

Umfrage
bei Fachleuten der transkulturellen
Prävention

Schlussbericht

Theres Bauer
Caritas Schweiz
Fachstelle Gesundheit und Integration

Februar 2008

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
A. Methodisches Vorgehen.....	4
B. Ergebnisse der ExpertInnen-Interviews	7
1. Existierende Massnahmen und Angebote zur Prävention in der Schweiz	7
1.1. Welche Faktoren führen dazu, dass Fachpersonen und Institutionen Präventionsprogramme oder –projekte für MigrantInnen durchführen?	7
1.1.1 Unterstützende Kräfte bei der Umsetzung von Präventionsprojekten	11
1.1.2 Behindernde Kräfte bei der Umsetzung von Präventionsprojekten.....	12
1.2. Einschätzung der Fachleute transkultureller Prävention bezüglich migrationsspezifischer Tabak- und Alkoholpräventionsprogrammen	13
1.2.1. Einschätzung der Fachpersonen zu Einstellung, Verhaltensweisen und Problemen von MigrantInnen bezüglich Tabak und Alkohol.....	14
1.2.2. Einschätzung der Fachpersonen zum Zugang zu den Informationen und Alkohol- und Tabakpräventionsangeboten für Personen mit Migrationshintergrund	15
1.2.3. Einschätzung der Fachpersonen zur Entwicklung und Umsetzung migrationsspezifischer Suchtpräventionsprogrammen in der Schweiz.....	16
2. (Positiv) Erfahrungen aus Präventionsprojekten bei MigrantInnen.....	17
2.1. Kriterien von Good/Best Practice	17
2.2. Killerfaktoren	20
2.3. Wirksamkeit der Massnahmen und Interventionen auf die Zielgruppe	21
3. Methodische Erkenntnisse für die Prävention bei MigrantInnen	23
3.1. Auswahl der Zielgruppe	23
3.2. Zugang zur Zielgruppe	25
3.2.1 Empfehlenswerte Zugangswege.....	25
3.2.2 Nicht bewährte Zugangswege.....	28
3.2.3 Erkenntnis bezüglich Zugangswege.....	28
3.3. Einbezug der Zielgruppe	28
3.4. Setting-Ansatz.....	33
3.5. Kombination von Präventionsthemen	34
4. Bedürfnisse der Fachleute betreffend der transkulturellen Prävention	35
5. Schlussfolgerungen	39
C Dank	45
D Anhang	46

Einleitung

Die Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention ist ein Teilprojekt des Projektes „Förderung der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention“. Die Vision des Gesamtprojektes ist, dass in Zukunft alle nationalen Präventionsprogramme zur Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten ihre Interventionen bewusst auch auf die Zielgruppe der Migrationsbevölkerung ausrichten. In einer ersten Projektphase werden die Grundlagen für strategische und operative Entscheide für die transkulturelle Tabak- und Alkoholprävention erarbeitet, welche die Grundlagen für die zweite Projektphase, nämlich die Dissemination der Erkenntnisse, bilden. Die Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention ist zusammen mit den Teilprojekten Umfrage bei Präventionsfachleuten (Public Health Services), Umfrage bei der Migrationsbevölkerung (SRK) und Literaturanalyse (SRK, SFA) in der ersten Projektphase angesiedelt.

In der Schweiz gibt es bis jetzt wenig Erfahrung in der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention. Es gibt jedoch Institutionen und Organisationen, welche seit Jahren ihre Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte mit und für MigrantInnen durchführen. Das Ziel dieser Umfrage ist, diese Erfahrungen in der transkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention unabhängig vom Präventionsbereich zu verdichten, damit die zukünftige transkulturelle Tabak- und Alkoholprävention auf diesem Praxiswissen aufbauen kann.

Die vorliegenden Resultate der Umfrage basieren auf 21 Expertengesprächen, die im Zeitraum von Mai – Juni 2007 in der Schweiz geführt wurden. Die interviewten Fachpersonen arbeiten alle in Programmen oder Projekten, welche entweder gezielt bestimmte – oft ethno/sprachspezifische – Migrantengruppen ansprechen oder an deren Präventionsangeboten ein hoher Anteil an MigrantInnen teilnimmt und Migration ähnlich wie Gender oder Alter in der Konzeption, Planung und Durchführung berücksichtigt wird.

Die Resultate der Einzelinterviews bei den Fachleuten der transkulturellen Prävention/Gesundheitsförderung sollen folgende Erfahrungen verdichten und Erkenntnisse hervorbringen:

- Erkenntnisse, welche Faktoren dazu führen, dass Fachpersonen und Institutionen Präventionsprogramme für MigrantInnen durchführen
- Erkenntnisse zu positiven und negativen Erfahrungen bei der Durchführung von Präventionsprogrammen und –projekten bei MigrantInnen (was bewährt sich; was nicht?)
- Methodische Erkenntnisse für die Prävention bei MigrantInnen: Zugangswege, Bestimmung der Zielgruppe, Partizipation, Einsatz von interkulturellen VermittlerInnen, Settings, themenübergreifende Ansätze
- Erkenntnisse zu Bedürfnissen von MigrantInnen und Fachleuten betreffend der transkulturellen Prävention: Was macht transkulturelle Kompetenz in diesem Bereich aus, und wie kann sie entwickelt werden?
- Erkenntnisse zu den wichtigsten Voraussetzungen für gelingende zielgruppenspezifische Programme und Projekte für MigrantInnen: Qualitätskriterien, „Golden Rules“, „Killerfaktoren“
- Erkenntnisse von Fachleuten der transkulturellen Prävention zum vorliegenden Angebot und zu den Bedürfnissen nach zusätzlicher Information und Angeboten für MigrantInnen in der Tabak- und Alkoholprävention

Nur ansatzweise:

- Erkenntnisse bezüglich der Einschätzung von Fachpersonen der transkulturellen Prävention zu Einstellungen, Verhaltensweisen und Problemen von MigrantInnen bezüglich Tabak und Alkohol und ihren Zugang zu Information und Präventionsangeboten

A. Methodisches Vorgehen

ExpertInnensuche und -auswahl

Im Zeitraum von Februar - April 2007 wurde in der ganzen Schweiz nach Fachpersonen gesucht, welche in Projekten oder Programmen der transkulturellen Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten. Dabei konnte sich die Projektleiterin auf das bestehende Netzwerk im Caritas-Arbeitsfeld Gesundheit und Integration und auf die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirates des Projekts „Förderung der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention“ abstützen. Zudem wurden die kantonalen Gesundheits- und Integrationsbeauftragten um solche Präventionsprojekte angefragt. Aufgrund der breiten Recherche ist eine Vielfalt von unterschiedlichen Präventionsangeboten für MigrantInnen zusammengelassen. Bei der Auswahl der 21 Fachpersonen wurde auf eine gute Mischung von unterschiedlichen Präventionsbereichen, Projekt- oder Programmdauer und Präventionskonzepten geachtet (siehe Tabelle 1). Bei den Präventionsbereichen wie z.B. Sucht, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Prävention im frühen Kindesalter wurden ExpertInnen ausgewählt, welche von Fachpersonen des entsprechenden Präventionsbereiches als ExpertInnen im Migrationskontext bezeichnet wurden. Bei der Angebotsdauer wurden sowohl Pilotprojekte als auch langjährige Präventionsangebote berücksichtigt. Bei den Konzepten wurden sowohl Angebote und Projekte ausgewählt, welche tendenziell eher einen transkulturellen, migrationsspezifischen oder ethno-/sprachspezifischen Ansatz verfolgen. Einige Projekte/Angebote wie zum Beispiel MigesBalù, FemmesTische oder Supra-F Jugendprogramme werden in der Fachliteratur als good/best practice aufgeführt. Bewusst wurden auch Institutionen angefragt, welche mit verschiedenen Massnahmen/Interventionen mehr oder weniger erfolgreich waren. Die Auswahl der ExpertInnen stellt insofern für die Schweiz eine gewisse Repräsentativität dar.

Fast alle ExpertInnen waren sofort zu einem Gespräch bereit und investierten oft viel mehr als die geplante Zeit. Eine Fachperson äusserte sich gegenüber der Umfrage kritisch und meinte, dass vom SFM (Swiss Forum für Migration and Population Studies)¹ eine ähnliche Studie schon gemacht worden sei.

Leitfaden:

Aufgrund der Zielsetzungen der Umfrage wurde der Gesprächsleitfaden entworfen und zusammen mit den Verantwortlichen für die Umfrage "Fachpersonen Prävention" (Public Health Services) diskutiert und abgeglichen. Ebenfalls fanden Gespräche mit den Verantwortlichen für die Umfrage „Migrationsbevölkerung“ (SRK) statt. Der Gesprächsleitfaden wurde nach dem Pretest angepasst.

Feldphase:

Im Zeitraum von Mai - Juni 2007 wurden acht Expertengespräche in französischer Sprache durch Anne Marbacher (ehemals Caritas Fribourg) und dreizehn Expertengespräche in deutscher Sprache durch Theres Bauer (Projektleitung, Caritas Fachstelle G&I) geführt. Die Interviews dauerten zwischen einer und drei Stunden. Die Interviews wurden aufgrund einer Tonaufnahme sinngemäss protokolliert und das Gesprächsprotokoll wurde den Interviewten zur Überprüfung zugeschickt.

¹ Grundlegendokument „Migration und Gesundheit: Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung“. Bülent, Kaya und Denise Efonayi-Mäder, SFM 2007.

Tabelle 1

EXPERTINNENINTERVIEWS		
Name	Institution²	Präventionsbereich
Johanna Hoffmann Djibril Fall	Association Appartenances, Lausanne	Gesundheitsförderung mit/für MigrantInnen
Dr. Mario Gehri	Hôpital de l'Enfance, Lausanne	Prävention im medizinischen Bereich für Kinder und Jugendliche
Angelika Greuter Bokanga Charlotte Deslarzes	PMU (Policlinique universitaire médicale), Lausanne	Prävention für Asyl Suchende
Marie-Jo Glardon	Aspasie, Genève	Prävention für Frauen im Sexgewerbe
Pelin Kandemir	Radix Svizzera Italiana, Lugano Support Radix	Suchtprävention und Gesundheitsförderung; Gesundheitsförderungsprojekte von und für MigrantInnen
Philippe Cotting Celia Wüst	Association REPER (neuer Zusammenschluss von RELEASE und LIFAT), Fribourg	Prävention für Jugendliche, aktiv auch im Suchtbereich
Myrian Carbajal	Fondation PROFA, Lausanne	Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Aids/HIV-Prävention
Denise Wetzler	Centre Santé Migrants, Genève	Medizinische Anlaufstelle für Asyl Suchende
Umberto Castra	Contact Netz, Bern	Beratung und Prävention im Bereich illegale Drogen
Blagica Alilovic	Stiftung MINTEGRA, Sozialdienst für Fremdsprachige; Support Radix, Buchs	Gesundheitsförderungsprojekte von/mit und für MigrantInnen
Helen Lamontagne	SRK Kantonalverband Bern, Abteilung Bildung	Gesundheitsförderung mit/für Migrantinnen
Joseph Oggier	FISP (Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung), Zürich	Suchtprävention und Gesundheitsförderung mit/für MigrantInnen
Dr. Corina Salis Gross Serhan Cangatin	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich	Rauchstoppprogramm für türkeistämmige MigrantInnen
Karin Knobel Käser	Caritas Aargau, Projekt Feminasana, Aarau	Gesundheitsförderung mit/für Migrantinnen
Helen von Flüe	Caritas Luzern, Luzern	Gesundheitsförderung für/mit MigrantInnen
Rosa Plattner	Mütter- und Väterberatung, St. Gallen	Mütter- und Väterberatung
Dr. Paola Höchner	Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität	Beratung im Bereich Familienplanung, Schwangerschaftsabbruch, sexuelle und reproduktive Gesundheit
Noël Tshibangu	Aidshilfe Schweiz, Zürich	Afrimedia, Aids/HIV-Prävention
Yolanda Kopp Viglino	Coaching und Beratung im Bereich Gesundheit und Arbeit, Bern	Betriebliche Gesundheitsförderung
Hava Shala Gerguri	FemmesTische, interkulturelles Forum Winterthur, Winterthur	Gesundheitsförderung mit/für Migrantinnen
Gabriela Jegge (Pretest)	Fachstelle für Aids- und Sexualfragen, St. Gallen	Aids/HIV-Prävention

² Mehr zum Profil der angefragten Institutionen im Anhang

Auswertung:

Die Interviewaussagen wurden innerhalb der Leitfragen thematisch geordnet. Bei der Synthese wurden die Erfahrungen anhand der Struktur des Grundlagenberichts zusammenfassend wiedergegeben. Die Gewichtung der Aussagen kann aufgrund folgender Wörter abgelesen werden.

eine	1 Aussage
zwei	2 Aussagen
einige	> als 2 Aussagen
viele/oft	> als 5 Aussagen
Die meisten/meistens	> als 10 Aussagen
fast alle/fast immer	> als 15 Aussagen
Alle	21 Aussagen

Es ist jedoch wichtig, diese Gewichtung nicht zu überinterpretieren. Wenn Fachpersonen bestimmte Aussagen nicht gemacht haben, bedeutet dies nicht, dass sie mit dieser Aussage nicht einverstanden wären. Vielleicht haben sie im Gespräch andere Prioritäten gesetzt, weil sie aufgrund ihres Erfahrungshintergrundes zum Beispiel bestimmte Interventionen/Massnahmen/Methoden als selbstverständlich (z.B. Einbezug von interkulturellen VermittlerInnen) betrachten. Auffallend ist, dass wenige Aussagen der Fachpersonen sich widersprechen. Mehrheitlich sind ihre Aussagen eine ergänzende Sammlung von vielfältigem Erfahrungswissen.

Einzelne Aussagen der InterviewpartnerInnen wurden sinngemäss verdichtet³. Zum Zweck der Anonymisierung wurden Einzelheiten aus den Aussagen gestrichen oder die Aussage wurde von den betreffenden Personen für den Bericht freigegeben. Die Fallbeispiele wurden den Fachpersonen zur Überprüfung zugeschickt⁴.

Methodische Reflexion

Die qualitative Vorgehensweise hat sich sehr bewährt. Aufgrund des halbstrukturierten Gesprächsleitfadens haben die ExpertInnen meist offen über ihre Erfolge und Schwierigkeiten in der Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit erzählt. Die ExpertInnen sind oft während des Interviewverlaufs auf angesprochene Punkte zurückgekommen. Zudem konnte die Interviewerin allgemeine Aussagen konkretisieren lassen oder allfällige Widersprüche oder Unklarheiten ansprechen.

In den wenigsten Interviews war es aus zeitlichen Gründen möglich die quantitativen Fragen bezüglich Settings und Zugangswege abzufragen. Deshalb wurde oft direkt nach den bewährten und nicht bewährten Settings und Zugangswege gefragt. Für genauere quantitative Angaben wäre ein zusätzlicher schriftlicher Fragebogen sinnvoll gewesen, hätte jedoch die Fachpersonen zusätzlich durch das Ausfüllen der Angaben belastet.

Bei der Setting-Frage ist im französischen Gesprächsleitfaden eine unklare Übersetzung (réseaux sociaux définis anstelle von systèmes sociaux délimités) gemacht worden. In den französischsprachigen Antworten wurden deshalb mehrheitlich Institutionen und Organisationen aufgezählt, mit denen die ExpertInnen zusammenarbeiten. Aufgrund dieser Aussagen ist nicht klar, ob grundsätzlich der Setting - Ansatz in der Romandie weniger gebräuchlich als in der Deutschschweiz ist oder ob die unklar übersetzte Frage zu diesem Resultat geführt hat.

Rückblickend zeigt sich, dass die qualitativ durchgeführte Studie ein reiches Datenmaterial an Erfahrungswissen zusammenbrachte und sich die Vorgehensweise bewährt hat. Die ExpertInnen wurden durch die halboffene Gesprächsform zur Reflexion ihrer eigenen Arbeit angeregt und in den Gesprächen entstanden zum Teil auch Erkenntnisse, welche für die ExpertInnen zum Teil selber neu waren oder bei ihnen neue Fragen aufwarfen. Die vielen Fallbeispiele und verdichteten Aussagen zeugen von diesem detailliert erfassten Datenmaterial.

³ Im Text sind die sinngemäss verdichteten Aussagen umrahmt.

⁴ Im Text sind die Fallbeispiele umrahmt und nummeriert.

B. Ergebnisse der ExpertInnen-Interviews

1. Existierende Massnahmen und Angebote zur Prävention in der Schweiz

In der Schweiz gibt es im Suchtbereich wenige Präventionsprogramme und -projekte, welche MigrantInnen gezielt ansprechen. Über langjährige Erfahrung verfügen Beratungsstellen, welche vor allem im Bereich illegale Drogen arbeiten und sich transkulturell geöffnet haben, wie z.B. das Contact-Netz Bern. Ihr Schwerpunkt liegt meist in der Einzel- und Familienberatung und nicht in breit angelegten Präventionsangeboten. Ein weiteres jüngeres Projekt im Beratungsbereich, welches vom Institut für Gesundheits- und Suchtforschung Zürich initiiert wurde, ist das Rauchstoppprogramm für türkeistämmige Personen. Im Kanton Zürich wurden von der Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) viele Suchtpräventionsprojekte im Bereich Alkohol und Tabak angeregt, entwickelt, begleitet und zum Teil auch durchgeführt. Die Suchtprävention kann MigrantInnen auch erreichen, ohne dass ihre Projekte explizit und ausschliesslich für diese Zielgruppe ausgeschrieben sind. Dies trifft zum Beispiel auf die Organisation REPER Fribourg zu, deren Jugendcafé von vielen Jugendlichen mit Migrationshintergrund aufgesucht wird.

Die meisten nationalen Präventionsprogramme und -projekte, welche gezielt die Migrationsbevölkerung ansprechen, sind im Präventionsbereich HIV/Aids und in der Familienplanung/Schwangerschaftsberatung zu finden. Ebenfalls haben einige Organisationen und vor allem in der Romandie auch Polikliniken eine breite Erfahrung in der Prävention und Gesundheitsförderung für Asyl Suchende. In allen drei Präventionsbereichen (HIV/Aids, Familienplanung/Schwangerschaftsabbruch und Prävention für Asyl Suchende) war der Bund ideell und finanziell unterstützend aktiv.

Zudem gibt es Institutionen, welche seit Jahrzehnten erfolgreich und niederschwellig im Bereich Integration arbeiten, wie z.B. Association Appartenances. Durch den Empowermentansatz in ihren Angeboten arbeiten diese Institutionen implizit seit Jahren im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention, indem sie MigrantInnen in ihren Ressourcen und Handlungskompetenzen stärken. Das Ziel bei Appartenances ist zum Beispiel, dass der positive Beitrag von MigrantInnen gegenüber der schweizerischen Gesellschaft wahrgenommen und anerkannt wird. Zum Teil führen diese Institutionen auch konkrete Präventions- oder Gesundheitsförderungsangebote durch.

1.1. Welche Faktoren führen dazu, dass Fachpersonen und Institutionen Präventionsprogramme oder -projekte für MigrantInnen durchführen?

Die Fachpersonen führten folgende Gründe auf, warum ihre Organisation oder Institution migrationsspezifische Präventionsangebote initiierten oder ihre Institution transkulturell ausrichteten.

Bedürfnis der Fachpersonen

Bei bestehenden Angeboten war zum Teil die Kundenorientierung ein zentraler Faktor für eine transkulturelle Ausrichtung ihrer Angebote. Polikliniken, Jugendcafés und Beratungsstellen werden vermehrt von MigrantInnen aufgesucht, und die Einrichtungen reagieren auf die soziokulturelle Diversität ihrer KlientInnen. Meist geschieht die transkulturelle Ausrichtung der Angebote oder die transkulturelle Öffnung der Institution erst aufgrund eines Leidensdruckes bei den Fachpersonen. Diese können ihren Präventionsauftrag wegen mangelnder Verständigung nicht mehr erfüllen.

Bedarf

Neue Angebote werden oft aufgrund eines Bedarfs im entsprechenden Präventionsbereich initiiert. Den Bedarfsnachweis und die Zahlen dazu liefern Statistiken (z.B. nationales Gesundheitsmonitoring), eigene Erhebungen und Evaluationen.

Beispiel 1: Die Väter- und Mütterberatung St. Gallen hat ihre Klientengruppen evaluiert und festgestellt, dass einzelne Migrantengruppen (Nationalität) gemessen an den Geburtenzahlen, unterdurchschnittlich die Beratungsstelle aufsuchten. Zuerst war nicht klar, welche Gründe zu dieser Unterversorgung führten. Verfügen diese Gruppen über genügend eigener Ressourcen oder ist die Zugangsschwelle für diese Gruppen zu hoch?

Bedürfnis der Migrationsbevölkerung

Bei einigen Organisationen ist eine Bedürfnisanalyse bei der Zielgruppe der Auslöser für transkulturelle Präventionsangebote.

Beispiel 2: Tout projet valable doit répondre à un besoin existant, d'où la nécessité d'effectuer une enquête auprès des populations migrantes et des professionnels travaillant dans le domaine. Il est ressorti de cette enquête que les besoins actuels des migrants, des besoins auxquels les autres institutions n'ont pas répondu. C'est peut-être de là qu'appartenance tire sa force car nous ne cherchons pas à imposer des normes ou des conduites. Au contraire, nous travaillons ensemble avec les populations et réagissons à leurs besoins avec la flexibilité nécessaire pour mener à bien le projet.

Präventionsauftrag und Gesetzgebung

Massnahmen bezüglich übertragbarer Krankheiten wie HIV/Aids sind in den Gesundheitsgesetzen geregelt. Für die Ausführung dieses gesetzlichen Präventionsauftrages werden zielgruppenspezifische Präventionsangebote als wichtig erachtet. Dies wird von zwei Fachpersonen erwähnt.

Strategische Ausrichtung

Einige Fachpersonen weisen darauf hin, dass ein wichtiger Auslöser für transkulturelle Präventionsangebote strategische Entscheide auf Führungsebene der Institutionen gewesen seien. Ebenfalls habe die BAG-Strategie Migration und Gesundheit eine initiiierende Wirkung für Präventionsprojekte im Migrationsbereich gehabt.

Gründe unbekannt

Zwei Fachpersonen wissen nicht, welche Initialzündung zum Projekt/Angebot führte. Ein Angebot besteht schon seit mehr als 20 Jahren.

Die Fachpersonen erachten folgende Gründe für relevant, dass Institutionen und Organisationen (z.B. Alkohol- und Tabakprävention) ihre Präventionsangebote nicht ausreichend auf die Migrationsbevölkerung ausrichten:

Politik

Die Mehrheit der Fachpersonen betrachtet die aktuelle politische Situation als wenig förderlich für das Initiieren und Durchführen von transkulturellen Präventionsangeboten. Sie bemängeln, dass Prävention erst langsam einen Stellenwert erhalte. Politische Entscheidungsträger seien weniger an den Ursachen als an den Folgen interessiert und deshalb werde erst in die Prävention investiert, wenn die Folgen gravierend oder für die einheimische Bevölkerung bedrohlich seien. Zudem verstärken die Sparmassnahmen den Verteilungskampf. Die Migrationsbevölkerung sei politisch gesehen keine interessante Gruppe, verfüge über keine Lobby und werde zum Teil gesellschaftlich ausgegrenzt. Dies ermögliche es den politischen Entscheidungsträgern und den Präventionsorganisationen, diese Gruppe weniger zu berücksichtigen.

Geld

Die Geldverteilung ist eng mit politischen und gesellschaftlichen Strömungen verbunden. Viele Fachpersonen betrachten die knappen Geldmittel als einen ganz zentralen Faktor für die fehlenden transkulturellen Präventionsangebote. Andere meinen, dass im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung genug Geld vorhanden, jedoch nicht für die politisch uninteressante Gruppe Migrationsbevölkerung eingesetzt werde. Erwähnt wird zudem mehrmals, dass die migrationspezifische Präventionsarbeit wie auch andere niederschwellige und aufsuchende Präventionsangebote zeit- und kostenintensiv sei. Bei Sparmassnahmen werden diese Angebote gar nicht in Betracht gezogen. Bemängelt wird zudem die Finanzierung von zwei- bis dreijährigen

Pilotprojekten, die nach Projektabschluss nicht weiterfinanziert werden. Dadurch ginge sehr viel Knowhow verloren und die verschiedenen Pilotprojekte würden jeweils bei Null starten. Ebenfalls erläutert eine Fachperson, dass für kleinere Organisationen die Eigenleistung von 50% als Voraussetzung für allfällige Projekteingaben eine zu hohe Hürde sei. Auch bei Projekten, welche die Zielgruppen selber initiieren können, müsse darauf geachtet werden, dass die Eigenleistung möglichst klein gehalten werde, meint eine Fachperson. Vulnerable Gruppen dürften nicht zusätzlich belastet werden.

Fehlendes Wissen und mangelnde Sensibilisierung

Die Institutionen und Organisationen verfügen über wenig Wissen, wie transkulturelle Präventionsangebote angepackt werden könnten. Sie scheuten den Aufwand der aufsuchenden, niederschweligen, partizipativen Präventionsarbeit. Zudem sei in vielen Organisationen die Vorstellung verankert, dass die Sprache allein für die mangelnde Erreichbarkeit der Präventionsbotschaft verantwortlich sei.

Partizipation

In den meisten Institutionen und Verwaltungen arbeiten kaum Fachpersonen mit Migrationshintergrund. Die mangelnde Partizipation von Fachpersonen mit Migrationshintergrund begünstigt einen hierarchischen Präventionsansatz, in denen einheimische Fachpersonen sich als Experten definieren. Zudem seien die Institutionen und Organisationen zu wenig mit den Migrantengruppen und –vereinen vernetzt. Grundsätzlich hätten die MigrantInnen auch in den Organisationen und Institutionen, welche Präventionsarbeit leisten, keine Lobby und gingen als Zielgruppe vergessen.

Andere Prioritäten bei marginalisierten MigrantInnen

Viele Fachpersonen weisen darauf hin, dass die Prävention und Gesundheitsförderung bei marginalisierten MigrantInnen nicht an erster Stelle ihrer Bedürfnisse stehe. Wer unter prekären Lebensbedingungen (z.B. unsicherer Aufenthaltsstatus, keine Arbeit, schwierige Wohnverhältnisse) lebe, sei schwer für Präventionsangebote zu motivieren. Zudem sei die Art der Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit kulturabhängig.

Aussage trifft nicht zu

Drei Fachpersonen aus der Romandie meinen, dass die Aussage, es gäbe wenige migrationsspezifische Präventionsangebote, gar nicht stimme. Von diesen drei Fachpersonen meint eine, dass es wichtiger sei, bei den bestehenden Angeboten Migration wie Gender oder Alter zu berücksichtigen.

Andere Stimmen

Eine Fachperson macht darauf aufmerksam, dass SchweizerInnen sich zu Recht beklagen, dass für die AusländerInnen viel organisiert werde und sie sich dadurch benachteiligt fühlen. Eine andere Fachperson sieht im mangelnden Austausch zwischen den Entscheidungsträgern in Bern und den Fachpersonen an der Peripherie Gründe, warum wenige migrationsspezifische Angebote umgesetzt werden.

Damit Institutionen und Organisationen vermehrt Präventionsangebote auch auf MigrantInnen ausrichten, braucht es in den Augen der Fachpersonen folgende Anreize:

Fakten

Es braucht in den Augen von einigen Fachpersonen vermehrt Statistiken, die den Bedarf nach migrationsspezifischen Präventionsangeboten nachweisen. Wenn die Statistiken nicht erklärt werden, bestehe jedoch die Gefahr der Stigmatisierung bestimmter Migrantengruppen. Mit statistischem Material könnten die migrationsspezifischen Präventionsangebote gegenüber den Entscheidungsträgern besser legitimiert werden.

Vernetzung

Hilfreich wäre zudem eine bessere Vernetzung zwischen den Institutionen und Organisationen, die im selben Präventionsthema aktiv sind. Eine enorme Erleichterung für die Vernetzung wären lokale/regionale Listen von Ausländerorganisationen und Schlüsselpersonen, die bei einer Durchführung als Partner angesprochen werden könnten.

Ausgebildete interkulturell Vermittelnde

Einige Fachpersonen meinen, dass die in verschiedenen Präventionsthemen ausgebildeten interkulturell Vermittelnden eine wichtige Unterstützung für Präventionsstellen wären. Eine Fachperson skizziert als Zukunftsvision staatliche Kompetenzzentren für Migrationsarbeit, die in jedem Kanton und in grösseren Städten für die Präventionsstellen wichtige Ressourcen, wie z.B. einen Pool mit interkulturellen VermittlerInnen zur Verfügung stellen könnte.

Weiterbildung

In den Augen zweier Fachpersonen braucht es vermehrt Weiterbildungsangebote in „Transkultureller Prävention“ für Fachpersonen. Eine Fachperson formuliert die Idee, dass vermehrt Praktikumsstellen für MigrantInnen finanziert werden sollten, damit diese sich administrative Kenntnisse aneignen können.

Fachliche Unterstützung

Für die Präventionsstellen der Regelversorgung wären Fachstellen im Bereich Gesundheit und Migration/Integration ein wichtiger Anreiz bei der transkulturellen Öffnung ihrer Dienste. Diese Fachstellen könnten die Präventionsstellen bei der Projektentwicklung, –eingabe und –durchführung unterstützen und begleiten.

Geld

Ein wichtiger Anreiz wären finanzielle Mittel nicht nur für die Projekte selber, sondern für den Mehraufwand des Projektaufbaus und für zusätzliche Auslagen wie z.B. Übersetzungen und den Einbezug von interkulturell Vermittelnden. Für die Organisationen und Institutionen wäre eine längere und nachhaltige finanzielle Unterstützungsdauer ein grosser Anreiz, damit sich der Aufbau eines Pilotprojektes überhaupt lohnt. Ein wichtiger Anreiz für die betriebliche Gesundheitsförderung in Betrieben mit einem hohen Ausländeranteil und in Niedriglohnbranchen wären Prämien und kleine Steuervergünstigungen.

Promotion

Vermehrt sollen good/best practices veröffentlicht werden. Für die Institutionen und Organisationen wäre es ein Anreiz, wenn sie feststellen, dass transkulturelle Präventionsprojekte erfolgreich sein können.

Kosten/Nutzen-Abwägung

Ein weiterer Anreiz wäre es in den Augen einiger Fachpersonen, wenn die Institutionen und Organisationen sich bewusst werden, dass mit Prävention langfristig Folgeschäden im psychosozialen und medizinischen Bereich eingespart werden könnten. So könnten Organisationen politische Entscheidungsträger überzeugen, dass zum Beispiel ein gedolmetschtes Gespräch Kosten einsparen könnte.

Integration

Einige Fachpersonen meinen, dass es für politische Entscheidungsträger ein grosser Anreiz wäre, wenn die MigrantInnen über politische Rechte verfügten und dadurch auch eine politische Kraft im Lande wären.

1.1.1 Unterstützende Kräfte bei der Umsetzung von Präventionsprogrammen und –projekten

Die Fachpersonen haben folgende Faktoren bei der Umsetzung des Präventionsprogrammes als unterstützend erlebt:

Geld

Die finanzielle Unterstützung durch Fonds (z.B. Lotteriefonds, Tabakpräventions- oder Alkoholfonds) und durch die öffentliche Hand (Bund, Kanton, Gemeinde) ermöglichten oft die Projekte erst. Für die langjährige Arbeit bestimmter Angebote war die Institutionalisierung unterstützend. Eine Fachperson meint, dass der passende Zeitpunkt der Projekteingabe sich sehr positiv auf die finanzielle Projektunterstützung ausgewirkt hat. Es sei gut möglich, dass heute dieses Projekt nicht mehr so viel Geld erhalten würde.

Vernetzung

Die gute Vernetzung mit öffentlichen Stellen und mit politischen Entscheidungsträgern, mit Organisationen im Präventions- und Migrationskontext und mit den Migrantenorganisationen und –communities war für die meisten Fachpersonen das A und O transkultureller Präventionsarbeit. Die Vernetzungsarbeit vor allem mit den Migrantenorganisationen und –communities nahm sehr viel Zeit in Anspruch, wurde über Jahre aufgebaut und musste immer gepflegt werden. Dabei sei es sehr wichtig, sich der Pluralität der Migrantenorganisationen bewusst zu sein. Für Projektleitende, welche über gute Netzwerke bereits verfügen, waren diese Kontakte bei einer Neuaufgleisung von Projekten eine grosse Unterstützung. Die Netzwerkarbeit verlief meist über persönliche Kontakte und liess sich nicht beliebig innerhalb der Institution an andere Fachpersonen delegieren oder übertragen. Die Bekanntheit und Vertrauensbasis einer Fachstelle oder Organisation bei der Zielgruppe war bei bestimmten Projekten ebenfalls unterstützend.

Partizipation der Zielgruppe/Einbezug von Fachpersonen mit Migrationshintergrund/interkulturelle VermittlerInnen

Personen mit Migrationshintergrund hatten als Projektleitende, als Kursleitende, als interkulturelle Vermittelnde oft eine zentrale Brückenfunktion zwischen der schweizerischen Organisation und der Migrationsbevölkerung. Besonders unterstützend waren für einige Fachpersonen die interkulturellen VermittlerInnen, wenn zwischen der projektleitenden Organisation und den interkulturellen VermittlerInnen eine langjährige Zusammenarbeit und Vertrauensbasis bestand (mehr dazu auch unter Kapitel 3.3). Unterstützend waren oft partizipative und ressourcenorientierte Ansätze. Das bedeutet zum Beispiel, dass die Zielgruppe bei der Auswahl der Interventionen mitbestimmen konnte oder dass für die Präventionsbotschaft auf soziokulturelle Bilder der Zielgruppe zurückgegriffen wurde.

Erfolg

Enorm unterstützend waren in den meisten Projekten/Angeboten das positive Feedback und die daraus resultierende Mund-zu-Mund-Propaganda der MigrantInnen und der Fachpersonen in den Institutionen und im Migrationskontext. Der Erfolg war in den Projekten zum Teil messbar an zunehmenden Beratungs-, Teilnehmer- und Patientenzahlen aus den angesprochenen Zielgruppen. Mund-zu-Mund-Propaganda braucht nach Angaben der Fachpersonen jedoch Zeit und spricht für langjährige Projekte oder Programme.

Unterstützung durch eigene Institution

Der Rückhalt in der eigenen Institution war nach Angaben von einigen Fachpersonen unterstützend. Das bedeutet zum Beispiel, dass eine Regelversorgung sich auf eine jahrhundertlange Tradition in der Fürsorge für marginalisierte Gruppen berufen kann.

Struktur

Die richtige Mischung zwischen verbindlichen und dennoch flexiblen Strukturen und Rahmenbedingungen war für einige Projekte unterstützend. Unter Rahmenbedingungen verstanden die Fachpersonen zum Beispiel die Verbindlichkeit von Arbeits- oder Projektverträgen oder das Einhalten von Terminen. In einem Fall wird die periphere Lage ausserhalb der bestehenden offiziellen Strukturen als erweiterter Handlungsspielraum unterstützend erlebt.

Settingansatz

Einige erwähnten den gewählten Settingansatz als unterstützend⁵. Die Präventionsangebote wurden in bestehenden Strukturen angeboten.

Andere Stimmen

Eine Fachperson hat die mangelnde Konkurrenz als unterstützend erlebt.

1.1.2 Behindernde Kräfte bei der Umsetzung von Präventionsprogrammen und –projekten

Unsichere Finanzierung

Viele Fachpersonen beklagten die unsichere Finanzierung ihrer Präventionsangebote. Die laufenden Sparmassnahmen mach(t)en vor allem den langjährig bestehenden Institutionen und Organisationen bei der Weiterführung ihrer transkulturellen Präventionsangebote zu schaffen. Die vermehrte Finanzierung nur noch von einzelnen Projekten erhöhe den Aufwand für die Akquisition enorm und verunmögliche eine langjährige Planung. Zudem werden die Akquisition, die Projektentwicklung und die laufende Vernetzungsarbeit über diese Projektbeiträge finanziell nicht abgegolten.

In den letzten drei Jahren gab es bei uns Erfolge und Misserfolge. In der Phase der Sparmassnahmen ist es sehr anspruchsvoll, trotz reduziertem Personal Projekte zu initiieren. Der Spielraum wird durch die Sparmassnahmen kleiner. Wir können lange über transkulturelle Kompetenz philosophieren, wenn auf der anderen Seite Gelder gestrichen werden. Wir brauchen einen langen Atem und eine Vision! Nicht einfach nur punktuelle Interventionen.

Wenn das Projekt gut läuft, kommt sehr schnell die Frage, ab wann es kein Projekt mehr ist. Für die Angebote – also keine Projekte – muss man aber andere Finanzierungsmöglichkeiten suchen. Das ist anstrengend.

Politik

Durch das neue Ausländer- und Asylgesetz wird die Geldvergabe der öffentlichen Hand kantonalisiert und es besteht bei einigen Fachpersonen eine grosse Unsicherheit, ob sich dies für die Finanzierung der bestehenden Programme und Projekte positiv oder negativ auswirkt. Zudem sei die Zuordnung (Gesundheitsförderung- oder Integrationsprojekte) bei der Projekt-/Angebotseingabe schwierig und die Projekte/Angebote müssen darauf angepasst werden. Zum Teil passen bewährte Projekte nicht mehr in die aktuelle Gesundheits- und Integrationspolitik. Aus politischen Gründen verwehrt in einem Fall der regionale Geldgeber die Zusammenarbeit, weil die Angst besteht, dass durch die Professionalisierung der Präventionsstelle vermehrt Migrantenfamilien angezogen werden.

FemmesTische für Migrantinnen als Projekt kann gut finanziert werden. Nach der dreijährigen Projektphase wird die Finanzierung schwierig. Wer ist für dieses Angebot finanziell zuständig? Die kantonale Integrationsstelle oder das kantonale Gesundheitsdepartement?

Konkurrenz zwischen den Organisationen

Erschwerend für die Umsetzung der Präventionsangebote war bei einigen Projekten das Territorialdenken der Institutionen und Organisationen. Synergien gingen verloren, weil jede Institution und Organisation für sich arbeitete. Eine Fachperson meint, dies treffe vor allem auf NGO's zu, welche ihr Knowhow aus finanziellen Gründen lieber verkaufen als gratis weitergeben möchten. Erschwerend bei der Umsetzung waren in zwei Projekten sich konkurrenzierende Präventionsangebote.

⁵ Bei der französischen Befragung wurde nicht eindeutig nach dem Setting-Ansatz gefragt. Am Ende der Befragung stellte sich heraus, dass die französische Leitfrage bezüglich Setting irreführend übersetzt war.

Zugang zu der Zielgruppe

Der Zugang zu den verschiedenen Migrantengruppen und gut in der Communities verankerten Schlüsselpersonen war in vielen Projekten vor allem in der Anfangsphase nicht einfach. Die Fachpersonen hatten zu wenige Kenntnisse, wie die Migrantengruppen organisiert oder welche die wichtigen Ansprechpartner waren. Zudem seien die Communities zum Teil sehr schwach organisiert. Die Zusammenarbeit mit ausgewählten Schlüsselpersonen oder bestimmten Migrantengruppen hat in zwei Projekten Eifersucht und Neid ausgelöst. Erschwerend bei der Kontaktaufnahme zeigt sich, wenn die Migrantengruppen nicht zwischen einer weiblichen oder männlichen Kontaktperson (z.B. Präventionsfachperson, interkulturelle Vermittlerin, Kursleitende) auswählen können. Zudem suchten die MigrantInnen die Präventionsangebote nicht von sich aus auf und es brauchte aufsuchende Strategien. Erschwerend bei der Erreichbarkeit der Zielgruppen seien tabuisierte Präventionsthemen und Verständigungsprobleme, welche sich nicht nur auf die Sprache beschränkten. Das bedeutet zum Beispiel, dass MigrantInnen kein Problembewusstsein gegenüber Suchtthemen hatten, im Herkunftsland zuvor schlechte Erfahrungen mit staatlichen Organisationen machten oder grundsätzlich Probleme lieber familienintern lösten. Erschwerend waren zum Beispiel auch Strukturen, welche keine festen Bezugspersonen in der Beratung ermöglichten. Dies erschwerte eine Vertrauensbildung zwischen KlientIn und BeraterIn.

Schwierigkeiten im Einsatz von interkulturellen VermittlerInnen und in der Integration von Fachpersonen mit Migrationshintergrund

Der erfolgreiche Einsatz von interkulturellen VermittlerInnen ist bei einigen Projekten nicht von Anfang an gelungen. Erschwerend waren fehlende Begleitung, mangelhafte Entlohnung, zu kleine Pensen, unklare Rolle der interkulturellen VermittlerInnen gegenüber der Zielgruppe und aus der Sicht der Fachpersonen fehlende Motivation zu Projektbeginn bei den interkulturellen VermittlerInnen. Ein Knackpunkt in der Zusammenarbeit mit den interkulturellen VermittlerInnen und in der Integration von Fachpersonen mit Migrationshintergrund ist zum Beispiel die Anforderung an die Schriftlichkeit und der Widerstand schweizerdeutschsprachiger Fachpersonen, Standarddeutsch zu sprechen. Oft arbeiten die interkulturellen VermittlerInnen für verschiedene Organisationen, und diese Synergien werden zum Beispiel bei der Ausbildung zu wenig genutzt.

Misstrauen und Vorurteile

Störend in der Projektumsetzung waren in einigen Projekten Misstrauen und Vorurteile. Das Misstrauen bestand je nach Projekt zwischen Projektleitenden und Zielgruppe, innerhalb der Zielgruppen, zwischen Projektleitenden und Entscheidungsträgern. Um dieses Misstrauen und diese Vorurteile abzubauen, welche sich in zwei Projekten in rassistischen und paternalistischen Verhaltensweisen zeigte, brauchte es eine ständige Auseinandersetzung und zum Teil auch professionelle Begleitung in Form von migrationssensibler Supervision.

Fehlendes Knowhow

Bei der Umsetzung der Präventionsangebote fehlte einigen Fachpersonen das Knowhow in (migrationsspezifischer) Projektarbeit. Das zeigte sich zum Beispiel in einem Projekt durch eine unrealistische Evaluation und fehlende Kenntnisse im Erheben von statistischen Daten. Vermisst wurden zum Teil praxisrelevante Literatur und Weiterbildung in transkultureller Präventionsarbeit.

Einzelne Stimmen

In einem Projekt konnten die Fachpersonen keine Verbündeten in der eigenen Organisation finden. In einem Projekt war der Erfolgsdruck durch politische Entscheidungsträger und durch die Fachwelt belastend.

1.2. Einschätzung der Fachleute transkultureller Prävention bezüglich migrationspezifischer Tabak- und Alkoholpräventionsprogrammen

Bei dieser Umfrage wurden Fachpersonen der transkulturellen Prävention befragt, welche in unterschiedlichen Präventionsbereichen arbeiten. Fast alle Fachpersonen, die nicht in der Tabak- oder Alkoholprävention arbeiten, haben Kontakt mit Tabak- und Alkoholpräventionsstellen. Diese Kontakte sind jedoch unterschiedlich eng. Fachpersonen arbeiten gemeinsam mit Tabak- und

Alkoholpräventionsfachpersonen in gemeindeübergreifenden gesundheitsförderlichen Projekten wie zum Beispiel „Aarau eusi gsundi Stadt“ oder mit kantonalen gesundheitsförderlichen und suchtpreventiven Koordinationsstrukturen (z.B. Berner Gesundheit) zusammen. Die Tabak- und Alkoholpräventionsfachpersonen werden zur Weiterbildung von interkulturell Vermittelnden und von BeraterInnen eingeladen. Zum Teil bestehen mehr oder weniger intensive bilaterale Kontakte. In den folgenden Unterkapiteln werden nicht nur Äusserungen von Fachpersonen aus der Suchtprävention zu ihrer Einschätzung bezüglich (migrationspezifischer) Tabak- und Alkoholprävention zusammengefasst, sondern auch jene von Fachpersonen aus anderen Präventionsbereichen.

1.2.1. Einschätzung der Fachpersonen zu Einstellung, Verhaltensweisen und Problemen von MigrantInnen bezüglich Tabak und Alkohol

Viele Fachpersonen warnten vor einer generalisierenden und undifferenzierten Darstellung der Einstellung und Verhaltensweisen von MigrantInnen bezüglich Tabak und Alkohol. Vor allem ihre eigene Einschätzung bezüglich ethnospezifischer Verhaltensweisen beruhe auf lokalen Begebenheiten und Beobachtungen und sei deshalb nicht repräsentativ. Es bräuchte dazu wissenschaftliche Untersuchungen. Dennoch sei auch hier die Gefahr gross, bestimmte Migrantengruppen zu stigmatisieren. Einige Fachpersonen, welche mit Sozialberatungen oder interkulturellen VermittlerInnen arbeiten, meinen allgemein, dass Alkohol und andere Suchterkrankungen bei einigen Migrantengruppen ein grosses Thema sei. Folgende drei Einschätzungen sind von vielen Fachpersonen erwähnt worden:

Lebenssituation und soziale Ausgrenzung

Sucht ist eng mit der Lebenslage der MigrantInnen verbunden. Viele MigrantInnen erkranken erst in der Schweiz. Die Ursachen sind komplex und vielfältig. Einer Suchterkrankung förderlich seien zum Beispiel gesellschaftliche und politische Ausgrenzung, hoher Anpassungsdruck, Selbstmedikation von psychischen Krankheiten und Traumata, stressauslösende Lebens- und Arbeitsbedingungen. Erwähnt wurde von einigen Fachpersonen auch die Verfügbarkeit von Alkohol und Tabak in der Schweiz als eine weitere Ursache. Vor allem MigrantInnen aus Ländern, in denen der Konsum von Alkohol und/oder Tabak verboten ist, beginnen oft erst in der Schweiz mit dem Genuss dieser Suchtmittel. Kontroverse Aussagen machen die Fachpersonen bezüglich dem Alkoholkonsum von muslimisch oder hinduistisch religiösen Migrantengruppen. Während die einen beobachten, dass muslimische und hinduistische MigrantInnen kaum trinken, weisen andere Fachpersonen darauf hin, dass gelebtes Leben und religiöse Vorschriften nicht in jedem Fall übereinstimmen müssten und bei diesen Gruppen die Alkoholsucht besonders tabuisiert sei. Eine Fachperson erzählt, dass Personen aus muslimischen Migrantengruppen zum Teil davon ausgehen, dass der Alkoholkonsum mit der schweizerischen Kultur eng verbunden sei.

D'abord des problèmes sociaux qui entraînent des exclusions sociales. Les jeunes confrontés à ce type de problèmes sont proches de l'âge adulte; nous les rencontrons essentiellement dans le service des urgences. De ce fait on les suit peu et nous les référons vers d'autres services. Nous essayons toutefois de recréer un réseau, de les remettre en lien sur quelque chose.

Beaucoup des migrants souffrent du mépris, voire même du rejet de notre société d'accueil. D'autres encore se lancent dans la consommation, car il s'agit pour eux de fuir des relations familiales conflictuelles, des traumatismes de guerre. Leur place au sein de notre société doit être absolument valorisée.

Viele MigrantInnen beginnen mit dem Rauchen in der Schweiz, nach der Migration! Die Zigarette war in der ersten meist einsamen und stressigen Integrationsphase der beste Freund. Asyl Suchende leben in Zentren oder unter anderen schwierigen Bedingungen. Unter solchen Bedingungen ist es sehr schwierig, dass Rauchen zu stoppen. Bei vielen MigrantInnen besteht neben der physischen eine starke psychische Abhängigkeit.

Mein Eindruck ist, dass bei der Migrationsbevölkerung keine Auseinandersetzung mit Alkohol und

Tabak stattfindet. Der Stellenwert des Alkohols in unserer Gesellschaft wird von ihnen in der Regel hoch eingeschätzt. Mit Erstaunen stelle ich immer wieder fest, dass MigrantInnen der Meinung sind, dass SchweizerInnen regelmässig Alkohol trinken. Bei Ablehnung reagieren alle (ob Mann oder Frau) mit Unverständnis. Langjährige interkulturelle VermittlerInnen, welche vor der Migration keinen Alkohol konsumiert haben, trinken inzwischen so wie die SchweizerInnen.

Mangelndes Problembewusstsein

Fast alle Fachpersonen erwähnen, dass bei einem grossen Teil der Migrationsbevölkerung – wenn religiös erlaubt - eine hohe Akzeptanz gegenüber den Genussmitteln Alkohol und Tabak bestehe. Aufgrund von mangelnden Informationen und anderen vordringlichen Problemen werde die Alkohol- oder Tabaksucht von den MigrantInnen selten wahrgenommen und problematisiert. Einige Fachpersonen erwähnen jedoch, dass in bestimmten Migrantengemeinschaften die Alkohol- und Tabaksucht vermehrt thematisiert wird. Der internationale Druck und die Prävention in den Herkunftsländern zeige ihre Wirkung auch in den Migrantengemeinschaften.

Il se gênent pas! L'expression „Fumer comme un Turc“ n'est pas fausse. Les pays d'où ils viennent ne considèrent pas le fait de fumer comme un problème ou encore moins dangereux pour la santé. Fumer n'entraîne pas la culpabilité. Ceux qui ont déjà vécu en Europe pensent peut-être qu'il serait bon de fumer un peu moins ou encore sont contraints de diminuer leur consommation car ils ne possèdent pas les moyens financiers suffisants pour se la payer. Pour la question de l'alcool, il existe aussi toute une dimension culturelle qui valorise le fait de boire, p.ex. dans la communauté russe.

Einiges ist Bezug auf das Rauchen im Wandel, was auch die jüngste Erfahrung mit einer Standaktion zur Tabakprävention gezeigt hat. In vielen Kulturen wird Tabak traditionell mit Rauchen und Stärke assoziiert. Dieses Bild wandelt sich - wie bei uns auch (z.B. schadet der Gesundheit und Schönheit, es stinkt). Der Wandel erklärt sich zum Teil auch daraus, dass Passivrauchen den Kindern schadet und in vielen Kulturen ein überdurchschnittlich hoher Stellenwert der Familie besteht. Dazu kommt die starke internationale Tendenz, das Rauchen einzuschränken. In der Deutschschweiz ist man von Klischees in Bezug auf die Südländer ausgegangen. Die Akzeptanz des Rauchens ist auch dort nicht so gross, wie angenommen. Das hat zum Beispiel die überraschende Durchsetzung des Rauchverbotes in Italien gezeigt. Das Nichtrauchen ist allgemein auf dem Vormarsch. In Ibiza gibt es zum Beispiel Schilder für Orte, wo das Rauchen erlaubt ist, weil das nicht (mehr) selbstverständlich ist. Internationale Einflüsse wirken stark auf MigrantInnen.

Tabuisierte Suchtbereiche

Je nach Präventionsbereich weisen einige Fachpersonen auf andere auch bei MigrantInnen oft vorkommende Suchterkrankungen wie Medikamentenmissbrauch, Essstörungen und Spielsucht hin. Es sei wichtig, die tabuisierten Bereiche „Alkoholsucht und häusliche Gewalt“ sowie „Alkoholsucht im Alter“ bei der Prävention nicht zu vergessen und bei den entsprechenden Präventionsangeboten die Dimension Migration mitzubedenken.

1.2.2. Einschätzung der Fachpersonen zum Zugang zu den Informationen und Alkohol- und Tabakpräventionsangeboten für Personen mit Migrationshintergrund

Fast alle Fachpersonen haben den Eindruck, dass der Zugang zu den Informationen und den Alkohol- und Tabakpräventionsangeboten für Personen mit Migrationshintergrund ungenügend ist und ein grosser Nachholbedarf besteht. Einige weisen jedoch darauf hin, dass dieser Zugang eng von der Bildung abhängt. Aus Sicht einiger Fachpersonen ist auch eine fehlende transkulturelle Präventionsarbeit für die Informationslücke verantwortlich.

Fehlende aufsuchende und niederschwellige Präventionsarbeit

Vermisst wird eine aufsuchende und niederschwellige Präventionsarbeit. In den Augen einiger Fachpersonen ist die aktuelle Alkohol- und Tabakprävention zu wenig auf die Bedürfnisse der MigrantInnen ausgerichtet.

Die Schwelle ist zu hoch. Die MigrantInnen suchen nicht an ihrem einzigen Freitag eine Präventionsstelle auf und läuten dort an der Türe. Der Freitag sieht so aus, dass die Wäsche noch nicht gemacht ist, das Kind krank ist, usw. Es braucht niederschwellige Angebote. Es reicht nicht, wenn die Präventionsstellen in ihrem Büro auf die MigrantInnen warten.

Fehlende muttersprachliche Informationsmaterialien und Präventionsangebote

Viele Fachpersonen meinen, dass es zusätzliche muttersprachliche Informationsmaterialien und vor allem muttersprachliche Präventionsangebote wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen braucht. Die muttersprachlichen Informationsmaterialien sind als Unterstützung wichtig, aber sie allein ermöglichen den Zugang nicht! Eine Fachperson meint, dass es genug muttersprachliche Informationsmaterialien gebe, jedoch vermehrt Gespräch geführt werden sollten. Eine Fachperson regt an, die Website von migesplus in verschiedenen Migrantsprachen zu gestalten, damit die MigrantInnen selber diese Plattform nutzen können. Dies widerspricht jedoch der Erfahrung einer Fachperson, deren Beratungsstelle feststellen konnte, dass vor allem Fachpersonen von Institutionen und Organisationen die muttersprachlichen Informationsmaterialien herunterladen.

Kaum ein Zugang zu den Informationen und Präventionsangeboten, weil alles auf Deutsch angeboten wird.

Zum Rauchen gibt es übersetztes Material, welches von uns abgegeben wird. Zum Teil nehmen die KlientInnen die Informationsmaterialien mit, um bei einem Besuch die Schädlichkeit des Passivrauchens zu erklären. Das gehört in unserer Beratung zur Standardprävention. Hilfreich ist, wenn der übersetzte Flyer gleich wie der deutschsprachige Flyer gestaltet ist.

Nationale Kampagnen und Plakataktionen

Die nationalen Kampagnen werden meist nur in den offiziellen Landessprachen verbreitet. Zudem ist die Präventionsbotschaft oft zu wenig auf den soziokulturellen Kontext der Migrationsbevölkerung ausgerichtet. Besonders verwirrend sind widersprüchliche Präventionsbotschaften wie „Nie Alkohol am Steuer“ und „Nicht mehr als ein Glas am Steuer“.

1.2.3. Einschätzung der Fachpersonen zur Entwicklung und Umsetzung migrationspezifischer Suchtpräventionsprogrammen in der Schweiz

Die Mehrheit der befragten Fachpersonen (siehe Tabelle 2) betrachtet die Entwicklung und Umsetzung migrationspezifischer Suchtpräventionsprogramme im Bereich Tabak und Alkohol als sehr bis äusserst dringlich, weil die Präventionsbotschaften die Migrationsbevölkerung bis jetzt zu wenig erreicht hat.

Tabelle 2

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			1	2	2		1	7	4	3

Skala von 0-10, wobei 0 überhaupt nicht dringlich und 10 äusserst dringlich bedeutet

Bei der Einstufung der Dringlichkeit besteht ein Unterschied zwischen der deutschsprachigen und französisch-italienischsprachigen Schweiz. Die Hälfte der Fachpersonen der Romandie und aus dem Tessin stufen die Dringlichkeit bei 5 oder unter 5 ein. Eine Fachperson stuft die Präventionsangebote im Bereich Alkohol und Tabak ausser für neueingereiste Asyl Suchende in ihrem Kanton als gut ein. Eine andere Fachperson sieht bei prekarierten Gruppen die Priorität in anderen Bereichen. Bei den anderen Fachpersonen, welche die Entwicklung von migrationspezifischen Suchtpräventionsprogrammen nicht als dringlich betrachten, wird vor allem die migrationspezifische Ausrichtung als stigmatisierend angesehen und deshalb abgelehnt. In ihren Augen wäre es besser, den Aspekt der Interkulturalität ähnlich wie Alter oder Geschlecht in den auf die gesamte Bevölkerung ausgerichteten Suchtpräventionsprogrammen zu verankern. Auch diejenigen Fachpersonen, welche eine hohe Bewertung abgegeben haben, weisen auf die Wichtigkeit hin, unter „migrationspezifisch“ vor allem die Wahl der geeigneten Methoden zu verstehen und mit besonderen Risikogruppen wie z.B.

Jugendliche zu arbeiten. Eine Fachperson macht darauf aufmerksam, dass migrationsspezifische Angebote von MigrantInnen zum Teil als qualitativ schlechter und deshalb weniger attraktiv betrachtet werden.

Il est important de développer de tels projets parce qu'ils répondent à une réalité, mais il ne faudrait pas que la notion de „migrant“ soit déterminante dans le cadre du projet, mais plutôt celle de „risque“. Quelles sont les couches à risque? L'idée directrice ici est celle de se dire que nous concevons un projet pour une certaine population, migrante ou pas. Avec ce projet nous aimerions atteindre la population concernée. En aucun cas, faudrait-il que ce projet stigmatise ou ghettoïse! Les migrants pensent aussi parfois que si un projet est prévu uniquement pour eux, il sera de moins bonne qualité que s'il est prévu pour les Suisses également. La présence d'autochtones dans un projet constitue un gage de qualité pour les migrants.

2. (Positive) Erfahrungen aus Präventionsprogrammen und –projekten bei MigrantInnen

Viele der interviewten Fachpersonen arbeiten in Projekten oder Programmen, welche als good/best practice bezeichnet werden. Ihre Arbeit ist gut dokumentiert. Die folgenden Empfehlungen werden von vielen bis fast allen Fachpersonen genannt. Die Massnahmen/Interventionen decken sich zum grossen Teil mit den Empfehlungen aus dem Grundlegendokument „Migration und Gesundheit – Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung“ (Bülent Kaya/2007).

2.1. Kriterien von Good/Best Practice

Bedürfnisse der Zielgruppe klären

Die meisten Fachpersonen betrachten es als zentral, dass man zuerst die Bedürfnisse der Zielgruppe genau kennen muss. Dabei sei auf die Repräsentativität dieser Bedürfnisse innerhalb der Zielgruppe zu achten. Es reiche nicht aus, eine oder zwei Personen einer Zielgruppe zu befragen.

Beispiel 3: 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.

Partizipation und Ressourcenorientierung

Bewährt hat sich der Einbezug der Zielgruppe von Projektbeginn an. Wichtig ist ein partnerschaftlicher und respektvoller Umgang zwischen Fachpersonen und RepräsentantInnen der Zielgruppe. Einige Fachpersonen betonen, dass die Personen aus der Zielgruppe die ExpertInnen für ihre Anliegen sind. Die gemeinsame Projektarbeit macht die erste Projektphase meist langwieriger, weil zuerst unterschiedliche Vorstellungen und Arbeitsstile ausgehandelt werden müssen. Schwierig in der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Repräsentanten der Zielgruppe ist die Schriftlichkeit, welche in der Projektarbeit für schweizerische Verhältnisse selbstverständlich ist (Protokolle schreiben, usw.) Hier sind kreative und individuelle Lösungen gefragt. Der partizipative Ansatz erhöht die Wirksamkeit des Projektes. Wichtig ist, dass die Ressourcen der Zielgruppe im Projekt einbezogen werden.

Beispiel 4: Bei FemmesTische lädt eine Gastgeberin Frauen zu sich nach Hause ein. Eine Moderatorin moderiert nach einem Videoeinstieg zu einem bestimmten Erziehungs- oder Gesundheitsthema die Gesprächsrunde. Die FemmesTische werden sprachspezifisch angeboten. Alle Beteiligte haben Migrationserfahrung. Die Moderatorinnen sind meist gut integrierte und in der Migrationcommunities vertraute und sozial akzeptierte Frauen mit guter Schulbildung. Die

Sprachgruppen bestimmen die Themen aufgrund ihrer Bedürfnisse.

Garantir le principe de parité, c'est-à-dire, intégrer les personnes concernées dans les étapes diverses du projet, y compris dans le développement de leurs compétences. On avance plus lentement, on doit faire attention à d'autres choses, mais indéniablement c'est une force, même si c'est difficile. C'est aussi le propre d'une association qui travaille sur la solidarité, valoriser les personnes concernées. Axer le travail sur l'empowerment.

Einbezug von interkulturellen VermittlerInnen/DolmetscherInnen⁶

Fast alle Fachpersonen arbeiten in Projekten, in denen interkulturelle VermittlerInnen oder interkulturelle Dolmetschende ein unverzichtbarer Teil der Projektarbeit sind. In einigen Projekten werden MigrantInnen als KursleiterInnen oder ModeratorInnen zusätzlich ausgebildet. Die Arbeit dieser Fachpersonen muss für ein gutes Gelingen genau definiert und gut begleitet sein. Mehr dazu im Kapitel 3.

Beispiel 5: Caritas Luzern hat MigrantInnen, welche oft auch als interkulturelle ÜbersetzerInnen arbeiten, als KursleiterInnen für Gesundheits- und Integrationsthemen ausgebildet. Die Ausbildung der KursleiterInnen wurde in Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen bzw. Fachpersonen (SexualpädagogInnen, Aids Hilfe Luzern, Suchtpräventionsstelle, usw.) angeboten. Die KursleiterInnen führten in der jeweiligen Muttersprache selbstständig die Kurse für Asyl Suchende durch und arbeiten heute zum Teil in Integrationsprojekten, in Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung, in der Flüchtlingsarbeit, in Vereinen und in der Gefängnisarbeit. Die Ausbildung war für die KursleiterInnen kostenlos. Sie arbeiten im Auftragsverhältnis und sind im Stundenlohn bezahlt. Die Auftragserteilung erfolgt unregelmässig und ist abhängig von der Nachfrage. Die KursleiterInnen werden von der Projektleitung begleitet und können an einem regelmässigen Fachaustausch teilnehmen.

Transkulturelle Öffnung der Institution

Einige Institutionen, in denen die interviewten Fachpersonen arbeiten, sind auf dem Weg einer transkulturellen Öffnung. Fachpersonen mit Migrationshintergrund werden angestellt und die ganze Institution bildet sich intensiv in transkultureller Kompetenz und anderen Themen im Bereich Gesundheit und Migration weiter. Migrationspezifische Supervision wird fest angeboten. Führungspersonen sind transkulturell kompetent und wissen um unterschiedliche Führungsstile. Die Institution richtet ihre Öffnungszeiten, ihren Auftritt, ihre Erreichbarkeit (z.B. Besprechung des Telefonbeantworters auf Standarddeutsch) auch auf die Migrationsbevölkerung aus. Die transkulturelle Öffnung der Institution ist ein langjähriger Prozess, der jedoch erst zu einer wirklichen Chancengleichheit in der Präventionsarbeit führen kann. Eine Fachperson formulierte dies folgendermassen: Es wäre heute kaum vorstellbar, dass in einem Männerteam, welches nur durch eine Frau ergänzt wird, über gendersensible Präventionsprojekte gesprochen wird. Bei der migrationssensiblen Präventionsarbeit treffe dies jedoch zu. In vielen Fach- und Forschungsstellen sowie Beratungs- und Beiratsgruppen, welche sich mit migrationspezifischen Gesundheits- und Präventionsfragen auseinandersetzen, sei meist nur eine Fachperson mit Migrationshintergrund im jeweiligen Team vertreten.

Beispiel 6: Mit finanzieller und ideeller Unterstützung vom Bund und dem Kanton hat sich Contact Netz Bern als Beratungsstelle für illegale Suchtmittel transkulturell geöffnet. Während diesem

⁶ „Interkulturelle Dolmetschende/Übersetzende sind Fachpersonen für mündliches Übersetzen in Dialogsituationen. Sie ermöglichen eine gegenseitige Verständigung zwischen GesprächspartnerInnen unterschiedlicher sprachlicher Herkunft. Sie dolmetschen unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der GesprächsteilnehmerInnen.“ www.inter-pret.ch

„Interkulturelle VermittlerInnen informieren adressatengerecht MigrantInnen sowie Fachpersonen öffentlicher Dienstleistungen über kulturelle Besonderheiten, über unterschiedliche Regeln des Polit- und Sozialsystems oder über unterschiedliche gesellschaftliche Umgangsformen. Damit bauen sie Brücken zwischen MigrantInnen und Bildungs- und Beratungseinrichtungen und sorgen dafür, dass möglichst keine Unklarheiten zwischen Arzt/Patient, Anwalt/Mandant, Lehrer/Eltern entstehen.“ www.inter-pret.ch

Prozess wurden zum Beispiel in unterschiedlichen Weiterbildungs-, Supervisions- und Interventionsveranstaltungen die Mitarbeitenden zum Thema Transkulturalität sensibilisiert. Die Beratungsstelle baute in intensiver und aufwändiger Arbeit engere Kontakte zu Opinionleader und Schlüsselpersonen innerhalb der ausländischen Communities auf. Die Broschüre über die Angebote des Contact Netz wurde in 13 Sprachen übersetzt. Es wurden Elternkurse in den ausländischen Communities durchgeführt. Für die Dolmetscharbeiten wurde eine Gruppe von DolmetscherInnen und interkulturellen VermittlerInnen ausgebildet und gezielt geschult.

Aufsuchende und niederschwellige Präventionsarbeit

Laut Aussagen einiger Fachpersonen bewähren sich aufsuchende und niederschwellige Strategien vor allem für schlecht integrierte MigrantInnen. Aufsuchende Strategie kann bedeuten, dass Mitarbeitende zusammen mit den interkulturellen VermittlerInnen bei kulturellen und religiösen Festen, bei Schulen, bei Treffpunkten, usw. präsent sind. Effektiv sind diese Strategien, wenn die Fachpersonen und interkulturellen VermittlerInnen mit den MigrantInnengemeinschaften vertraut sind. Dies setzt eine Beziehungsarbeit über längere Zeit voraus. Einige Fachpersonen weisen darauf hin, wie intensiv im Bezug auf Zeit und Emotion diese Art der Präventionsarbeit sei. Aufsuchende Präventionsarbeit beinhaltet oft unregelmässige Arbeitszeiten, Abend- und Wochenendarbeit oder für bestimmte Projekte eine telefonische Erreichbarkeit praktisch rund um die Uhr.

Eine Fachperson meint, dass theoretisch zwar über die Familiarisierung in der Migrationsarbeit geschrieben, aber die praktische Umsetzung tabuisiert werde. Sein Eindruck sei, dass die Distanziertheit sowohl unterschiedlich auf dem Lande oder in der Stadt als auch in der Deutschschweiz oder in der Romandie gehandhabt werde. So sei es auch in der Schweiz auf dem Lande früher üblich gewesen, dass ein Lehrer die Familie zuhause besucht habe. Wichtige Fragen wären: Wie gehe ich mit meiner Privatsphäre um? Wie ist mein persönliches Engagement? Bin ich z.B. mit meiner Familie an einem kulturellen Anlass einer MigrantInnengemeinschaft anwesend? In seinen Augen braucht es vermehrt auch Fachpersonen in der Migrationsarbeit, welche einen professionellen aber familiären Umgang pflegen.

Beispiel 7: Eine wichtige Strategie vom HIV/Aidspräventionsprogramm „Afrimedia“ ist die aufsuchende Informations- und Sensibilisierungsarbeit. Die ausgebildeten MediatorInnen suchen formelle und informelle Treffpunkte der Zielgruppe wie z.B. Coiffeursalons, Lebensmittelgeschäfte, Bars, Bahnhöfe und Konzerte auf und versuchen mit Personen der Zielgruppe – wenn möglich in der Muttersprache - ins Gespräch zu kommen.

Aufbau- und Netzwerkarbeit

In den Augen vieler befragter Fachpersonen braucht es für die Aufbau- und Netzwerkarbeit genug Geld und Zeit. Diese Vernetzung bedeutet persönliche vertrauensbildende Beziehungsarbeit. Im Kontakt mit den MigrantInnengemeinschaften müssen die soziokulturell geprägten Verkehrsformen eingehalten werden. Mehr dazu im Kapitel 3.

Beispiel 8: Für das Rauchstoppprogramm des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich werden alle türkisch sprechenden MigrantInnen angesprochen. Die beiden Kursleitenden sind türkischer Herkunft. In intensiver Arbeit suchen sie persönlich den Kontakt zu den verschiedenen Gruppen innerhalb der heterogenen türkischen Communities (z.B. verschiedene politische und religiöse Einstellungen, unterschiedlicher Aufenthaltsstatus, unterschiedlicher Bildungshintergrund, verschiedene Lebenslagen, beide Geschlechter, unterschiedliches Alter). Der Kontakt zu den MigrantInnengemeinschaften war in der Anfangsphase nicht einfach, weil die Kursleitenden den Aufbau der Organisationen nicht kannten. Dank guten Kontakten konnte im Laufe der Zeit mit den Schlüsselpersonen und Opinionleader der MigrantInnengemeinschaften ein Gespräch vereinbart werden. Die türkische Herkunft der Kursleitenden war dabei eine grosse Hilfe, weil sie mit den soziokulturell geprägten Verkehrsformen in den türkischen Communities vertraut waren.

Türöffner

In den Interviews wird immer wieder erwähnt, wie zentral die richtigen Themen und Personen als Türöffner zu den Zielgruppen sind. Um diese Türöffner für die bestimmten Zielgruppen herauszufinden, braucht es gute Zielgruppenkenntnisse. Mehr zu den Personen als Türöffner ist im

Kapitel 3 zu lesen. Es gibt jedoch auch Präventionsthemen, die sich als Türöffner besser oder weniger gut eignen. Bewährt hat sich bei MigrantInnen vor allem auch aus bildungsfernen Schichten zuerst mit allgemeiner Gesundheitsförderung zu beginnen und erst dann tabuisierte Präventionsthemen anzugehen.

Beispiel 9: Ein Ziel unter vielen anderen im Projekt der Zentralwäscherei Zürich war, dass der Anteil der rauchenden Arbeitnehmenden gesenkt wird. Die Projektleitung hat jedoch zuerst auf andere Interventionen gesetzt, bei denen die Arbeitnehmenden schnell einen Erfolg erleben konnten. Es wurde ein interner muttersprachlicher Beratungsdienst eingerichtet und die einzelnen Arbeitsplätze wurden auf ergonomisch verbesserte Abläufe geprüft. Nach diesen von der Belegschaft als positiv befundenen Interventionen konnte das Angebot für Tabakausstiegsprogramme eingeführt werden. Die Arbeitnehmenden waren von dieser Prävention nicht begeistert, aber aufgrund des durch die positiv erlebten Interventionen aufgebauten Vertrauens konnte das Tabakausstiegsprogramm trotz anfänglichem Widerstand erfolgreich durchgeführt werden.

Verständigung

Fast alle befragten Fachpersonen weisen auf die Wichtigkeit der Verständigung hin. Kommunikation ist mehr als eine gemeinsame Sprache sprechen. Auch bei verstandener Sprache können Verletzungen in den soziokulturellen geprägten Kommunikationsformen eine Kommunikation massiv stören. Deshalb ist der Einsatz von interkulturellen VermittlerInnen/DolmetscherInnen und von Fachpersonen mit Migrationshintergrund ganz zentral. In der Arbeit mit MigrantInnen aus bildungsfernen Schichten haben sich einfache klare Präventionsbotschaften bewährt. Wichtig – vor allem auch als Wertschätzung und als Zeichen des Wahrgenommenwerdens – sind muttersprachliche Informationsmaterialien.

Beispiel 10: Im l’Hôpital de l’Enfance wird bevorzugt Pflegepersonal mit Migrationshintergrund eingestellt. Es gehört zur Grundregel des Spitals, dass bei Verständigungsproblemen mindestens ein Mal während des Klinikaufenthalts ein gedolmetschtes Gespräch stattfindet. Zudem werden den Eltern muttersprachliche Informationsbroschüren abgegeben.

2.2. Killerfaktoren und Massnahmen/Interventionen, welche nicht funktioniert haben

Rahmenbedingungen

Als Killerfaktoren bezeichnen einige Fachleute hohe Erwartungen an einem raschen Erfolg sowie mangelnde politische und finanzielle Unterstützung. Sie erwähnen zudem, dass der Zeitfaktor in der aufsuchenden Präventionsprojekten meist unterschätzt werde.

Beispiel 11: Eine Fachperson erzählt, dass sie kein neues Migrationsprojekt starten würde, wenn nicht bei Projektstart die Arbeit der interkulturellen VermittlerInnen finanziell nachhaltig gesichert sei.

Haltung der Projektleitenden

Einige Fachpersonen erwähnen, dass die Haltung der Projektleitenden für den Projekterfolg entscheidend sei. Fehl am Platz seien paternalistische Vorstellungen, dass Projekte von oben nach unten und im Stil von „Wir“ für „Sie“ im Migrationskontext funktionieren können. Projektbehindernd seien Projektleitende, die sich gegenüber der Zielgruppe als ExpertInnen ihrer Kultur oder Lebenslage verstehen.

Multiplikation

Einige Fachpersonen warnen vor falsch verstandener Multiplikation. Ein funktionierendes Projekt oder auch einzelne erfolgreich durchgeführte Interventionen lassen sich nicht einfach auf einen anderen Kontext übertragen.

Beispiel 12: Ein Präventionsprogramm gegen Durchfall bei Kleinkindern wurde mit Müttern initiiert. Das Programm wurde aus der Entwicklungshilfe übernommen und funktionierte in der Schweiz nicht.

Beispiel 13: Afrimedia schrieb einen Wettbewerb zum Thema HIV/Aids aus. Die besten eingeschickten Szenen sollten verfilmt und mit dem Autorennamen versehen werden. Im Gegensatz zu ähnlich verlaufenden Wettbewerbs in afrikanischen Ländern war diese Idee in der Schweiz in Flop. Nur wenige Personen schickten eine geschriebene Szene ein.

Schriftliche Erstkontaktaufnahme

Fast alle Fachpersonen haben schlechte Erfahrungen mit schriftlicher Kontaktaufnahme und mit dem Verschicken oder Abgeben von schriftlichen Informationsmaterialien gemacht, auch wenn die Informationen in die Muttersprache übersetzt sind. Wenn die Kontaktpersonen bekannt sind oder der Präventionsinhalt verstanden wird, dann können schriftliche muttersprachliche Materialien als Unterstützung hilfreich sein.

Beispiel 14: Eine Beratungsstelle verschickt jeweils an die Eltern der OberstufenschülerInnen eine schriftliche Einladung für einen Informationsabend zum Thema Sucht. Nur die Schweizereltern besuchen diesen Informationsabend. Erst über den persönlichen Kontakt der HSK-Lehrkräfte nehmen die Eltern mit Migrationshintergrund ebenfalls teil.

Mangelnde Kultursensibilität

Einige Fachpersonen weisen darauf hin, dass fehlende soziokulturelle Kenntnisse eine Projektumsetzung erschweren oder gar verunmöglichen. Dieser Fehler kann schon durch einen für die Zielgruppe ungeeigneten Titel des Präventionsprojektes ausgelöst werden.

Beispiel 15: In einem Kurs über gesunde Ernährung wird von Saisonfrüchten gesprochen. Die Kursteilnehmenden verstehen nicht, warum es in der Schweiz Saisonfrüchte geben soll. In ihrem Alltag erleben sie, dass in der Migros alle Früchte während des ganzen Jahres angeboten werden. Zudem entspricht ihre Ernährungsweise zum Teil nicht einer durchschnittlich schweizerischen.

Unprofessionelle Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen und interkulturell Vermittelnden

Eine unprofessionelle Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen und interkulturellen Vermittelnden kann die Umsetzung eines Projektes oder Angebotes behindern. Mehr dazu im Kapitel 3.

2.3. Wirksamkeit der Massnahmen und Interventionen auf die Zielgruppe

Viele Fachpersonen weisen darauf hin, dass die Wirksamkeit grundsätzlich im Präventionsbereich schwierig zu messen sei. So werden wenige Projekte und Angebote der befragten Fachpersonen nach wissenschaftlichen Kriterien evaluiert. Viele ExpertInnen stützen sich bei der Evaluation auf ihre subjektiven Beobachtungen, welche zum Teil durch statistische Zahlen objektiviert werden. Zwei Fachpersonen weisen darauf hin, dass eine wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsanalyse das Budget ihrer Projekte/Programme sprengt. Diese Fachpersonen erwähnen aber auch, dass sie grundsätzlich an solchen Evaluationen sehr interessiert wären, wenn diese z.B. durch externe methodische und finanzielle Unterstützung durchgeführt werden.

Besserer Zugang zu Informationen

Viele Fachpersonen können mit ihren Statistiken zeigen, dass die Klienten-, Teilnehmenden- oder Patientenzahlen der Zielgruppe wie erwünscht zugenommen haben und die Zielgruppe ihre Institution als Ort des Vertrauens erleben.

Le bénéfice sur les groupes-cibles est essentiellement le counselling. Un lieu confidentiel où ils peuvent poser des questions.

Zudem können Sie mit Zahlen belegen, dass viele muttersprachliche Informationsbroschüren verteilt und viele Gespräche mit interkulturellen Dolmetschenden geführt werden. Einige Fachpersonen beobachten, dass die Zielgruppe über die Gesundheitsrisiken besser informiert sind. Diese Fakten und

Beobachtungen sagen viel über die Informationsverbreitung aus. Sie prüfen jedoch nicht, ob die Präventionsbotschaften auch umgesetzt werden.

Zunahme des gesundheitsförderlichen Verhaltens

In zwei Projekten konnte die Prävalenz des Risikoverhaltens bei der Zielgruppe gesenkt werden. Aber in beiden Projekten spielen nach Aussagen der Fachpersonen auch andere Faktoren beim Erreichen dieser Präventionsziele eine Rolle. In zwei anderen Projekten wird die Wirksamkeit der Interventionen wissenschaftlich begleitet. Diese Projekte sind jedoch jung und es sind noch keine Resultate vorhanden.

Empowerment

Einige Fachpersonen erfahren aus den Kursevaluationen, dass die Kursteilnehmenden sich selber besser zu helfen wissen und mehr Selbstvertrauen gewonnen haben. Viele Fachpersonen betonen genau diesen Effekt: Die grösste Wirkung auf die Zielgruppe sei das Empowerment.

Au niveau actuel du projet, on peut affirmer que c'est surtout le fait de se sentir valorisé ce qui compte. Les migrants sont devenus des acteurs, ils ne subissent pas le projet, mais plutôt ils y participent. Les migrants renforcent leur auto-estime. De facto nous avons besoin d'eux. C'est une synergie, nous avons besoin de tous pour que le projet marche. Ils sont devenus indispensables au projet et c'est là, l'effet le plus remarquable.

C'est cette prise de conscience des migrants, de leurs propres potentialités ou de leurs apports à la société en général qui les rend forts p.ex. dans les entretiens de groupe: au début, quand nous leur parlons de contributions à la société d'accueil, ils ne pensent pas y contribuer vraiment. Vers la fin de ce processus, ils se rendent compte de tout ce qu'ils ont fait depuis leur arrivée. Il s'agit-là d'une contribution énorme à la société d'accueil et d'une grande satisfaction personnelle. Voici un autre effet positif du projet.

Integration

Wenn Fachpersonen über die Wirksamkeit auf die Zielgruppe reden, dann sprechen einige von ihnen über den Integrationseffekt solcher Präventions- oder Gesundheitsförderungsprojekten.

Am meisten haben Migrantengruppen vom Projekt profitiert, welche eher gettoisiert leben. Eine türkische Frauengruppe organisierte über Support Radix einen Schwimmkurs. Obwohl das Projekt ethnospezifisch ist, ist es für die Integration und die Gesundheit dieser Frauen wichtig. Die Frauen erlauben vielleicht aufgrund ihrer eigenen Erfahrung, dass ihre Kinder in der Schule schwimmen gehen dürfen. Das sind wichtige Prozesse.

Viele Fachpersonen erwähnen bei den Gründen, warum MigrantInnen die Präventionsangebote nicht in Anspruch nehmen, eine andere Prioritätensetzung. Wer von der Gesellschaft marginalisiert werde, habe zuerst andere Bedürfnisse als sich um seine Gesundheit zu sorgen. Dies zeigt sich zum Beispiel in einem betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekt, in dem die Belegschaft den internen muttersprachlichen Beratungsdienst als wirkungsvollste Intervention erlebte.

Eine Intervention war das Einrichten eines internen Beratungsdienstes. Die ArbeiterInnen konnten diesen internen Beratungsdienst während der Arbeitszeit aufsuchen, wenn sie zum Beispiel Probleme beim Suchen von einem Krippenplatz, einer Wohnung, einem Kinderarzt hatten. Die Belegschaft hat bei der Evaluation den internen Beratungsdienst als besonders wirksam erwähnt. Es sind auch Integrationsziele, welche in diesem Projekt erreicht wurden.

Auf die Wechselwirkung Integration und Gesundheit weist eine Fachperson hin, welche seit längerer Zeit in der Präventionsarbeit tätig ist. Migrantengruppen, welche einen Integrationsprozess durchlaufen haben, nutzen aus ihrer Erfahrung vermehrt Präventionsangebote.

In meiner langjährigen Tätigkeit beobachte ich, dass in meiner ersten Beratungszeit Frauen aus Italien, Spanien und Portugal wegen einer ungeplanten Schwangerschaft oder einem erwünschten Schwangerschaftsabbruch in die Beratung kamen. Jetzt frequentieren sie die Familienplanung gleich

wie die Schweizerinnen. Heute sind es vermehrt die neuen Migrantengruppen, welche über wenig Informationen bezüglich Verhütungsmittel verfügen und deren alten vertraute Verhütungsmethoden sich hier nicht bewähren. Allgemeine Massnahmen zur Integration wirken auch bei unserem Präventionsthema präventiv.

Auswirkungen auf die Institutionen

Nicht nur diejenigen Fachpersonen, die andere Fachpersonen beraten, weisen darauf hin, dass eine wichtige Wirkung in der Sensibilisierung der Institutionen liegt. Dies trifft vor allem bei Projekten und Programmen in Regelstrukturen zu, in denen vermehrt Fachpersonen mit Migrationshintergrund angestellt werden oder andere Formen der transkulturellen Öffnung statt finden.

3. Methodische Erkenntnisse für die Prävention bei MigrantInnen

3.1. Auswahl der Zielgruppe

Die in der Umfrage angegebenen Zielgruppen lassen sich grob folgendermassen unterteilen: die gesamte Bevölkerung, alle MigrantInnen, Kunden/Klienten/Patienten, bestimmte ethno/sprachspezifische Migrantengruppen, Asyl Suchende, Risikogruppen, Migrantinnen, Belegschaft. Bei der Begründung der Zielgruppe zeigt sich ein Diskurs unter den Akteuren zu tendenziell eher transkulturell, ethno-/sprachspezifisch oder migrationsspezifisch ausgerichteten Angeboten.

Transkulturell

Im transkulturellen Ansatz werden die Angebote für die Bevölkerung unabhängig von ihrer Herkunft angeboten. Kultur/Migration wird in der konkreten Präventionsarbeit genauso wie andere Differenzkategorien (Alter, Geschlecht, Schicht) berücksichtigt.

Beispiel 16: Dans la rue, une animatrice prend conscience du blanchiment de la peau chez les personnes noires. Suite à un article qu'elle a lu à ce sujet, elle fait connaissance avec une l'auteure : une esthéticienne de Genève qui s'investit beaucoup pour dénoncer ces pratiques dangereuses pour la santé. REPER l'a invitée à Fribourg pour parler de ce problème, un thème tabou. Son intervention a suscité un grand débat à Fribourg, une conscientisation accrue de ce problème souvent méconnu. Cet exemple démontre bien que nous n'abordons pas les gens de manière très spécifique mais plutôt par des stratégies qu'on développe en fonction des problèmes amenés par les jeunes.

Der transkulturelle Ansatz⁷ wird in vielen Einrichtungen angewendet, in denen die Präventionsarbeit in individuellen Beratungsgesprächen stattfindet und interkulturelle Dolmetschende beigezogen werden können.

Ethno-/sprachspezifisch

In einigen Projekten wird der transkulturelle und ethnospezifische Ansatz aus pragmatischen (z.B. Verständigung, knappe finanzielle Mittel, Prävalenz) Gründen kombiniert. Die MitarbeiterInnen werden in transkultureller Kompetenz geschult und mit wenigen ethno/sprachspezifischen Migrantengruppen werden Präventionsangebote durchgeführt. Bei der Auswahl der ethno/sprachspezifischen Migrantengruppen wird oft die Prävalenz beachtet.

Beispiel 17: Eine quantitative Studie zeigt eine erhöhte Prävalenz beim freiwilligen Schwangerschaftsabbruch bei den Migrantengruppen aus dem Balkan, aus Süd- und Zentralamerika und aus Afrika. Im Projekt von PROFA werden mit interessierten MigrantInnenorganisationen Workshops zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit durchgeführt. Für die drei meist betroffenen Migrantengruppen werden interkulturelle VermittlerInnen angestellt, die an den Treffpunkten über dieses Präventionsthema sensibilisieren. Zudem werden die medizinischen Fachpersonen transkulturell geschult.

⁷ Mehr dazu in: Transkulturell handeln – Vielfalt gestalten (Eicke/Zeugin 2007)

Migrationsspezifisch

Migrationsspezifische Projekte richten sich unabhängig von der ethnischen Herkunft an MigrantInnen. Aufgrund der Verständigung werden die konkreten Angebote jedoch oft auch ethnospezifisch ausgerichtet.

Beispiel 18: Support Radix unterstützt Präventionsangebote für MigrantInnen ideell und finanziell, welche von MigrantInnen initiiert und geleitet werden. Meist startet eine Person mit seiner Migrantengruppen ein Präventionsprojekt. Im Laufe des Projektes können auch anderssprachige MigrantInnen daran teilnehmen, wie folgendes Beispiel zeigt: Eine kroatische Integrationsgruppe organisierte ein Projekt zum Thema „Gesunde Ernährung und Bewegung“. Die in kroatischer Sprache geführten Informationsveranstaltungen wurden nur von Kroaten besucht. Doch beim Vita Parcours machten auch Personen aus anderen Ländern mit. Zum Teil beteiligten sich beim regelmässig durchgeführten Vita Parcours Personen aus acht Nationen und aus unterschiedlichen Altersgruppen.

Weitere Faktoren bei der Zielgruppenbestimmung

Zusätzliche Faktoren bei der Bestimmung der Zielgruppe sind Risikogruppe, Lebenslage und Gender. So richten sich einige Präventionsangebote an Mütter mit Migrationshintergrund. Die Zielgruppenauswahl wird mit der mangelnden Integration vor allem von Müttern und mit deren zentraler Wichtigkeit bei der Gesundheitsförderung der ganzen Familie erklärt.

Beispiel 19: Die Projektleiterin von FemmesTische begründet 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.“

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Zielgruppenauswahl ist die Bedürfnis- und Bedarfsorientierung einer Einrichtung. Institutionen, welche eng mit MigrantInnen zusammenarbeiten, orientieren sich tendenziell eher am geäusserten und wahrgenommenen Bedürfnis der MigrantInnen. Allgemeine Präventionsstellen initiieren ein Projekt meist aus einem empirisch nachgewiesenen Bedarf heraus. Einige Fachpersonen erwähnen explizit, dass ohne die Bedürfnisse der Zielgruppe zu klären keine Präventionsprojekte durchgeführt werden sollen. Eine Fachperson betont jedoch, dass bei der Zielgruppenauswahl auch diejenigen Migrantengruppen berücksichtigt werden sollen, bei denen ein Bedarf besteht und die vielleicht ihre Bedürfnisse noch nicht so gut öffentlich artikulieren können.

Die Zielgruppenauswahl kann auch aufgrund von einem öffentlichen Mandat definiert werden, oder auch persönliche Gründe wie gute Kontakte zu bestimmten Migrantengruppen spielen eine Rolle.

Erkenntnisse für die Zielgruppenauswahl

Die genaue Definition der Zielgruppe ist für viele Fachpersonen ein wichtiges Kriterium für das Gelingen von transkulturellen Präventionsprojekten. Einige Fachpersonen warnen vor der stigmatisierenden Wirkung von ethno- und zum Teil auch von migrationsspezifischen Angeboten. Aufgrund der Verständigung – damit ist nicht nur Sprache gemeint – betrachten andere Fachpersonen ethnospezifische Angebote als effektiv.

Beispiel 20: Die Projektleiterin von Feminasana bietet sowohl ethnisch gemischte als auch ethno-/sprachspezifische Angebote für Frauen an. Angebote, in denen gemeinsame Aktivitäten im Vordergrund stehen, werden von Migrantinnen unabhängig von ihrer ethnischen Herkunft besucht. Ebenso werden die Informationsveranstaltungen für alle Migrantinnen ausgeschrieben und die Informationen werden in der Veranstaltung von verschiedenen interkulturellen Vermittlerinnen laufend übersetzt. Die Erfahrung zeigt, dass eine vertiefte Diskussion jedoch nur in sprachspezifischen Gruppen möglich ist.

Bei ethno- und migrationsspezifischen Angeboten soll die Methodik jedoch auf transkulturellen Grundlagen beruhen. Das kann konkret bedeuten, dass die Heterogenität der Migrationsbevölkerung oder der ethnischen Gruppe in Bezug auf Geschlecht, Alter und Schicht berücksichtigt wird oder dass

Projektleitende oder/und –mitarbeitende mit derselben ethnischen Herkunft für das ethnospezifische Angebot angestellt und im Projektteam integriert werden (siehe auch transkulturelle Öffnung der Institutionen). Einige Fachpersonen mit Migrationshintergrund betonen, dass in ihrer Präventionsarbeit dieselbe Herkunft und die eigene Migrationserfahrung für die Vertrauensbildung bei der Zielgruppe ganz wichtig gewesen seien.

3.2. Zugang zur Zielgruppe

Präventionsfachleute betrachten MigrantInnen als schwer erreichbare Zielgruppe. Dies trifft aufgrund der Umfrage nur insofern zu, dass MigrantInnen über die üblichen schriftlichen Kanäle wie z.B. Zeitungsinserate in schweizerischen Zeitungen nicht erreicht werden und die Werbung vor allem über persönliche Kanäle verläuft. Im folgenden Abschnitt werden Tendenzen aufgezeigt, mit denen die interviewten Fachpersonen mehr oder weniger erfolgreich die ausgewählte Zielgruppe erreicht haben.

3.2.1 Empfehlenswerte Zugangswege

Persönlicher Kontakt

Alle Fachpersonen sind sich einig, dass der erfolgreiche Zugang zu der Zielgruppe über den persönlichen Kontakt läuft.

Das Wichtigste ist der persönliche Kontakt mit verschiedenen Personen. Man spricht mit ihnen. Man diskutiert. Man weiss, was sie (Zielgruppen) zum Atmen brauchen, was sie nötig haben und in welcher Richtung, sie etwas machen können.

Gut bewährt haben sich die persönlichen Kontakte. Das Projekt steht und fällt mit dem Netz. Ohne Netzwerk läuft nichts.

Nachhaltig ist der Weg über persönliche Kontakte.

Gut bewährt haben sich die Kontakte über Beziehungen. Entweder direkt oder über Schlüsselpersonen.

Notre support principal de travail sont les discussions avec les populations concernées.

Diese Beziehungsarbeit erfordert viel Zeit und Kontinuität. Damit die Vertrauensbildung zur Zielgruppe gelingt, braucht es Personen, die bei der Zielgruppe über längere Zeit bekannt sind. Wenn die Mund-zu-Mund-Propaganda funktioniert, ist viel erreicht.

Fachpersonen mit Migrationshintergrund als Vertrauenspersonen

Fast alle Fachpersonen erwähnen, dass für den persönlichen Zugang zur Zielgruppe Fachpersonen mit Migrationshintergrund (z.B. interkulturelle VermittlerInnen) unabdingbar sind. Diese können aufgrund ihrer Kommunikationskenntnisse (z.B. Sprache, Verkehrsformen) mit den Schlüsselpersonen in den Migrantencommunities zusammenarbeiten oder direkt mit den Personen der Zielgruppe vermitteln. Mehr dazu im Kapitel 3.3.

Nous permettons aux migrants de s'exprimer dans ce contexte dans leur langue maternelle. Ce moyen est capital, essentiel; il est mis à disposition des patients par le biais des interprètes médiateurs culturels, du personnel soignant issu de la migration.

Vernetzung und Zusammenarbeit

Neben der Vernetzung mit den Migrantencommunities betrachten die Fachpersonen die Netzwerkarbeit mit anderen Organisationen aus den Bereichen Integration und Gesundheit als wichtige Grundlage, um zu den einzelnen Personen aus der Zielgruppe zu gelangen. Wichtig sei nicht nur eine regionale sondern auch nationale Vernetzung.

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.

Orte für die aufsuchende Präventionsarbeit

Die Fachpersonen zählen verschiedene Orte auf, welche von der Zielgruppe frequentiert werden und geeignet sind, um mit den Personen der Zielgruppe ins Gespräch zu kommen, Informationsmaterialien persönlich zu verteilen und auf die Präventionsangebote aufmerksam zu machen. Die folgende Liste ist nur eine Zusammenstellung, und die Wichtigkeit hängt von der Zielgruppe, der lokalen Begebenheit und dem Präventionsthema ab:

Gemeinschafts- und Quartierzentren, Zentren für Asyl Suchende, Schulen, religiöse und kulturelle Feste, Sportanlässe, religiöse Zentren, Migrantentreffpunkte, Konsulate, ethnische Geschäfte (z.B. Coiffeursalons, Lebensmittelgeschäfte, Banken), Reisebüros, Bars.

Flyer und muttersprachliche Informationsmaterialien

Viele Fachpersonen weisen darauf hin, dass der Flyer (auch wenn dieser in die Muttersprachen übersetzt ist) vor allem für die Organisationen und Institutionen wichtig sei. Flyer funktionieren bei der Zielgruppe selber vor allem unterstützend.

Beispiel 21: Für das Rauchstoppprogramm für türkische MigrantInnen wurde ein Flyer mit einer Comicszeichnung als visuelle Hilfe gestaltet. Auf dem Flyer steht als Kontaktmöglichkeit die Natelnummer des türkischsprechenden Kursleiters. Diese Telefonhotline wird rund um die Uhr bedient.

Ein weiterer wichtiger Zugang läuft über die muttersprachlichen Informationsmaterialien. Fachpersonen beobachten, dass diese muttersprachlichen Informationsmaterialien vor allem auch als Türöffner funktionieren. Sie signalisieren den Personen aus der Zielgruppe die Ernsthaftigkeit der Institution, sich für die Anliegen der Zielgruppe zu interessieren.

Als in der Beratung ein iranischer Vater den Gesundheitswegweiser in seiner Sprache entdeckte, taute er auf. Er sagte, dass er noch nie in der Schweiz etwas Offizielles in seiner Sprache gesehen habe. Er erlebte dies offenbar als wohlwollende Geste und dies ermöglichte eine Vertrauensbildung, welche vorher nicht vorhanden war. Der muttersprachliche Gesundheitswegweiser funktionierte als Türöffner.

Aktionen

Einige Fachpersonen erzählen von erfolgreichen Musik- und Theateraktionen, welche die Kursteilnehmenden oder Personen auf der Strasse für das Präventionsthema sensibilisierte. Dabei waren Vertretende der Zielgruppe in der Planung und Durchführung der Aktionen involviert.

Beispiel 22: Depuis 2003, moment du début du projet, les migrants ont également été consultés dans le cadre de l'étude qualitative au sein du groupe de contrôle. Ces échanges ont permis de mettre en évidence des stratégies, des pistes d'action, dont l'idée d'un théâtre participatif comme outil de prévention. Ce projet a été développé par la communauté de l'Amérique Latine et soutenu par Radix. La cheffe de projet de Profa a tenu le rôle de coach et d'évaluatrice. Ce théâtre s'est révélé être un grand succès (4 représentations, 300 personnes). En plus, une conseillère en planning familial et une médiatrice se sont chargés d'animer et de faire participer tout un chacun.

Kurse, Workshops und Informationsveranstaltungen

Die Form von angebotenen Kursen, Workshops und Informationsveranstaltungen ist unterschiedlich und hängt vom Präventionsthema ab. Bewährt haben sich in den Augen der Fachpersonen diejenigen Informationsgefässe, in denen prozessorientiert mit den Kursteilnehmenden gearbeitet werden kann und die Teilnehmenden die Präventionsbotschaften mit ihren Lebenserfahrungen verknüpfen können. Die meisten Fachpersonen arbeiten bei dieser Art von Informationsvermittlung mit MigrantIn- oder anderen Partnerorganisationen zusammen.

Beispiel 23: Im Projekt Luana werden vor allem Migrantinnen mit wenig Bildungshintergrund und Deutschkenntnissen für Gesundheitsthemen angesprochen. Neben der Wissensvermittlung (z.B. Gesundheitssystem Schweiz, Umgang mit Stress, Sucht, Migration, Gesundheit, eigene Ressourcen, Ernährung) steht das Erkennen der eigenen Handlungsspielräume im Zentrum dieser Kurse, die in Zusammenarbeit mit Partnern angeboten werden. Mit diesen Partnern (z.B. Frauengruppen, Migrantenorganisationen, multikulturelle Zentren) werden die Themen, die Kurszeiten und der Kursort festgelegt und bei Bedarf ein Kinderhütedienst eingerichtet.

Die Kursinhalte sollen laufend an die Lebenslage der Teilnehmenden angepasst werden. Die Kurssprache sollte auf das unterschiedliche Alter, das unterschiedliche Geschlecht und den unterschiedlichen Bildungshintergrund Rücksicht nehmen. Die Präventionsbotschaften sollen für Personen mit wenig Bildungshintergrund klar und kurz formuliert werden.

Les moyens développés dans nos ateliers doivent être continuellement réadaptés en fonction des populations que nous voulons toucher. Même si les messages-clés demeurent, la façon de les transmettre change perpétuellement. p.ex. sur le thème de la violence, nous avons parlé avec des femmes érythréennes de l'excision; les femmes russes ne sont pas concernées ce type de violence, elles en subissent d'autres.

Die Kurskosten sollen zwar aufgrund der Verbindlichkeit erhoben, aber so tief wie möglich gehalten werden. Eine Fachperson erzählt, dass die Kurse für Asyl Suchende obligatorisch gewesen seien. Wenn der obligatorische Kurs nicht besucht wurde, hatte dies Sanktionen zur Folge.

Für die Kurs- und Beratungsarbeit betrachten viele Fachpersonen muttersprachliche oder sonst didaktisch geeignetes Material als sehr unterstützend. Dieses Material – welches in den Präventionsbereichen HIV/Aids und sexuellen und reproduktiven Gesundheit vom Bund entwickelt und zur Verfügung gestellt wurde – war für viele Fachpersonen ein wichtiges Hilfsmittel, um die Zielgruppe mit der Präventionsbotschaft zu erreichen. Zum Teil entwickeln die Fachpersonen zusätzliches didaktisch geeignetes Material selber.

Beispiel 24: Une autre stratégie a été d'adapter le matériel didactique en fonction des préoccupations des migrants. Par exemple, leurs préoccupations se situent au niveau de l'argent, de la sécurité du travail ou d'un permis de séjour. Pour parler des interruptions volontaires de grossesse, un panneau didactique a été créé en faisant un lien sur le prix d'un préservatif – CHF 2,50, le prix d'une pilule d'urgence CHF 25.-, le prix d'une interruption volontaire de grossesse – CHF 2'500.- plus l'ensemble des coûts psychologiques.

Medien

Zeitungen, welche von den Migrantengruppen gelesen und Radiosender, welche von ihnen gehört werden, sind unterstützende Informationsträger. Das Fernsehen wird – wenn überhaupt, nur lokal – aufgrund von Kostengründen wenig genutzt und die diesbezüglichen Erfahrungen sind deshalb klein. Für die MigrantInnen der 2. und 3. Generation ist das Internet ein guter Zugangsweg. Das Internet – zum Beispiel das Herunterladen von muttersprachlichen Informationsflyern – wird von den älteren MigrantInnen kaum in Gebrauch genommen. Als sinnvoll betrachten einige Fachpersonen das Verlinken von homepages.

Setting

Bewährt haben sich bestimmte Settings wie zum Beispiel die betriebliche Gesundheitsförderung. Mehr dazu im Kapitel 3.4.

3.2.2 Nicht bewährte Zugangswege

Folgende Zugänge haben sich nicht bewährt (Aufzählung):

- Schriftliche Wege (nur Flyer verteilen, Briefe verschicken, Zeitungsinserate, usw.), vor allem wenn keine Kontaktperson mit Migrationshintergrund auf der Fachstelle vorhanden ist
- Workshop in mehreren übersetzten Sprachen oder mit Personen mit unterschiedlichem Bildungsniveau
- Nur Vereinspräsidenten der Migrant*innenorganisationen informieren
- Präventionsfilm ohne persönliches Gespräch zeigen
- Falscher Zeitpunkt einer Intervention. Präventionsinterventionen machen keinen Sinn, wenn die Migrant*innencommunity grossen Belastungen (z.B. Krieg im Herkunftsland, Rückschaffung) ausgesetzt ist
- Unprofessionelle Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen und interkulturell Vermittelnden

3.2.3 Erkenntnis bezüglich Zugangswege

Die Erfahrungen der Fachpersonen lassen sich auf folgende allgemein gültige Erkenntnisse reduzieren:

- Es braucht mündliche persönliche Zugangswege (Beziehungsarbeit).
- Interkulturelle VermittlerInnen und Fachpersonen mit Migrationshintergrund sind als Türöffner unabdingbar.
- Aufsuchende Strategien sind zentral.
- Präventionsbotschaften sind kurz und präzise zu halten.
- Schriftliches in Muttersprache ist nur als Unterstützung und als Türöffner wichtig.
- Es ist wichtig, verschiedene Zugangswege zu kombinieren.

Es gibt nur ein Rezept: mit MigrantInnen, mit interkulturellen VermittlerInnen, in Beziehungsarbeit.

Ein wichtiger Indikator für das Gelingen von Zugangswege ist die Reaktion der Zielgruppe selber.

Beispiel 25: Die Väter- und Mütterberatung hat die albanisch sprechenden Mütter auf der Wochenbettstation aufgesucht. Die Mütter waren bei diesem Besuch offen für eine Beratung. Doch bei einer anschliessenden Kontaktaufnahme nahm meist der Ehemann das Telefon ab und teilte mit, dass seine Frau keine Unterstützung brauche. Aufgrund dieser Erfahrung haben die Mütter- und Väterberaterinnen die Wochenbettbesuche abgebrochen und stattdessen über Fokusgruppengespräche und interkulturelle Vermittlerinnen erfolgreich die Väter sensibilisiert.

Nous avons une autre façon de fonctionner: si les jeunes sont preneurs, cela signifie que nos projets sont plus ou moins bons ; s'ils ne sont pas preneurs, c'est que nous sommes à côté et on laisse tomber. P.ex. on a ouvert un petit bistrot à midi pour permettre aux jeunes qui traînent dans la rue de manger un petit truc sain dans un lieu sûr. Les jeunes ont préféré rester dehors car ils ne voulaient pas la surveillance d'un adulte. Egalement des projets avec une activité physique: il y a 15 ans, ça fonctionnait bien; aujourd'hui, les jeunes ne veulent plus vraiment fournir d'effort physique. Nous nous adaptons car ce sont toujours les jeunes qui nous disent si nous sommes juste ou à côté.

3.3. Einbezug der Zielgruppe

Alle Fachpersonen haben Personen aus der Zielgruppe in ihren Projekten beigezogen. Die Form der Partizipation ist jedoch sehr verschieden und reicht vom punktuellen Einsatz der interkulturellen VermittlerInnen bis zu einer ständigen engen partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit der Zielgruppe oder mit einer in der Zielgruppe gut verankerten Projektleitung derselben kulturellen Herkunft.

Les migrants sont intervenus dès le départ, ils ont joué le rôle de „déclencheurs“ des projets. C'est là que se situe tout l'apport des populations migrantes, ce sont eux qui sont les déclencheurs des démarches, c'est „grâce à eux“ que l'on voit clair!

Partizipation:

Allzu oft werden in den Augen vieler Fachpersonen Präventionsprojekte für MigrantInnen initiiert, ohne dass deren Bedürfnisse genauer abgeklärt werden. Es werde an den Bedürfnissen der Zielgruppe vorbeigeplant und fertige Projekte werden der Zielgruppe vorgesetzt, meinen sie. Die Partizipation spielt in den Augen vieler Fachpersonen eine Schlüsselrolle im Gelingen von transkulturellen Präventionsprojekten. Sie betonen, dass der Einbezug der Zielgruppe schon bei der Konzeptualisierung eines Projektes passieren sollte. Die Erfahrung zeigt, dass partizipative Präventionsarbeit mehr Zeit und dadurch auch Geld beansprucht, aber wahrscheinlich wirksamer und nachhaltiger ist. Zudem ist partizipative Präventionsarbeit für alle Beteiligten ein Prozess mit unbekanntem Ausgang und mit sowohl schwierigen wie auch fruchtbaren Zeiten.

Nous avons eu l'idée de collaborer avec des personnes ressources, des agents de santé, mais nous n'avons pas pu obtenir le budget nécessaire. Nous avons quand même pu mettre en place une collaboration avec Afrimédia pour la population Subsaharienne dans le cadre de la prévention HIV et MST. L'animatrice est originaire de la même aire géographique que les participants, c'est un grand succès.

Partizipation mit gut oder weniger gut integrierten Personen der Zielgruppe: Je nach Projekt arbeiten die Fachpersonen mit gut integrierten und gut ausgebildeten Personen aus der Zielgruppe zusammen oder mit Personen aus der Basis. Zwei Fachpersonen erwähnen, dass die Partizipation der Zielgruppe besonders anspruchsvoll ist, wenn in den Projekten mit Personen der Basis zusammengearbeitet wird. Damit diese Personen erreicht werden, braucht es jedoch deren Einbezug.

In einem unserer Projekte sind Migrantinnen von Projektbeginn an integriert. Das ist aber der Ausnahmefall. Der Einbezug der Migrantinnen entspricht nicht der alltäglichen Arbeitssituation. Es ist aufwändig. Wir arbeiten mit Migrantinnen zusammen, welche in den Communities gut verankert sind, jedoch oft über geringe Deutschkenntnisse verfügen. In der Schweiz haben wir bestimmte Vorstellungen, wie eine Sitzung abläuft oder dass zum Beispiel ein Protokoll geschrieben und gelesen wird. Es braucht Zeit, solche Vorstellungen auszutauschen. Zudem sind die Migrantinnen zum Teil aufgrund der mangelnden Deutschkenntnisse dabei überfordert. Das wäre sicher anders, wenn wir mit gut ausgebildeten Fachpersonen mit Migrationshintergrund zusammenarbeiten würden.

En tant qu'association, nous sommes de l'avis que les personnes venant d'autres horizons sont indispensables sur le terrain, c'est vital. C'est toujours plus facile de travailler avec des personnes qui ont les mêmes standards que nous en Suisse, les mêmes comportements ; c'est plus facile de travailler parce qu'elles arriveront toujours à l'heure, qu'elles écriront vite, qu'elles sauront remplir un rapport avec trois colonnes sans se tromper.... C'est plus difficile au départ de travailler avec notre „public cible“, mais c'est indispensable si l'on vise une bonne accessibilité de nos offres. Je suis enthousiaste que nous puissions fonctionner de cette façon, c'est notre culture d'entreprise.

Zwei Fachpersonen erwähnen, dass es wichtig sei, zuerst mit den gut integrierten Fachpersonen zusammenzuarbeiten, um über sie zu den weniger integrierten MigrantInnen zu gelangen. Grundsätzlich erwähnen einige Fachpersonen die Schwierigkeit, dass gut ausgebildete Schlüsselpersonen die Bedürfnisse der weniger gut integrierten MigrantInnen zum Teil nicht kennen und bei der Partizipation der Zielgruppe dieser Aspekt immer im Auge behalten werden müsse.

Partizipation als Absicherung von Interventionen/Massnahmen: Die Partizipation der Zielgruppe gehört auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu den Erfolgsfaktoren. Das trifft in der Sicht einer Fachperson insbesondere auch auf Projekte in Betrieben der Niedriglohnbranche mit hohem Ausländeranteil zu. Dort sei die Partizipation der Zielgruppe deshalb auch so wichtig, um rechtzeitig

die Intervention abzusichern. Durch die Partizipation der Zielgruppe können Mängel in der Projektplanung und –umsetzung rechtzeitig erkannt werden.

Beispiel 26: Im Projekt der Zentralwäscherei Zürich war sich die Projektleitung nicht sicher, ob die Massnahme sinnvoll sei, erfolgreiche RauchstopperInnen mit einem Foto an einem im Betrieb gut sichtbaren Ort zu beglückwünschen. Die Massnahme wurde bei einer kurzen Umfrage der Schlüsselpersonen begrüsst und erfolgreich umgesetzt. In den Augen der Projektleitung sind zwei Gründe für diese erfolgreiche Massnahme verantwortlich. Erstens sprechen Personen mit wenig Deutschkenntnissen vermehrt auf Bilder und Kurzbotschaften an. Zweitens sind viele MigrantInnen vermehrt kollektiv sozialisiert und orientiert. Es motiviert diese Personen, wenn sie sehen, dass jemand von ihnen mit dem Rauchen aufgehört hat. Der soziale Druck, aber auch die soziale Motivation hilft. Ohne die Zustimmung der Schlüsselpersonen hätte die Projektleitung diese Massnahme nicht durchgeführt.

Schlüsselpersonen⁸

Der Zugang zu den Schlüsselpersonen ist nach Aussage vieler Fachpersonen vor allem am Anfang schwierig, wenn eine Fachperson über wenig persönliche Kontakte zu den regionalen MigrantInnenorganisationen und –communities verfügt. Der Aufbau eines Netzwerkes von Schlüsselpersonen braucht Zeit, läuft über persönliche Treffen und im Schneeballeffekt. Dabei müssen die passenden Verkehrsformen eingehalten werden. Besteht ein aktives Beziehungsnetz, reicht ein Telefon oder ein Email bei den Schlüsselpersonen oder es wird ein kleiner Projektbeschrieb mit Kontaktadresse in den MigrantInnencommunities verteilt, mit denen man schon lange zusammenarbeitet.

Bemerkenswertes in der Arbeit mit Schlüsselpersonen

Verkehrsformen: Bei der Kontaktaufnahme müssen die Verkehrsformen, welche soziokulturell verschieden sind, eingehalten werden. Viele MigrantInnenorganisationen sind hierarchisch geführt und abgeschlossen. Es ist wichtig, diese Hierarchien zu respektieren und niemanden vor den Kopf zu stossen. Interkulturelle VermittlerInnen oder Fachpersonen mit Migrationshintergrund haben beim Gewinnen von Schlüsselpersonen wichtige Brückenfunktionen, weil sie diese Verkehrsformen meist kennen und die Schlüsselpersonen ihnen gegenüber meist schneller vertrauen. Die Kontaktaufnahme über Personen desselben Geschlechts kann wichtig sein.

Heterogenität: Es ist wichtig, die Heterogenität innerhalb der MigrantInnencommunities zu kennen und sich nicht auf Schlüsselpersonen einer bestimmten (religiösen, politischen, usw.) Gruppe zu beschränken. Im Kontakt mit den verschiedenen Gruppen ist Offenheit und eine wertneutrale Grundhaltung wichtig.

Schichtunterschiede: Die Schlüsselpersonen sind oft besser ausgebildet und besser integriert als die Mehrheit der Zielgruppe. Es reicht deshalb nicht, im Gespräch mit zwei oder drei Schlüsselpersonen die Bedürfnisse der Zielgruppe herauszufinden.

Projektberatende Schlüsselpersonen sind meist gut integriert und reagieren anders als schlechter integrierte Landsleute. Das kann zu falschen Einschätzungen bezüglich Kursthema, Kurssprache, usw. führen. Schlüsselpersonen haben Entwicklungsschritte gemacht und verlieren das Bewusstsein für bestimmte Hemmschwellen. Innerhalb einer Kultur gibt es jedoch viele verschiedene Subkulturen, die von ganz konservativ bis emanzipiert gehen.

Prävention den MigrantInnenorganisationen nicht delegieren: Einige Fachpersonen erwähnen, dass in der Präventionsarbeit den Schlüsselpersonen und MigrantInnenorganisationen nicht zuviel aufgebürdet werden darf.

⁸ „Schlüsselpersonen sind Personen, die in Bezug auf die intendierten Wirkungen in einem bestimmten Setting eine kritische Rolle haben. Zum Beispiel, weil sie Ihnen Zugang zu bestimmten Gruppen, Ressourcen ermöglichen, die Kompetenzen haben, wichtige Entscheidungen zu treffen oder weil sie Einfluss auf andere Personen und Gruppen nehmen können.“ www.quint-essenz.ch

Interkulturelle VermittlerInnen

In fast allen Präventionsprojekten arbeiten interkulturelle VermittlerInnen mit. Ihre wichtigste Aufgabe ist meist nicht das Übersetzen, sondern das Mobilisieren ihrer Community für Präventionsangebote.

Unsere Institution hat eine grosse Anzahl interkultureller VermittlerInnen. All diese Leute arbeiten in verschiedenen Gemeindeprojekten mit. Sie dolmetschen, machen Interviews, moderieren, telefonieren, usw. Wir laden nicht einfach schriftlich ein. Die Herkunftsgruppen werden von den interkulturellen VermittlerInnen angesprochen, animiert und eingeladen. Interkulturelle VermittlerInnen sind MigrantInnen, welche kommunikativ sind und viele Kontakte haben.

Die interkulturellen VermittlerInnen sind allein oder gemeinsam mit Fachpersonen zum Beispiel auf der Strasse, an kulturellen Festen oder Sportanlässen unterwegs und informieren ihre Community zu bestimmten Präventionsthemen. Sie tun dies je nach Zielgruppe in ihrer Muttersprache oder in einer der Landessprachen. Sie arbeiten in verschiedenen Settings wie Schulen, Betrieben, in Zentren für Asyl Suchende, in Treffs für MigrantInnen. Sie animieren zum Beispiel für einen Geburtsvorbereitungskurs oder für eine Veranstaltung zur Familienplanung. Interkulturelle VermittlerInnen sind oft Türöffner und ermöglichen MigrantInnen über Dinge zu sprechen, die sie gegenüber SchweizerInnen nicht ansprechen würden.

Beispiel 27: Eine interkulturelle Vermittlerin spricht in einer Oberstufenklasse über Aidsprävention. Ein albanisch sprechendes Mädchen meint am Schluss der Veranstaltung: Ich konnte mir vor dieser Veranstaltung nicht vorstellen, dass eine Albanerin so ohne Hemmung über Aids und Sexualität sprechen kann wie über ein Buch.

In der Mehrheit der Projekte sind die interkulturellen VermittlerInnen in der Umsetzung und an der Evaluation beteiligt. Je nach Projekt werden die interkulturellen VermittlerInnen auch in der Projektplanung beigezogen. Die interkulturellen VermittlerInnen werden in allen Projekten angestellt (meist im Auftragsverhältnis) und entschädigt (oft im Stundenlohn und zum Teil nach den Richtlinien von Interpret). Zum Teil werden sie auch zusätzlich für das betreffende Präventionsthema ausgebildet und begleitet.

Bemerkenswertes in der Arbeit mit interkulturellen VermittlerInnen

Fehlende Begleitung: In einigen Projekten wurden interkulturelle VermittlerInnen ausgebildet, im Auftragsverhältnis angestellt und entschädigt, jedoch wurde ihre Arbeit nicht ausreichend begleitet. Die Erfahrung vieler Projekte zeigt, dass eine gute Begleitung der interkulturellen VermittlerInnen für ein Gelingen des Projektes sehr wichtig ist.

Beispiel 28: Eine Familienplanungsstelle bildete „ethnische Beraterinnen“ gut aus und stellte sie als freie Mitarbeiterinnen an. Die Idee der Fachstelle war, dass die ausgebildeten Frauen in ihren Communities eigene Projekte umsetzen und von der Fachstelle finanziell und inhaltlich unterstützt werden. Die meisten Beraterinnen waren mit dieser Erwartung überfordert. Bei der Familienplanungsstelle waren zu wenige Ressourcen vorhanden, um die Beraterinnen intensiv in dieser Beratungsarbeit zu begleiten.

Beispiel 29: FemmesTische ist ein nationales Projekt. Als das Projekt in Winterthur für MigrantInnen umgesetzt wurde, waren in der Anfangsphase die Moderatorinnen überfordert. Im Projekt mit Schweizerinnen werden die Moderatorinnen kaum begleitet. Die Projektleiterin hat darauf reagiert und steht den Moderatorinnen mit Rat und Tat jederzeit bei. Sie bereitet - falls nötig - mit den Moderatorinnen einen FemmesTische vor oder führt ihn mit ihr zusammen durch. Die Projektleiterin meint, dass ihr eigener Migrationshintergrund bei der Begleitung wichtig sei. Dadurch getrauten sich die ModeratorInnen auch ganz banale Fragen zu stellen.

Eine gute Begleitung der interkulturellen VermittlerInnen erhöht auch die Identifikation mit dem Team und dem Projekt. Wenn im Projekt keine interkulturellen VermittlerInnen angestellt und gut begleitet werden, begründen dies die Fachpersonen mit fehlenden finanziellen Mitteln.

Mangelnde Nachhaltigkeit: In einigen Projekten wurden interkulturelle VermittlerInnen gut ausgebildet, doch nach Projektende konnten sie aufgrund von fehlenden Geldern nicht mehr eingesetzt werden. Einige Fachpersonen ärgern sich über die Verschwendung solcher Ressourcen, die durch Sparmassnahmen und ungenügende Projektfinanzierung zustande kommen.

Professionalisierung: Eine Fachperson erwähnt, dass im Gegensatz zu den interkulturell Dolmetschenden im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich die interkulturellen VermittlerInnen über kein Berufsprofil verfügen und keine schweizerische Anerkennung haben. Dies sei auch ein Grund, warum interkulturelle VermittlerInnen immer noch oft unentgeltlich eingesetzt werden. Wie die Arbeit der interkulturellen VermittlerInnen professionalisiert und in der Nachhaltigkeit gesichert werden kann, darüber machen sich einige Fachpersonen Gedanken. Die Lösungen sind unterschiedlich, weisen jedoch in eine ähnliche Richtung: Bündelung der Ressourcen. Eine Fachperson sieht in einer Art Zukunftsvision kantonale oder in grösseren Städten auch regionale Kompetenzzentren zum Beispiel mit einem Pool von interkulturellen VermittlerInnen. Eine Zusammenarbeit zwischen den Institutionen würde verhindern, dass interkulturelle VermittlerInnen von jeder Institution wieder neu ausgebildet werden. Es würde den interkulturellen VermittlerInnen auch ermöglichen, durch verschiedene Einsätze auf höhere Pensen zu kommen. Ein Grund für die mangelnde Nachhaltigkeit liegt auch darin, dass interkulturelle VermittlerInnen bei punktuellen Einsätzen zu wenig verdienen und sich nach einer festen Arbeitsstelle umsehen müssen. Sind sie beruflich zu sehr eingespannt, können sie die Tätigkeit als interkulturelle VermittlerInnen aus zeitlichen Gründen nur reduziert ausführen.

Die kleinen Arbeitspensen der MediatorInnen erschweren die Arbeit. Solange die MediatorInnenarbeit nicht existenzsichernd ist, kann man nicht zuviel von ihnen verlangen.

Sensibilisierung der Präventionsfachpersonen: Interkulturelle VermittlerInnen sensibilisieren meist nicht nur ihre Landsleute für Präventionsanliegen, sondern auch die Präventionsfachpersonen für soziale, kulturelle und migrationsspezifische Aspekte in der Prävention. Dies zeigt sich, wenn Präventionsfachpersonen in Aus- und Weiterbildungen zusammenarbeiten.

Die Ausbildung der interkulturellen VermittlerInnen war für die Präventionsfachpersonen eine Herausforderung. Zu Beginn der Ausbildung unterschätzten die Fachleute die interkulturellen VermittlerInnen. Dank der Offenheit und der Bereitschaft von allen, konnten die Präventionsfachpersonen die interkulturellen VermittlerInnen als gleichwertige Partner akzeptieren. Dieses Suchen und sich Auseinandersetzen löste eine grosse Lebendigkeit aus. Gemeinsam erreichten wir einen respektvollen Umgang miteinander und entwickelten hohe Kommunikationskompetenzen. Die Präventionsfachpersonen lernten migrationsspezifische Themen einzubeziehen und realisierten, wie wenig Ahnung sie von Migration und von Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheit in den entsprechenden Ländern haben.

Weiterbildung: Interkulturelle VermittlerInnen haben Brückenfunktion, müssen „beide Seiten“ kennen und über transkulturelle Kompetenz verfügen. So meint eine Fachperson dezidiert, für das erfolgreiche Erfüllen der Aufgabe eines interkulturellen Vermittlers reiche eine andere ethnische Herkunft allein nicht aus. Deshalb sind Aus- und Weiterbildung für interkulturelle VermittlerInnen zentral. Zudem können die interkulturellen VermittlerInnen über die Aus- und Weiterbildung sich qualifizieren. Eine Fachperson meint, dass die gute Weiterbildung und das gute Arbeitsklima die interkulturellen VermittlerInnen für ihre anspruchsvolle Arbeit mehr motiviere als die knappe finanzielle Entschädigung.

Verbindliche GesprächspartnerInnen: Einige Fachpersonen weisen darauf hin, dass die Aufgabe des interkulturellen Vermittlens nicht einfach sei. So wirkt sich die Arbeit der interkulturellen VermittlerInnen auch auf das Privat- und Berufsleben aus. Die aufsuchende Präventionsarbeit ist für

die interkulturellen VermittlerInnen emotional und zeitlich belastend. Die kleinen Teilzeitpensen erschweren eine Stabilität in der Berufswelt. Für die interkulturellen VermittlerInnen ist es deshalb wichtig, dass sie verbindliche begleitende Gesprächspartner haben, welche ihre Schwierigkeiten ernst nehmen. Zudem soll ihnen auf Wunsch eine professionelle Begleitung in Form von Inter- oder Supervision angeboten werden.

3.4. Setting-Ansatz

Einige befragte Fachpersonen verfolgen bewusst einen Setting-Ansatz⁹. Einige Fachpersonen arbeiten mit Settings, ohne dass sie um diesen Ansatz wissen. Viele Fachpersonen haben unterschiedliche Settings mit mehr oder weniger gutem Erfolg ausprobiert. Weil dieser Nichterfolg oder Erfolg stark vom Präventionsthema und den entsprechenden Personen abhängig ist, kann keine Liste geeigneter Settings erstellt werden. Dennoch lassen sich dazu folgende bemerkenswerte Aussagen machen.

Aufgrund von verschiedenen best practice zeigt sich die betriebliche Gesundheitsförderung als wirksames Setting für Prävention und Gesundheitsförderung.

Das Setting Arbeitsplatz ist phänomenal, weil der Zugang gesichert ist. Bei der Arbeit entstehen zum Teil Gesundheitsstörungen und 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.

Viele vor allem auch positive Erfahrungen sind im Setting Zentren für Asyl Suchende gemacht worden.

Bewährt hat sich das Setting in den Migrantenorganisationen und in den multikulturellen Migrantentreffpunkten.

Beispiel 30: Die Projektleiterin von Luana geht mit pfannenfertigen und finanzierten Angeboten zu einer Partnerorganisation. In Zusammenarbeit mit der Partnerorganisation wird der Kurs ausgeschrieben. Dabei bestimmt die Partnerorganisation das Kursthema, den Kursort und die Kurszeiten. Meist werden die Kurse im Vereinslokal angeboten. Bewährt hat sich diese Vorgehensweise, weil die Menschen das Vertrauen in die bestehenden Strukturen (z.B. multikulturelle Zentren, Migrantenorganisationen) der anbietenden Organisation und in den Kursort haben. Bei einer Ausschreibung durch einen Verein ist eine gewisse Anzahl von Teilnehmenden in der Regel durch das Stammpublikum garantiert.

Beispiel 31: Die Rauchstoppprogramme werden z.B. in den Vereinsräumen angeboten. Die MigrantInnen kennen diesen Vereinsraum und wissen, wie man dorthin kommt. Es kann ein Hinderungsgrund sein, wenn die MigrantInnen den Kursort nicht kennen. Zudem sind die Migrantengruppen sehr verschieden und es macht keinen Sinn, die Personen in einem Rauchstoppprogramm zu mischen. 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. Weil das Programm neu ist, wissen die Projektleitenden aber noch nicht genau, ob dieser Gruppenansatz sich bewährt.

Weitere Settings, in denen Fachpersonen Präventionsangebote anbieten: Familie, Schulen, Deutschkurse, Sportvereine, Gewerkschaften, religiöse Vereinigungen, Frauengruppen.

⁹ Bei der französischen Befragung wurde nicht eindeutig nach dem Setting-Ansatz gefragt. Am Ende der Befragung stellte sich heraus, dass die französische Leitfrage bezüglich Setting irreführend übersetzt war.

3.5. Kombination von Präventionsthemen

Die meisten Fachpersonen betrachten Kombinationen von Präventionsthemen als interessant und meist sinnvoll oder arbeiten bereits mit kombinierten Angeboten oder/und mit einem ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung.

Vorteil der Kombination von verschiedenen Präventionsthemen: Viele Fachpersonen sehen bei der Kombination den grossen Vorteil, dass vor allem für tabuisierte Präventionsthemen (z.B. Cannabiskonsum bei Jugendlichen) eine Vertrauensbasis vorhanden sein sollte. Sie weisen darauf hin, dass die Themenwahl sehr wohl auch ein Türöffner sein kann. Eine Fachperson meint, dass für marginalisierte Gruppen wie z.B. Prostituierte themenspezifische Angebote nicht effizient seien.

Nous travaillons déjà de cette manière. Si nous débutons avec une problématique spécifique comme p.ex. la consommation de cannabis, nous nous heurterons à une attitude de déni de la part du jeune. Pour éviter ce type de réaction, nous essayons d'abord de partir du „global“, d'accrocher le jeune avec différentes activités, de gagner sa confiance et d'aborder seulement dans un 2^{ième} temps, des problématiques plus spécifiques à la demande du jeune.

Es macht Sinn, Präventionsthemen zu kombinieren, so wie wir dies bei den Asyl Suchenden gemacht haben. Vor allem geht es auch um den richtigen Einstieg. Es bewährte sich, mit Gesundheitsförderung und dem Erklären des Gesundheitssystems einzusteigen, um dann auf spezifische Fragen und Bedürfnisse einzugehen. Sobald das Vertrauen aufgebaut war, konnten Probleme zur Sprache gebracht werden. Weil die Kursteilnehmenden die Körperteile nicht benennen konnten, behandelten wir zuerst das Thema „Der Körper und seine Funktionen“. Anschliessend konnten wir zu den schwierigeren Themen wie Sucht, Aids/HIV und Familienplanung übergehen.

Mögliche Kombinationen von Präventionsthemen:

Einige Fachpersonen weisen darauf hin, dass Zielgruppenorientierung auch bei der Themenwahl ganz zentral sei. Es sei wichtig, vom Lebenskontext und von den Interessen der Zielgruppe auszugehen und mit der Zielgruppe das Präventionsthema auszuhandeln.

Il faut déterminer tout d'abord où se trouvent les vrais problèmes, bien avant de spécifier des thèmes, celle-ci pourrait s'avérer être une bonne démarche. Ne pas négliger la spécificité des problématiques p.ex. dans les groupes de discussion. Nous savons en tant qu'animateurs, que nous voulons faire émerger certains éléments mais on les prend de manière globale. Nous choisissons comme sujet par exemple le moment que ces migrants ont quitté leur pays d'origine, les raisons du départ, examinons leur parcours migratoire et essayons de les aider à se projeter après dans le futur. L'important est de ne pas s'éterniser dans ce type de démarche, elle constitue juste une étape pour mieux comprendre leurs besoins.

Mehrere Fachpersonen haben die Erfahrung gemacht, dass der Zugang über die Elternschaft und das Wohl der Familie viel versprechend ist. Folgende Kombinationen werden vorgeschlagen: Passivrauchen und Elternschaft; Elternschaft, Passivrauchen und Kinderschutz; Rauchen und Familienplanung; Erziehung und Sucht; Co-Alkoholismus, häusliche Gewalt und Wohl der Kinder; Sucht, Erziehung und Schutzfaktoren.

Man muss dort hineingehen, wo es eine Türe hat und nicht dort, wo eine Wand steht. Das kann bedeuten, nicht mit Präventionsthemen zu starten, welche am Schwierigsten sind. Vieles hängt zusammen. Viele Themen sind polypräventiv. Es macht Sinn, die TeilnehmerInnen zum Beispiel als Eltern (z.B. Schulerfolg Kinder) anzusprechen. Suchtthemen kann man gemeinsam mit Erziehungsthemen anbieten. Man soll die Menschen dort abholen, wo sie stehen und bei ihren bereits bestehenden Interessen.

Weitere Vorschläge der Fachpersonen (z.T. auch unabhängig von Tabak- und Alkoholprävention): Tabak- und Tabakprävention in der betrieblichen Gesundheitsförderung; vermehrt allgemein über Biografien arbeiten; verschiedene Suchtthemen miteinander kombinieren; Ernährung, Bewegung und Entspannung; Mundhygiene und Ernährung; Übergewicht und körperliche Aktivität.

Gründe für themenspezifische Prävention: Zwei Fachpersonen lehnen die Kombination von Präventionsthemen ab. Die eine Fachperson meint, man könne nicht alles gleichzeitig machen. Die andere Fachperson weist darauf hin, dass andere Prioritäten zuerst gesetzt werden sollen und als nächster Schritt zuerst die aktuellen Präventionsangebote den MigrantInnen besser zugänglich gemacht werden sollen. Eine dritte Fachperson warnt vor einer möglichen Sparmassnahme, welche sich hinter solchen Kombinationsideen verbergen könnte.

4. Bedürfnisse der Fachleute betreffend der transkulturellen Prävention – Was macht transkulturelle Kompetenz im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich aus, und wie kann sie entwickelt werden?

Bei der Frage nach der transkulturellen Kompetenz im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich weisen einige Fachpersonen auf die Fachliteratur von Dagmar Domenig hin, die sie auch für die Gesundheitsförderung und Prävention als wichtig erachten. Wenn Fachpersonen aufgrund ihrer täglichen Praxis transkulturelle Kompetenz definieren, dann können folgende Stichwörter als Oberbegriffe für bestimmte Kompetenzen benannt werden: Offenheit; Perspektivenwechsel; Empowerment; Verständigung; Reflexion; Wissen.

Offenheit

Die Offenheit gegenüber der Vielfalt, gegenüber unterschiedlichen Vorstellungen und Denkweisen, aber auch gegenüber anderen Methoden betrachten die meisten Fachpersonen als eine wichtige Fähigkeit, welche transkulturelle Kompetenz in ihrer Arbeit ausmacht.

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.

Unter Offenheit können folgende von den Fachpersonen genannten Fähigkeiten zusammengefasst werden: So weit wie möglich nicht werten, nicht normativ denken und handeln, nicht polarisieren, nicht kulturalisieren und stigmatisieren. Das Gegenüber soll in seiner Einzigartigkeit erkannt, akzeptiert und respektiert werden.

Réaliser que chaque être est unique, avec sa propre identité, son propre cadre de référence indépendant de son origine.

L'approche transculturelle c'est aussi ne pas imposer en tant que professionnel notre vision de la médecine, une vision unique. Nous avons beaucoup à apprendre des migrants et encore une fois, être attentif à ne pas culturaliser systématiquement.

Les professionnels doivent faire preuve d'une ouverture d'esprit et utiliser des outils de communication adéquats. Il est important que le professionnel adopte une attitude empathique et qu'il fasse preuve de suffisamment d'ouverture pour comprendre ce que veut lui dire la personne migrante, qu'il vérifie sa compréhension, qu'il échange avec le client sur leurs savoirs respectifs. Avec de telles pratiques, même en parlant de sexualité, un sujet délicat pour certains migrants, même dans le sujets tabou nous ne nous confrontons pas, l'important est d'amener le sujet avec respect ... et humour.

Perspektivenwechsel

Auch wenn die Fachpersonen diesen Begriff in den Interviews nicht benutzt haben, können viele ihrer Aussagen unter diesem Oberbegriff zusammengefasst werden. Viele Fachpersonen betrachten Fähigkeiten wie zum Beispiel Empathie, nahe beim Lebenskontext der MigrantInnen arbeiten, sich auf der Ebene des Gegenübers bewegen, Vertrauensverhältnis aufbauen als Teil der transkulturellen Kompetenz. In den Augen einiger Fachpersonen gehört dazu auch, dass Projektverantwortliche nicht schon fertige Vorstellungen haben, was das Zielpublikum braucht, sondern sie an den Projekten partizipieren lässt.

Wenn eine Fachperson ein migrationsspezifisches Projekt leitet, sollte sie sich wirklich für diese Menschen interessieren und sich einfühlend fühlen können.

Empowerment

Viele Fachpersonen definieren transkulturelle Kompetenz, in dem sie auf den Ressourcen- und Empowermentansatz hinweisen.

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.

Wir sind eine Beratungsstelle, welche die Autonomie und die Ressourcen der Klienten respektiert. Dieser Ansatz kann bei allen Menschen angewendet werden.

Verständigung

Viele Fachpersonen betrachten eine adäquate Kommunikation als einen wichtigen Teil der transkulturellen Kompetenz. Um diese Verständigung sicherzustellen, braucht es den Beizug von interkulturell Dolmetschenden/Vermittelnden oder von anderen Fachpersonen mit Migrationshintergrund.

La 1^{ère} chose est de permettre aux migrants l'accès à une communication de qualité afin de garantir une bonne compréhension. Ces exigences ne peuvent être atteintes qu'au travers une collaboration avec des interprètes interculturels formés.

Die Fachpersonen erzählen von Praxisbeispielen, in denen sie als Kurs- oder Projektleitende selber kreative Lösungen für das Gelingen dieser Verständigung suchen mussten.

Beispiel 32: 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.

Einige Fachpersonen weisen darauf hin, dass bei der Verständigung nicht nur die Kultur, sondern auch die Schicht eine grosse Rolle spielt.

Ganz zentral ist die Sprache. Es geht aber nicht einfach ums Übersetzen. Es ist wichtig, dass die Übersetzenden die Bilder verstehen und die richtigen Bilder für die Übersetzung brauchen. Hier spielt die Schicht auch eine wichtige Rolle.

Die soziokulturellen Dimensionen sind sehr wichtig, z.B. bei den Verkehrsformen. Es schreckt die Menschen ab, wenn die Projektmitarbeitenden einen anderen Umgang haben, als sie sich gewohnt sind. Die richtigen Verkehrsformen sind entscheidend sowohl beim Kontakt mit den Schlüsselpersonen als auch mit den möglichen Kursteilnehmenden. Deshalb braucht man gute Fachpersonen mit Migrationskontext, welche diese Verkehrsformen kennen und über ihren eigenen Garten (Habitus) hinaus sich auch in anderen Gruppierungen bewegen können. Konkret heisst das:

Hierarchien einhalten, nicht blossstellen (Gesichtsverlust vermeiden), freundlich und höflich bleiben, wissen, wann direktive oder weniger direktive Verkehrsformen angebracht sind. Bei der Auswahl interkulturell Vermittelnder spielt es nicht die wichtigste Rolle, ob die Herkunft gleich ist, sondern ob diese Kompetenzen entwickelt werden können.

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.

Präventionsansatz

Eine Fachperson macht auf die Schwierigkeit des Public-Health-Ansatzes der Risikovermeidung aufmerksam. Viele MigrantInnen können aufgrund ihrer Lebenslage bestimmte gesundheitliche Risiken kaum vermeiden. Präventionsprojekte, welche auf einem ressourcenorientierten salutogenetischen Ansatz (wie z.B. Ausgleichmodell) beruhen, seien meist besser auf die Lebensrealität von MigrantInnen zugeschnitten. Das Ausgleichsmodell (z.B. heiss-kalt) sei oft auch die Grundlage bewährter Hausmittel. Wenn Projektmitarbeitende und interkulturell Vermittelnde solche Modelle nicht kennen, werden wichtige Ressourcen von MigrantInnen nicht einbezogen.

Projektorganisation

Einige Fachpersonen erwähnen, dass bei transkulturellen Projekten bestimmte Projektsteuerungen genauer gemacht werden müssen, damit ein Projekt gelingt. So brauche es eine ganz genaue Zielgruppendefinition, man müsse mit anderen Organisationen zusammenarbeiten, es brauche vermehrt Zwischenevaluationen, hilfreich seien Intervision und transkulturelles Coaching, vermehrt wichtig sei auch eine Ziel- und Erfolgsorientierung.

Der Glaube daran, dass das Projekt in Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden funktioniert. Diese Erfolgsorientierung 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.

Eine Fachperson meint, dass bezüglich Zielorientierung in migrationsspezifischen Projekten die Situation paradox sei. Einerseits müsse man praktisch jederzeit offen für Projektänderungen sein. Andererseits müsse die Projektleitung hartnäckig die gesetzten Ziele verfolgen.

Wie kann die transkulturelle Kompetenz im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt werden?

Weil diese Frage erst gegen Schluss des Interviews gestellt wurde, haben viele Fachpersonen diese Frage zum Teil schon implizit während des vorhergehenden Interviewverlaufs beantwortet.

Von einigen Fachpersonen wird erwähnt, dass eine ständige Weiterbildung im Bereich transkultureller Kompetenz wichtig sei. Sinnvoll seien auch transkulturelle Super- und Intervision. Weil die Erfahrung in transkultureller Projektarbeit noch in den Kinderschuhen steckt, brauche es eine **grosse Lernbereitschaft** laufend sich als Fachperson in der Arbeit weiterzuentwickeln. Die Basis dazu müsse jedoch vorhanden sein, meinen zwei Fachpersonen.

Die Leiterinnen der Gesundheitskurse sollten einen offenen Ansatz haben und nicht mit der EINEN Wahrheit vor die Teilnehmenden treten. Es braucht das Bewusstsein für Vielfalt und deren Reichtum. Das Wissen, dass die Teilnehmerinnen mit ganz unterschiedlichen religiösen, kulturellen und sozialen Hintergründen in den Kurs kommen. Die Kursleiterinnen und die Teilnehmerinnen entwickeln sich in den Kursen selbst weiter. Als Kursleiterinnen stelle ich keine Menschen an, welche mit fixen Rezepten kommen. Es braucht Platz für das Ganze. Solche persönliche Kompetenzen müssen die Kursleiterinnen mitbringen und sie auch weiterentwickeln wollen. Die Basis muss aber da sein.

Grundsätzlich könnten alle Menschen diese Kompetenzen entwickeln. Die Frage ist, ob das alle Menschen möchten. Nicht alle Menschen reflektieren gerne, pendeln gerne zwischen verschiedenen Kulturen und verschiedenen Sprachen. Nicht alle Menschen stellen sich oder Teile von sich in Frage. Möchte sich der Mensch verändern oder nicht? Ist die Person generell an anderen Menschen interessiert? Kann und will sie sich in Probleme von anderen Menschen einfühlen und etwas zu deren Lösung beitragen? Ist die Person optimistisch und glaubt daran, dass die Ziele erreicht werden können? Dabei geht es auch um persönliche Eigenschaften.

In den Interviews wurden von einigen Fachpersonen auch Themen angeschnitten, welche auf die neuen Herausforderungen bei der transkulturellen Öffnung von Institutionen und bei der transkulturellen Projektarbeit hinweisen: Wie erleben Mitarbeitende mit Migrationshintergrund die Team- und Führungskultur? Wie ist die Dynamik in multikulturellen Teams? Gibt es kulturelle Unterschiede in der Führung und was bedeutet dies? Die Aussagen der Fachpersonen weisen in die ähnliche Richtung wie bei der Genderdiskussion. In den Augen einiger Fachpersonen wäre es wichtig, vermehrt mit transkulturellen Coachings, Inter- oder Supervision transkulturelle Projekte und transkulturelle Öffnungen der Institutionen zu begleiten.

5. Schlussfolgerungen - Voraussetzungen für gelingende zielgruppenspezifische Programme/Projekte für MigrantInnen

Durch diese Umfrage ist eine Vielfalt an Erfahrungswissen zusammengekommen. Welche Schlussfolgerungen lassen sich für zukünftige transkulturelle Präventionsprojekte und –programme zum Beispiel im Bereich Alkohol und Tabak daraus ziehen?

Folgende Empfehlungen kann die Projektleiterin aufgrund dieser Umfrage abgeben:

Politische Ebene	Empfehlungen	Kritische Punkte
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Langjährige Leistungsverträge mit Institutionen und Organisationen abschliessen • Langjährige Pilotprojekte unterstützen (mindestens 3 Jahre) • Bei der Projektfinanzierung soll der zeitliche Aufwand für die aufwändige Aufbauphase und für den partizipativen und aufsuchenden Ansatz zusätzlich berücksichtigt werden • Bewährte Projekte institutionalisieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine kurzfristigen (z.B. 1 Jahr) und punktuellen Projekte unterstützen • Bewährte Angebote bei Sparmassnahmen nicht gefährden
Koordination	<ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeit der verschiedenen Akteure koordinieren • Anreize schaffen, damit die verschiedenen Akteure im Feld zusammenarbeiten 	
Integration	<ul style="list-style-type: none"> • Politische Rechte der Migrationsbevölkerung stärken 	

Wissenschaftliche Ebene	Empfehlungen	Kritische Punkte
Gesundheit und Migration	<ul style="list-style-type: none"> • Angewandte Forschung im Bereich Gesundheit und Migration fördern 	
Transkulturelle Projektarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumente wie Qualitätsstandards, Checklisten, Evaluationen zusammen mit Institutionen entwickeln, welche ihre Präventionsarbeit auch auf MigrantInnen ausrichten • Wissens- und Erfahrungstransfer (z.B. Tagungen, Publikationen) zwischen Theorie und Praxis stärken 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektarbeit im Migrationskontext defizitorientiert angehen

Führungsebene der Präventionsorganisation	Empfehlungen	Kritische Punkte
Strategische Ausrichtung	<ul style="list-style-type: none"> • Managing Diversity¹⁰ als Querschnittsaufgabe in der ganzen Organisation verankern <p>Qualitätsstandards bezüglich Chancengleichheit (in Bezug auf Geschlecht, Schicht, Migration) festlegen</p> <p><small>10 Managing Diversity ist ein Konzept der Unternehmensführung, das die Heterogenität der Beschäftigten beachtet und zum Vorteil aller Beteiligten nutzen möchte. Mehr dazu in: Transkulturell handeln – Vielfalt gestalten (Eicke/Zeugin 2007)</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das Thema „Migration“ ohne strategische institutionelle Verankerung einzelnen Fachpersonen delegieren. • Projekte durchführen, welche aufgrund von politischen und finanziellen Rahmenbedingungen wenig Erfolgchancen haben
Personalmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrt Fachpersonen mit Migrationshintergrund einstellen • Heterogene Teams (z.B. Gender, Alter, soziokulturelle Herkunft, Migrationserfahrung, Sprache) bilden und fördern • Transkulturelle Teams und deren Führung fachlich unterstützen • In transkulturellen Teams Standarddeutsch und nicht Dialekt sprechen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftlichkeit bei mehrsprachigen Fachpersonen nicht überbewerten • Anpassungsleistungen in der Zusammenarbeit nicht nur von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund erwarten • Fehlende Reflexion des Führungsstils bei transkulturellen Teams
Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Führungsverantwortliche in Managing Diversity schulen • Laufende Weiterbildung der Mitarbeitenden in transkultureller Kompetenz planen und durchführen • Transkulturelle Inter- und Supervision anbieten 	
Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Mit Migrantenorganisationen, politischen Entscheidungsträgern sowie Integrationsstellen vernetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig Investition in Vertrauensbildung • Zeitdruck und Erwartung für ein schnelles Gelingen in der Vernetzung • Wechselnde Kontaktpersonen in den Institution
Präventionsansatz der Institution	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit (z.B. Öffnungszeiten, Internetauftritt, Ansage des Telefonbeantworters) sowie Beratung- und Präventionsangebote für die Migrationsbevölkerung verbessern • Schriftliche Unterlagen auch auf die Migrationsbevölkerung ausrichten • Aufsuchende, niederschwellige, partizipative Präventionsarbeit als eine wichtige Strategie festlegen und umsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Institution wartet passiv bis sie bei Bedarf aufgesucht wird • Überbewertung der Sprache

Projekt- und Programmverantwortliche	Empfehlungen	Kritische Punkte
Projekt- und Programmverantwortliche und Projekt- und Programmmitarbeitende	<p>Verantwortliche und Mitarbeitende entsprechen den folgenden Anforderungen, bzw. entwickeln sich – wenn möglich – auf diese Anforderungen hin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verfügen über hohe soziale und transkulturelle Kompetenz • haben eine hohe Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit auch mit Personen aus bildungsfernen Schichten • verfügen über ein Fachwissen im Bereich „Migration und Gesundheit“ • sind an niederschwellige Präventionsarbeit interessiert und dazu befähigt • sind zu unregelmässigen Arbeitszeiten und Abend- sowie Wochenendarbeit bereit • kennen das Konzept der Familiarisierung und können dieses Konzept ressourcenorientiert umsetzen. • verfügen über hohe Lernbereitschaft, sich laufend in der Arbeit weiterzuentwickeln • verfügen über einen Migrationshintergrund 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachleute glauben ohne fundierte Bedürfnisabklärung die Bedürfnisse der Zielgruppe zu kennen. Sie initiieren Präventionsprojekte ohne Partizipationsmöglichkeit für die Zielgruppe (paternalistische Haltung) • Mangelnde Reflexionsfähigkeit bezüglich stereotypen Denkens, verstecktem Rassismus und Ethnozentrismus, eigenen Normen und Werten • Benutzen einen essentialistischen Kulturbegriff • Fehlendes Wissen um den salutogenetischen Ansatz (z.B. Ausgleichmodell)
Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Mit Migrantenorganisationen und –communities sowie Integrations- und Präventionsstellen vernetzen • Bei der Vernetzung die Pluralität in den Migrantencommunities berücksichtigen • Mit Fachstellen, welche über Erfahrungen in transkultureller Projektarbeit verfügen, zusammenarbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende kontinuierliche Beziehungsarbeit mit Migrantencommunities und –organisationen • Zeitdruck in der Vernetzung • Die Organisationsformen der Migrantencommunities nicht kennen und sich z.B. nur mit formalen Migrantenorganisationen vernetzen • Bei der Vernetzung die soziokulturellen Verkehrs- und Kommunikationsformen bei den Migrantencommunities nicht beachten

Zielgruppenauswahl	<ul style="list-style-type: none"> • Bei allen Angeboten Migration als eine Dimension wie z.B. Alter und Geschlecht in die Planung, Umsetzung und Evaluierung einbeziehen • Bedarf und Bedürfnis klären • Bei der Zielgruppenauswahl Ressourcen- und Partizipationsmöglichkeiten der Zielgruppe berücksichtigen • Wenn die Zielgruppe besonders belastet ist (z.B. Krieg im Herkunftsland, drohende Rückschaffung), gezielte Intervention auf weniger belastete Zeiten verschieben • Bei ethno-/sprachspezifischer Zielgruppenauswahl bilden transkulturelle Grundlagen die Basis der Präventionsarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine wissenschaftlich begründete Zielgruppenauswahl • Kulturalisierende und stigmatisierende Zielgruppenauswahl
Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppe von Anfang an in die Planung, Umsetzung und Evaluation einbeziehen • Personen aus der Zielgruppe als Projekt- und Kursleitende sowie als interkulturelle Vermittelnde integrieren • Partnerschaftlichen Umgang zwischen Fachpersonen der Präventionsstelle und Personen der Zielgruppe pflegen • Auch Vertretenden der Zielgruppe, welche nicht über eine hohe Schulausbildung verfügen und in der Mehrheitsgesellschaft nicht gut integriert sind, einbeziehen • Partizipation als Qualitätsmerkmal festlegen und überprüfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewährspersonen einbeziehen, welche in der Zielgruppe nicht verankert sind und wenig Bezug zur Zielgruppe haben. • Alibi-Partizipation • Wenig Zeit in der Planungsphase: partizipative Projekte sind vor allem in der Planungsphase zeitintensiv. Es braucht auch Zeit, unterschiedliche Vorstellungen oder auch Arbeitsstile miteinander auszuhandeln. • Partizipation benötigt Zeit und Durchhaltewille • Bei der Zielgruppe nicht Hoffnungen wecken, welche nicht erfüllt werden können
Schlüsselpersonen	<p>Schlüsselpersonen sind Personen mit Ressourcen, Einfluss und Entscheidungsmacht innerhalb der Zielgruppe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Kontakt mit Schlüsselpersonen die soziokulturell verschieden geprägten Verkehrsformen einhalten • Beim Gewinnen der Schlüsselpersonen interkulturell Vermittelnde oder andere Fachpersonen mit Migrationshintergrund einbeziehen • Bei der Kontaktaufnahme mit Schlüsselpersonen geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schlüsselpersonen, welche die Bedürfnisse der weniger gut integrierten MigrantInnen nicht (mehr) kennen. • Fachpersonen sind sich nicht der Heterogenität innerhalb der Zielgruppe bewusst und haben nur zu Schlüsselpersonen aus bestimmten religiösen oder politischen Gruppen

		<p>Kontakt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung für Präventionsarbeit nicht den Schlüsselpersonen oder interkulturell Vermittelnden delegieren
Interkulturelle Vermittelnde/MediatorInnen	<p>Interkulturelle Vermittelnde/MediatorInnen sind Fachpersonen. Sie üben eine wichtige Brückenfunktion zwischen den schweizerischen Fachpersonen und der Zielgruppe aus. Interkulturell Dolmetschende und Vermittelnde kennen Tabus und die soziokulturell geprägten Verkehrsformen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interkulturelle Vermittelnde/MediatorInnen für ihre Aufgabe anstellen, ausbilden, bezahlen und fachlich begleiten • Interkulturelle Vermittelnde bereits in der Planung beiziehen • Kreative Lösungen bezüglich schriftlicher Pflichten finden, wie z.B. Protokolle schreiben oder Datenblatt für Evaluation ausfüllen • Inter- oder Supervision anbieten 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Wertschätzung • Fehlende oder zu knappe Entlöhnung der Arbeit von interkulturell Vermittelnden • Fehlende fachliche Begleitung von interkulturell Vermittelnden • Fehlende Nachhaltigkeit: interkulturelle Vermittelnde werden ausgebildet, jedoch nur in einem Projekt eingesetzt • Mit interkulturell Vermittelnden zusammenarbeiten, deren Image in der Gemeinschaft nicht positiv besetzt ist
Zugangswege zur Zielgruppe	<p>Mündlich über persönliche Beziehungsnetze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Über Türöffner wie interkulturell Vermittelnde oder Fachpersonen mit Migrationshintergrund • Intensive persönliche Beziehungsarbeit zu den Schlüsselpersonen, Vertrauen aufbauen <p>Aufsuchende Präventionsarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interkulturelle Vermittelnde suchen allein als MediatorInnen oder zusammen mit Präventionsfachpersonen Orte auf, welche von der Zielgruppe häufig frequentiert werden <p>Aktionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öffentliche Aktionen wie Strassentheater und Musikveranstaltungen in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe <p>Kurse/Workshop/Informationsveranstaltungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurse, Workshops und Informationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe anbieten • Kurszeiten, -ort, -kosten, -inhalt –sprache sowie Präventionsbotschaft der Zielgruppe anpassen • Babysitterdienst anbieten 	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Wege (z.B. Flyer, Briefe verschicken) als Erstkontakt • Informationsveranstaltung ohne Bezug zur Lebenswelt der Teilnehmenden • Unprofessionelle Zusammenarbeit mit interkulturell Vermittelnden und mit Schlüsselpersonen • Workshop mit grosser heterogener (z.B. Sprache, Bildungsgewohnheit) Teilnehmergruppe

	<ul style="list-style-type: none"> • Didaktisches Material (visuelle Hilfen wie Bilder, Filme) der Zielgruppe anpassen • Prozessorientiertes Arbeiten bevorzugen <p>Schriftlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muttersprachliche Informationsmaterialien als ergänzende Unterstützung <p>Medien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützende Informationsträger sind Zeitungen und Radiosender, welche von der Zielgruppe gelesen und gehört werden. • Internet für die 2./3. Generation <p>Wichtig: Verschiedene Zugangswege kombinieren</p>	
Verständigung	<ul style="list-style-type: none"> • Interkulturell Dolmetschende einsetzen • Mehrsprachigkeit als Ressource anerkennen • Klare Präventionsbotschaften vermitteln • Schriftliche muttersprachliche Informationsmaterialien herstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Erstkontaktaufnahme (z.B. schriftliche Einladung) auch in die Muttersprache übersetzt ist wenig erfolgreich. • Mangelnde Kenntnisse bezüglich Normen und Werte innerhalb der Zielgruppe • Verständigung ist mehr als sprachliche Übersetzung
Präventionsthemen	<ul style="list-style-type: none"> • Bei tabuisierten Präventionsthemen zuerst über allgemeine Gesundheitsförderung einsteigen oder Präventionsthemen miteinander kombinieren. • Es ist sinnvoll die Kombination von Präventionsthemen auf die Lebenswelt der Zielgruppe abzustimmen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Themen- und Titelwahl
Multiplikation	<ul style="list-style-type: none"> • Erkenntnisse aus gelungenen Projekten (wie zum Beispiel über Projektaufgleisung oder –prozesse) bei der Planung von neuen Projekten/Angeboten nutzen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelungene Projekte ohne gründliche Bedarfs- und Bedürfnisabklärung und ohne Partizipation der Zielgruppe kopieren
Settingansatz	<ul style="list-style-type: none"> • Präventionsbotschaft in bewährten Settings anbieten, wie z.B. betriebliche Gesundheitsförderung, Migrant*innenorganisationen, multikulturelle Migrant*innentreffpunkte, Zentren für Asyl Suchende, Deutschkursen 	

C Dank

Mein Dank geht an alle Fachpersonen, welche über ihr reiches Wissen und ihre breite Erfahrung in den Interviews Auskunft gaben. Herzlichen Dank an den wissenschaftlichen Rat, die Steuergruppe, den Projektmitarbeitenden und der Projektleitung für die vielfältigen Anregungen. Zudem möchte ich mich bei Anne Marbacher ganz herzlich für die Zusammenarbeit über die Sprachgrenze hinweg bedanken.

D Anhang

Profil der angefragten Institutionen und kurzer Projektbeschrieb

Association Appartenances, Lausanne

Appartenances ist ein Kompetenzzentrum für interkulturelle Vermittlung in den Bereichen psychosoziale Gesundheit und Ausbildung von MultiplikatorInnen und PromotorInnen. Appartenances arbeitet in verschiedenen Bereichen wie Gesundheitsförderung, interkulturelles Vermitteln, Weiter- und Ausbildung, Beratung, Öffentlichkeitsarbeit. Dabei arbeitet Appartenances mit Migrant*innencommunities, Gesundheits- und Integrationsstellen zusammen.

Ein gesundheitsförderliches Projekt im 2007 ist „Valorisation des contributions des migrants à la Société d'accueil“. Dabei soll der positive Beitrag von Migrant*innen in der Zivilgesellschaft sichtbar gemacht werden.

Johanna Hoffmann ist stellvertretende Verantwortliche für den Bereich Promotion und Zusammenarbeit. Seit zwanzig Jahren arbeitet sie im Migrationskontext.

Djibril Fall ist Verantwortliche für Präventionsprojekte und arbeitet seit 1999 im Präventionsbereich.

Homepage: www.appartenances.ch

Hôpital de l'Enfance, Lausanne

Das Hôpital de l'Enfance ist zuständig für kranke Säuglinge, Kinder und Jugendliche von 0 – 18 Jahre im Raum Lausanne. Dabei werden medizinische, chirurgische oder psychiatrische Krankheiten behandelt und für psychosoziale Probleme Lösungen gefunden. Das Spital wird von vielen Familien mit Migrationshintergrund aufgesucht. Deshalb hat das Hôpital de l'Enfance seine Dienstleistungen auch auf die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung ausgerichtet. Die Verständigung ist dabei ein zentrales Anliegen. Migrationshintergrund bei medizinischen Fachpersonen wird von den Entscheidungsträgern als Ressource angesehen. Es wird mit interkulturell Dolmetschenden zusammengearbeitet und muttersprachliche Informationsbroschüren werden abgegeben. Zudem wird das Fachpersonal in transkultureller Kompetenz geschult.

Dr. Mario Gehri ist Chefarzt am Hôpital de l'Enfance. Er arbeitet im medizinischen Präventionsbereich seit 15 Jahren.

Homepage: www.hopital-enfance.ch

Policlinique universitaire médicale (PMU), Lausanne

Die PMU ist ein niederschwellig medizinisches Ambulatorium auch für Personen in prekären Lebenslagen. In der PMU arbeiten ca. 285 Mitarbeitende. Das Centre de Santé Infirmier (CSI) der PMU ist für die Gesundheitsversorgung der Asyl Suchenden und Personen mit NEE zuständig. Dabei sind speziell ausgebildete Pflegefachpersonen als Gate-Keeper zuständig. Diese Fachpersonen erfassen den Gesundheitsstatus des Asyl Suchenden und entscheiden, ob ein Arzt oder eine Ärztin beigezogen werden muss oder ob sie selber die nötige Pflege geben kann. Zudem werden die neu angekommenen Asyl Suchenden von diesen Pflegefachpersonen über Präventions- und Gesundheitsthemen (z.B. Gewalt, illegale und legale Drogen, mentale Gesundheit, Verhütung, Ernährung, Zahnhygiene) orientiert. Die Pflegefachpersonen besuchen die Asyl Suchenden in den Zentren. Die neue Rolle dieser Pflegefachpersonen für die Erstversorgung ist in der Schweiz neu, wird jedoch in Kanada und in den USA schon länger erprobt.

Angelika Greuter Bokanga ist Pflegefachperson und Leiterin des CSI. Sie arbeitet seit 22 Jahren im Präventionsbereich.

Charlotte Deslarzes ist Pflegefachperson am CSI und Mitglied der Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung“. Sie arbeitet seit 1974 in verschiedenen Präventionsbereichen.

Homepage: www.polimed.ch

Aspasie, Genève

Aspasie ist eine Solidaritätsorganisation, welche sich für die Rechte, Würde und Gesundheit von Sexworkerinnen einsetzt. Ein pluridisziplinäres Team (Sozialarbeiterin, Pflegefachperson, interkulturelle Vermittlerin) besucht Orte, an denen sich Sexworkerinnen aufhalten. Zudem fahren die Teams mit dem Bus „Boulevards“ nachts an Orte, die von Sexworkerinnen häufig frequentiert werden. Bei Aspasie arbeiten sieben Personen (gesamt 400%) permanent und zusätzlich fünf Personen (90%) für Projekte.

Marie-Jo Glardon ist Koordinatorin von Aspasie. Sie arbeitet seit vier Jahren bei Aspasie, ist jedoch seit 1987 in der Prävention tätig.

Homepage: www.aspasie.ch

Radix Svizzera Italiana, Lugano und Support Radix

Radix unterstützt gesundheitsfördernde Aktivitäten in Gemeinden, Schulen und Betrieben der ganzen Schweiz. Bei Radix Svizzera Italiana sind fünf Mitarbeitende tätig.

Radix Support (2003-2007) unterstützt fachlich und finanziell Projekte, welche von MigrantInnen für MigrantInnen selber initiiert und durchgeführt werden. Die Projektleitenden werden von Personen aus dem Fachpool bei der Projekteingabe und –umsetzung unterstützt.

Pelin Kandemir ist im Fachpool Radix Support und Projektverantwortliche bei Radix Svizzera Italiana. Sie ist seit sieben Jahren im Präventionsbereich tätig.

Homepage: www.radixsvizzeraitaliana.ch und www.radix.ch

Association REPER, Fribourg

REPER (seit 2006) ist ein Zusammenschluss von RELEASE (seit 1972) und LIFAT (seit 1956). REPER ist in der Gesundheitsförderung sowie primären und sekundären (Sucht)Prävention tätig. Sie arbeiten in den Bereichen Information, Beratung, Weiterbildung, Jugend- und Strassenarbeit. REPER hat ca. 25 Mitarbeitende, davon sind 21 Mitarbeitende in der Prävention tätig.

„Choice“ ist ein supra-F Jugendprogramm. Mit schulischen, sozialpädagogischen und psychologischen Interventionen werden Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen dahingehend gefördert, dass sich ihre Situation in der Schule oder Berufslehre stabilisiert. Gleichzeitig sollen Verbesserungen des psychischen Befindens und eine Abnahme des Substanzkonsums erreicht werden. Supra-F Jugendprogramme gibt es in verschiedenen Kantonen und sie werden auch von Jugendlichen mit Migrationshintergrund besucht. In der Fachliteratur werden die Supra-F Jugendprogramme als good/best practice genannt.

Philippe Cotting ist Direktor von REPER und seit 17 Jahren im Präventionsbereich tätig.

Homepage: www.reper-fr.ch

Fondation PROFA, Lausanne

PROFA ist eine Beratungsstelle für Familienplanung, reproduktive und sexuelle Gesundheit. Im Gesamten arbeiten ca. 30 Mitarbeitende bei PROFA.

Das Ziel des Projektes (2003-2006) / Programmes (seit 2006) „Migration und Intimité“ ist die Prävention von unerwünschten Schwangerschaften und Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bei MigrantInnen. Dabei werden in Zusammenarbeit mit MigrantInnenorganisationen sowie Präventions- oder Integrationsstellen zum Beispiel Workshops zur Sensibilisierung angeboten.

Myrian Carbajal leitet das Projekt „Migration und Intimité“. Sie arbeitet seit fünf Jahren im Präventionsbereich „sexuelle und reproduktive Gesundheit“.

Homepage: www.profa.ch

Centre Santé Migrants, Genève

Das Universitätsspital Genf hat in den letzten zehn Jahren mit verschiedenen Massnahmen den Zugang für die Migrationsbevölkerung und für Personen in prekären Lebenslagen verbessert. Die

Versorgung der Sans Papiers und Personen ohne Krankenversicherung ist durch die UMSCO (Unité mobile de soins communautaires) gesichert. Das Centre Santé Migrants (CSM) ist für die Pflege von Asyl Suchenden und Personen mit NEE zuständig. Im CSM arbeiten fünf Ärzte und Ärztinnen sowie neun Krankenpflegefachpersonen. Für die HIV-Prävention ist zusätzlich eine Krankenpflegefachperson zu 50% angestellt. Das CSM arbeitet multidisziplinär und integriert psychosoziale sowie interkulturelle Dimensionen. Das Team arbeitet mit interkulturell Dolmetschenden und Vermittelnden zusammen. Die Krankenpflegefachpersonen besuchen die Zentren für Asyl Suchende und führen auch gesundheitsförderliche Projekte durch. Das Projekt „Voluntary Councelling and Testing“ ist ein freiwilliges Angebot für einen HIV-Test in einem Beratungskontext.

Denise Wetzel ist Krankenpflegefachperson am CSM und Beraterin für VCT (Voluntary Councelling and Testing). Sie arbeitet seit acht Jahren im Präventionsbereich.

Homepage: <http://migrantcare.hug-ge.ch>

Contact Netz, Bern

Das Contact Netz koordiniert Angebote der ambulanten und stationären Jugend-, Eltern- und Suchtarbeit im Kanton Bern. Das Contact Netz betreibt eine zentral Geschäftsstelle sowie Regionalstellen in Biel, Thun-Oberland, Ob- und Nid-Emmental und Bern Stadt und Region. Im Gesamten sind ca. 180 Mitarbeitende bei Contact Netz tätig.

Das Projekt „Migration und Sucht“ (2001-2004) des Contact Netz richtete sich an Einzelpersonen und Familien mit Migrationshintergrund und einer Suchtproblematik. Ziel des Projektes war, die Eintrittsschwelle zu den Angeboten des Contact Netz im Suchtbereich für Menschen mit Migrationshintergrund herabzusetzen. So wurden z.B. die Beratungen in der Muttersprache oder im Beisein von Dolmetschenden geführt. Die Mitarbeitenden weisen teils selber Migrationserfahrung auf oder haben sich dafür speziell weitergebildet. Zudem arbeitet das Contact Netz mit MigrantCommunities zusammen. Das Projekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit und von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern finanziell unterstützt und wird in der Fachliteratur als best/good practice genannt.

Umberto Castra ist seit 2001 als Paar- und Familientherapeut beim Contact Netz tätig und leitete drei Jahre das Projekt „Migration und Sucht“. Er arbeitet im Präventionsbereich seit 20 Jahren.

Homepage: www.contactnetz.ch

Support Radix, Deutschschweiz

Radix unterstützt gesundheitsfördernde Aktivitäten in Gemeinden, Schulen und Betrieben der ganzen Schweiz.

Radix Support (2003-2007) unterstützt fachlich und finanziell Projekte, welche von MigrantInnen für MigrantInnen selber initiiert und durchgeführt werden. Die Projektleitenden werden von Personen aus dem Fachpool bei der Projekteingabe und -umsetzung unterstützt.

Blagica Alilovic ist seit 2003 im Fachpool von Support Radix tätig. Sie ist zudem Geschäftsleiterin der Stiftung Mintegra, einem Kompetenzzentrum für Integration sowie einem Sozialdienst für Fremdsprachige.

Homepage: www.radix.ch

SRK Kantonalverband Bern

Der Kantonalverband Bern des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) ist in verschiedenen Bereichen wie Bildung, Gesundheitsförderung, Integration und Soziales tätig. Er hat ca. 100 Mitarbeitende, davon sind fast alle im Präventionsbereich tätig.

Die Gesundheitskurse Luana richten sich an Organisationen aus dem Sozial-, Bildungs- und Migrationsbereich, welche ihr Angebot für MigrantInnen ergänzen wollen. In den Luana-Kursen wird praktisches Wissen zum Thema Gesundheit vermittelt. Die Kurse werden meist in Deutsch, bei Bedarf mit Übersetzung in verschiedene Sprachen durchgeführt. Die Kurse sind ressourcenorientiert und niederschwellig.

Helen Lamontagne ist seit 11 Jahren im Integrationsbereich und seit 2 Jahren im Präventionsbereich tätig. Sie ist Programmleiterin für die integrativen Angebote und ist für die Gesundheitskurse Luana verantwortlich.

Homepage: <http://srk-bern.ch>

Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP), Zürich

Die Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) hat zum Ziel, die Suchtprävention und Gesundheitsförderung unter MigrantInnen im Kanton Zürich zu verbessern und damit auf diesem Gebiet die Integration zu fördern. Die Fachstelle arbeitet mit Migrantenorganisationen, interkulturellen Vermittelnden sowie Institutionen aus den Bereichen Bildung, Gesundheit, Soziales, Migration und Integration zusammen. Die Fachstelle wird von Joseph Oggier und Mustafa Ideli geleitet. Gemeinsam teilen sie 80 Stellenprozente. Joseph Oggier arbeitet seit vier Jahren im Präventionsbereich.

Homepage: www.fisp-zh.ch

Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF), Zürich

Das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) ist ein international vernetztes Forschungszentrum, deren Mitarbeitende laufend in Projekten der WHO engagiert sind. ISGF ist in zwei Fachbereichen tätig: Forschung und Dienstleistungen, wie z.B. Beratungen, Weiterbildung und Gutachten im Institutions- und Versorgungsbereich. Im ISGF sind ca. 20 Mitarbeitende tätig. Das Projekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“ (2006 – 2008) ist ein wissenschaftlich abgestütztes Therapiekonzept. Es wird in enger Zusammenarbeit mit der unmittelbaren Zielgruppe, einem Anbieter von Rauchstopp-Kursen der Regelversorgung (Krebsliga Zürich) und Fachexperten ausgearbeitet, angewandt und analysiert. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für eine Machbarkeitsanalyse zu Multiplikation auf andere stark vom Rauchen belasteten MigrantInnengruppen in der Schweiz.

Dr. Corina Salis Gross ist Forschungsleiterin am ISGF und leitet das Projekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen MigrantInnen in der Schweiz“. Sie ist seit 2005 im Präventionsbereich tätig. Serhan Cangatin ist Forschungsmitarbeiter am ISGF und seit 1996 im Präventionsbereich tätig. Er führte z.B. das Präventionsprojekt „Tiryaki Kukla“ in Grossbritannien durch.

Homepage: www.isgf.ch

Caritas Aargau, Aarau

Caritas Aargau ist in den Bereichen Weiterbildung, Beratung, Soziales, Asyl- und Flüchtlingswesen, Integration und Diakonie tätig. Es sind rund 20 Mitarbeitende bei Caritas Aargau tätig.

Das Projekt „Feminasana“ von Caritas Aargau hat verschiedene niederschwellige Gesundheitsförderungsangebote für Migrantinnen wie zum Beispiel Geburtsvorbereitungskurse, FemmesTISCHE, Frauentreffpunkte. Die Angebote werden zum Teil in enger Zusammenarbeit mit der Zielgruppe durchgeführt.

Karin Knobel ist seit 2000 die Leiterin von „Feminasana“. Im Präventionsbereich bestehen 50 Stellenprozente.

Homepage: www.caritas-aargau.ch

Caritas Luzern, Luzern

Caritas Luzern ist in verschiedenen Bereichen wie Soziales, Integration, Gesundheit, Arbeit, Asylwesen, Kommunikation, Bildung tätig. Im Gesamten arbeiten ca. 140 Mitarbeitende sowie 220 Dolmetschende und Freiwillige bei Caritas Luzern.

Während mehreren Jahren hat Caritas Luzern MigrantInnen zu interkulturelle VermittlerInnen und KursleiterInnen ausgebildet. Die KursleiterInnen führten während mehreren Jahren in ihrer Muttersprache Kurse zu verschiedenen Gesundheits- und Alltagsthemen (z.B. Familienplanung, HIV/Aidsprävention, Suchtprävention, Wohnen und Zusammenleben) für Asyl Suchende durch. Dieses Angebot wurde intern evaluiert und die Zufriedenheit bei den Asyl Suchenden war hoch. Das

Angebot war mit 20 Stellenprozenten für die Leitung und 30 Stellenprozent für die Koordination kostengünstig. Dennoch werden aufgrund von fehlenden finanziellen Mittel die Kurse nicht mehr durchgeführt. Die ausgebildeten interkulturellen VermittlerInnen und KursleiterInnen arbeiten weiterhin in anderen Projekten wie betriebliche Gesundheitsförderung, Flüchtlingsarbeit, Integration, Gefängnisarbeit. Ab 2008 werden die Kurse für Asyl Suchende wieder eingeführt und das Angebot wird zusätzlich für alle Migrationsgruppen, Institutionen, Gemeinden und Vereinen angeboten. Helen von Flüe leitete das Projekt für die Kurse der Asyl Suchenden. Sie ist Leiterin des Dolmetschdienstes Zentralschweiz und arbeitet seit 10 Jahren im Präventionsbereich. Homepage: www.caritas-luzern.ch

Mütter- und Väterberatung, St. Gallen

Die Mütter- und Väterberatung ist eine Dienstleistung im sozial- und präventivmedizinischen Bereich und wird in der ganzen Schweiz flächendeckend angeboten. Die Beratungen sind in der Regel für die Benutzerinnen und Benutzer (Mütter, Väter, Grosseltern, etc.) unentgeltlich. Der Ostschweizerische Verband für das Kind hat mit Unterstützung der Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration 2004 das Projekt MigesBalù bei SuisseBalance eingereicht. Das Projektziel ist, dass die Elternberatung für Familien mit Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei und Sri Lanka auf das Hauptthema Ernährung und Bewegung von Säuglingen und Kleinkindern ausgerichtet wird. Die Mütter- und Väterberatung St. Gallen stellt den Migrantenfamilien ein niederschwelliges Angebot zur Verfügung. Wichtige Elterninformationen zu Ernährung und Bewegung werden in die Muttersprachen übersetzt. Interkulturelle VermittlerInnen werden zur Beratung im Bereich Ernährung und Bewegung ausgebildet und eingesetzt. Zudem werden Ausbildungsgrundlagen für die interkulturellen VermittlerInnen und ElternberaterInnen zum Thema „Transkulturelle Kompetenz“ erarbeitet. Das Pilotprojekt ist bis Ende 2007 befristet. MigesBalù wird in der Fachliteratur als best/good practice bezeichnet. Rosa Plattner ist die Stellenleiterin der Mütter- und Väterberatung St. Gallen. Sie arbeitet seit 20 Jahren im Präventionsbereich. Die Mütter- und Väterberatung weist 380 Stellenprozent auf, davon sind 330 Stellenprozent im Präventionsbereich. Homepage: www.ovk.ch

Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität, St. Gallen

Die Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität in St. Gallen ist offizielle Schwangerschaftsberatungsstelle der Kantone St. Gallen und Appenzell In- und Ausserrhoden. Die Beratungen sind unentgeltlich. Die Beratungsstelle hat zwei Aufträge: Prävention und Unterstützung. Die Fachstelle hat gesamthaft 385 Stellenprozent. Eine Mitarbeiterin ist ausschliesslich für 70% für die Prävention zuständig. Das Projekt „Ethnische Beraterinnen“ war Teil eines Massnahmenkataloges, welcher die Erreichbarkeit der Migrantinnen verbessern sollte. Das anderthalbjährige Projekt dauerte bis 2000. Frauen aus verschiedenen Ländern wurden als Dolmetscherinnen mit Spezialkenntnissen zu Familienplanung, Verhütung und Aids-Prävention sowie als Multiplikatorinnen für Frauen gleicher ethnischer Herkunft ausgebildet. Die Ausbildung der Dolmetscherinnen/Multiplikatorinnen wurde erfolgreich abgeschlossen und der Einsatz der Dolmetschenden in der Beratung führte zu einem verbesserten Zugang. Wenige Frauen führten wie geplant auf eigene Initiative Veranstaltungen in ihrer Community durch. Es gab zu wenig finanzielle und personelle Ressourcen, um die Multiplikatorinnen in dieser letzten Phase gut zu begleiten. Dr. Paola Höchner war die Leiterin dieses Projektes. Sie ist seit 30 Jahren im Präventionsbereich tätig. Homepage: www.faplasg.ch

Aidshilfe Schweiz, Zürich

Die Aidshilfe Schweiz hat eine langjährige Erfahrung in der Entwicklung und Durchführung von spezifischen Präventionsangeboten für MigrantInnen. Dabei wird berücksichtigt, dass „MigrantInnen“ keine homogene Zielgruppe sind. Schriftliches Informationsmaterial zur HIV/Prävention wird in die verschiedenen Sprachen übersetzt. Die Zielgruppe partizipiert bei der Entwicklung von

Präventionsmassnahmen. Die Aidshilfe Schweiz hat einen Guide für die MediatorInnenarbeit in der HIV/Aids-Prävention bei MigrantInnen herausgegeben.

AFRIMEDIA ist ein Programm für MigrantInnen aus Ländern südlich der Sahara. Es wurde 2002 als Projekt vom Schweizerischen Roten Kreuz und dem Schweizerischen Tropeninstitut im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit entwickelt. AFRIMEDIA wurde als Programm von der Aidshilfe Schweiz weitergeführt. Die aufsuchende Informations- und Sensibilisierungsarbeit an formellen und informellen Treffpunkten der Zielgruppe ist eine wichtige Aktivität von AFRIMEDIA. Dabei werden ausgebildete MediatorInnen aus der Zielgruppe eingesetzt.

Noel Tshibangu ist seit 2002 der Leiter von AFRIMEDIA. AFRIMEDIA hat 100 Stellenprozent. Afrimedia wird in der Fachliteratur als good/best practice bezeichnet.

Homepage: www.aids.ch

Coaching und Beratung im Bereich Gesundheit und Arbeit, Bern

Yolanda Kopp Viglino ist seit 1989 im Präventionsbereich tätig und Experte für betriebliche Gesundheitsförderung. Sie hat mehrere Projekte in Betrieben mit einer hohen gesundheitlichen Belastung und einer mehrheitlich ausländischen Belegschaft geleitet. Das Projekt von Gesundheitsförderung Schweiz und der Zürcher Zentralwäscherei wird in der Fachliteratur als good/best practice bezeichnet.

FemmesTISCHE, Winterthur

FemmesTISCHE bringt Erziehende zusammen, die sich im privaten Rahmen mit Fragen von Erziehung, Rollenverhalten und Gesundheit auseinandersetzen. FemmesTISCHE wird in verschiedenen Sprachen angeboten und erreicht damit Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. FemmesTISCHE ist niederschwellig, ressourcenorientiert und partizipativ. FemmesTISCHE wird in der Fachliteratur als best/good practice genannt.

In Winterthur gibt es FemmesTISCHE für Migrantinnen seit Juni 2005 unter der Leitung von Hava Shala-Gerguri und Brankica Kupresak. Innerhalb von einem Jahr wurden 51 FemmesTISCHE in neun Sprachen angeboten. Hava Shala-Gerguri ist zudem seit vielen Jahren in der Schule als HSK-lehrerin und als interkulturelle Vermittlerin und Dolmetscherin tätig. Hava Shala-Gerguri war Mitarbeiterin in einer Nationalfond-Studie zur kosovoalbanischen Arbeits- und Asylnmigration in der Schweiz.

Homepage: www.femmestische.ch

Fachstelle für Aids- und Sexualfragen, St. Gallen

Die Fachstelle für Aids- und Sexualfragen ist in der Beratung, Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit und HIV/Aids Prävention tätig. Insgesamt sind 355 Stellenprozent, davon 260% im Präventionsbereich.

Die Fachstelle hat immer wieder verschieden migrationsspezifische Präventionsprojekte aufgelegt. Integra war ein Projekt für die serbische, kroatische und bosnische Bevölkerung. Apis ist ein HIV/Aids-Präventionsangebot für Migrantinnen im Sexgewerbe. Bei beiden Projekten wurden interkulturelle Vermittler ausgebildet und einbezogen.

Gabriela Jegge war bis Juni 2007 Beraterin bei der Fachstelle für Aids- und Sexualfragen und Verantwortliche für Präventionsprojekte. Sie arbeitet seit zehn Jahren im Präventionsbereich.

Homepage: www.hivnet.ch/ahsga

Leitfaden

Allgemeine Interviewangaben

1. Interview durchgeführt von (Name) :
2. Interviewdatum :
3. Interviewdauer (Minuten):
4. Interviewpartner (Name):
5. Einrichtungsbezeichnung:
6. Ort/Kanton:
7. Bemerkungen zum Interviewverlauf in Stichworten :

Allgemeine Angaben zur Institution/Auseinandersetzung mit Migrationsdimension

8. Tätigkeitsgebiete der Einrichtung:

Sucht
Gesundheitsförderung allgemein
Andere, welche :
9. Zahl der Mitarbeiterinnen/Stellenprozentage insgesamt :
10. Zahl der Mitarbeiterinnen/Stellenprozentage im Präventionsbereich :
11. Arbeiten in Ihrer Institution Personen mit Migrationshintergrund?
Falls nein, weiter mit Frage 12)
Falls ja :
Wie viele:
aus welchen Ländern:
in welcher Funktion:

InterviewerIn: Könnten Sie mir bitte ein Exemplar des letzten Jahresberichtes überlassen oder andere Unterlagen, welche Ihre Einrichtung dokumentieren?

Angaben zur Person

12. Könnten Sie mir zunächst noch einige Angaben zu Ihrer Person machen?
 - 12.1 Genaue Funktionsbezeichnung:
 - 12.2 Alter:
 - 12.3 Berufsausbildung:
 - 12.4 Dauer der Berufserfahrung im Präventionsbereich:

Präventionsprogramme und –projekte, welche Migrationsaspekte einbeziehen

13. Was ist das Ziel Ihres Präventionsauftrags/-programms oder –projektes?
14. Welche Gründe (Initialzündung) führten zu diesem Präventionsauftrag/-programm/-projekt?
15. Wie haben Sie die Zielgruppe ausgewählt? Und warum diese Zielgruppe?
16. Haben Sie bei der Auswahl der Zielgruppe auch andere Kriterien beachtet? Weshalb?

17. Welches sind die unterstützenden oder behindernden Kräfte bei der Umsetzung des Präventionsauftrags/-projekts/-programms?

Umsetzung des Präventionsauftrages/-programmes oder -projektes

18. Welche Massnahmen/Interventionen wurden ergriffen, um die Migrationsaspekte in der Institution, im Projekt oder Programm zu verankern?

19. Über welche Wege versuchen Sie die Zielgruppen zu erreichen?

- Medien, wie Radio, Fernseher, Zeitungen, Internet
- Mündlich über Schlüsselpersonen
- Schriftlich über Broschüren, Flyer, Comics, Video
- Schriftliches Material wurde aufgelegt in ethnischen Lebensmittelgeschäften, in den Treffpunkten der Migrantengemeinde, an religiösen Festen
- Schriftliches Material wurde von Schlüsselpersonen auf der Strasse, an religiösen Festen, in Treffpunkten der Zielgruppe verteilt
- Andere:.....

20. Welche dieser Zugangswege haben sich gut bewährt? Welche nicht? Warum nicht?

21. Wurde in bestimmten sozialen Netzwerken (Settings) gearbeitet?

- Familie
- Vereinen
- Schulen
- Zentren für Asyl Suchende
- Religiöse Vereinigungen
- Treffpunkte für lokale Migrantengemeinden
- Frauenkurse
- Sprachkurse
- Arbeitsort
- Quartier
- Andere:.....
-

22. Welche Settings haben sich bewährt? Welche nicht? Warum nicht?

23. Sind Personen der Zielgruppe im Projekt beigezogen worden?

Falls nein, weiter mit Frage 28

24. Welche Aufgaben übernehmen die MigrantInnen der Zielgruppe?

- Schlüsselpersonen
- MitarbeiterIn in der Projektentwicklung
- Interkulturell Vermittelnde
- Andere:.....

25. Wie werden die wichtigsten Schlüsselpersonen der Zielgruppe für das Programm/Projekt gewonnen?

26. In welcher Projektphase wurden die interkulturell Vermittelnden beigezogen?

- Planung
- Durchführung
- Evaluation

27. Werden die interkulturell Vermittelnden für ihre Aufgabe ausgebildet, angestellt, entschädigt und begleitet?

Falls ja, wie?

Falls nein, warum nicht?

28. Wie werden die Projekt-/Programmmitarbeitenden für die neue Aufgabe geschult? Wie erhalten sie einen Einblick in die Lebenswelt, in das Krankheits- und Gesundheitsverständnis und in die Ressourcen der Zielgruppe?

29. Was macht aus Ihrer Sicht transkulturelle Kompetenz im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung aus? Wie kann diese entwickelt werden?

Wirksamkeit der zielgruppenspezifischen Präventionsprogrammen und –projekte

30. Wo sehen Sie die grössten Wirkungen des Projektes auf die Zielgruppe?
31. Wie sehen Sie das Verhältnis von Aufwand und Ertrag?
32. Ist die Nachhaltigkeit gesichert? Falls ja, wie?
33. Sie beraten eine andere Präventionsstelle, welche in ihren Interventionen schwer erreichbare Gruppen innerhalb der Migrationbevölkerung erreichen möchte. Was würden Sie den Projektleitenden raten? Von welchen drei Interventionen/Vorgehensweisen würden Sie dringend abraten? Welche drei Interventionen/Vorgehensweisen würden Sie wärmstens empfehlen?
34. Es gibt bis jetzt (in ihrem Präventionsbereich/allgemein) wenige Präventionsprojekte, welche die Migrationbevölkerung gezielt ansprechen. Welches sind in ihren Augen die Gründe dazu?
35. Welche Faktoren (Anreizfaktoren) wären wichtig, dass Fachpersonen und Institutionen Präventionsprogramme für MigrantInnen durchführen?

Präventionsbereich Sucht (nur Alkohol/Tabak)

36. Unterhält Ihre Einrichtung Kontakte mit Organisationen oder Fachpersonen, welche sich mit Fragen der Tabak- und Alkoholprävention befassen?
37. Welche Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol/Tabak werden von den MigrantInnen im Gespräch mit Ihnen angesprochen?
38. Wie schätzen Sie den Zugang zu den Informationen und Präventionsangeboten (Alkohol/Tabak) für Personen mit Migrationshintergrund ein?
Wie kommen Sie zu dieser Meinung?
39. Für wie dringlich halten Sie die Entwicklung und Umsetzung migrationspezifischer Suchtpräventionsprogrammen in der Schweiz?
Bitte geben Sie einen Wert auf einer Skala von 0 – 10 an, wobei null „überhaupt nicht dringlich“ und zehn „äusserst dringlich“ bedeutet?
40. Würden Sie es als sinnvoll erachten, Präventionsthemen kombiniert anzubieten? Welche Kombinationen(z.B. Familienplanung, Ernährung, Passivrauchen) können Sie sich als effizient und wirksam vorstellen?

Guide

Indications générales concernant l'interview

1. Interview menée par (nom):
2. Date de l'interview:
3. Durée de l'interview (minutes):
4. Personne interviewée (nom):
5. Nom de l'institution:
6. Localité/canton:
7. Déroulement de l'interview en deux mots:

Indications générales sur l'institution/confrontation avec la dimension migration

8. Domaines d'activité de l'institution
dépendances
promotion de la santé en général
autres, lesquels :
9. Nombre de collaborateurs/pourcentage d'emploi total :
10. Nombre de collaborateurs/pourcentage d'emploi dans le domaine de la prévention:

11. Votre institution emploie-t-elle des personnes issues du contexte de la migration?

Si non, passer à la question 12)

Si oui :

Combien:

De quels pays:

Dans quelle fonction:

Enquêteur : pourriez-vous me laisser un exemplaire du dernier rapport annuel ou d'autres documents illustrant l'activité de votre institution?

Indications sur la personne

12. Pourriez-vous d'abord me donner quelques indications vous concernant?

12.1 désignation exacte de votre fonction:

12.2 âge:

12.3 formation professionnelle:

12.4 années d'expérience dans le domaine de la prévention:

Programmes et projets de prévention donc certains aspects ont trait à la migration

13. Quel est le but de votre mandat, programme ou projet de prévention?

14. Quels motifs (amorçage) vous ont conduit à ce mandat, programme ou projet de prévention?

15. Comment avez-vous choisi le groupe cible? Et pourquoi celui-ci?

16. D'autres critères ont-ils été pris en compte pour le choix du groupe cible? Lesquels?

17. Quel soutien ou quelle résistance avez-vous rencontré dans la mise en application du mandat, programme ou projet de prévention?

Mise en application du mandat, programme ou projet de prévention

18. Quelles mesures/interventions ont été nécessaires pour ancrer les aspects en lien avec la migration dans l'institution, le projet ou le programme?

19. Par quels moyens tentez-vous d'atteindre les groupes cibles?

a. par des médias comme la radio, la télévision, les journaux, internet

b. oralement à travers des personnes de référence

c. par écrit par le biais de brochures, d'affichettes, de bandes dessinées, de vidéos

d. par des prospectus ou des affichettes déposées dans des épiceries ethniques, à des points de rencontre de la communauté migrante, à des fêtes religieuses

e. à travers des prospectus ou des affichettes distribuées par des personnes de référence dans la rue, à des fêtes religieuses, à des points de rencontre du groupe cible

f. autres:.....

20. Parmi ces voies d'accès, lesquelles se sont révélées bonnes? Lesquelles moins? Pourquoi?

21. Avez-vous travaillé dans des réseaux sociaux définis?

• famille

• associations

• écoles

• centres de requérants d'asile

• assemblées religieuses

• points de rencontre des communautés migrantes locales

- cours pour les femmes
 - cours de langue
 - lieu de travail
 - quartier
 - autres:.....
22. Quels cadres se sont révélés favorables? Lesquels moins? Pourquoi?
23. Avez-vous fait appel à des personnes du groupe cible?
Si non, passer à la question 28
24. Quelles tâches ont endossées ces migrantes du groupe cible?
- Personnes-clés
 - Elles participent au développement du projet
 - Elles ont un rôle de médiateurs interculturels
 - Autres:.....
25. Comment avez-vous convaincu les principales personnes de référence du groupe cible de participer au programme/projet?
26. A quelle phase du projet, ces personnes ressources, les médiateurs interculturels ont-ils été sollicités ?
- planification
 - exécution
 - évaluation
27. Les médiateurs interculturels sont-ils formés pour leur tâche, embauchés, indemnisés et suivis?
Si oui, comment?
Si non, pourquoi?
28. Comment les collaborateurs du projet/programme sont-ils instruits pour leur nouvelle tâche?
Comment se font-ils une idée de la sphère de vie, de la conception de la maladie et de la santé et des ressources du groupe cible?
29. En quoi consiste selon vous la compétence transculturelle dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé? Comment peut-on la développer?

Efficacité des programmes et projets de prévention spécifiques au groupe cible
--

30. Où voyez-vous les plus grands effets du projet sur le groupe cible?
31. Que pensez-vous du rapport coût/rendement?
32. La durabilité est-elle assurée? Si oui, comment?
33. Vous conseillez un autre service de prévention qui aimerait toucher parmi la population migrante des groupes difficiles à atteindre. Que conseilleriez-vous aux responsables du projet? Quelles sont les trois interventions/façons de procéder que vous leur déconseilleriez à tout prix? Quelles sont les trois interventions/façons de procéder que vous leur recommanderiez le plus chaudement?
34. Il n'y a pour l'heure (dans votre domaine de prévention/en général) que peu de projets de prévention qui s'adressent de façon ciblée à la population migrante. Comment l'expliquez-vous?
35. Quels facteurs pourraient inciter les spécialistes et les institutions à mettre en place des programmes de prévention pour les migrants?

Prévention de la dépendance (seulement à l'alcool et au tabac)
--

36. Votre institution est-elle en contact avec des organisations ou des spécialistes qui s'occupent des questions liées à prévention d'alcool et de tabac?
37. Quelles difficultés les migrants évoquent-ils en discutant avec vous de la consommation d'alcool et de tabac?
38. Que pensez-vous de l'accès aux informations et aux offres de prévention (alcool/tabac) pour les personnes issues du contexte de la migration?

Sur quoi fondez-vous votre avis?

39. Vous paraît-il urgent de développer et de mettre en œuvre des programmes de prévention de la dépendance spécifiquement destinés aux migrants vivant en Suisse?
Veuillez évaluer le degré d'urgence sur une échelle de 0 – 10, zéro signifiant qu'il n'y a «absolument aucune urgence» et dix une «extrême urgence».
40. Trouveriez-vous utile de proposer une combinaison de thèmes liés à la prévention? Quelles combinaisons (par ex. planning familial, diététique, fumée passive) vous sembleraient efficaces?