

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz

Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit

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

Inhaltsverzeichnis

1. Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit	3
2. Empfehlungen für die Tabak- und Alkoholprävention.....	20
3. Zusammenfassungen für die unterschiedlichen Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung	22
4. Literatur	25

Download unter www.transpraev.ch

Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen

Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit

Die Empfehlungen gründen auf dem Synthesebericht zum Projekt „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“. Die Grundlagen für die Empfehlungen sind dort zu finden.

AutorInnen: Thomas Pfluger, Andreas Biedermann, Corina Salis Gross (PHS Public Health Services)

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 Stuker (SRK)

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)

Herzogenbuchsee, 3. November 2009

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. 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 vulnerablen Gruppen sind bei der Planung neuer Angebote immer zu beachten.

Tabelle 1: Zusammenfassung der Empfehlungen

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.

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.

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.

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 transnationale und translokale Kooperation ist zu prüfen, unter anderem auch mit politischen EntscheidungsträgerInnen aus anderen Ländern.

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

**Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung:
Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit**

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

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).

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.

1.3. Organisationsentwicklung

Beispiel: Contact Netz Bern

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 (2007) 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.

Operative Ebene

Auf der operativen Ebene unterscheidet das Modell von Domenig (2007) 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 (2007) 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 Efiyayi-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

**Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung:
Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit**

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 Familiarisierung 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 VermittlerInnen, um adäquat mit der Migrationsbevölkerung arbeiten zu können. 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, Intervention)
- § 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. 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 Interventionsveranstaltungen; 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“ 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 schrittweises Vorgehen kann sinnvoll sein. Wichtig ist dabei aber, dass längerfristig ein umfassender transkultureller Wandel angestrebt wird.

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.infoset.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.

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, Präventionsorganisatio-

nen 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.

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)

**Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung:
Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit**

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 Efiionayi-Mäder 2007; siehe auch oben unter „Organisationsmanagement“). Umgekehrt sollen auch die Handlungskompetenzen und die Health Literacy 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 2007). 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 Efiionayi-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 Ta-

bak- 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 interkulturelle 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.

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.“

Empowerment 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) der Zielgruppen zu stärken. Dabei sind die besonderen Regeln zu beachten, die für die Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung gelten.

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 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.

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 Efonayi-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. 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 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 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.

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.

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.

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. 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.

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 erstmalig 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. Die Rolle von Schlüsselpersonen in der Migrationsbevölkerung wird für den Zugang zur Migrationsbevölkerung und die Verbreitung von Informationen übereinstimmend als wichtig bewertet. 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.

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.

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.

Migrationsspezifische 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 migrationsspezifischen 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).

2. Empfehlungen für die Tabak- und Alkoholprävention

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 et al., 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).

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 Abstinente(n) 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.

3. 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.

3.1. 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

3.2. 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:
Empfehlungen für die transkulturelle Arbeit**

- § 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

3.3. Zusammenfassung für Projektverantwortliche

- § Eigene transkulturelle Kompetenz durch Fortbildung verbessern
- § Raster zur Interventionsanalyse für die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten anwenden
- § Wichtigste migrationspezifische Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit beachten (siehe Synthesebericht).
- § 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

3.4. 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

4. Literatur

Gesamtbericht:

Pfluger, T., Biedermann, A. Salis Gross, C. (2009). Transkulturelle Tabak- und Alkoholprävention. Grundlagen und Empfehlungen. Public Health Services.

Zitierte Literatur:

- BAG Bundesamt für Gesundheit (2007c). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bauer, T. (2008). Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention. Luzern: Caritas Schweiz, Fachstelle Gesundheit und Integration.
- 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.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006b). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006a). Förderung des Nichtrauchens. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- 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.
- Contact Netz (2004). Schlussbericht des Projekts „Migration und Sucht“. Bern: Contact Netz.
- Dahinden, J., Delli, Ch., Grisenti, W. (2005). Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell „Migration und Sucht“. Forschungsbericht 36/2005. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Domenig, D. (2007a). Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber Verlag.
- Domenig, D. (2007c). Transkulturelle Organisationsentwicklung. In: D. Domenig (Ed.), Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber Verlag: 341-368.
- 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.
- Kasper T, Arn B, Salis Gross C, Stuker R, Moser C, Schnoz D, Annaheim B (2008). Literaturstudie und Bestandaufnahme zur transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention: Studienergebnisse. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz SRK.
- Kaya, B. und Efonyi-Mäder, D. (2007). Grundlagendokument „Migration und Gesundheit“. Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM.
- Moret, J., Meffre, V., und Dahinden, J. (2007). Gesundheits- und Integrationspolitik mit Netzwerken von MigrantInnen. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsfragen SFM.
- Moret J, Meffre V, Dahinden J (2008): 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.
- Müller, R. (2007). Befragung zur transkulturellen Suchtprävention bei Experten und Expertinnen der Alkohol- und Tabakprävention. Herzogenbuchsee: PHS.
- 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.
- 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