehreren zu behandeln. Wenn möglich soll die Zielgruppe aufgrund eines wissenschaftlich belegten Bedarfs gewählt werden, sie kann aber auch anhand von geäußerten und wahrgenommenen Bedürfnissen festgelegt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Lebensumstände es gewissen Zielgruppen schwer machen, sich zu äussern. Migrationsspezifische Ansätze bleiben auch dann wichtig, wenn die Institutionen für die Migrationsbevölkerung geöffnet worden sind.

10.1.8. Verhältnis- und Verhaltensprävention: Die Aktivitäten sollen sowohl auf strukturelle Änderungen als auch direkt auf das individuelle Gesundheitshandeln ausgerichtet sein.

10.1.9. Setting-Ansatz: Der Setting-Ansatz ist darauf ausgerichtet, die Rahmenbedingungen der Migrationsbevölkerung gesundheitsfördernd zu gestalten. Transkulturelle Gesundheitsförderung in Settings (vor allem Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde bzw. Quartiergemeinschaft) bedeutet, strukturelle Änderungen im Setting so vorzunehmen, dass auch für die Migrationsbevölkerung gesundes Verhalten erleichtert wird. Die transkulturelle Gesundheitsförderung muss die sozialen Besonderheiten der Migrationsbevölkerung berücksichtigen. Der partizipative Ansatz und die Arbeit über starke Beziehungen (Vertrauensbildung) spielen dabei eine zentrale Rolle.

10.1.10. Aufsuchender Ansatz – Zugang zu Angeboten erleichtern: Die Nutzung von Angeboten soll gefördert werden. Dafür sollen Zugangsbarrieren abgebaut und vor allem die aufsuchende Arbeit verstärkt werden. Das aufsuchende Vorgehen muss auf die Lebenswelten, die Gesundheitskompetenz (Health Literacy), die Verkehrsformen und auf die Bedeutung der starken Beziehungen und der Informalität der Zielgruppe eingehen.

10.1.11. Kommunikationsmethoden anpassen: Inhalt, Form und Zugangswege sind an die Zielgruppe anzupassen. Oft sind inhaltliche Anpassungen weniger entscheidend als eine generelle Verstärkung der Kommunikationsbemühungen gegenüber der Migrationsbevölkerung. Die Kommunikationswege innerhalb der Migrationsbevölkerung sollen näher analysiert werden. Muttersprachliche Beratung und übersetzte Informationsmaterialien sollen angeboten werden. Innovative, weniger sprachgebundene Ansätze sind hilfreich und dort gefordert, wo die Sprache als Kommunikationsmittel nicht genügt. Schlüsselpersonen spielen bei der Kommunikation eine wichtige Rolle und sollen sorgfältig gewählt werden. Es ist zu prüfen, wie Informationen niederschwellig über von der Zielgruppe bevorzugte Medien vermittelt werden können, auch transnational und translokal.

10.1.12. Dokumentation, Evaluation und Wissenstransfer: Jedes Projekt und Programm braucht eine gute Dokumentation und Evaluation. Anhand der Wirksamkeitsevaluation sollen Good-Practice-Empfehlungen erstellt und weitergegeben werden.

10.1.13. Forschung: Die Forschung zu Fragen der transkulturellen Prävention soll gefördert werden, um evidenzbasierte, praxisrelevante Aussagen zu ermöglichen. Zukünftige Forschung in diesem Bereich soll koordiniert und inter- oder transdisziplinär durchgeführt werden. Systematisch erhobene und spezifisch ausgewertete Daten erlauben differenzierte Aussagen und entsprechend abgestützte Empfehlungen für die Praxis.

10.1.1 Sektorenübergreifende Förderung

Chancengleichheit und der gleichberechtigte Zugang zum Gesundheitssystem sind in der Schweiz zentrale Anliegen der Politik. Mit der Strategie „Migration und Gesundheit“ (Phase II, 2008-2013) wählte der Bund den Mainstreaming-Ansatz, der darauf abzielt, dass migrationspezifische Realitäten von den verschiedenen Akteuren in Politik, Gesellschaft und Verwaltung grundsätzlich bei der Planung, Umsetzung und Bewertung von Projekten mitberücksichtigt werden. Die Förderung der Gesundheitsvorsorge wird im revidierten Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer explizit als Anliegen der Integration genannt, das von Bund, Kantonen und Gemeinden bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu berücksichtigen ist (Art. 53).

Die transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung kann zur Verbesserung der Chancengleichheit und Integration der Migrationsbevölkerung beitragen, wenn sie sektorenübergreifend wahrgenommen und gefördert wird. Politische EntscheidungsträgerInnen können zur Chancengleichheit und Integration der Migrationsbevölkerung beitragen, indem sie die transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung als wichtiges Element in allen politischen Handlungsfeldern anerkennen (Gesundheitspolitik, Bildungspolitik, Volkswirtschaft, Steuerpolitik, Bau/ Umwelt/ Verkehr etc.). Dazu sollen die Akteure in Politik, Gesellschaft und Verwaltung noch besser für das Thema sensibilisiert, von der Notwendigkeit überzeugt und dazu verpflichtet werden. Dies kann zum Beispiel geschehen, in dem Entscheidungsträger und Medien vermehrt mit Fakten zur transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung versorgt werden (Öffentlichkeitsarbeit).

10.1.2. Verankerung und Finanzierung

Strukturelle Verankerung

Wo die transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung noch nicht genügend in den Institutionen und Strukturen verankert ist, soll dies nachgeholt werden. Für die Verankerung des transkulturellen Ansatzes spricht die Erkenntnis, dass die Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen für bestimmte Teile der Migrationsbevölkerung erschwert und damit eine Chancengleichheit nicht gegeben ist. Dasselbe gilt für sozial benachteiligte SchweizerInnen – auch ihnen wird ein transkulturell orientierter Präventionsansatz zugute kommen.

Die Verankerung wird ermöglicht durch

- § Arbeit auf politischer Ebene (Gesetzgebung)
- § Fixierung des transkulturellen Ansatzes in strategischen Papieren (Leitbildern, Strategien, Mehrjahresplänen)
- § Nachhaltige Organisationsentwicklung in den für Prävention und Gesundheitsförderung zuständigen Institutionen
- § Allokation personeller und finanzieller Ressourcen, insbesondere zur Aufbau und der Pflege von Netzwerken.

Die strukturelle Verankerung ermöglicht eine nachhaltige Organisationsentwicklung in den für Prävention und Gesundheitsförderung zuständigen Institutionen. Statt befristeten Einzelprojekten braucht es kontinuierliche Programme und Angebote.

Langfristige Finanzierung

Langjährige Leistungsverträge mit Organisationen und Projekte mit genügend langen Laufzeiten sind Voraussetzung für eine nachhaltige Arbeit und die strukturelle Integration der transkulturellen Prinzipien. Bei der Projektfinanzierung soll der zusätzliche Aufwand für die Aufbauphase und den partizipativen Ansatz berücksichtigt werden. Bewährte Projekte sollen institutionalisiert werden.

10.1.3. Organisationsentwicklung

Beispiel: Contact Netz Bern (siehe auch Kasten in Abschnitt 8.3.)

Mit finanzieller und ideeller Unterstützung vom Bund und dem Kanton hat sich Contact Netz Bern als Beratungsstelle für illegale Suchtmittel transkulturell geöffnet. Insbesondere wurde das Projekt „Migration und Sucht“ in einen neu definierten Bereich integriert und mit finanziellen und personellen Ressourcen dotiert (Contact Netz, 2004). Es ist nun auf allen Hierarchiestufen von Contact Netz verankert. Während diesem Prozess wurden zum Beispiel in unterschiedlichen Weiterbildungs-, Supervisions- und Interventionsveranstaltungen die Mitarbeitenden zum Thema Transkulturelle Kompetenz sensibilisiert. Die Beratungsstelle baute in intensiver und aufwändiger Arbeit engere Kontakte zu Opinionleadern und Schlüsselpersonen innerhalb der Migrationsgruppen auf. Die Broschüre über die Angebote des Contact Netz wurde in 13 Sprachen übersetzt. Es wurden Elternkurse in den MigrantInnen-Communities durchgeführt. Für die Übersetzungsarbeiten wurde eine Gruppe von DolmetscherInnen und interkulturellen VermittlerInnen ausgebildet und gezielt geschult.

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Gemäss dem Modell von Domenig (2007a) umfasst die transkulturelle Organisationsentwicklung (OE) die strategische Ebene, die operative Ebene und die Prozessebene. Die Autorin betont dabei, dass eine transkulturelle OE nicht nur die Effizienz der Arbeit mit der Migrationsbevölkerung verbessert (und damit das Kosten-Nutzen-Verhältnis), sondern auch die Zufriedenheit der Mitarbeitenden, weil diese in ihrer Arbeit mit Personen aus der Migrationsbevölkerung von der ganzen Organisation und der Führungsebene unterstützt werden.

Strategische Ebene

Die Verankerung der transkulturellen Arbeit setzt eine Weiterentwicklung der gesamten Organisation voraus. Alle Arbeitsbereiche und Mitarbeitenden (nicht nur die speziell mit der Migrationsbevölkerung befassten) sind davon betroffen. Die Migrationsbevölkerung muss in allen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Dafür ist ein umfassender Prozess der OE notwendig. Entscheidend ist, dass die Führungsspitze voll und ganz hinter der transkulturellen Ausrichtung steht (Dahinden, Delli, Grisenti, 2005).

Operative Ebene

Auf der operativen Ebene unterscheidet das Modell von Domenig (2007a) zwischen transkulturellen Massnahmen im System-, Marketing- und Ressourcen-Management. Das System-Management beinhaltet Aufgaben, welche die gesamte Organisation betreffen, zum Beispiel eine migrationssensible Ist- und Soll-Analyse, die Bezeichnung eines oder einer Migrationsverantwortlichen, am besten in einer hohen Management-Ebene, die migrationssensible Anpassung der Angebote und

Dokumente (Qualitätsstandards etc.). Zum Marketing-Management gehören Massnahmen wie die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeitenden in transkultureller Kompetenz. Mit dem Ressourcen-Management werden gemäss dem Modell von Domenig (2007a) die notwendigen Mittel organisiert, Fachpersonen mit Migrationshintergrund gefördert und ein Übersetzungsdienst aufgebaut.

Transkulturelle Teams

In allen Phasen der Planung und Umsetzung von Angeboten der Prävention müssen Personen mit Migrationshintergrund angemessen einbezogen werden (Kaya und Efiyani-Mäder 2007). Heterogene Teams (nicht nur nach Migrationserfahrung, sondern etwa auch nach Gender, Alter, soziokultureller Herkunft, Sprache) sollen gebildet und gefördert werden. Ein wesentlicher Anteil der Mitarbeitenden sollte über einen Migrationshintergrund verfügen, einerseits um die Partizipation zu garantieren, andererseits weil Fachpersonen mit Migrationshintergrund als Vertrauenspersonen für die Klientel aus der Migrationsbevölkerung wichtig sind. Zu beachten sind folgende Punkte:

- § Die Arbeit mit Personen aus der Migrationsbevölkerung gehört zu den Aufgaben aller Mitarbeitenden (Dahinden, Delli und Grisenti 2005).
- § Transkulturelle Teams und deren Führung brauchen fachliche Unterstützung
- § Der Führungsstil soll regelmässig reflektiert werden
- § Transkulturelle Inter- und Supervision sollen angeboten werden
- § Anpassungsleistungen in der Zusammenarbeit sind nicht nur von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund zu erwarten, sondern von allen Teammitgliedern
- § Der Tatsache, dass schriftliche Dokumente von Fachpersonen mit Migrationshintergrund oft sprachlich überarbeitet werden müssen, muss Rechnung getragen werden.
- § In transkulturellen Teams soll in der Deutschschweiz Standarddeutsch und nicht Dialekt gesprochen werden

Mitarbeitende mit transkultureller Kompetenz ausstatten

In der Schweiz sind das für transkulturelle Kompetenz nötige Wissen und die Erfahrung zwar bei einzelnen Fachleuten vorhanden, aber sie sind noch nicht breit verankert. Aus der Befragung von Fachleuten der Tabak- und Alkoholprävention und der transkulturellen Prävention geht hervor, dass eine breite Schulung in transkultureller Kompetenz notwendig ist. Die Institutionen werden aufgefordert, die laufende Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden zu planen und durchzuführen. Die Verantwortlichen von Angeboten und Dienstleistungen der Gesundheitsförderung und Prävention und deren Mitarbeitenden sollen den folgenden Anforderungen entsprechen oder sich darauf hin entwickeln:

- § Hohe soziale Kompetenz
- § Hohe Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, auch mit Personen aus bildungsfernen Schichten
- § Fachwissen im Bereich Migration und Gesundheit
- § Bereitschaft zur Arbeit im informellen Rahmen
- § Kenntnisse des Konzepts der Familiarisierung⁶¹ und zu dessen Umsetzung
- § Hohe Lernbereitschaft
- § Je nach Stellenprofil: Interesse an und Befähigung zur aufsuchenden Präventionsarbeit

Es braucht nach Meinung der befragten Fachleute ausgebildete interkulturelle

⁶¹ Siehe Glossar.

VermittlerInnen, um adäquat mit der Migrationsbevölkerung arbeiten zu können (siehe Abschnitt 10.1.5, Partizipation und Dialog). Interkulturelle VermittlerInnen sollen gemäss ihrer wichtigen Aufgaben und der hohen Kompetenz, die sie dafür benötigen, in geeigneter Form in die Organisation integriert werden. Eine Anstellung von interkulturellen VermittlerInnen ist bisher nur in den wenigsten Organisationen erfolgt. Für die Suche nach geeigneten Fachkräften sind genügend Ressourcen und Zeit einzurechnen. Den Fachpersonen soll eine den Ansprüchen angepasste Entschädigung angeboten werden.

Transkulturell arbeitende Fachpersonen sind mit einem Spannungsfeld zwischen den Professionalität und Informalität konfrontiert. Einerseits ist für den Zugang zur Zielgruppe eine informelle, auf starke Beziehungen gerichtete Vorgehensweise notwendig, andererseits braucht es auch die nötige professionelle Distanz zu den Mitgliedern der Zielgruppe. In der Aus- und Weiterbildung sollen Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung dieses Spannungsfeld kennen und produktiv damit umgehen lernen.

Instrumente der transkulturellen Organisationsentwicklung

Domenig (2007c) hat die transkulturelle OE ausführlich beschrieben. Sie nennt darin die folgenden Massnahmen:

- § Transkulturelles Commitment auf Leitungsebene
- § Migrationsspezifische Ist- und Soll-Analyse
- § Schaffung von Migrationsverantwortlichen mit entsprechendem Pflichtenheft
- § Migrationsspezifische Anpassung der Angebote
- § Migrationsspezifische Anpassung der Dokumente (Strategien, Leitbilder etc.)
- § Aus- und Weiterbildung in transkultureller Kompetenz
- § Transkulturelle Gruppenprozesse (Fallbesprechungen, Intervision)
- § Ausrichtung auf die Förderung der Health Literacy (Gesundheitskompetenz) von Personen mit Migrationshintergrund
- § Zusammenarbeit mit Gemeinschaften der Migrationsbevölkerung
- § Vernetzung mit anderen im Migrationsbevölkerung tätigen Organisationen
- § Förderung von Forschung
- § Ressourcen-Entwicklung für die transkulturelle Arbeit
- § Fördern von Fachpersonen mit Migrationshintergrund
- § Aufbau eines Übersetzungsdienstes
- § Change Management
- § Qualitätsmanagement

Dahinden, Delli und Grisenti (2005) beurteilen die transkulturell orientierte OE der Stiftung Contact Netz (siehe auch Kasten in Abschnitt 8.3). Sie hoben die folgenden Instrumente der OE hervor:

- § Ausrichtung von Leitbild und Leitlinien, Strategieplänen und Jahreszielen auf die transkulturelle Arbeit und auf die Arbeit mit der Migrationsbevölkerung
- § Strukturelle Anpassungen auf Führungsebene
- § Anpassung der operativen Leitung: Festlegung einer Person oder Stelle mit dem Aufgabengebiet Migration, Schaffung einer Gruppe Migration in der Organisation, Anpassung der Stellenprofile
- § Begleitende Fachgruppen
- § Weiterbildungs-, Supervisions- und Intervisionsveranstaltungen; Know-how-Transfer unter Mitarbeitenden verschiedener und gleicher Hierarchiestufe
- § Anstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund
- § Tools wie Adressverzeichnisse von Schlüsselpersonen und Organisationen der Zielgruppe, übersetzte Informationsmaterialien
- § Veranstaltungen und Publikationen für den Wissens- und Erfahrungstransfer

Auch das Konzept „Managing Diversity“⁶² wird empfohlen. Es handelt sich um ein Konzept der Unternehmensführung, das die Verschiedenartigkeit der Mitarbeitenden und KlientInnen beachtet, zum Nutzen aller Beteiligten und des Unternehmens (Saladin 2006, Amsterdamer Erklärung 2004).

Für eine transkulturelle OE müssen ausreichende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Auch kleine Organisationen können mit vertretbarem Aufwand gute Resultate erreichen. Ein Vorgehen in Schritten kann sinnvoll sein. Wichtig ist dabei aber, dass längerfristig ein umfassender transkultureller Wandel angestrebt wird.

10.1.4. Vernetzung der Akteure

„C'est très important de travailler en réseau. Nous effectuons une grande partie de notre travail en collaboration avec d'autres structures comme le Forum des étrangers de Lausanne, Télé Bourdonnette, le Centre Social Protestant. Grâce à ces collaborations, nous pouvons mener à bien des projets, que seuls, nous ne réussirions pas à réaliser.“

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Koordination der Schweizer Akteure

Gemäss der Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention gehört es zu den wichtigsten Aufgaben des Bundes, die Koordination der Tätigkeit der verschiedenen Akteure im Bereich der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung sicherzustellen (Bauer, 2008). Bund, Kantone, Gemeinden und NGOs spielen bei der Prävention und Gesundheitsförderung für die Migrationsbevölkerung wichtige, jeweils unterschiedliche Rollen. Diese Rollen gilt es noch genauer zu umreissen. Eine ungenügende Abstimmung und Koordination stellt einen Stolperstein für die Entwicklung und breiten Umsetzung der transkulturellen Arbeit dar.

Es wird empfohlen, Anreize für die Zusammenarbeit zu schaffen. In Anlehnung an die Aktivitäten des BAG im Spitalbereich könnten Anreize in der Finanzierung von kooperativen Projekten, Handbüchern oder Konferenzen bestehen. Zusätzlich ist eine webbasierte Plattform zur Koordination, Vernetzung und zum Austausch von Erfahrungen für Fachpersonen zu prüfen. Mit www.migesplus.ch (Website zur Koordination von migrationsspezifischen Informationsträgern des BAG und des Schweizerischen Roten Kreuzes) oder www.infozet.ch (Website zur Koordination im Drogen- und Suchtbereich) bestehen bereits Plattformen, deren Ausbau geprüft werden könnte. Auch Plattformen im Ausland (zum Beispiel Deutschland) sollen genutzt werden, zum Beispiel zum transnationalen Informationsaustausch.

⁶² Siehe auch Glossar.

Netzwerke mit Partner-Organisationen

Transkulturelle Angebote sollten nach Ansicht von Fachpersonen der Tabak- und Alkoholprävention begleitend mit Fachstellen für transkulturelle Zusammenarbeit ausgearbeitet und angeboten werden. Über Partnerschaften mit Organisationen und Verbänden des Gesundheitsbereichs, insbesondere mit der Ärzteschaft, kann die transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung verbreitet und die Angebote in diesem Bereich bekannt gemacht werden. Tagungen, Publikationen und vergleichbare Massnahmen stärken die Vernetzung und den Austausch von Wissen, Erfahrungen und Good-Practice-Empfehlungen im noch wenig institutionalisierten transkulturellen Arbeitsfeld. Nicht nur die Planung, auch die Umsetzung soll gemeinsam mit anderen Akteuren im Handlungsfeld erfolgen. Es wird empfohlen, gemeinsame Strukturen zu bilden, die eine Reaktion auf identifizierte Gesundheitsprobleme ermöglichen. Die Zusammenarbeit mit Organisationen im Ausland ist ebenfalls zu empfehlen.

Translokale und transnationale Zusammenarbeit

Die meisten Personen aus der Migrationsbevölkerung pflegen Kontakte in der ganzen Schweiz, in ihrem Herkunftsland und in anderen Ländern (zum Beispiel zu Verwandten, Organisationen). Gemäss Studien und Umfragen beziehen sie Informationen zur Gesundheit nicht nur aus der Schweiz; unter anderem geniessen Fernsehprogramme des Herkunftslands grosse Beachtung. Personen oder Stellen in anderen Ländern, zu denen die Migrationsbevölkerung Kontakte hat, können Informationen liefern oder bei der Umsetzung von Präventionsangeboten behilflich sein. Das können Fachpersonen sein, aber auch Vereine, Präventionsorganisationen oder Verwaltungen. Ausländische Medien, die von der hiesigen Migrationsbevölkerung konsumiert werden, können dazu verwendet werden, Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu verbreiten.

Schon seit den neunziger Jahren werden Schweizer Broschüren in Zusammenarbeit mit den Herkunftsländern bestimmter Migrationsgruppen gestaltet (Burgi et al., 1995). Dieses Vorgehen ist weiterhin zu empfehlen, wobei die spezifischen Eigenheiten der Schweizer Migrationsgruppen zu beachten sind.

Netzwerke mit politischen Entscheidungsträgern

Die Fachleute der transkulturellen Prävention betonen die Bedeutung von etablierten Kontakten mit PolitikerInnen, unter anderem weil die Gesundheit der Migrationsbevölkerung auch von Faktoren aus anderen politischen Sektoren beeinflusst wird (zum Beispiel von den rechtlichen Bedingungen des Aufenthaltsstatus). PolitikerInnen sollen informiert werden, warum die transkulturelle Prävention wichtig ist, welche Erfolge erzielt werden können und welche politischen Massnahmen in den verschiedenen Sektoren eine günstige Wirkung erzielen könnten. Auch transnationale Netze mit politischen EntscheidungsträgerInnen sind wertvoll.

10.1.5. Partizipation und Dialog

Ein Beispiel: Rauchstoppprogramm für türkeistämmige Personen mit Migrationshintergrund

Für das Rauchstoppprogramm des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich werden alle türkisch sprechenden Personen mit Migrationshintergrund angesprochen. Die beiden Kursleitenden sind türkischer Herkunft. In aufsuchender Arbeit suchen sie persönlich den Kontakt zu den verschiedenen Gruppen innerhalb der heterogenen Communities (zum Beispiel verschiedene politische und religiöse Einstellungen und Muttersprachen, unterschiedlicher Aufenthaltsstatus, unterschiedlicher Bildungshintergrund, verschiedene Lebenslagen, beide Geschlechter, unterschiedliches Alter). Der Kontakt zu den Migrantenorganisationen war in der Anfangsphase nicht einfach, weil die Kursleitenden das Feld der vielen verschiedenen Organisationen und Gruppierungen erst erschliessen mussten. Dank intensiver Vernetzungsarbeit konnte im Laufe der Zeit mit den Schlüsselpersonen und Opinionleader von Organisationen, Vereinen und Gruppierungen ein Gespräch vereinbart werden. Die Herkunft der Kursleitenden und ihre Fachkompetenz waren dabei grosse Ressourcen, weil sie mit den soziokulturell geprägten Verkehrsformen in den türkischen/kurdischen Communities vertraut waren und gleichzeitig auch die angestrebten inhaltlichen Ziele kompetent vertraten.

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Gemäss den Umfragen sind Dialog und Partizipation das A und O der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung (Bauer, 2008; Stuker et al., 2008). Der Dialog mit der Zielgruppe dient dazu, zielgruppengerechte Inhalte aufzugreifen, eine adäquate Umsetzung sicherzustellen und die meist nicht unbeträchtlichen Zugangsbarrieren abzubauen. Entscheidend ist die Vertrauensbildung. Partizipative Projekte sind zeitintensiv und fordern Durchhaltewillen. Es braucht auch Zeit, unterschiedliche Vorstellungen und Arbeitsweisen anzugleichen. Ziel ist ein partnerschaftlicher Umgang.

Partizipation

Die befragten Fachleute weisen darauf hin, dass Personen und Gruppen mit Migrationshintergrund befähigt werden müssen, die eigene Lebenswelt und Gesundheit aktiv zu gestalten und Verantwortung dafür zu übernehmen (Stuker et al., 2008; Bauer, 2008). Personelle und soziale Ressourcen der Zielgruppe sollen mobilisiert und genutzt werden, vor allem Humankapital (Bildung, Berufserfahrung) und informelle Ressourcen (Migrationserfahrung, transkulturelles Wissen, Sprachkompetenzen, spezifisches Wissen zu Gesundheits- und Krankheitsbildern). Dies bedingt, dass in allen Phasen des Projekts Menschen mit Migrationshintergrund angemessen einbezogen werden (Kaya und Efonayi-Mäder 2007; siehe auch oben unter „Organisationsmanagement“). Umgekehrt sollen auch die Handlungskompetenzen und die Health Literacy⁶³ der Zielgruppenangehörigen gestärkt werden.

Dabei spielen nicht nur die Ressourcen der Zielgruppe eine Rolle, sondern auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, weil sie bestimmen, inwiefern selbstverantwortliches Handeln überhaupt möglich ist (Domenig, 2007a).

⁶³ Siehe Glossar.

Die Zusammenarbeit mit der Migrationsbevölkerung und insbesondere mit der Zielgruppe innerhalb der Migrationsbevölkerung erfolgt in Settings, in denen die Zielgruppe erreicht werden kann, sowie über vier Gruppen von Akteuren:

- § Fachleute mit Migrationshintergrund
- § Organisationen der Migrationsbevölkerung
- § Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung (Mitglieder der Zielgruppe)
- § Interkulturelle VermittlerInnen

Fachleute mit Migrationshintergrund

Eine erfolgreiche Arbeit zugunsten der Migrationsbevölkerung setzt voraus, dass Personen mit Migrationshintergrund als Akteure auf möglichst vielen Stufen der Organisation und an allen Phasen der Arbeit beteiligt werden. Mitarbeitende mit Migrationshintergrund sollen nicht nur bei der Bestimmung der Probleme und Bedürfnisse, sondern auch in der Leitung, Umsetzung und Evaluation von Projekten einbezogen werden (Kaya und Efonayi-Mäder, 2007: 22).

Organisationen der Migrationsbevölkerung

Die Vernetzung mit Organisationen der Migrationsbevölkerung auf verschiedenen Ebenen ermöglicht einen hohen Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die Zielgruppe. Die Zusammenarbeit und der Austausch über die Organisationen sind entscheidend, um Informationen über die Migrationsbevölkerung zu erhalten und um die Zielgruppe an Entscheidungsprozessen teilhaben zu lassen. Dabei soll die Vielfalt der Migrationsbevölkerung berücksichtigt werden. Man sollte sich zum Beispiel nicht nur mit formalen Organisationen aus dem Migrationsbereich vernetzen, sondern auch mit informellen Gruppierungen, die für ExponentInnen mit Migrationshintergrund oft eine wichtigere Rolle spielen. Die Vernetzung erfordert Zeit und eventuell den Beizug von externem Fachwissen, um die Organisationsformen in der Zielgruppe kennen zu lernen.

Schlüsselpersonen

Schlüsselpersonen spielen eine wichtige Rolle (Moret et al., 2007; Stuker et al., 2008; Bauer, 2008). Sie können zwischen den Fachleuten und der Zielgruppe vermitteln, weil ihre Kompetenzen beiderseits anerkannt werden und ihnen Vertrauen entgegengebracht wird. Schlüsselpersonen sollen unter Berücksichtigung der für sie vorgesehenen Rolle und der Zielgruppe von Fall zu Fall ausgewählt werden, denn je nach Aufgabenbereich eignen sich ganz unterschiedliche Akteure (siehe Kasten).

Nicht alle einflussreichen Organisationen und Schlüsselpersonen sind in der Schweiz ansässig. Ein transnationaler Ansatz kann hier zu neuen Erkenntnissen und einer verbesserten Partizipation führen.

Interkulturelle VermittlerInnen

Interkulturelle VermittlerInnen sind nach Meinung der befragten Fachleute der Tabak- und Alkoholprävention (Müller, 2008; Bauer, 2008; Stuker et al., 2008) unverzichtbar, um Informationslücken zu schliessen und Schwellenängste zu reduzieren. Sie üben eine wichtige Brückenfunktion zwischen den schweizerischen Fachpersonen und der Zielgruppe aus. Gemäss der Schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln (interpret) informieren interkul-

turelle VermittlerInnen „adressatengerecht Personen mit Migrationshintergrund und Fachpersonen öffentlicher Dienstleistungen über kulturelle Besonderheiten, die unterschiedlichen Regeln des Polit- und Sozialsystems oder über unterschiedliche gesellschaftliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Bildungs- oder Beratungseinrichtungen und sorgen dafür, dass möglichst keine Unklarheiten zwischen Arzt/Patient, Anwalt/Mandant, Lehrer/Eltern entstehen. Interkulturelle VermittlerInnen arbeiten im Team oder selbständig, in der Organisation und Durchführung von Präventionsprojekten, Informationsveranstaltungen für Personen mit Migrationshintergrund oder anderen Projekten im interkulturellen Bereich.“ Sie kennen Tabus und soziokulturell geprägte Verkehrsformen. Pools wie Interpret und Imprenti ermöglichen akzeptable Arbeitsbedingungen für interkulturelle VermittlerInnen. Eine Liste von Vermittlungsstellen, Argumentarien für den Einsatz von interkulturellen VermittlerInnen und weitere Informationen gibt es beim Interessensverband Interpret (www.interpret.ch).

Zwei Gruppen von Schlüsselpersonen

1. Personen, die Fachleute der Prävention und Gesundheitsförderung über die Migrationsbevölkerung informieren. Fachleute erhalten Informationen über die Migrationsbevölkerung vor allem von Personen, die selbst einen Migrationshintergrund haben und gut in der jeweiligen Zielgruppe verankert sind. Dies können zum Beispiel interkulturelle VermittlerInnen sein oder Mitarbeitende von Institutionen des Gesundheitswesens, die selbst einen Migrationshintergrund haben. Der Aufbau eines Netzwerks von Schlüsselpersonen braucht Zeit, läuft über persönliche Treffen und im Schneeballeffekt. Schlüsselpersonen sollen in der Zielgruppe verankert sein und einen starken Bezug zu ihr haben. Fachpersonen sollen sich der Heterogenität innerhalb der Zielgruppe bewusst sein und zu Schlüsselpersonen aus verschiedenen religiösen oder politischen Gruppen Kontakt haben. Im Kontakt mit Schlüsselpersonen sollen die soziokulturell geprägten Verkehrsformen eingehalten werden. Bei der Auswahl der Schlüsselpersonen sollen geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Frauen wissen oft besser Bescheid über Frauen, Männer über Männer. Die Verantwortung für die Präventionsarbeit darf nicht an die Schlüsselpersonen delegiert werden. Eine angemessene Entlohnung ist zu gewährleisten. Wichtige Schlüsselpersonen sollen weitergebildet und in der Organisation verankert werden.

2. Personen, die Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung an die Migrationsbevölkerung vermitteln. Schlüsselpersonen spielen eine grosse Rolle bei der Weitergabe von Informationen an die Migrationsbevölkerung. Als wichtigste Schlüsselpersonen werden die HausärztInnen, die Familie, die ApothekerInnen, professionelle Schlüsselpersonen und interkulturelle VermittlerInnen genannt. Bei der Planung von Angeboten sollen Ressourcen vorgesehen werden, damit die jeweils besten Schlüsselpersonen von Fall zu Fall gefunden werden können, zum Beispiel über qualitative Befragungen bei Personen aus der Zielgruppe.

10.1.6. Empowerment und Health Literacy

Beispiel: SUPPORT für gesundheitsfördernde Projekt von MigrantInnen für MigrantInnen

Ende 2002 erhielt die damalige Bundesrätin Ruth Dreifuss den Bertelsmann-Preis. Ihr Anliegen war es, mit diesen Mitteln das Empowerment der Migrationsbevölkerung zu fördern, die Nutzung bestehender und die Bildung neuer Netzwerke voranzutreiben und die Beratung von MigrantInnen für die erfolgreiche Durchführung von Projekten zu ermöglichen. Anfangs 2003 wurde RADIX vom BAG beauftragt, ein Konzept zu entwickeln, das dem Anliegen von Bundesrätin Dreifuss gerecht wird. Als weiterer Partner konnte Gesundheitsförderung Schweiz gewonnen werden. Gemeinsam wurde im August 2003 SUPPORT lanciert. Um Projekte zu verwirklichen, die optimal auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Migrationsbevölkerung ausgerichtet sind, wurde der Ansatz „von MigrantInnen für MigrantInnen“ gewählt. Die Durchführung von Projekten wurde ermöglicht durch finanzielle und fachliche Unterstützung bei der Konzeption, Umsetzung und Auswertung. Die fachliche Unterstützung wurde von einem Pool von Fachleuten mit eigenem Migrationshintergrund geleistet. Ende 2007 wurde SUPPORT abgeschlossen. Schweizweit wurden 145 Kleinprojekte von MigrantInnen für MigrantInnen realisiert, darunter mehrere Tabak- und Alkoholpräventionsprojekte. Die Evaluation der Strategie Migration und Gesundheit 2002–2006 des BAG (Büro Vatter, Bern November 2006) beurteilt SUPPORT positiv: „Neben einem Empowerment der ProjektträgerInnen bewirkte SUPPORT auch eine Stärkung der Kompetenzen der Projektberatenden. Andere Organisationen haben Interesse an entsprechenden Projekten gezeigt. Zudem wurde der Gedanke der Ressourcenorientierung auch von anderen Gruppen (z.B. Hilfswerken) aufgegriffen.“

Empowerment⁶⁴ ist eine wichtige Voraussetzung einer erfolgreichen Arbeit zugunsten der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund und soll gefördert werden (Moret, 2008, BAG, 2007c; Kaya und Efonayi-Mäder, 2007; u.a.). Empowerment ist auch eine wesentliche Grundlage der Chancengleichheit und der oft eingeforderten „Selbstverantwortung“ benachteiligter Gruppen.

Damit ein Empowerment sozial benachteiligter Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung stattfinden kann, müssen strukturelle Barrieren abgebaut werden. Dies bedeutet einerseits, bereits vorhandene Ressourcen aktiv einzubeziehen (zum Beispiel durch Beiräte aus Mitgliedern der Zielgruppe, die bei der Planung und Umsetzung von Angeboten mitreden können) und andererseits, das Engagement der Zielgruppe anzuerkennen und zu honorieren (BZgA, 2006b). Ziele des Empowerment sind eine gerechtere Ressourcenverteilung und die Überwindung von Machtlosigkeit (Domenig, 2006a).

Zum Empowerment gehört auch die Weitergabe von Informationen und die Aus- und Weiterbildung von Mitgliedern der Migrationsbevölkerung. Es gehört deshalb zu den Zielen der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung, die Gesundheitskompetenz (Health Literacy)⁶⁵ der Zielgruppen zu stärken. Dabei sind die besonderen Regeln zu beachten, die für die Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung gelten (Kap. 5, Netzwerke der Migrationsbevölkerung).

Die Umfragen von Stuker et al. (2008) und Bauer (2008) deuten darauf hin, dass Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich stark daran interessiert sind, an der Gestaltung ihrer Gesundheit und Lebensbedingungen mitzuarbeiten. Diese Ressource sollte unbedingt genutzt werden. Die Aus- und Weiterbildung, der Einsatz und die Honorierung von interkulturellen VermittlerInnen und anderen

⁶⁴ Siehe Glossar.

⁶⁵ Siehe Glossar.

Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung sind wichtige Instrumente des Empowerment, ebenso wie die Zusammenarbeit mit den Netzwerken und Organisationen der Migrationsbevölkerung.

Empowerment kann tief greifende Veränderungen der Migrationscommunities auslösen (Moret et al., 2007). Eine verstärkte Zusammenarbeit mit Fachleuten und Organisationen der Migrationsbevölkerung führt zu einer Professionalisierung dieser Kreise. Dabei steigt der Arbeitsaufwand für die aktiven Mitglieder der Migrationsbevölkerung so, dass eine unbezahlte, ehrenamtliche Arbeit, wie sie heute oft vorausgesetzt wird, nicht mehr im selben Mass möglich ist (Moret et al., 2007). Eine Professionalisierung einzelner Personen kann auch dazu führen, dass diese sich aus ihren bisherigen Netzwerken lösen und neue soziale Umfeldler suchen (Moret et al., 2007). Diese Veränderungen müssen bei der Planung eines längerfristigen Engagements zugunsten der Migrationsbevölkerung einberechnet werden.

10.1.7. Zielgruppe

Beispiel: MigesBalù

Im Projekt MigesBalù werden geschlechtergetrennte Fokusgruppengespräche durchgeführt, um die Bedürfnisse der Zielgruppe zu erheben. Die Gespräche zeigten unterschiedliche Wahrnehmungen von Männer und Frauen. Die Väter waren mehrheitlich überzeugt, dass ihre Frauen in der Kinderpflege und -erziehung sich sicher und gut informiert fühlten. Die Mütter hatten jedoch viele Fragen rund um die Kinderpflege und -erziehung und wünschten Unterstützung. Die Gespräche ermöglichten einen differenzierten Zugang vor allem auch gegenüber den Vätern, die vorher gegenüber der Mütter- und Väterberatungsstelle eher kritisch eingestellt waren.

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Grundsätzlich sollen alle Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung auch auf Personen mit Migrationshintergrund ausgerichtet werden. Die Zielgruppe muss nicht primär anhand des Migrationsstatus definiert sein; in vielen Fällen (zum Beispiel bei der Arbeit in Settings) bietet sich eine Definition anhand anderer Faktoren an, zum Beispiel anhand der sozioökonomischen Stellung. Ähnlich wie beim Thema Gender ist es bei der transkulturellen Arbeit entscheidend, die Methoden und Instrumente den unterschiedlichen Lebenslagen und Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund anzupassen (Kaya und Efonyi-Mäder 2007). Verschiedene Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund können sehr unterschiedlichen Bedarf und Bedürfnisse haben; dies kann gerade auch für verschiedene Gruppen aus dem gleichen Herkunftsland gelten.⁶⁶ Da die Migrationsbevölkerung eben so wenig homogen ist wie die autochthone Bevölkerung, soll die Zielgruppe für jedes Projekt neu bestimmt werden.

Wahl der Zielgruppe

Eine begründbare Wahl der Zielgruppe setzt entsprechende Kenntnisse voraus. Wenn möglich soll die Auswahl aufgrund eines wissenschaftlich belegten Bedarfs erfolgen. Die Zielgruppe kann aber auch anhand von geäußerten und wahrgenommenen Bedürfnissen festgelegt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es die Lebenssituation gewissen Zielgruppen erschwert, sich zu äussern. Für die Ausgestaltung der Angebote sollen die Verkehrs- und Kommunikationswege der

⁶⁶ Zum Unterschied von Bedarf und Bedürfnissen siehe Glossar.

Zielgruppe systematisch analysiert und mit Vertretern der Zielgruppe besprochen werden. Wichtig ist, die sozialen und individuellen Ressourcen der Zielgruppe zu beachten und für das Projekt zu nutzen, statt von Defiziten auszugehen (Kaya und Efonayi-Mäder 2007). Tabelle 10.1. kann bei der Auswahl der entscheidenden Faktoren hilfreich sein. Migrationsspezifische Ansätze bleiben auch dann wichtig, wenn die Institutionen für die Migrationsbevölkerung geöffnet worden sind. Unabhängig von der Wahl der Zielgruppe muss aber die Methodik auf transkulturellen Grundlagen beruhen.

10.1.8. Verhältnis- und Verhaltensprävention

Die Aktivitäten der Prävention sollen sowohl auf strukturelle Verbesserungen (Verhältnisprävention) als auch auf das individuelle Gesundheitsverhalten (Verhaltensprävention) ausgerichtet werden (BZGA 2006a). Bei einer Verstärkung von strukturellen Präventionsmassnahmen (zum Beispiel Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz, rauchfreie Restaurants, Alters- und Kaufbeschränkungen) ist gemäss den Umfragen eine gute Akzeptanz durch die Migrationsbevölkerung zu erwarten.

Entscheidend ist eine „gute Mischung“ aus den beiden Präventionsformen. Verhältnisprävention schafft die Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, das Gesundheits- und Abhängigkeitsverhalten zu ändern. Strukturelle Änderungen sollen, soweit möglich, zu den Zielen oder zumindest zur Vision jedes Angebots gehören. Für die Mitarbeitenden von Angeboten und Projekten bedeutet dies, dass sie die wissenschaftliche Literatur zu den beiden Präventionsformen kennen müssen, um die richtigen Massnahmen einzuplanen. Wie bei der Wahl der Zielgruppe ist auch bei der Wahl der Methode eine möglichst auf Daten und Analysen basierende Begründung wichtig. Auch Erfahrungen aus anderen Interventionen sollen berücksichtigt werden, sofern vorhanden. Bestimmte Länder sind in manchen Aspekten der Verhältnisprävention, speziell beim Tabakkonsum, weiter fortgeschritten als die Schweiz (in der Türkei tritt im Juli 2009 zum Beispiel ein Gesetz für rauchfreie Arbeitsplätze in Kraft). In diesen Fällen können die Vorschriften im Heimatland thematisiert und als Aufhänger für die Kommunikation verwendet werden.

10.1.9. Setting-Ansatz

„Bei der Arbeit entstehen zum Teil Gesundheitsstörungen. Die während der Arbeitszeit durchgeführte betriebliche Gesundheitsförderung kann dadurch auch legitimiert werden. Die Belegschaft in einem Betrieb hat Gemeinsamkeiten und bei der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung kann diese gemeinsame Kultur und die soziale Vernetzung genutzt werden.“

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Der Setting-Ansatz ist darauf ausgerichtet, die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, gesundheitsfördernd zu gestalten. Für Bevölkerungsgruppen, die unter gesundheitlich besonders belastenden Rahmenbedingungen leben – wie dies für Teile der Migrationsbevölkerung zutrifft –, ist der Setting-Ansatz darum zentral. Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in Settings (vor allem Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde bzw. Quartiergemeinschaft) bedeutet, strukturelle Änderungen im Setting so vorzunehmen, dass auch für die Migrationsbevölkerung gesundes Verhalten erleichtert wird.

Settings sind soziale Systeme (BZgA, 2006b). Die transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung muss dementsprechend die sozialen Besonderheiten der Migrationsbevölkerung in diesen Settings berücksichtigen. Wie oben beschrieben, spielen dabei der partizipative Ansatz und die Arbeit über starke Beziehungen (Vertrauensbildung) eine zentrale Rolle.

Zwei Beispiele für transkulturelle Vorgehensweisen in Settings:

- § Die betriebliche Gesundheitsförderung soll auch in Arbeitsfeldern realisiert werden, in denen besonders viele Personen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind. Bei der Planung der betriebsinternen Angebote sollen Personen mit Migrationshintergrund einbezogen werden.
- § Bei der Arbeit im Setting Schule soll darauf geachtet werden, dass Aktivitäten zu Präventions- oder Gesundheitsförderung so weit möglich mit Beteiligung von Lehrpersonen, SchülerInnen und Eltern mit Migrationshintergrund geplant und umgesetzt werden. Bei der Kommunikation muss darauf geachtet werden, dass sich auch Personen angesprochen fühlen, die die einheimische Sprache weniger gut verstehen und auf schriftlichem Weg nicht gut erreichbar sind.

10.1.10. Aufsuchender Ansatz – Zugang zu Angeboten erleichtern

Beispiel: Rauchstopp

„Die Rauchstoppprogramme werden zum Beispiel in Vereinsräumen angeboten. Die MigrantInnen kennen diese Vereinsräume und wissen, wie man dorthin kommt. ... Die Rauchstoppkurse werden auch zu Hause angeboten. Es gibt zum Beispiel eine Frauengruppe, welche sich regelmässig trifft und mitmachen möchte. Mit dieser Gruppe wird der Kurs bei einer Frau zu Hause angeboten.“

Aus der Umfrage von Bauer (2008)

Aufsuchende Präventionsarbeit

Die befragten Fachpersonen bestätigen, dass der aufsuchende Ansatz in der Präventionsarbeit für die Migrationsbevölkerung zentral ist, weil diese den Weg in die Institutionen oft erst spät finden. Dies gilt insbesondere für sozial Benachteiligte (BZGA 2006a). Die aufsuchende, partizipative Präventionsarbeit soll als eine wichtige Strategie festgelegt und umgesetzt werden. Dabei geht es auch darum, eine Prävention „von oben herab“ zu vermeiden. Das Aufsuchen der Personen mit Migrationshintergrund geschieht mit Hilfe von Netzwerken (siehe Abschnitt 10.1.5, Partizipation und Dialog). Dabei sollen die Ziele und die Zielgruppe genau präzisiert werden. Transkulturelle Anpassung der aufsuchenden Arbeit bedeutet, Kenntnisse der von Gruppe zu Gruppe wechselnden sozialen Einflüsse und Regeln zu erlangen und die Settings der Zielgruppen mit ihren Gesetzmäßigkeiten, Strukturen und Subkulturen kennen zu lernen. Das aufsuchende Vorgehen muss auf die Lebenswelten, die Gesundheitskompetenz (Health Literacy), die Verkehrsformen und auf die Bedeutung der starken Beziehungen und der Informalität der Zielgruppe eingehen. Allerdings bestehen noch grosse Erfahrungslücken im Wissen, der Konzeptarbeit und der Umsetzung aufsuchender Arbeit.

Anpassung der Dienstleistungen

Gemäss den befragten Fachleuten der transkulturellen Arbeit sind folgende Anpassungen der generellen Angebote zu empfehlen:

- § Konstante Ansprechpersonen
- § Eine den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung angepasste Erreichbarkeit (Öffnungszeiten, Internetauftritt, Ansage des Telefonbeantworters)
- § Verbesserte Beratungsangebote für die Migrationsbevölkerung
- § Leicht verständliche Kommunikation auf Deutsch/Französisch/Italienisch und in verschiedenen anderen Sprachen.

Bekanntheit bestehender Angebote verbessern

Die bereits vorhandenen spezifischen Angebote für Personen mit Migrationshintergrund sind oft zu wenig bekannt. Die befragten Fachleute mit Migrationshintergrund empfehlen, sie sichtbarer zu machen, zum Beispiel mit Inseraten in Medien der Migrationsbevölkerung, Gratiszeitungen oder öffentlichen Verkehrsmitteln.

10.1.11. Kommunikationsmethoden anpassen

Beispiel: Rauchstoppwettbewerb für die Migrationsbevölkerung 2007

Unter der Ägide der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) haben verschiedene Suchtpräventionsstellen im Rahmen des Projektes „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ den Rauchstopp-Wettbewerb erstmal unter spezieller Berücksichtigung von Personen mit Migrationshintergrund durchgeführt. Um auch Personen mit Migrationshintergrund anzusprechen, wurden an Ständen interkulturelle VermittlerInnen eingesetzt, deren Aufgabe es war, Passanten und Passantinnen in einer Fremdsprache (türkisch, albanisch, spanisch, portugiesisch, bosnisch, serbisch, kroatisch, kurdisch) zur Teilnahme zu motivieren. Der Einsatz dieser VermittlerInnen hat sich bewährt, zumal diesen auch ein in der entsprechenden Sprache verfasstes Hilfsmittel zur Verfügung stand. Das eingesetzte Material (Informationsstände, T-Shirts etc.) wurde als hilfreich beurteilt. Wichtig – so die Evaluation – war die Zusammenarbeit mit der Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention. Diese Stelle hat wesentlich dazu beigetragen, die interkulturellen VermittlerInnen in einem Kurzlehrgang für ihre Aufgabe auszubilden. Es genügt allerdings laut der AT nicht, die unterschiedlichen Gruppen in ihrer Sprache anzusprechen; weitere Massnahmen sind nötig.

Aus der Umfrage von Müller (2008)

Gestaltung der Kommunikation

Der erfolgreichste Zugang zur Migrationsbevölkerung geht über den persönlichen Kontakt. Schriftliche Informationen sollten nicht überbewertet werden, sie sind nur als Unterstützung und als Türöffner wichtig (auch in der Muttersprache). Wo die Sprache versagt oder nicht ausreicht, sind andere Formen der Kommunikation hilfreich (Bilder, Szenen, Handlungen, Musik, Filme). Die Bewertung verschiedener Kommunikationsformen kann sich innerhalb der Migrationsbevölkerung deutlich unterscheiden.

Zugangswege zur Migrationsbevölkerung

Das übergeordnete Ziel der transkulturellen Ausrichtung der Prävention und Gesundheitsförderung ist es, der Migrationsbevölkerung – auch marginalisierten Personengruppen – den Zugang zu einem breiten Spektrum von Angeboten zu eröffnen. Da dies heute noch nicht sichergestellt ist, verdienen die Zugangswege spezielle Beachtung. Die aufsuchende Arbeit soll einen hohen Stellenwert haben – eine Empfehlung, die nicht nur für die Migrationsbevölkerung gilt. Ausserdem ist ein Zugang über HausärztInnen und Apothekenpersonal zu erwägen, da diese das Vertrauen grosser Teile der Migrationsbevölkerung geniessen. Kurse, Workshops und Informationsveranstaltungen können gute „Vehikel“ sein und sollen in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe angeboten werden. Die Teilnehmenden sollen die Präventionsbotschaften mit ihren Lebenserfahrungen verknüpfen können. Musik- und Theateraktionen können der Sensibilisierung dienen, wenn VertreterInnen der Zielgruppe involviert sind. Nicht bewährt haben sich rein schriftliche Wege, Workshops mit heterogenem Zielpublikum (Sprachen, Bildungsgrad), das ausschliessliche Weitergeben von Information an Vereinspräsidenten von Migrations-Organisationen, das Zeigen von Präventionsfilmen ohne persönliches Gespräch, Interventionen zur falschen Zeit sowie eine unprofessionelle Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen und interkulturellen VermittlerInnen (siehe Kap. 5, Netzwerke der Migrationsbevölkerung).

Die Rolle von Schlüsselpersonen in der Migrationsbevölkerung wird für den Zugang zur Migrationsbevölkerung und die Verbreitung von Informationen übereinstimmend als wichtig bewertet (zu den Schlüsselpersonen siehe auch Kasten in Abschnitt 10.1.5, Partizipation und Dialog). Voraussetzung ist, dass die Schlüsselpersonen Vertrauen und Einfluss in der Zielgruppe geniessen und über eine ausreichende fachliche Bildung verfügen. Die Bedeutung von Vereinen und ähnlichen Organisationen der Migrationsbevölkerung für die Weitervermittlung von Gesundheitsinformationen wird sehr unterschiedlich eingeschätzt. Fachpersonen geben ihnen einen hohen Stellenwert bei der Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung. Die Vereine zeigen Interesse an Aktivitäten wie Informationsveranstaltungen und Rauchstopp-Angeboten, wenn diese mit adäquaten Gegenleistungen verknüpft sind und nicht eine übermässige Belastung der oft schwachen Strukturen bedeuten (Güngör et al., 2000, Salis Gross et al. 2007).

Kommunikation über die Medien

Eine zielgruppenspezifische Abklärung ist vor jedem Medieneinsatz zu empfehlen. Generell werden Medien in der Sprache des Herkunftslandes besser wahrgenommen. Das Fernsehen ist das wichtigste Medium für die Migrationsbevölkerung, insbesondere für die erste Generation. Ein Einsatz des Internets empfiehlt sich bei Jugendlichen und der zweiten Generation. Die Nutzung von Printmedien ist in der Schweiz noch kaum untersucht; sicher ist, dass hier grosse Heterogenität herrscht, unter anderem je nach Herkunftsland. Es werden sowohl Medien aus dem Herkunfts- wie aus dem Aufnahmeland genutzt, bei Jugendlichen vermehrt Medien aus dem Aufnahmeland. Eine transnationale und translokale Zusammenarbeit mit Medien ist zu prüfen, wo der zu erwartende Aufwand vertretbar erscheint. Es gibt allerdings (noch) keine schweizspezifischen Sendungen und Werbefenster in ausländischen Medien.

In der Schweiz selbst gibt es verschiedene Medien (vor allem Zeitschriften), die von Personen mit Migrationshintergrund für die Migrationsbevölkerung bzw. Teile davon gemacht werden. Die Zusammenarbeit mit diesen Medien ist zu empfehlen.

Dabei muss die Arbeitsweise von Fall zu Fall den Gegebenheiten angepasst werden.

Zielgruppensensible Anpassung der Kommunikation. Die Charakteristika der Zielgruppe entscheiden über die Gestaltung der Inhalte. Die Präventionsbotschaft soll auf den soziokulturellen Kontext, den Wissensstand, den Bildungsgrad der Migrationsbevölkerung, auf ihre Normen, Werte und Vorstellungen zur Gesundheit und Krankheit ausgerichtet sein. Genderspezifische Unterschiede verdienen dabei Beachtung. Verschiedene Zugangswege sollen kombiniert werden: Themen, die von der Zielgruppe gut akzeptiert werden, können als „Türöffner“ für schwierig zu kommunizierende und tabuisierte Themen funktionieren.

10.1.12. Dokumentation, Evaluation und Wissenstransfer

Damit laufende Angebote verbessert und Good-Practice-Empfehlungen weitergegeben werden können (zum Beispiel mit Tagungen und Publikationen), braucht es eine gute Dokumentation und Evaluation (BAG, 2007c). Die Wirksamkeit von Massnahmen soll untersucht und dokumentiert werden. Dokumentation und Evaluation sollen für jedes grössere Projekt verlangt und die notwendigen finanziellen Mittel dafür gesprochen werden.

Eine Prozessevaluation wird von den befragten Präventionsfachleuten als wichtig angesehen, weil sie die laufende Verbesserung des Projekts ermöglicht (Müller, 2008). Aber erst durch die Evaluation der Wirksamkeit von Präventionsangeboten können Aussagen zum Nutzen und der Effizienz abgeleitet und weitergegeben werden.

Die migrationsgerechte Öffnung von bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention wird durch einen gezielten Wissenstransfer von Grundlagen und operationellen Hilfsmitteln gefördert (BAG, 2007c). Dies kann zum Beispiel über Konferenzen, Workshops und Internet-Plattformen geschehen (siehe auch Kap. 5, Netzwerke der Migrationsbevölkerung).

10.1.13. Forschung

Die Forschung im Bereich Gesundheit und Migration soll gefördert werden, insbesondere bezüglich der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung (Kasper et al., 2008). Sie soll gut koordiniert und transdisziplinär durchgeführt werden.

Präzise Fragestellungen und entsprechend angepasste Methodik

Die offenen Forschungsfragen sollen im Dialog mit den Fachleuten der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung eruiert werden. Es gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Forschung, die beste Methodik für die jeweilige Fragestellung zu erarbeiten und anzuwenden. Hier bestehen noch grössere Wissenslücken.

Systematische, spezifisch auswertbare Datenerfassung

Um den Gesundheitszustand, die Einstellungen und das Gesundheitsverhalten der Personen mit Migrationshintergrund über längere Zeit beobachten zu können und einen eventuellen Präventionsbedarf zu erkennen, ist eine regelmässig und systematisch erfasste, vergleichbare Datenbasis unabdingbar (Kasper et al., 2008).

Angaben zum Risikoverhalten der Migrationsbevölkerung, zum Beispiel Tabak- und Alkoholkonsum, sollen erfasst werden.

Qualitative und quantitative Daten kombiniert interpretieren

Die in der Forschung vermehrt angewandten sozialwissenschaftlichen und kombinierten sozialwissenschaftlich-epidemiologischen Ansätze liefern Daten zu Einstellungen und Verhalten und damit wichtige Erkenntnisse für die Gesundheitsförderung und Prävention. Die Ergebnisse der Literaturanalyse lassen empfehlen, die empirische Forschung weiter auszubauen, was den Aufbau evidenzbasierter Strategien ermöglichen würde. Um das Zusammenspiel zwischen soziodemographischen Gegebenheiten und der Gesundheit bestimmen zu können, sind qualitative und quantitative Daten kombiniert (nicht isoliert) zu interpretieren.

Migrationspezifische Risikofaktoren

Die Sterblichkeit von Personen mit Migrationshintergrund ist in Bezug auf spezifische Krankheiten, vor allem solchen, die mit dem Alkohol- und Tabakkonsum sowie Ernährung und Bewegungsmangel in Verbindung stehen, differenzierter zu untersuchen, damit zu Gruppen mit spezifischen Risiken Aussagen gemacht und zielgruppengerechte Präventionsangebote geschaffen werden können. Bei Jugendlichen ist weitere Forschung nötig, welche die Daten zur Nationalität mit Informationen zum Migrationshintergrund, zum sozioökonomischen Status etc. kombiniert analysiert. Auch eine nähere Untersuchung des sozialen Einflusses (etwa von *peer groups* oder der Familie) innerhalb der unterschiedlichen Migrationsgruppen wäre aufschlussreich. Zudem sollte untersucht werden, welche Zugangsbarrieren zur Prävention und Gesundheitsförderung für die verschiedenen Subgruppen der Migrationsbevölkerung bestehen.

Mediennutzung

Die Mediennutzung von Personen mit Migrationshintergrund ist noch nicht ausreichend untersucht. Personen mit Migrationshintergrund sollten systematisch in den entsprechenden Befragungspanels erfasst, der Migrationshintergrund in Kombination mit weiteren Faktoren wie dem sozioökonomischen Status analysiert werden (Piga A in Bonfadelli und Moser, 2007). Für öffentliche Plakatkampagnen und Werbespots im Rahmen der Tabak- und Alkoholprävention oder auch der Bekämpfung der Übergewichtsepidemie wäre zu prüfen, welche migrationspezifischen Anpassungen sinnvoll sind.

Nutzung und Potenziale von Netzwerken untersuchen

Netzwerke spielen eine zentrale Rolle in der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung. Sie sind aber erst wenig untersucht. Die bestehenden Untersuchungen sollen fortgesetzt und erweitert werden.

Instrumente

Die Umfrage bei transkulturell tätigen Fachpersonen hat gezeigt, dass Qualitätsstandards, Checklisten und Evaluationen zusammen mit Institutionen, die Erfahrung in der transkulturellen Arbeit haben, entwickelt werden sollten (Bauer, 2008).

10.2. Migrationsspezifische Tabak- und Alkoholprävention

10.2.1. Tabakprävention

Personen aus verschiedenen Herkunftsregionen (Deutschland, Frankreich, Österreich, Italien, Portugal, Sri Lanka) zeigen verglichen mit Personen mit Schweizer Abstammung einen gleich hohen oder tieferen Tabakkonsum (GMM 2006). Nur bei türkeistämmigen Personen und Personen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens ist ein erhöhter Raucheranteil nachgewiesen. Das Wissen der Befragten zum Rauchen ist besser als von den Fachpersonen vermutet. Die Bedeutung der Abhängigkeit wird – ähnlich wie bei der einheimischen Bevölkerung – unterschätzt, offenbar weil hier Wissenslücken bestehen. Der Tabakkonsum der Migrationsbevölkerung wird von den gleichen Faktoren bestimmt, die auch bei Personen mit Schweizer Abstammung zentral sind, zum Beispiel Abhängigkeit und gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens. Als zusätzliche Belastung kommen migrationsspezifische Probleme wie Einsamkeit, Angst vor Ausschaffung, Bedrohung der Familie im Herkunftsland oder Erwerbslosigkeit hinzu. Dies führt dazu, dass die Folgen des Tabakkonsums trotz vorhandenem Wissen oft nicht prioritär beurteilt werden. Das Wissen über und der Zugang zu Präventionsangeboten unter den Befragten ist schlecht, Angebote werden oft erst spät und nur mit Unterstützung durch eine Fachperson genutzt.

Aus diesen und weiteren Erkenntnissen von Fachleuten ergeben sich folgende

Empfehlungen für die migrationssensible Tabakprävention:

- § Der Migrationsbevölkerung müssen mehr Angebote zur Verfügung gestellt werden bzw. bestehende Angebote müssen stärker auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet werden. Viele bestehende Angebote können durch relativ geringfügige Anpassungen auch der Migrationsbevölkerung nützen. Umgekehrt können Massnahmen, die auf sozial benachteiligte Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung ausgerichtet sind, auch anderen Bevölkerungsteilen zugute kommen.
- § Die Migrationsbevölkerung soll im Rahmen der herkömmlichen und zukünftigen Tabakpräventionsprojekte differenzierter berücksichtigt werden.
- § Geschlechts- und altersspezifische Massnahmen sind einzuplanen. Insbesondere sollen die Männer angesprochen werden, weil sie unabhängig von der Herkunft deutlich mehr rauchen als die Frauen. Bei den Frauen zeigt sich laut GMM ein Präventionsbedarf bei den 29- bis 50-Jährigen. Zu beachten ist, dass sprachlich integrierte Frauen tendenziell häufiger rauchen, also das unter Schweizerinnen weit verbreitete Verhalten des Rauchens übernehmen (Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006).
- § Gruppenspezifische Interventionen sind bei grossen Gruppen bzw. Subgruppen und hohen Konsumfrequenzen empfehlenswert, da der zu erwartende Impact gross ist.
- § Wissen zu den gesundheitlichen Risiken und zum Abhängigkeitssyndrom soll spezifisch vermittelt werden. Die physiologische Bedeutung des Nikotins und die Wirksamkeit von Medikamenten beim Ausstieg stehen dabei im Zentrum.
- § Viele Personen haben Erfahrungen mit Krankheit oder Tod durch Tabakkonsum im näheren sozialen Umfeld gemacht, was im Rahmen präventiver Massnahmen genutzt werden kann.
- § Das steigende Bewusstsein zu den Gefahren des Passivrauchens, insbesondere in Bezug auf Kinder, kann als Ressource genutzt werden.
- § Gezielte Informationsvermittlung an Eltern ist zu empfehlen, zum Beispiel im Rahmen von Geburtsvorbereitungs- und Säuglingspflegekursen.
- § Die Haltung von Respektspersonen zum Rauchen hat in Teilen der Migrationsbevölkerung grossen Einfluss auf das Verhalten. Es ist abzuklären, welche Respektspersonen innerhalb einzelner Zielgruppen anerkannt werden.
- § Bei praktizierenden MuslimInnen kann der Ramadan für Rauchstopp-Angebote genutzt werden (während des Ramadan ist das Rauchen bei Tag untersagt).

10.2.2. Alkoholprävention

Gemäss dem GMM ist der Anteil der täglich Trinkenden bei Personen aus Italien und Portugal höher als bei Personen mit Schweizer Herkunft. Ein episodischer Risikokonsum (Rauschtrinken) ist nur bei Personen aus Portugal verbreiteter als bei SchweizerInnen. Fachleute halten jedoch aufgrund persönlicher Erfahrung und allgemeinen Eindrücken fest, dass auch Gruppen anderer Herkunft (Sri Lanka, Osteuropa, Subsahara-Afrika, Italien, Spanien) unter grossen Alkoholproblemen leiden. Das Wissen zu den Folgen von Alkoholmissbrauch ist bei den befragten Personen mit Migrationshintergrund eher rudimentär vorhanden. Differenzierte Informationen zu den gesundheitlichen Folgen des riskanten Alkoholkonsums fehlen. Alkohol wird sehr polarisierend beurteilt: Entweder wird er verharmlost oder mit grossen Gefahren in Verbindung gebracht. Soziale Normen, die sich teilweise widersprechen, bestimmen den Konsum mit (Trinken als Pflicht und als Schande). Der Konsum von Alkohol wird genderspezifisch beurteilt und praktiziert, die Abhängigkeit wird – wie bei Personen mit Schweizer Hintergrund – oft tabuisiert. Alkohol wird als in der Schweiz leicht zugänglich, erschwinglich und weit verbreitet, das Trinken als in der Schweiz sozial stark erwünscht, partiell gar als Pflicht wahrgenommen.

Aus diesen und weiteren Erkenntnissen von Fachleuten ergeben sich folgende

Empfehlungen für die migrationssensible Alkoholprävention:

- § Zentral ist, dass für die Migrationsbevölkerung mehr Angebote zur Verfügung gestellt werden bzw. dass bestehende Angebote stärker auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet werden.
- § In der Alkoholprävention braucht es einerseits mehr herkunftsgruppenspezifische Angebote, die für die Zielgruppe spezifisch ausgeprägte Faktoren wie Gender, Alter und sozioökonomischen Status berücksichtigen.
- § Andererseits soll die Migrationsbevölkerung in den Angeboten der Alkoholprävention, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, verstärkt berücksichtigt werden.
- § Dem Geschlecht und dem Alter der Zielpersonen soll Rechnung getragen werden (Männer trinken mehr als Frauen, und der Konsum nimmt mit dem Alter zu). Das Bild, wonach Alkoholtrinken zum Mannsein gehört, soll revidiert werden. Ansätze, die auf eine Verhaltensänderung bei Männern abzielen, sollen auf eine migrationspezifische Anpassung hin geprüft werden.
- § Die Rolle der Familie und deren Potenziale sollen bei der Planung von Interventionen reflektiert werden.
- § Es wird empfohlen, die Unterstützung von Personen aus dem sozialen Umfeld von Personen mit Alkoholproblemen zu verstärken.
- § Riskanter Alkoholkonsum soll bei gleichzeitiger Information über die Gefahren enttabuisiert werden.
- § Eine positive Haltung gegenüber Abstinenzanten soll gefördert werden.
- § Wo gesetzliche Massnahmen für Fahren in angetrunkenen Zustand (FiaZ) durchgeführt werden, soll eine begleitende individuelle, längerfristige Beratung stattfinden. Zur Beratung soll die Unterstützung einer übersetzenden Person angeboten werden.
- § Eine weiterführende, regelmässige, professionelle Begleitung nach einem Alkoholentzug soll angeboten werden.

10.3. Leitfragen zur transkulturellen Öffnung

10.3.1. Leitfragen zur transkulturellen Öffnung von Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung

Dieses Leitfragen-Raster richtet sich an das Management und die übergeordneten strategischen Gremien von Organisationen, die in der Prävention und Gesundheitsförderung tätig sind.

Das Ziel der Arbeit mit dem Raster ist die transkulturelle Öffnung der Organisation:

- § die Anpassung von Strategien, Strukturen und Prozessen hin zu einem transkulturellen Ansatz und
- § der Aufbau von transkultureller Kompetenz bei den Mitarbeitenden.

Ein sofortiger, umfassender Wandel hin zur transkulturellen Arbeit ist den meisten Organisationen unmöglich und auch nicht das primäre Ziel dieses Leitfragen-Rasters. Vielmehr sind die Leitfragen als Werkzeug konzipiert, mit dem die Ausrichtung der Organisation überprüft und schrittweise angepasst werden kann. Unter Punkt 4 (Fazit) ist Platz für eigene Gedanken zu den Möglichkeiten und der Priorisierung der hier angesprochenen Massnahmen.

Es ist wichtig, die für die transkulturelle Organisationsentwicklung notwendigen Ressourcen (Zeit, Finanzen, Personal, Fachwissen) langfristig einzuplanen (siehe Punkt 1). Die Unterstützung des transkulturellen Ansatzes durch die EntscheidungsträgerInnen in der Organisation und der Politik ist dafür entscheidend.

Zu den einzelnen Leitfragen werden Hinweise und Tipps gegeben, die bei der Beantwortung nützlich sein können. Ein Beispiel:

Betreibt die Organisation das Networking mit der Migrationsbevölkerung bzw. den Zielgruppen geplant und nachhaltig?

- § *Das Networking mit den Zielgruppen soll sich nicht auf Einzelprojekte beschränken, sondern koordiniert über alle Angebote/Projekte hinweg betrieben werden.*
- § *Berufsbezogene Bekanntschaften einzelner Mitarbeitender sollten gepflegt und für andere Mitarbeitende nutzbar gemacht werden.*

1. Organisationsentwicklung und Förderung der Mitarbeitenden

„Was wird unternommen, damit die professionelle Arbeit der Organisation (Verwaltungsstelle, NGO, Firma, Verein, Stiftung etc.) jederzeit auch den Bedürfnissen von Personen mit Migrationshintergrund gerecht wird?“

1.1. Ist die Arbeit zugunsten von benachteiligten Personen, insbesondere solchen mit Migrationshintergrund, in Ihrer Organisation ein wichtiges Thema? Was unternimmt die Organisation zur transkulturellen Öffnung?

- § Eine Analyse des Handlungsbedarfs gibt Aufschluss darüber, welche Elemente der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung in der Organisation strategisch verankert werden sollen.
- § Diskussionen in den entsprechenden Gremien sorgen für die Unterstützung der EntscheidungsträgerInnen.
- § Die Dokumente der Organisation (Statuten, Leitbild, Strategien etc.) sollten angepasst werden, mit Vorteil unter Verwendung handlungsleitender Formulierungen.
- § Die Ressourcen (Zeit, Finanzen, Personal) für den Prozess der transkulturellen Öffnung sollten in Mehrjahresbudgets eingeplant werden.
- § Bei Bedarf kann externe fachliche Hilfe beigezogen werden.
- § Die neue strategische Ausrichtung sollte intern und extern kommuniziert werden.

1.2. Verfügt die Organisation über Mitarbeitende mit Migrationshintergrund? Besteht eine Politik zur Förderung der transkulturellen Kompetenz der Mitarbeitenden?

- § Aufgrund der Erfahrungen von transkulturell tätigen Organisationen wird empfohlen, Fachpersonen mit Migrationshintergrund anzustellen (sowohl im Management als auch in der operativen Umsetzung von Angeboten und Projekten).
- § Zusätzlich können bei Bedarf externe Fachpersonen mit Migrationshintergrund beigezogen werden, zum Beispiel in beratender Funktion.
- § Das Fortbildungsangebot der Organisation soll zur Entwicklung transkultureller Kompetenz beitragen und Themen wie Gesundheit und Lebenswelten der Migrationsbevölkerung, transkulturelle Öffnung von Angeboten und Projekten, transkulturelle Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz etc. umfassen.

1.3. Gibt es interne Widerstände gegenüber einer transkulturellen Öffnung der Organisation? Wie äussern sie sich? Welche Massnahmen werden ergriffen, um die Widerstände zu bewältigen?

- § Die Verankerung der transkulturellen Öffnung in den strategischen Grundlagen der Organisation bringt zum Ausdruck, dass die Führungsebene hinter der Idee steht.
- § Eine gute Information der Mitarbeitenden und eine gute Begründung der transkulturellen Ausrichtung ermöglicht die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden der Organisation. Zu den wichtigsten Argumenten gehören das Anstreben von Chancengleichheit und die Tatsache, dass gewisse Zielgruppen nur mit einer transkulturellen Öffnung erreicht werden können.
- § Die Unterstützung der Mitarbeitenden bei der transkulturellen Öffnung trägt dazu bei, den Wandel in der Organisation zu verankern. Wichtig sind vor allem Angebote zur Fortbildung und zum Konfliktmanagement.

2. Vernetzung und Koordination mit dem professionellen Umfeld

„Wie sind die Angebote/Projekte der Organisation in der Schweizer Landschaft der Prävention und Gesundheitsförderung positioniert?“

2.1. Sind die Strategien und Massnahmen der Organisation in Übereinstimmung mit der nationalen Strategie Migration und Gesundheit? (Siehe www.miges.admin.ch)

§ In der nationalen Strategie Migration und Gesundheit ist die Ausrichtung der Schweizer Prävention und Gesundheitsförderung zugunsten der Migrationsbevölkerung festgehalten. Zur Bündelung der begrenzten Ressourcen ist es empfehlenswert, eine grosse Kohärenz der Aktivitäten in der Schweiz anzustreben.

§ Es empfiehlt sich zu prüfen, welchen Handlungsfeldern der Strategie Migration und Gesundheit die Angebote/Projekte der Organisation am ehesten zugeordnet werden können. Dies eröffnet die Möglichkeit einer Koordination mit im gleichen Handlungsfeld aktiven Organisationen.

§ Ein „Alleingang“ ausserhalb der nationalen Strategie sollte begründet werden können.

2.2. Sind Strukturen und Prozesse vorgesehen, die den Austausch und die Vernetzung mit für die transkulturelle Arbeit bedeutenden Personen/Organisationen ermöglichen?

§ Die Bildung von Koordinationsgremien und/oder der Einsitz in Gremien anderer Organisationen vereinfacht den Austausch. Vertreterinnen anderer Organisationen können auch in eigene Gremien eingeladen werden (zum Beispiel in Beiräte). Ein Austausch mit Fachleuten aus anderen Disziplinen ist ebenfalls zu prüfen.

§ Regelmässige Kontakte zu EntscheidungsträgerInnen aus der Politik und Verwaltung sind empfehlenswert (Parlamentsmitglieder, Fraktionssekretariate, Parteien, zuständige Verwaltungsstellen).

§ Die Migrationsbevölkerung pflegt Kontakte über die Region und die Landesgrenzen hinaus. Eine Zusammenarbeit über geografische Grenzen hinweg lohnt sich auch für Fachleute. Interessant sind zum Beispiel Kontakte zu Fachleuten der Prävention und Gesundheitsförderung in den Herkunftsländern der Migrationsbevölkerung oder in anderen Aufnahmeländern.

3. Vernetzung mit der Migrationsbevölkerung

„Pfleget die Organisation Netzwerke und Kontakte zu den Communities der Migrationsbevölkerung, auch über die Zusammenarbeit in Einzelprojekten hinaus?“

3.1. **Betreibt die Organisation das Networking mit der Migrationsbevölkerung bzw. den Zielgruppen geplant und nachhaltig?**

- § Das Networking mit den Zielgruppen soll sich nicht auf Einzelprojekte beschränken, sondern koordiniert über alle Angebote/Projekte hinweg betrieben werden.
- § Berufsbezogene Bekanntschaften einzelner Mitarbeitender sollten gepflegt und für andere Mitarbeitende nutzbar gemacht werden.
- § Mitarbeitende können bei der Verbesserung des Networking zum Beispiel durch entsprechende Leitlinien, Adress-Datenbanken und Fortbildungen unterstützt werden.

3.2. **Wird die externe Mitarbeit von Personen mit Migrationshintergrund und von Organisationen der Migrationsbevölkerung honoriert? In welcher Form?**

- § Für externe Fachpersonen sollten angemessene Honorare und Spesenvergütungen vorgesehen werden.
- § Wo ein regelmässiger, weiterreichender Einsatz von Fachpersonen mit Migrationshintergrund geplant ist, kann die Einrichtung von Fachpersonen-Pools mit vertraglich geregelter Honorierung erwogen werden (zum Beispiel für interkulturelle Vermittlerinnen).
- § Der Bedarf für eine Festanstellung der externen Fachpersonen sollte regelmässig geprüft werden.
- § Allenfalls kann es für Organisationen der Migrationsbevölkerung hilfreich sein, strukturellen Support zu erhalten (zum Beispiel durch die Bereitstellung von Büro-Infrastrukturen).

4. Leitfragen zur transkulturellen Öffnung von Organisationen: Fazit

Wir möchten Sie einladen, sich etwas Zeit für ein persönliches Fazit zu nehmen. Welche der in den Leitfragen thematisierten Aspekte möchten Sie in Ihrer Organisation priorisieren? Wo sehen Sie Probleme für Ihre Organisation? Welche neuen Erkenntnisse haben Sie gewonnen?

10.3.2. Leitfragen zur transkulturellen Öffnung von Angeboten und Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung

Dieses Leitfragen-Raster richtet sich an Verantwortliche von Angeboten und Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung, die daran interessiert sind, ihre Arbeit besser auf benachteiligte Personen mit Migrationshintergrund auszurichten. Das Raster ist als Werkzeug konzipiert, mit dem die Ausrichtung von Angeboten und Projekten überprüft und schrittweise angepasst werden kann. Unter Punkt 8 ist Platz vorgesehen für eigene Gedanken zu den Möglichkeiten und der Priorisierung der angesprochenen Massnahmen. Die Leitfragen können und sollen während den verschiedenen Entwicklungsphasen eines Projekts oder Angebots immer wieder gestellt und beantwortet werden.

Verschiedene Organisationen in der Schweiz haben Leitfragen für den Migrationsbereich entwickelt. Für Projekt- und Angebotsverantwortliche stellt sich die Frage, welches Raster sich am besten für ihr Angebot oder Projekt eignet. Die Wahl sollte nach dem Stand der Planung und der Ausrichtung des bearbeiteten Angebots/Projekts getroffen werden:

- § Das vorliegende Leitfragen-Raster ist vor allem vorgesehen für die transkulturelle Überprüfung und Anpassung bereits bestehender Angebote und Projekte (Öffnung der Regelversorgung).
- § Die Checkliste Migration von quint-essenz eignet sich vor allem bei der Neukonzeption von Angeboten und Projekten (mit und ohne migrationspezifische Ausrichtung).
- § Die Leitfragen von Kaya und Efonayi-Mäder (2008) eignen sich vor allem bei der Überprüfung migrationspezifischer Projekte.

1. Transkulturelle Öffnung⁶⁷

„Wird die Migrationsbevölkerung auch in Angeboten/Projekten, die sich nicht ausschliesslich an die Migrationsbevölkerung richten, ausreichend berücksichtigt?“

1.1. Trägt das Angebot/Projekt dazu bei, den Zugang von benachteiligten Personen mit Migrationshintergrund zur Regelversorgung zu verbessern?

- § Die transkulturelle Öffnung zielt darauf ab, dass alle Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung auch der Migrationsbevölkerung offen stehen.
- § Der Einbezug der Zielgruppe gilt als wichtige Voraussetzung für eine transkulturelle Öffnung (siehe 5.). Dies kann zum Beispiel über Vernetzung mit Organisationen und Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung geschehen.
- § Durch eine aufsuchende Arbeitsweise in Settings, die den Zielgruppen vertraut sind, werden benachteiligte Personen besser erreicht.

⁶⁷ Transkulturelle Öffnung bedeutet, dass die Arbeit auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung so weiterentwickelt wird, dass sie jederzeit auch auf die Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund angepasst ist (Domenig 2007). Benachteiligte Personen sollen aktiv unterstützt und befähigt werden, die Angebote wahrzunehmen.

- § Nicht-aufsuchende Angebote können besser zugänglich gemacht werden, indem zum Beispiel Sprachangebote, Öffnungszeiten etc. an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden.
- § Spezifische Probleme bei ausgewählten Zielgruppen können mit zielgruppenspezifischen/ migrationspezifischen Angeboten angegangen werden.

1.2. Bilden die Ziele des Angebots/Projekts die unter 1.1. beschriebenen Massnahmen ab? Sind Indikatoren des Erfolgs festgelegt worden, die die Wirkung des Angebots/Projekts bei benachteiligten Zielgruppen messen?

- § Es empfiehlt sich, spezifische Ziele für die transkulturelle Öffnung zu formulieren. So wird die Migrationsbevölkerung bei der Umsetzung konsequent als Zielgruppe mitberücksichtigt.
- § Wie allgemein üblich, sollten die Ziele SMART⁶⁸ formuliert werden.

2. Festlegen der Zielgruppe

„Wie werden die Zielgruppen des Angebots/Projekts festgelegt?“

2.1. Gehören benachteiligte Personen und Gruppen zur Zielgruppe des Angebots/Projekts?

- § Die transkulturelle Arbeit konzentriert sich auf sozioökonomisch benachteiligte Personen und Gruppen. Diese sollen in den Zielsetzungen und Massnahmen der Angebote/Projekte explizit genannt und berücksichtigt werden.
- § Ein besonderer Fokus sollte auf Personen und Gruppen der Migrationsbevölkerung liegen, die durch sprachliche und soziokulturelle Barrieren am Zugang zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung gehindert werden. Gruppen, die durch auf die breite Bevölkerung ausgerichtete Massnahmen ungenügend erreicht werden, verdienen besondere Beachtung.

2.2. Wie wird die Wahl der Zielgruppe begründet?

- § Wenn möglich sollten die Zielgruppen auf der Basis eines objektiv belegten Bedarfs⁶⁹ ausgewählt werden.
- § Erhebungen der Bedürfnisse der Zielgruppe können die Wahl ebenfalls beeinflussen. Sie können auch ein guter Gradmesser der Akzeptanz des Angebots/Projekts sein.
- § Wo Daten fehlen, ist es eventuell notwendig, solche zu generieren.

⁶⁸ Specific, measurable, achievable, relevant, time-bound (spezifisch, messbar, erreichbar, bedeutsam, terminiert). Siehe auch www.quint-essenz.ch.

⁶⁹ Von Bedarf wird gesprochen, wenn objektiv ermittelte Daten vorliegen, die eine präventive (oder therapeutische) Intervention rechtfertigen. Von Bedürfnissen wird bei Wünschen und Ansprüchen gesprochen, die von bestimmten Personen und Personengruppen geäussert werden. (www.bag.admin.ch, heruntergeladen 10.11.08)

3. Gesundheitsrelevante Faktoren

„Werden die Lebensumstände und Charakteristika der Zielgruppe bei der Ausgestaltung von Angeboten und Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt?“

3.1. Wird der Einfluss sozioökonomischer Faktoren (Einkommen, Bildung, Arbeit) auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Zielgruppe analysiert? Wie fließen die Erkenntnisse in die Ausgestaltung des Angebots/Projekts ein?

§ Ideal ist es, wenn objektive Daten zur sozioökonomischen Situation der Zielgruppe vorliegen.

§ Wenn keine solchen Daten vorliegen, kann der Einfluss sozioökonomischer Faktoren aufgrund des vorhandenen Wissens abgeschätzt werden.

§ Die Analyse sollte so angelegt sein, dass sie Erkenntnisse zur Formulierung der Ziele, zur Ausgestaltung der Massnahmen und zur Wahl der Settings liefert.

3.2. Wie werden Gender- und Altersunterschiede innerhalb der Zielgruppe berücksichtigt?

§ Die Kenntnis von gender- und altersspezifischen Besonderheiten der Zielgruppe (zum Beispiel ausgeprägte Informationsdefizite in bestimmten Altersgruppen oder Geschlechtsunterschieden bei den Risikofaktoren) ist wichtig, wenn Interventionen zielgruppengerecht geplant und umgesetzt werden sollen. Es wird deshalb empfohlen, die Zielgruppe auf gender- und altersspezifische Besonderheiten zu untersuchen.

3.3. Werden Faktoren, die mit der Migration zusammenhängen und sich auf die Gesundheit der Zielgruppe auswirken, berücksichtigt?

§ Zahlreiche Faktoren, die mit der Migrationserfahrung direkt oder indirekt zusammenhängen, können die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Erreichbarkeit der Zielgruppe beeinflussen (zum Beispiel unterschiedliche Vorstellungen zu Gesundheit, Krankheit und Sucht, Gründe für die Migration, rechtlicher Status in der Schweiz).

§ Diese Faktoren sollen handlungsorientiert analysiert werden. Die Analyse kann dazu eingesetzt werden, das Angebot/Projekt zielgerichteter auszugestalten, zum Beispiel durch Anpassungen in der Wahl der Settings (siehe 4.) und bei der Kommunikation (siehe 5.).

§ Es lohnt sich bei den Analysen im Allgemeinen, Fachleute mit der entsprechenden Erfahrung beizuziehen.

4. Settings

„Wie wird das Angebot/Projekt auf die Lebenswelten der Zielgruppe ausgerichtet?“

4.1. Welche Settings eignen sich besonders für die Umsetzung des Angebots/Projekts?

§ Die Arbeit in Settings gilt als wichtiges Element der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung.

§ Eine Analyse kann zeigen, welche Settings sich für das Angebot/Projekt eignen. Es sollen Settings gewählt werden, die der Zielgruppe vertraut sind.

- § Die in den Settings umgesetzten Massnahmen sollen darauf ausgerichtet sein, benachteiligte Personen/Gruppen zu erreichen. Dazu müssen Interventionen und Methoden den Eigenheiten dieser Personen/Gruppen angepasst werden. Kommunikationsinhalte und -formen sollen so gewählt werden, dass sie den schwierig zu erreichenden Zielgruppen gerecht werden (siehe auch 5.3.). Wichtig ist insbesondere die aufsuchende Arbeit.

5. Beziehungen mit und Kommunikationswege zur Zielgruppe

„Wie werden die Netzwerke und Kommunikationswege der Zielgruppe genutzt?“

5.1. Werden die Kommunikationswege analysiert, mit denen sich die Zielgruppe Informationen zu Gesundheit und Krankheit verschafft?

- § Literaturrecherchen, Umfragen und Fokusgruppen-Gespräche können Klarheit über die Kommunikationswege der Zielgruppe schaffen.
- § Ist eine Analyse der Kommunikationswege nicht möglich, sollten Mitglieder der Migrationsbevölkerung bzw. der Zielgruppe und Fachleute mit Erfahrung in der Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung beigezogen werden (siehe 5.2.).

5.2. Werden Schlüsselpersonen, soziale Netzwerke und Vereine der Zielgruppe bei der Erarbeitung der Angebote/Projekte einbezogen? Wie erfolgt die Einbindung?

- § Die Partizipation der Zielgruppe bei der Erarbeitung und der Kommunikation von Angeboten gilt als wichtiges Element der transkulturellen Arbeit.
- § Die Vernetzung mit Organisationen der Migrationsbevölkerung (auch mit informellen Gruppen), der Beizug von interkulturellen VermittlerInnen und die Arbeit mit Schlüsselpersonen werden empfohlen.

5.3. Werden die Kommunikations- und Informationsmaterialien der Zielgruppe gerecht? Was wird hierfür vorgesehen?

- § VertreterInnen der Migrationsbevölkerung halten fest, dass ein Bedarf nach mehr muttersprachlicher Beratung und übersetzten, inhaltlich adaptierten Informationsmaterialien besteht.
- § Auch der Einsatz weniger sprachgebundener Ansätze wird empfohlen.

5.4. Sind sich die Akteure des Paradoxes „Professionelle Abgrenzung contra informelle Beziehungen“ bewusst? Wie wird damit umgegangen? (siehe Sabbioni & Salis Gross 2006)

- § „Starke“ (vertraute, persönliche) Beziehungen spielen eine zentrale Rolle bei der Kommunikation und Vernetzung mit der Migrationsbevölkerung. Informelle Kontakte und vertrauensvolle Beziehungen setzen eine Nähe zu Personen der Zielgruppe voraus, was im Widerspruch zur professionellen Distanz stehen kann.
- § Es kann hilfreich sein dieses Thema innerhalb des Projekts oder der Organisation anzusprechen.
- § Werden Mitarbeitende beim Umgang mit dem Paradox unterstützt, können sie Erfahrung im Umgang damit gewinnen und das professionelle Arbeiten mit unterschiedlichen Beziehungsstilen erlernen (Aus- und Fortbildungen, Supervisionen etc.).

6. Evaluation

„Wie wird die Zielerreichung und Qualität des Angebots/Projekts geprüft, und wie werden die Ergebnisse verwertet?“

6.1. Welche Erkenntnisse zur transkulturellen Arbeit liefert die Evaluation?

- § Die Evaluation kann Auskunft darüber geben, ob die Zielgruppe erreicht wird (insbesondere auch die unter 3.1. genannten benachteiligten Personen und Gruppen) und wie gut die Akzeptanz des Angebots ist.
- § Im Rahmen einer Wirkungsevaluation sollte überprüft werden, ob die Ziele des Angebots/Projekts auch im Hinblick auf die transkulturelle Zielsetzung erreicht werden.
- § Die Evaluation sollte so angelegt werden, dass die Erkenntnisse zur Optimierung des Angebots/Projekts genutzt werden können.
- § Evaluationsergebnisse sollten kommuniziert bzw. publiziert werden, um sie anderen Akteuren zur Kenntnis zu bringen.

7. Institutionelle Verankerung

„Sind transkulturelle Angebote und Projekte in der Organisation gut eingebettet?“

7.1. Hat die Organisation die Rahmenbedingungen geschaffen, damit das Angebot/Projekt dem transkulturellen Ansatz entsprechend geplant und angepasst werden kann?

- § Die Erfahrung zeigt, dass eine nachhaltige transkulturelle Öffnung eine Verankerung auf der strategischen Ebene der Organisation bedingt (explizite Erwähnung in Statuten, Leitbildern, Strategien etc.). Verantwortliche von Projekten und Angeboten können sich innerhalb ihrer Organisation auch über das eigene Arbeitsgebiet hinaus für die transkulturelle Arbeit einsetzen.
- § Die Mitarbeitenden sollten bei der Zusammenarbeit mit der Migrationsbevölkerung von ihrer Organisation unterstützt werden, zum Beispiel durch Fortbildung, Supervisionsangebote und ein ausgebautes Konfliktmanagement.
- § Aufgrund der Erfahrungen von transkulturell tätigen Organisationen wird empfohlen, Personen mit Migrationshintergrund möglichst auf allen Ebenen der Organisation anzustellen.

7.2. Ist die mittel- und langfristige Finanzierung der transkulturellen Öffnung sichergestellt?

- § In der strategischen Planung und Budgetierung sollten die nötigen Ressourcen für die transkulturelle Öffnung vorgesehen sein.
- § Eine Integration erfolgreicher Projekte ins Regelangebot ist anzustreben.

8. Fazit

Wir möchten Sie einladen, sich etwas Zeit für ein persönliches Fazit zu nehmen. Welche der in den Leitfragen thematisierten Aspekte möchten Sie in Ihren Angeboten/Projekten priorisieren? Wo sehen Sie Probleme? Welche neuen Erkenntnisse haben Sie gewonnen?

10.4. Zusammenfassungen für die unterschiedlichen Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung

Die im Rahmen dieses Projektes erarbeiteten Empfehlungen sind von Interesse für verschiedene AkteurInnen. Hier werden die wichtigsten Punkte für die einzelnen Gruppen zusammengefasst.

10.4.1. Zusammenfassung für politische EntscheidungsträgerInnen

- § Politischen Willen zur Unterstützung der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung stärken (Chancengleichheit als gesetzlich verankerte Grundlage)
- § Sektorenübergreifende Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung der Migrationsbevölkerung (Wirtschaft, Steuern, Migrationspolitik etc.)
- § Verankerung des transkulturellen Ansatzes in den Organisationen und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung
- § Langfristige Finanzierung, nachhaltige Arbeit, Institutionalisierung und Multiplikation erfolgreicher Projekte
- § Transkulturelle Ausrichtung bzw. Erweiterung als wichtiges Kriterium für die Finanzierung von Angeboten/Projekten
- § Sowohl strukturelle Anpassungen (Verhältnisprävention) als auch Ansätze beim individuellen Gesundheitshandeln (Verhaltensprävention)
- § Bessere Koordination der Schweizer Akteure, zum Beispiel durch Anreize zur Zusammenarbeit und Internet-Plattform
- § Förderung des Transfers von Good-Practice-Empfehlungen (Dokumentation, Evaluation, Tagungen, Publikationen)
- § Transnationale und translokale Zusammenarbeit im Bereich Migration und Gesundheit
- § Systematische Datenerfassung und Forschung mit Blick auf die Gesundheit der Migrationsbevölkerung

10.4.2. Zusammenfassung für die Führungsebene von Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung

- § Organisationsentwicklung hin zur transkulturellen Öffnung der Institutionen
- § Sensibilisierung und Aus-/Weiterbildung der Mitarbeitenden
- § Förderung von Diversität und heterogenen Teams, Personen mit Migrationshintergrund auf möglichst vielen Stufen der Organisation und in allen Phasen der Arbeit
- § Ausgebildete interkulturelle VermittlerInnen adäquat integrieren
- § Partizipation und Dialog mit Organisationen und Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung
- § Vernetzung und Austausch mit Organisationen der Prävention und der transkulturellen Arbeit, Kontinuität in diesem Austausch schaffen
- § Vernetzung mit Ärzteschaft
- § Netzwerke mit PolitikerInnen und anderen Entscheidungsträgern
- § Transnationale und translokale Zusammenarbeit
- § Sowohl strukturelle Anpassungen (Verhältnisprävention) als auch Ansätze beim individuellen Gesundheitshandeln (Verhaltensprävention)

**Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung:
Synthesebericht**

- § Partizipation der Zielgruppe, Orientierung an deren Ressourcen
- § Verkehrs- und Kommunikationswege der Zielgruppen mit VertreterInnen der Migrationsbevölkerung besprechen
- § Zugang zu Präventions- und Gesundheitsangeboten erleichtern
- § Bestehende und neue Angebote im Hinblick auf den Nutzen für die Migrationsbevölkerung prüfen und anpassen
- § Setting-Ansatz unter Berücksichtigung der besonderen sozialen Gegebenheiten der schwer erreichbaren Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung
- § Aufsuchende Präventionsarbeit stärken
- § Schriftliche Unterlagen an die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung anpassen
- § Tabakprävention: neben breit ausgerichteten Programmen auch herkunftsspezifische Interventionen, v.a. bei Personen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien
- § Alkoholprävention: neben breit ausgerichteten Programmen auch herkunftsspezifische Interventionen unter Berücksichtigung von Geschlecht und Alter
- § Gesundheitsförderung von Personen mit Migrationshintergrund stärken
- § Gute Dokumentation und Evaluation, Wirkungsüberprüfung, Erstellung von Good-Practice-Empfehlungen, Austausch mit anderen Organisationen

10.4.3. Zusammenfassung für Projektverantwortliche

- § Eigene transkulturelle Kompetenz durch Fortbildung verbessern
- § Raster zur Interventionsanalyse für die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten anwenden (Siehe Raster unter 10.4. sowie Tabelle 10.2. mit Kurzfassung des Rasters)
- § Wichtigste migrationspezifische Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit beachten (siehe Tabelle 10.1).
- § Partizipation der Migrationsbevölkerung
- § Soziale und individuelle Ressourcen der Zielgruppe nutzen
- § Präventionsarbeit in bewährten Settings (Arbeitsplatz, Schule, Gesundheitswesen) und weiteren für die Kommunikation geeigneten Einrichtungen (Frauentreffs, Sportvereine, Treffpunkte, Zentren für Asylsuchende)
- § Berücksichtigung der Normen und Werte in der Zielgruppe
- § Soziale und individuelle Ressourcen der Zielgruppe nutzen
- § Partizipation der Migrationsbevölkerung
- § Interkulturelle VermittlerInnen einsetzen
- § Unterschiedliche Zugangswege kombinieren (mündlich, aufsuchend, Aktionen, Kurse, Workshops, Informationsveranstaltungen, muttersprachliche Informationsmaterialien, Medien)
- § Niederschwellige, aufsuchende Arbeit
- § Muttersprachliche Beratungsangebote und übersetzte Informationsmaterialien vermehrt anbieten
- § Verwendung von Bildern, Szenen, Handlungen, Musik und Geschichten

10.4.4. Zusammenfassung für EntscheidungsträgerInnen in der Forschung

- § Präzise Fragestellungen und entsprechend angepasste Methodik
- § Regelmässige und systematische Erfassung epidemiologischer Daten zu Gesundheit, Krankheit, Wissen, Einstellungen und Verhalten
- § Qualitative und quantitative Daten kombiniert interpretieren
- § Bedeutung von migrationsspezifischen Faktoren auf die Gesundheit untersuchen
- § Mediennutzung von Personen mit Migrationshintergrund näher untersuchen
- § Nutzung und Potenziale von Netzwerken untersuchen
- § Erkenntnisse für migrationsspezifische Anpassungen der Kommunikation generieren
- § Qualitätsstandards, Checklisten und Evaluationen zusammen mit operativ tätigen Institutionen mit transkulturellem Fachwissen entwickeln

Glossar

Bedarf und Bedürfnisse

Von Bedarf wird gesprochen, wenn objektiv ermittelte Daten vorliegen, die eine präventive (oder therapeutische) Intervention rechtfertigen. Von Bedürfnissen wird bei Wünschen und Ansprüchen gesprochen, die von bestimmten Personen und Personengruppen geäußert werden. Ein Bedarf kann auch bei Fehlen eines Bedürfnisses vorliegen; zum Beispiel äussern Personen mit Migrationshintergrund mit prekärem Aufenthaltsstatus selten ihre Bedürfnisse. Die Bedarfsabklärung ist ein wichtiger Teil der Planung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung. Sie gibt objektive Entscheidungsgrundlagen zur Prioritätensetzung, zur Rechtfertigung von Mitteln und zum Verzicht auf ineffiziente Leistungen mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Gruppen zu schützen und zu fördern. (www.bag.admin.ch, heruntergeladen 10.11.08)

Burden of Disease (Krankheitslast)

Die Krankheitslast besteht in der Differenz zwischen dem tatsächlichen Gesundheitszustand und einem Idealzustand, in dem jeder Mensch bis ins Alter ohne Krankheiten und Invalidität lebt. (www.who.int, heruntergeladen 18.8.2008)

DALY (Disability Adjusted Life Year, qualitätskorrigiertes Lebensjahr)

Das DALY ist ein Gesundheitsmass, das neben den potenziellen Lebensjahren (Potential Years of Life Lost, PYLL) auch die Beeinträchtigung des Lebens durch Krankheit und Invalidität einberechnet. Ein DALY kann man sich als ein verlorenes „gesundes“ Lebensjahr vorstellen. (www.who.int, heruntergeladen 18.8.2008)

Empowerment

Empowerment umfasst alle Strategien, die es den Menschen ermöglichen, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten. Dabei geht es um die individuelle Befähigung und um Prozesse von Gruppen hin zu gemeinsamer Stärke und Handlungsfähigkeit (Gutzwiller und Paccaud, 2007).

Familiarisierung

Beziehung zwischen Fachperson und Klient, die mit „Wir-Gefühlen“ affektiv besetzt ist. Die Familiarisierung steht im Gegensatz zur professionellen Distanz (Domenig, 2007a).

Gesundheitliche Chancengleichheit

Diese ist dann gegeben, wenn alle dieselbe Chance haben, gesund zu sein bzw. ihr Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen (BAG, 2007c).

Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM)

2004 wurden zum ersten Mal detaillierte, subjektive Daten über den Gesundheitszustand, die soziale Lage und das Gesundheitsverhalten von Teilen der Migrationsbevölkerung erhoben und mit Daten der einheimischen Bevölkerung verglichen. Das GMM wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Migration (BFM) durchgeführt, im Rahmen der Bundesstrategie Migration und Gesundheit 2002 bis 2007. Das GMM nahm in erster Linie die Nationalität und Muttersprache und in zweiter Linie den Aufenthaltsstatus zum Definitionskriterium und fokussierte Personen mit Migrationshintergrund italienischer, portugiesischer, türkischer und srilankischer Herkunft sowie solche aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, aus Deutschland, Österreich und Frankreich; bei den Asylsuchenden waren es AlbanerInnen aus Kosovo und TamillInnen. Die Grundgesamtheit bildeten die in der Schweiz wohnhaften Personen zwischen 15 und 74 Jahren. Ergänzend wurden zwei Nachanalysen erstellt (BAG, 2002; Rommel, Weilandt et al., 2006; Gabadinho, Wanner und Dahinden, 2006; Gabadinho und Wanner, 2008).

Gesundheitskompetenz (Health Literacy)

„Die Fähigkeit der/des Einzelnen, in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken“ (BAG, 2007c: 39). Dabei lässt sich zwischen einer funktionalen, einer interaktiven und einer kritischen Ebene unterscheiden: Die funktionale Gesundheitskompetenz beinhaltet die Lese- und Schreibfähigkeiten, die einer Person den Zugang zu Information ermöglichen. Die interaktive Gesundheitskompetenz schliesst zusätzlich soziale Kompetenzen mit ein und ermöglicht es Personen, eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umzugehen und ihre soziale Umwelt so einzubeziehen, dass diese für ihre Gesundheit förderlich ist. Die kritische Gesundheitskompetenz bezieht sich auf eine kritische Beurteilung der Informationen aus dem Gesundheitssystem und auf eine konstruktive Auseinandersetzung auch mit den politischen und wirtschaftlichen Aspekten des Gesundheitssystems (BAG, 2007c).

Good Practice

Der Begriff „Good Practice“ wird statt „Best Practice“ in allen Fällen verwendet, wo Projekte, die gute und vorbildliche, aber nicht in allen Bereichen „beste“ Arbeit leisten, berücksichtigt werden sollen. Ihre Expertise soll nicht verloren gehen, sondern anderen Projekten und Interessierten zugänglich gemacht werden (BMG und BZGA, 2007). Good Practice in der Prävention und Gesundheitsförderung sind Massnahmen und Aktivitäten, die mit den Werten und Theorien der Prävention und Gesundheitsförderung übereinstimmen, deren Wirksamkeit belegt ist und die geeignet sind, die gesteckten Ziele zu erreichen (Lehmann, Geene et al., 2006). Eine Good Practice richtet sich nach fünf Prinzipien und soll (Lehmann, Geene et al., 2006: 12 f.):

- § praxisorientiert sein, statt sich nur an theoretischen Konzepten zu orientieren;
- § Transferpotenziale nutzen, also innovative und bewährte Ansätze auf andere Projekte und Handlungsfelder übertragen;
- § qualitätsorientiert sein;
- § Praxis und Forschung verknüpfen;
- § transparent bewerten, das heisst die Auswahl der guten Beispiele nachvollziehbar machen.

Gesundheitsförderung und Prävention sollen evidenzbasiert sein und Evidenz liefern, das heisst aufzeigen, was wirksam ist, wie und unter welchen Voraussetzungen es wirksam ist.

Interkulturelle VermittlerInnen

Interkulturelle VermittlerInnen informieren adressatengerecht Personen mit Migrationshintergrund und Fachpersonen öffentlicher Dienstleistungen über kulturelle Besonderheiten, die unterschiedlichen Regeln des Polit- und Sozialsystems oder über unterschiedliche gesellschaftliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Bildungs- oder Beratungseinrichtungen und sorgen dafür, dass möglichst keine Unklarheiten zwischen Arzt/Patient, Anwalt/Mandant, Lehrer/Eltern entstehen. (inter-pret.ch, heruntergeladen 18.8.2008)

Mainstreaming Migration

Unter Mainstreaming Migration versteht man alle Tätigkeiten, die darauf abzielen, dass Handelnde in Politik, Verwaltung und Gesellschaft beim Planen, Umsetzen und Evaluieren von Programmen, Projekten und Massnahmen systematisch auch migrationsspezifische Faktoren berücksichtigen. Die angestrebten Veränderungen sollen durch Information, Koordination und Vernetzung in den unterschiedlichen Stellen des schweizerischen Gesundheitswesens nachhaltig verankert werden (www.bag.admin.ch, heruntergeladen 17.7.08).

Managing Diversity

Eine Institution soll der Verschiedenartigkeit der beteiligten Personen (Mitarbeitende, KlientInnen, KundInnen) Rechnung tragen. Das Führungskonzept „Managing Diversity“ geht davon aus, dass Vielfalt wertzuschätzen ist und dass Menschen mit verschiedenen Hintergründen als gleichwertig zu behandeln sind. Aufgabe der Führung ist es, die Institution so zu gestalten, dass die individuellen Unterschiede erkannt und respektiert werden. Die Institution muss auch festlegen, wo individuellen Bedürfnissen nicht Rechnung getragen werden kann. Die „Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa“ (siehe Saladin, 2006) benennt Aufgaben für die Umsetzung von Managing Diversity, die auf die Prävention und Gesundheitsförderung übertragen werden können.

Migrationsstatus

Der Migrationsstatus definiert im einfachsten Sinn, ob eine Person der Migrationsbevölkerung angehört oder nicht. Teilweise wird weiter unterschieden nach eigener Zuwanderung (erste Generation) und Zuwanderung der Eltern (zweite Generation) oder nach Art der Migration (Arbeitsmigration, Flucht, etc.).

Personen mit Migrationshintergrund

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden oder nicht. Dieser Begriff umfasst somit zum einen die in der Schweiz wohnhaften AusländerInnen (erste und zweite Generation), zum anderen alle eingebürgerten Personen (BAG, 2007c). Im vorliegenden Bericht verwenden wir den Begriff synonym mit dem Begriff „Migrationsbevölkerung“. Das BAG bezeichnet nur Personen mit ausländischem Pass als Migrationsbevölkerung (BAG, 2007c).

Prekär

Prekäre Lebensverhältnisse zeichnen sich aus durch eine Kombination von Unsicherheit, Schutzlosigkeit und Wehrlosigkeit. Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus haben keine Klarheit darüber, wie lange sie sich in der Schweiz aufhalten können, und können die Angebote der Gesundheitsversorgung nicht vollständig in Anspruch nehmen (AsylbewerberInnen und Sans-Papiers). Prekäre Arbeitsverhältnisse zeichnen sich analog durch eine besonders grosse Unsicherheit in zeitlicher oder ökonomischer Hinsicht bzw. durch mangelnden Arbeitnehmerschutz aus (Marti M und Osterwald S, „Die Volkswirtschaft“, Vol. 2, 2004).

Setting

Ein Setting ist ein soziales System, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Dementsprechend können in einem Setting die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet werden. (BZgA 2006b) In Settings können grosse Zielgruppen – vor allem sonst schwer erreichbare Gruppen – mit verhältnismässig geringem Aufwand erreicht werden.

Transnationale und translokale Arbeit

Personen mit Migrationshintergrund bewegen sich heute nicht mehr nur vom Herkunftsland zum Aufnahmeland, sondern pendeln zwischen den Ländern und zwischen Regionen hin und her. Sie halten starke Beziehungen zum Herkunftsort oder zu Personen in anderen Ländern/Regionen aufrecht. Haushalte von Personen mit Migrationshintergrund sind in zwei oder mehr Staaten angesiedelt. Sie sind eingebettet und unterhalten soziale und ökonomische Beziehungen zu ihrem Herkunfts- und Zielort (Parrreiter, 2000). Es gibt jedoch nicht nur nationale Grenzüberschreitungen, sondern auch Grenzüberschreitungen im weiteren Sinn. So bewegen sich Menschen heute mehr und mehr grenzüberschreitend, indem sie sich an sehr unterschiedlichen Orten und in verschiedenen Interessengemeinschaften beziehungsweise Communities vernetzen. Dabei vernetzen sich Personen mit Migrationshintergrund sowohl mit dem Herkunftsland als auch mit ihrer Community in den Aufnahmegesellschaften. Diese Beziehungen sind dabei primär eine wichtige soziale Ressource, auch wenn teilweise dadurch Integrationsbemühungen gebremst werden können. Transnationale und translokale Räume sind sowohl in der Herkunfts- wie auch in der Ankunftsregion verankert und verbinden diese miteinander. (Stuker et al., 2008)

Verhältnisprävention und Verhaltensprävention

Eine wirkungsvolle Prävention umfasst Verhältnisprävention und Verhaltensprävention in einem ausgewogenen Mass und im Sinne von „umfassenden Programmen“ (Surgeon General, 2000; UICC, 2004; IOM, 2000). Mit der Verhältnisprävention wird darauf hin gearbeitet, den gesellschaftlichen Kontext so zu verändern, dass ungesundes Verhalten erschwert und gesundes Verhalten begünstigt wird. Mit der Verhaltensprävention werden die Zielgruppen durch Information und Motivation dazu bewegt, ihr Verhalten bewusst zu ändern.

Vulnerabel

Vulnerabel bedeutet „verletzlich“, „anfällig“. Der Begriff beschreibt das erhöhte Risiko für Krankheiten und gesundheitsschädigende Lebensbedingungen bei Teilen der Migrationsbevölkerung. Der Begriff betont die eingeschränkte Selbstbestimmung im Umgang mit Risikofaktoren und der eigenen Gesundheit.

Literaturverzeichnis

- Achermann, C., Chimienti, M., und Stants, F. (2006). Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Annaheim, B. (2007). Transkulturelle Prävention – Literaturrecherche. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA. Unveröffentlicht.
- Annaheim, B., und Gmel, G. (2004). Alkoholkonsum in der Schweiz. Ein Synthesebericht zu Alkoholkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA.
- Arn, B. (2004). Öffnung von Institutionen der Zivilgesellschaft. Grundlagen und Empfehlungen zuhanden des Bundesamtes für Zuwanderung, Integration und Auswanderung IMES und der Eidgenössische Ausländerkommission EKA. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Astudillo, M., und Maffli, E. (2007). Ambulante Suchthilfe. Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2005. Statistischer Tabellenband. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007a). Ressortforschungskonzept Gesundheit 2008-2011. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007b). Katalog zu den Ressortforschungsthemen im Gesundheitsbereich in Ergänzung zum Ressortforschungskonzept Gesundheit 2008-2011. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007c). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007d). „Alles im Griff?“. Gemeinsam gegen 1 Glas zu viel. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00602/index.html?lang=de> (heruntergeladen am 25.10.2007). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007e). Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des "Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung". Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007f). Mehr Gewicht für Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber der kurativen Medizin. „spectra – Gesundheitsförderung und Prävention“. 65, November 2007. Internationales: 10. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007g) : Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007h). Nationales Programm Alkohol 2008-2012 (NPA). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (o.A.) quint-essenz. Checkliste Migration. Version: 1.1./15.06.2007/3. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (o.A.). Bedeutung einer migrationsspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (o. A.). Factsheet zu Migration und Alkohol. In S. Chancengleichheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2006a). Forschung Migration und Gesundheit. Im Rahmen der Bundesstrategie "Migration und Gesundheit 2002 - 2007". Recherche Migration et santé. Dans le cadre de la "stratégie "Migration et santé 2002-2007 de la Confédération. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2006b). Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2002). Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2001). Nationales Programm zur Tabakprävention 2001-2005 (NPTP). Bern, Bundesamt für Gesundheit BAG.

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung: Synthesebericht

- BAG Bundesamt für Gesundheit (1998). Die sozialen Kosten des Tabakkonsums: Das Rauchen kostet jährlich 10 Milliarden Franken.
<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=4451> (heruntergeladen am 10.8.2007).
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2008). Erläuternder Bericht zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bauer, T. (2006). Das Vertrauen ist das Wichtigste. Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten mit der Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz. St. Gallen: Caritas Schweiz, Fachstelle Gesundheit und Integration.
- Bauer, T. (2008). Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention. Luzern: Caritas Schweiz, Fachstelle Gesundheit und Integration.
- Berry, J. W., 1992. Acculturation and Adaption in a New Society. International Migration, XXX/ Special Issue: Migration and Health in the 1990s: 69-86.
- BFM Bundesamt für Migration (Ed.). (2006). Probleme der Integration von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz: Bestandesaufnahme der Fakten, Ursachen, Risikogruppen, Massnahmen und des integrationspolitischen Handlungsbedarfs. Bern: Bundesamt für Migration BFM.
- BFM Bundesamt für Migration (2008). Ausländerstatistik per Ende April 2008. Bern: Bundesamt für Migration BFM.
- BFS Bundesamt für Statistik (2007a). Das Panorama zu „Bevölkerung“. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/pan.html> (heruntergeladen am 30.10.2007).
- BFS Bundesamt für Statistik (2007b). Bevölkerungsstand und -struktur, Analysen, Aktuellste Daten. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/dos/result.html> (heruntergeladen 30.11.2007)
- BFS Bundesamt für Statistik (2007c). Migration und Integration, Datensätze, Ausländische Wohnbevölkerung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/01.html> (heruntergeladen 30.11.2007)
- BFS Bundesamt für Statistik (2008). Sterblichkeit nach Todesursachen, 1998/2003. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS Bundesamt für Statistik (2006). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2006. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- BFS Bundesamt für Statistik (2005). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- BFS Bundesamt für Statistik (2004). Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- BFS Bundesamt für Statistik (2003). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- BFS Bundesamt für Statistik (2002). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Gesundheitsbefragung 1997. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- BFS Bundesamt für Statistik (2000). Eidgenössische Volkszählung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Biedermann, A. (2006). Förderung der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- Bischoff, A. und Wanner P. (2004). Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen: Sinnvoll? Machbar? Realistisch? Neuenburg: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.
- Bodenmann, P. (2006). Medical Outpatient Clinic of Lausanne: Migrant Friendly "compatible"? Lausanne: Medical Outpatient Clinic, Departement of Community Medicine and Public Health, University of Lausanne.
- Bodenmann, P., Cornuz, J., Pin, M., Ruffieux, C., Daepfen, J.-B. und Favrat, B. (2006). Screening and brief intervention for smoking in primary care: any differences between Swiss natives and immigrants? Swiss Medical Forum, 6:455-457.

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung: Synthesebericht

- Bodenmann, P., Cornuz, J., Ruffieux, C., Pin, M. und Favrat, B. (2005). Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente? Lausanne: Policlinique médicale universitaire de Lausanne.
- Bodenmann, P., Murith, N., Favrat, B., Vaucher, P., Bissery, A., Vannotti, M., Cornuz, J., Pécoud, A. und Zellweger, J. P. (2005). Perception of the damaging effects of smoking, and brief cessation counselling by doctors. A comparison between native Swiss and immigrants. *Swiss Medical Weekly*, 135:256-262.
- Bodenmann, P. (2003). La migration est-elle un facteur de risque du tabagisme? *Médecine et Hygiène*, 2452:1870-1873.
- Bollini, P. und Wanner P. (2005). Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Bolzman, C., Poncioni-Derigo, R., Vial, M. und Fibbi, R. (2004). Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland. *Ageing and society*. Vol. 23: 411-429.
- Bonfadelli H, Bucher P (2007). Mediennutzung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Schweiz. In: Bonfadelli H, Moser H. *Medien und Migration. Europa als multikultureller Raum?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Boos-Nünning, U., und Otyakmaz, B. Ö. (2002a). Deutschsprachige wissenschaftliche Literatur zu Migration und Sucht. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Vol. Band 141/11)*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft: 9-84.
- Boos-Nünning, U., und Otyakmaz, B. Ö. (2002b). Bestandesaufnahme und Evaluation bestehender interkultureller präventiver Angebote. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Vol. Band 141/11)* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft: 227-316.
- Bouchardy, C., Wanner, P. und Raymond, L. (1999). Mortalité des étrangers en Suisse: Résultats d'une analyse des décès par cause (1989-1992). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2006). *IV-Statistik 2006*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Bundesministerium für Gesundheit und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). *Gemeinsame Pressemitteilung BMG-BZgA: Closing the Gap – Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa reduzieren* (heruntergeladen am 06.03.2007).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002), *Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Vol. Band 141/11)*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006a). *Förderung des Nichtrauchens*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006b). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003). *Gesundheitsförderung für soziale Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22)*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen (Vol. 15)*: Köln.
- Burgi, D. et al. (1995). *Migrantenprojekt. Ein Projekt des Bundesamtes für Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Tätigkeitsbericht 1993–1995*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Calmonte, R. (1998). Die Gesundheit der ausländischen Bevölkerung. In: Bundesamt für Statistik. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Detailergebnisse der 1. Gesundheitsbefragung 1992/93*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Calmonte, R., Spuhler, T. und Weiss, W. (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Caritas (2003). *Sozialmanach 2003, Gesundheit – eine soziale Frage*. Luzern: Caritas-Verlag.
- Cattacin, S. und Chimienti, M. (2007). *Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health. National policies compared (Working Paper No.1)*. Geneva: Université de Geneve, Faculté des Sciences Economiques et Sociales.

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung: Synthesebericht

- Chimienti, M. und Cattacin, S. (2001). Migration et santé: priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Chimienti, M., Efionayi-Mäder D. und Losa, S. (Eds.). (2001). Caractéristiques épidémiologiques des étrangers en Suisse. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Christakis, Nicolas A. und Fowler, James (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med* 358;21:2249-2258.
- Contact Netz (2004). Schlussbericht des Projekts „Migration und Sucht“. Bern: Contact Netz.
- Dahinden, J. (2005a). Die Integration von Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund in die Institutionen der Suchthilfe. Theoretische und praktische Überlegungen. *Abhängigkeiten* 2005;1: 5-17.
- Dahinden, J. (2005b). Prishtina – Schlieren. Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum. Zürich: Seismo.
- Dahinden, J., Delli, Ch., Grisenti, W. (2005). Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell "Migration und Sucht". Forschungsbericht 36/2005. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Degrade, A., Testa-Mader, A. und Clerici, N. (1999): La mortalità negli svizzeri e negli stranieri immigrati nel Cantone Ticino. *Epidemiologia e Prevenzione* 23:84-89.
- Delgrande, J., M. (2005). act-info im stationären Alkohol- und Medikamentenbereich – Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2004 – Deskriptive Statistik. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA.
- Delgrande, J., M. (2007). Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Ergebnisse der KlientInnenbefragung act-info 2006 – Deskriptive Statistik. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA.
- D'Haenens L (2007). Medien und Diversität in den Niederlanden: Politik und Forschung im Überblick. In: Bonfadelli H, Moser H. *Medien und Migration. Europa als multikultureller Raum?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- DiClemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. (2000). The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, 9: 16-21.
- Domenig, D. (2001). Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag.
- Domenig, D. (2007a). Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber Verlag.
- Domenig, D. (2007b). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: D. Domenig (Ed.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber Verlag: 165-189.
- Domenig, D. (2007c). Transkulturelle Organisationsentwicklung. In: D. Domenig (Ed.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber Verlag: 341-368.
- Domenig, D., Salis Gross, C., Wicker, H.-R. (2000). Studie Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern und Bundesamt für Gesundheit.
- Efionayi-Mäder, D. und Chimienti, M. (2003). Migration und Gesundheit: eine sozialpolitische Orientierung. *Sozialalmanach*, 5:155-172.
- Eicke, M. und Zeugin, B. (2007). Transkulturell handeln - Vielfalt gestalten. Zur Bedeutung transkultureller Kompetenzen in einer Gesellschaft der Diversität (Diskussionspapier 17). Luzern: Caritas.
- Europäische Kommission MFH – Migrant-Friendly Hospitals (2004). Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa. Amsterdam: Europäische Kommission MFH – Migrant-Friendly Hospitals, a European Initiative to Promote Health and Health Literacy for Migrants and Ethnic Minorities.
- Fachkommission Prävention + Gesundheitsförderung. (2006). Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht zuhanden des EDI. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Fachkommission „Prävention + Gesundheitsförderung“: Bericht zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

**Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung:
Synthesebericht**

- Ferron, C.; Haour-Knipe, M.; Tschumper, A. et al. (1997). Health behaviours and psychosocial adjustment of migrant adolescents. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 30 (127): 1419-1429.
- Festinger, L. (1978). *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Frick, U., Lengler, R., Neuenschwander, M., Rehm, J. und Salis Gross, C. (2006). *Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen im Kanton Zürich 1995-2002*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Friedli, T. und Krebs, D. (2005). *Transkulturelle Kompetenz in der stationären Suchtarbeit. Eine theoretische und empirische Untersuchung zur Problematik abhängiger Migranten am Beispiel tamilischer alkoholkranker Männer*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Berner Fachhochschule, Bern.
- Gabadinho, A. und Wanner, P. (2008). *La santé des populations migrantes en Suisse : seconde analyse des données du GMM. Le rôle du niveau d'intégration, des discriminations subies, des comportements à risque et de l'isolation sociale*. Laboratoire de démographie et d'études familiales, Université de Genève.
- Gabadinho, A., Wanner, P. und Dahinden, J. (2006). *Le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et le recours aux services de santé: une analyse des données de l'enquête GMM*. Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Gesetzgebung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Systematische Sammlung. Verordnung über Zulassung, Aufenthalt und Erwerbstätigkeit. SR 142.201.
- Gilgen, D., Salis Gross, C., Mäusezahl, D., Frey, C., Tanner, M., Weiss, MG. und Hatz, Ch. (2002). *Impact of Organized Violence on Illness Experience of Turkish/Kurdish and Bosnian Migrant Patients in Primary Care*. *Journal of Travel Medicine* 9(5):236-243.
- Gilgen, D., Mäusezahl, D., Salis Gross, C., Battagay, E., Flubacher, P., Tanner, M., Weiss, MG. und Hatz, Ch. (2005). *Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary care in Basel*. *Health and Place* 11/3: 261-273.
- Gilgen, D., Mäusezahl, D., Salis Gross, C., Battagay, E., Flubacher, P., Tanner, M., Weiss, M.G. und Hatz, Ch. (2003). *Klinische cultural epidemiology von Gesundheitsproblemen ambulant behandelte Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und aus Bosnien*. In: Wicker Hans-Rudolf, Rosita Fibbi und Werner Haug (Ed.), *Migration und die Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms "Migration und interkulturelle Beziehungen"*. Zürich: Seismo, 507-530.
- Goode, William J. (1957). *Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen*. In: Luckmann, Thomas und Sprandel, Walter M. (Eds.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer und Witsch (1972), 157-68.
- Gmel, G., Rehm, J., Kuntsche, E., Wicki, M. und Grichting, E. (2004). *Das European School Survey Project On Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse 2003 und aktuelle Empfehlungen*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA.
- Gmel, G., Rehm, J. und Frick, U. (2003). *Trinkmuster, Pro-Kopf-Konsum von Alkohol und koronare Mortalität*. In: *Sucht*. 49 (2): 95-104.
- Graf, M. (2006). *Sucht und Männlichkeit. Grundlagen und Empfehlungen*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA.
- Grüber C (2005). *Asthma und Allergie bei türkischstämmigen Kindern in Berlin*. In: Borde T, David M, (Eds.). *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Güngör K, Salis Gross C, Gilgen D (2000). *Gesundheitsrelevante Netzwerke türkeistämmiger Migrantinnen in der Schweiz*. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut.
- Gutzwiller, F. und Paccaud, F. (Eds.) (2007). *Sozial- und Präventivmedizin – Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Häfliger, J. und Arn, B. (2006). *Vorgehenskonzept zur Literaturstudie Transkulturelle Prävention*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz SRK.
- Hungerbühler, H. (2004). *Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie*. In: Schweizerisches Rotes Kreuz. *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo.
- Hungerbühler, H. (2006). *Alter und Migration*. Bern: Huber.
- Ideli, M., und Oggier, J. (2005). *Interkulturelle Suchtprävention*. *Suchtprävention, laut&leise*, 3:12-13.

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung: Synthesebericht

- IOM (2000). State programs can reduce tobacco use. Washington DC: Institute of Medicine IOM.
- Jeanrenaud, C., Vitale, S. und Priez, F. (1998). Le coût social de la consommation de tabac en Suisse. Neuchâtel: Université de Neuchâtel, IREER.
- Jurt, L. (2006). Migration und Gesundheit. In: Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten (Vol. November 2006). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Kasper T, Arn B, Salis Gross C, Stuker R, Moser C, Schnoz D, Annaheim B (2008). Literaturstudie und Bestandesaufnahme zur transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention: Studienergebnisse. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz SRK.
- Kaya, B. und Efionayi-Mäder, D. (2006). Chancengleichheit und Gesundheit: State of Art (Grundlagenpapier / Mai 2006). Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Kaya, B. und Efionayi-Mäder, D. (2007). Grundlegendokument „Migration und Gesundheit“. Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Krebs, H., Keller, R., Radtke, T. und Hornung, R. (2007). Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2006. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Gesundheitspolitik, Fachstelle Tabakpräventionsfonds. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Kuntsche, E., Gmel, G. und Annaheim, B. (2006). Alkohol und Gewalt im Jugendalter. Abschlussbericht, 2006. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA.
- Lasswell, H. (1948). The structure and function of communication in society. In: L. Bryson (ed.). The communication of ideas. New York: Harper.
- Lehmann, F., Geene, R., Kaba-Schönstein, L., Kilian, H., Meyer-Nürnberg, M., Brandes, S. und Bartsch, G. (2006). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, Gesundheitsförderung Konkret 5. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA.
- Leifman, H., Kuhlhorn, E. und Allebeck, P. (1995). Abstinence in late adolescence – antecedents to and covariates of a sober lifestyle and its consequences. *Social Science and Medicine*. 41;113-121.
- Longchamp, C., Aebersold, M., Rousselot, B., Ratelband, S. (2005). Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Migration. Bern: gfs.
- MacKay, L., Macintyre, S. und Ellaway, A. (2003). Migration and health: a review of the international literature. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit.
- Maggi, J. und Cattacin, S. (2003). Needed Basic Research in "Migration and Health" 2002-2006 in Switzerland (29/2003). Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Mandelbaum, D. (1979). Alcohol and Culture. Michigan: Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Manzano, S. und Suter, S. (2002). La santé des enfants requérants d'asile à Genève. *Médecine et Hygiène* 2379:360-362.
- Mielck A (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber
- Moret, J., Meffre, V., und Dahinden, J. (2007a). Gesundheits- und Integrationspolitik mit Netzwerken von MigrantInnen. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsfragen SFM.
- Moret J, Meffre V, Dahinden J (2007b): Die Bedeutung von Migrationsnetzwerken in der öffentlichen Gesundheits- und Integrationspolitik. Modul 3: Informationsdiffusion und -rezeption bei MigrantInnen: Mikroperspektive. Interne Zusammenfassung. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Populationsfragen.
- Moser, C. (2006). Voranalyse von empirischer Literatur und Praxiserfahrungen im Bereich der transkulturellen Tabakprävention auf nationaler und internationaler Ebene. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz SRK.

**Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung:
Synthesebericht**

- Müller, R. (2007). Befragung zur transkulturellen Suchtprävention bei Experten und Expertinnen der Alkohol- und Tabakprävention. Herzogenbuchsee: PHS.
- Nichter M. (1998). Smoking: What does culture have to do with it? *Addiction*, (Suppl 1): 139-145.
- Nierkens, V., Stronks, K., van Oel, C. J. und de Vries, H. (2005). Beliefs of Turkish and Moroccan immigrants in The Netherlands about smoking cessation: implications for prevention. *Health Educ Res*, 20(6):622-634.
- Oggier, J. und Ideli, M. (2005). Bericht über Suchtverhalten und Prävention bei Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich. Zürich: Fachstelle für Interkulturelle Suchtprävention FISP.
- Parnreiter, C. (2000). Theorien und Forschungsansätze zu Migration. In: K. Husa und C. Parnreiter und I. Stacher (Eds.). *Internationale Migration*. Frankfurt/Wien: Brandes und Apsel/Südwind.
- Piga A (2007). Mediennutzung von Migranten: ein Forschungsüberblick. In: Bonfadelli H, Moser H. *Medien und Migration. Europa als multikultureller Raum?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Prodoliet, S. (2000). Bekannte Unbekannte. Migrantinnen in der Schweiz. Referat anlässlich der nationalen Tagung „Gesundheiten – Prävention bei Migrantinnen in der Schweiz“. Eine Tagung der Aids-Hilfe Schweiz und der Caritas Schweiz. (Unveröffentlichtes Referat. Zitiert in: *Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013)*, Bern, Bundesamt für Gesundheit BAG, ed., 2007). Bern.
- Razum, O. und Twardella, D. (2002). Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health*, 2002;7:4-10.
- Rommel, A., Weilandt, C. und Eckert, J. (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands.
- Rusch, M. (2003). Migration und Suchtfragen. Eine Bedarfs- und Bedürfnisabklärung bei der Migrationsbevölkerung zu Angeboten der Suchtberatung und Suchtprävention Zug. Zug: Fachstelle für Suchtfragen und Prävention des Kantons Zug.
- Sabbioni, Marzio und Salis Gross, Corina (2006). Die migrationsspezifische Anamnese. In: van Eeuwijk, Peter und Obrist, Brigit (Ed.), *Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis*. Zürich: Seismo, S. 166-201.
- Saladin, P. (2006). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG, in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Salis Gross, C. (2004). Struggling with Imaginaries of Trauma and Trust: The Refugee Experience in Switzerland. Special Issue „Cultures of Trauma“, Edited by Joshua Breslau, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28:151-167.
- Salis Gross, Corina und Loncarevic, Maja (1999). Gesundheitsstrategien in den türkisch/kurdischen und bosnischen communities: Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Haushaltbegleitung (community-study). Basel/Bern: Schweizerisches Tropeninstitut Basel und Institut für Ethnologie der Universität Bern (Bericht zuhanden des NFP 39).
- Salis Gross, C., Moser, C., Zuppinger, B. und Hatz, Ch. (1997). Die Arzt-Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. *Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS)*. Sondernummer „Migration und Gesundheit“, 86:887-894.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52:87-96.
- Schenk, M. (1995). *Soziale Netzwerke und Massenmedien: Untersuchungen zum Einfluss der persönlichen Kommunikation*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schmid, H., Kuntsche, E. und Delgrande, M. et al. (2003). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholfragen SFA.
- Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E., Kuendig, H., und Annaheim, B. (2008). Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Forschungsbericht Nr. 42, revidierte und aktualisierte Fassung). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA.
- Schopper D, Pereira J, Torres A, Cuende N, Alonso M, Baylin A, Ammon C, Rougemont A (2000). Estimating the burden of disease in one Swiss canton: what do disability adjusted life years (DALY) tell us? *Int J Epidemiol* 29:871-877.

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung: Synthesebericht

- Schweizerische Eidgenossenschaft, Asylgesetz (AsylG, SR 142.31). Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Asylverordnung 2 über Finanzierungsfragen/ AsylV 2 (142.312). Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2002). Botschaft zum Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer vom 8. März 2002 (Vol. 02.024, pp. 3709): Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK (Ed.). (2006). Sans-Papiers in der Schweiz. Unsichtbar – unverzichtbar. Bern: Seismo.
- Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK (2007). Umfrage bei kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung und Prävention nach Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention in den Kantonen. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK. Unveröffentlicht.
- Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK (2006). Protokoll TKP-Gesprächsnotiz vom 15.09.2006 der Besprechung mit dem SRK zur Literaturstudie und den Umfragen. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK.
- Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK (2007a). Protokoll vom 22.01.2007 zum Koordinationstreffen Literaturanalyse und Umfragen. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK.
- Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK (2007b). Protokoll vom 03.11.2007 zum Koordinationstreffen Literaturanalyse. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, SRK.
- Stead M, MacAskil S, MacKintosh, Reece J, Eadie D. (2001). "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health & Place*, 7: 333-343.
- Stucki, Iris (1999). Lokale und transnationale Beziehungen als Ressource zur gesundheitlichen Integration. Eine Analyse sozialer Netzwerke bosnischer Haushalte in Basel. Lizentiatsarbeit zur Studie „Gesundheitsstrategien von Asylsuchenden und Flüchtlingen und die allgemeinmedizinische Versorgung in der Schweiz“. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern.
- Stuker, Rahel (2007). Professionelles Übersetzen. In: Domenig, Dagmar (Ed.). *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Stuker R, Salis Gross C, Schnoz D, Kayser A, Arn B, Moser C (2008). Umfrage bei ausgewählten ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und Fachpersonen mit Migrationshintergrund zu den Bereichen Tabak und Alkohol. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz SRK.
- Surall, D. und Siefen, R. G. et al. (2002). Prävalenzen und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und Aussiedlerjugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen. Eine Dunkelfelderhebung bei Schulen der Stadt Marl. In U. Boos-Nünning (Ed.), *Migraton und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos.
- Surgeon General (2000). *Reducing Tobacco Use*. Washington: US Department of Health and Human Services.
- Testa-Mader, A., Degrate, A. und Clerici, N. (1999). Disagio psichico e utilizzazione dei servizi psichiatrici pubblici nella popolazione straniera del Canton Ticino. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 8(3):209-219.
- Testa-Mader, A., Degrate, A. und Clerici, N. (1998). Les patients étrangers et suisses entrés en contact avec la psychiatrie publique pour adultes: une étude comparative concernant le Tessin, Vaud, La Fondation de Nant et Zurich. Unveröffentlicht.
- Trebbe J (2007). Akkulturation und Mediennutzung von türkischen Jugendlichen in Deutschland. In: Bonfadelli H, Moser H. *Medien und Migration. Europa als multikultureller Raum?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- UICC (2004). *Evidence-based Cancer Prevention: Strategies for NGOs, A Handbook for Europe*. Genf: Union Internationale Contre le Cancer UICC.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Uchtenhagen, A. (2005). Nicht Fremdheit, sondern Randständigkeit ist das Problem. *Suchtprävention, laut&leise*, 3: 5-7.

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung: Synthesebericht

- Uchtenhagen, A. (2000). Risikofaktoren und Schutzfaktoren: eine Übersicht. In A. Uchtenhagen und Z. W. (Eds.). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban und Fischer.
- Uchtenhagen, A. (2000c). Definition und Begriffe. In: A. Uchtenhagen und Z. W. (Eds.), Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena.: Urban und Fischer.
- Van der Linde, F. (2005). Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Vranjes, N., Bisig, B. und Gutzwiller, F. (1996). Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und dem Bundesamt für Statistik.
- Wakefield M, Reid Y, Roberts L, Mullins R, Gillies P. (1998). Smoking and Smoking Cessation among Men whose Partners are Pregnant: A Qualitative Study. *Soc. Sci. Med.*, 47: 657-664.
- Wanner, P., Bouchardy, Ch., Raymond, L. (2000). Mortalité des étrangers en Suisse: analyse par grand groupe de causes et par type de cancer, 1989-1992. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Wanner, P., Bouchardy, Ch., Raymond, L. (1998a). Comportement des étrangers en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention. *Demos*, 2:22.
- Wanner, P., Bouchardy, Ch., Raymond, L. (1998b). Verhalten der in der Schweiz wohnhaften Ausländer in den Bereichen Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum sowie Gesundheitsvorsorge, *Demos*, 2:3-20.
- Wanner, P. (2004). Migration und Integration: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1974). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.
- Weiss, R. (2005). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.
- World Health Organization (2005a). Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Kopenhagen: World Health Organization WHO, Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization (2005b). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Kopenhagen: World Health Organization WHO, Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization (1999). Gesundheit21. Das Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Kopenhagen: World Health Organization WHO, Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization (2007). Country profiles of Environmental Burden of Disease: Switzerland. World Health Organization WHO, Regionalbüro für Europa.
- Wicker, H.-R. (2001). Von der Assimilation zur Integration - Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: D. Domenig (Ed.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber.
- Wicki, M. und Gmel, G. (2005). Rauschtrinken in der Schweiz – Eine Schätzung der Prävalenz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA.
- Wyssmüller, C., Dahinden, J. und Efonayi-Mäder, D. (2006a). Erarbeitung einer Nachfolgestrategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit: Modul 1: Dokumenten und Literaturreview - Arbeitsbericht. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Wyssmüller, C., Dahinden, J. und Efonayi-Mäder, D. (2006b). Projekt „Grundlagen für die Erarbeitung einer Nachfolgestrategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit“. Ergänzung zum internen Arbeitsbericht Modul 1: Sozialepidemiologische Arbeiten im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.

**Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung:
Synthesebericht**