

Befragung zur transkulturellen Suchtprävention
bei Experten und Expertinnen der Alkohol- und
Tabakprävention

Richard Müller

Januar 2008

Zusammenfassung

- § Ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung sind Migranten und Migrantinnen. Diese Tatsache unterstreicht die Bedeutung von transkultureller Suchtprävention, zumal es sich bei Menschen mit Migrationshintergrund um eine vulnerable Bevölkerungsgruppe handelt, ist sie doch häufig erhöhten Belastungen ausgesetzt.
- § Der vorliegende Bericht ist ein Teilbericht eines umfassenderen Projektes und behandelt die Ergebnisse einer Befragung bei 30 Experten und Expertinnen der Alkohol- und Tabakprävention zu Vorstellungen über suchtpreventive Massnahmen und Dienstleistungen für Menschen mit Migrationshintergrund sowie über das aktuelle Engagement der im Bereich der transkulturellen Suchtprävention Tätigen.
- § Die Auswahl der befragten Organisationen erfolgte nicht nach Zufall, sondern nach ihrer regionalen Bedeutung in der Alkohol- und Tabakprävention, dabei wurden 16 deutsche und 14 französische strukturierte Gespräche mittels eines Leitfadens in der ganzen Schweiz durchgeführt.

Wichtigste Befunde:

- § Eine persönliche Affinität zur Thematik besteht bei allen Befragten. Die institutionelle Affinität ist indessen in wenigen Fällen gegeben. Organisationen der Alkohol- und Tabakprävention beschäftigen kaum Personen mit Migrationshintergrund an Stellen mit Entscheidungsbefugnis und haben die Thematik nicht auf der strategischen Ebene der Organisation fixiert.
- § Die Vorstellungen der befragten Experten und Expertinnen zum Begriff der „Integration“ sind vielschichtig, doch sie orientieren sich stark an Gleichgewichtsvorstellungen und neigen dazu, die Tatsache auszublenden, dass Integration auch mit der Austragung von Konflikten verbunden ist und zudem eine Querschnittsaufgabe ist, die alle gesellschaftlichen Bereiche angeht.
- § Die sozialen Vorstellungen der Befragten zu Sucht, Krankheit und Gesundheit sind im Allgemeinen wenig konkret und mithin auch nicht allzu praxisrelevant. Wahrscheinlich ist der gesundheitsbezogene Effekt der Herkunftskultur allgemein geringer einzuschätzen als die Lebensbedingungen, die Migranten im Gastland vorfinden.
- § Die Befragten unterscheiden drei Arten von wichtigen Zielgruppen der transkulturellen Suchtprävention. Die erste Gruppe bezieht sich auf konkrete Ethnien, wie Migranten aus Osteuropa, aus dem Balkan, Schwarzafrika, Sri Lanka und der Türkei. Die zweite Art bezieht sich verallgemeinernd auf Risikogruppen, die allerdings erst auf Grund von Studien zu definieren sind. Die dritte Art von Zielgruppe umfasst keine ethnischen Merkmale, sondern vielmehr spezifische Bevölkerungsgruppen – wie Jugendliche – oder wichtige Vermittlerinnen von präventiven Massnahmen – wie Frauen und Mütter.
- § Das Wissen der befragten Experten und Expertinnen zum Thema der transkulturellen Suchtprävention basiert nach Angaben der Befragten zu 95% auf der (Berufs-)Erfahrung, dem Common Sense, der sporadischen Lektüre und dem Kontakt mit den Fachstellen für interkulturelle Suchtprävention. Das epidemiologische Basiswissen der Experten ist eher bescheiden.

- § Die Dringlichkeit der transkulturellen Suchtprävention wird relativ hoch eingeschätzt, wobei kaum zwischen Alkohol- und Tabakprävention unterschieden wird. Für einige Befragte ist die Dringlichkeit jedoch nur für sozial benachteiligte Migranten und Migrantinnen gegeben. Für andere ist transkulturelle Suchtprävention lediglich ein Element unter andern im Integrationsprozess und im Verhältnis zu anderen Elementen marginal: Nicht Segregation, sondern Einheit in der Suchtprävention ist gefragt.
- § Nach Ansicht der Befragten haben Menschen mit Migrationshintergrund häufig Schwierigkeiten, sich Zugang zu präventiven Dienstleistungen zu schaffen. Informations- und Integrationslücken sowie Schwellenängste sind die Gründe dafür. Der Abbau dieser Lücken und Ängste ist den Befragten ein wichtiges Anliegen.
- § Dos in der transkulturellen Suchtprävention:
- Kenntnisse über Zielgruppen erwerben, Lebenssituation erfassen, „Know your target public“.
 - Migranten befähigen, sich mit ihrer Umwelt besser auseinanderzusetzen
 - Dialog mit der anvisierten Zielgruppe führen und Partizipation bereits im Planungsprozess anstreben. Dialog und Partizipation sind gleichsam das A und O der transkulturellen Suchtprävention.
 - Kulturvermittler bzw. Kulturvermittlerinnen einsetzen. „Gesundheitslotsen“ mit Migrationshintergrund informieren ihre Landsleute. Multikulturelle Teams gelangen zum Einsatz.
 - Kooperation mit anderen Fachstellen suchen und Netzwerke der Zielgruppe aufspüren
 - Kulturelle Sensibilität entwickeln durch die Ausstattung der Mitarbeitenden mit Sachkompetenz.
 - Bemühen auf Settings konzentrieren, in denen sich die anvisierte Zielgruppe aufhält.
 - Aufsuchende Arbeit. Man muss auf die Leute zugehen und nicht warten, bis sie zu uns kommen.
 - Bilder statt Sprache verwenden. Man muss die Migranten mit ihren eigenen Bildern abholen.
- § Dont's oder Todsünden der transkulturellen Suchtprävention sind teilweise das negative Spiegelbild der Dos: Mangelnder Dialog, fehlende Partizipation, ungenügende Kenntnisse über Zielgruppe, Top-down-Prävention, Beschränkung auf Informierung, mangelnde Vernetzung, Projektitis und Aktivismus, Nichtbeachtung kultureller Tabus.
- § Tabak- oder alkoholspezifische Präventionsprogramme, die klar für Migrationspopulationen bestimmt sind, gibt es nur wenige. Der Leistungsausweis an konkreten Projekten in der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention ist relativ dürftig.
- § Doch es existieren viele punktuelle Angebote wie Elternabende, Quartierabende, Jugendtreffs für Migranten und Migrantinnen, aber auch spezielle Veranstaltungen in Schulklassen. Auch bei Veranstaltungen in der Öffentlichkeit werden Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund häufig mittels fremdsprachiger Broschüren (zuweilen auch durch interkulturelle Vermittler verteilt) berücksichtigt. Viele dieser Veranstaltungen sind nur sehr summarisch dokumentiert.

- § Ein Grossteil der transkulturellen Suchtprävention ist transversal konzipiert, d. h. Alkohol- und Tabakprävention in der Schulumwelt und anderen Settings ziehen notwendig Migranten und Migrantinnen mit ein.
- § Eine Gruppe von Projekten, welche den Substanzkonsum problematisieren, ist auf das Thema HIV-Prävention fokussiert. Es versteht sich, dass dabei weniger der Alkohol- und Tabakkonsum, als vielmehr der Konsum illegaler Drogen im Vordergrund steht. Von der Erfahrung dieser Projekte sollte für die Formulierung alkohol- und tabakspezifischer Programme unbedingt profitiert werden.
- § Die Mehrheit der befragten Organisationen möchte sich vermehrt in der transkulturellen Suchtpräventionsarbeit engagieren (23 von 30 Organisationen), weil sie die Thematik als relevant betrachtet. Der Realisierung des Wunsches stehen finanzielle und personelle Engpässe entgegen. Organisationen, die sich nicht weiter engagieren möchten, begründen dies damit, dass sie andere Prioritäten haben.

Transkulturelle Suchtprävention in der Schweiz – Was denken Alkohol- und Tabakpräventionsfachleute?

1. Einleitung

Ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung sind Migranten und Migrantinnen. Allein vor dem Hintergrund dieser Tatsache ist unmittelbar einsichtig, dass Migranten und Migrantinnen eine wichtige Zielpopulation für die Prävention und mithin auch für die Suchtprävention darstellen, zumal die einschlägige Literatur belegt, dass dieses Populationssegment in vielfacher Hinsicht eine vulnerable Gruppe ist und es innerhalb des Bemühens um die öffentliche Gesundheit besonderer Anstrengungen bedarf, um diese Bevölkerungsgruppe zu erreichen. Die erhöhte Vulnerabilität bei Menschen mit ausländischer Herkunft wird dadurch erklärt, dass sie erhöhten Belastungen ausgesetzt sind, und der Umgang mit den vielfältigen Anforderungen im Einwanderungsland entsprechende Bewältigungsressourcen und Kompetenzen erfordert (Wie gesund sind Migranten und Migrantinnen? BAG 2007).

Auch gemäss Ottawa-Charta (Nov. 1986) gelten Migranten als „verletzliche Gruppe“, deren eine besondere Priorität in Public-Health-Strategien einzuräumen ist, wozu neben gesundheitsfördernder Politik, Vergrösserung sozialer Hilfsnetze und unterstützender Sozialbetreuungsformen auch der Ausbau von Wissensvermittlung und Motivation für gesundes Verhalten zählen. Doch Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu einer Gruppe, die generell sehr schwer durch Massnahmen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes erreicht werden.

Indes: Die Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz sind keine homogene, sondern vielmehr eine sehr heterogene Gruppe von Menschen. Die Gruppe umfasst verschiedene Ethnien verschiedenen Alters mit unterschiedlicher Aufenthaltsdauer in der Schweiz sowie mit unterschiedlicher kultureller Distanz zur Aufnahmekultur. "Kulturelle Distanz bemisst sich nach der subjektiven Wahrnehmung von Unterschieden, in der sichtbare Merkmale, kollektive Fremdheitsvorstellungen und gesellschaftlich institutionalisierte Vorurteile oft eine so grosse Rolle spielen, dass sie selbst auffälligste Gemeinsamkeiten überwiegen." (Hammerschmidt, 1997, S.55).

Doch auch innerhalb der Ethnien bestehen kulturelle Differenzen, die zuweilen grösser sind als die interkulturellen Unterschiede. So ist etwa die Situation hinsichtlich der kulturellen Distanz eines gut ausgebildeten Immigranten aus Istanbul, der in die Schweiz immigriert, verglichen mit jener eines Bauern aus Hochanatolien, der in die Schweiz kommt, eine völlig andere. Das heisst, es bestehen Unterschiede in der Migrationsbevölkerung, die ihren Niederschlag in den Differenzen der konkreten Lebensbedingungen sowohl zwischen als auch innerhalb einzelner Ethnien finden. Diese Differenzen betreffen kulturelle, soziale, politische, religiöse und sprachliche Aspekte. Überdies unterscheiden sich die Probleme von Frauen mit Migrationshintergrund in wesentlichen Aspekten von denen der Männer.

Die Ergebnisse von vergleichenden Untersuchungen sind zwar nicht völlig einmütig, was den Substanzkonsum von Migranten und Migrantinnen und Schweizern und Schweizerinnen anbetrifft, dazu ist die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund zu heterogen, doch besteht kaum ein Zweifel, dass Migranten einem höheren Suchterkrankungsrisiko ausgesetzt sind als die durchschnittliche autochthone Gesamtbevölkerung (Salman

et al.1999). Auch problematische Verhaltensweisen in Bezug auf Substanzkonsum Jugendlicher sind in den letzten Jahren stärker bei Sub- und Randgruppen – so auch bei Migranten – (aber auch bei Arbeitslosen, Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten, Kindern suchtkranker Eltern) zu finden.

Zur Terminologie

Es hat sich in der Migrationsliteratur eingebürgert, von „Menschen mit Migrationshintergrund“ zu sprechen. Die Gruppe umfasst: Eingebürgerte, Arbeitsmigranten und -migrantinnen, anerkannte Flüchtlinge, Asylbewerber und Asylbewerberinnen, Heiratsmigranten und -migrantinnen, illegal Anwesende, ausländische Ehepartner und -partnerinnen usw. (Nicht dazu gehören Menschen, die als Touristen, Geschäftsreisende oder sich zu Ausbildungszwecken nur kurzfristig im Land aufhalten.) Die Bezeichnung „Menschen mit Migrationshintergrund“ schliesst sowohl eine generationsübergreifende Dimension der Migrationsproblematik als auch eine juristische Dimension mit ein. Der Einfluss der Migration verringert sich aber von Generation zu Generation. „Menschen mit Migrationshintergrund“ ist ein sehr weit gefasster Begriff; kaum ein Schweizer oder eine Schweizerin, der/die nicht eine ganze Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund kennt und entsprechende Kontakte pflegt oder gar selbst einen Migrationshintergrund hat. Im Folgenden wird auch der Begriff „Migrant“ oder „Migrantin“ verwendet. Als „Migranten“ werden niedergelassene Menschen bezeichnet, die nicht im jeweiligen Aufenthaltsland geboren wurden, sowie deren unmittelbare (im jeweiligen Aufenthaltsland geborenen) Nachkommen (Secondos).

2. Ziele des Berichtes

Der vorliegende Bericht behandelt die Ergebnisse einer Befragung bei Experten und Expertinnen aus dem Suchtpräventionsbereich über Ziele, Probleme und Projekte zu alkohol- und tabakpräventiven Massnahmen bei Menschen mit Migrationshintergrund. Das Projekt ist lediglich ein Teil eines umfassenden Projektes zur Thematik der transkulturellen Suchtprävention. Der Bericht zielt darauf ab,

- § Vorstellungen über suchtpreventive Massnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund zu erhellen,
- § Vorstellungen über Vorgehensweisen und Probleme bei transkulturellen Dienstleistungen im Bereich der Suchtprävention zu schildern,
- § das aktuelle Engagement im Bereich der transkulturellen Suchtprävention zu beleuchten,
- § «Standards of good practice» zu entwickeln.

3. Methodik

Explorative, vorstrukturierte Gespräche mit 30 Experten und Expertinnen, die in der Alkohol- und Tabakprävention tätig sind, aus der ganzen Schweiz. In der offenen struktu-

rierten Befragung konnten sich die interviewten Personen frei, ohne alle Beeinflussung, äussern. Nur bei einzelnen Fragen waren Antwortkategorien vorgesehen (Fragebogen siehe Anhang).

3.1 Der Gesprächsleitfaden (von H. Klingemann erarbeitet) enthält folgende Themen:

- § Allgemeine Angaben zur Person sowie zur Organisation und deren Affinität zur Migrationsproblematik,
- § Vorstellungen über den Integrationsbegriff,
- § Dringlichkeit der transkulturellen Suchtprävention in der Schweiz,
- § Vorstellungen über Sucht, Gesundheit und Krankheit bei Migrationsgruppen,
- § Vorstellungen über Strategien, um Personen mit Migrationshintergrund mit Präventivmassnahmen zu erreichen – Dos and don'ts in der transkulturellen Prävention,
- § Vorstellungen über die Zugänglichkeit von Migrationsgruppen zu präventiven Dienstleistungen,
- § das aktuelle Engagement im Bereich der transkulturellen Suchtprävention (Potenzialanalyse).

3.2 Zielorganisationen und Zielpersonen

Die Auswahl der befragten Organisationen erfolgte nicht zufällig. Es ging darum, aus allen Teilen der Schweiz im Alkohol- und/oder Tabakpräventionsbereich tätige wichtige Organisationen zum Thema zu befragen. Dabei beschäftigen sich die Organisationen nicht allein mit der Alkohol- und Tabakprävention, sondern auch mit der Prävention anderer psychoaktiver Stoffe sowie mit stoffungebundenen Abhängigkeiten. Die Interviews wurden zudem je hälftig auf die deutsch- und französischsprachigen Organisationen aufgeteilt. Im Kanton Tessin wurde ein Interview durchgeführt. Die Hälfte der befragten Organisationen beschäftigen weniger als 5 Mitarbeitende im Suchtpräventionsbereich, die andere Hälfte sind eher grössere Organisationen. Bei den Zielpersonen handelt es sich jeweils um die Präventionsverantwortlichen bzw. in kleineren Institutionen um die Gesamtverantwortlichen. In zwei der Fälle wurde der Kantonsarzt bzw. der stellvertretende Kantonsarzt um Auskunft gebeten.

Befragte Institutionen und Personen:

Organisation	Ort	Hauptaktivitätsfelder A/T/il.D.*	Organisationsgrösse (Anzahl Mitarbeitende**)	Befragte Person	Funktion der befragten Person
Ags Aargauische Stiftung Suchthilfe	Aarau	A/il.D.	9	Hansjürg Neuenchwander	Geschäftsführer
Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention	Bern	T	5	Frau Verena elFehri	Geschäftsführerin

Befragung zur transkulturellen Suchtprävention bei Experten und Expertinnen der Alkohol- und Tabakprävention

(AT)					
Associazione Svizzera Non-Fumatori	Pregassona	T	2	Alberto Polli	Directeur/ Coordinateur
BAG, Sektion Alkohol und Tabak	Bern	A/T	16**	Frau Anne Lévy	Cheffe de section
Berner Gesundheit	Bern	A/T/il. D.	15	Jürg Fassbind	Abteilungsleiter
Blaues Kreuz CH Kinder- und Jugendwerk	Bern	A	6 (Nationale Geschäftsstelle)	Matthias Zeller	Geschäftsführer
CENEA Neuchâtel	Neuchâtel	A	1	Dominique Conand	Responsable
CIPRET Fribourg	Fribourg	T	4	Mme Monica Celio	Leiterin Fachstelle
CIPRET Genève	Genève	T	2**	Mme Corinne Wahl	Responsable centre tabacologie
CIPRET-ITAG Valais	Sion	A	2	Mme Dr Natalie Murith	Médecin responsable, Directrice
CIPRET Vaud	Lausanne	T	5	Mme Anne-Catherine Merz	Co-Responsable
Croix-Bleue Suisse Romande	Lausanne	A	1	Francis Rapin	Directeur secteur service
Croix-Bleue Neuchâteloise	Neuchâtel	A	2 (12 bénévoles)	Mme Liliane Matil	Bénévole prévention
Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme	Genève	A	3	Mme Laurence Fehlmann-Rielle	Secrétaire générale
Fondation vaudoise contre l'alcoolisme	Lausanne	A	3	Mme Rosmarie Notz	Chargée de prévention
Groupement Romand d'Etudes sur l'alcoolisme et les toxicomanies	Lausanne	A/T/il. D.	9 bénévoles	Mme Genviève Praplan	Coordinatrice plate-forme prévention
Institut suisse de prévention d'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA)	Lausanne	A/T/il. D.	9	Frau Sabine Dobler	Projektleiterin
Kantonsärztlicher Dienst Aargau	Aarau	A/T/il. D.	Suchtpräev. in Leistungsaufträgen, 80 Mitarbeitende	Dr. Daniel Brenner	Stellvertretender Kantonsarzt
Krebsliga Zentralschweiz	Luzern	T	1	Frau Esther Limacher	Verantwortliche Prävention
Ligue neuchâteloise contre le cancer	Neuchâtel	T	1	Mme Christiane	Directrice

				Kaufmann	
Ligue valaisanne contre les toxicomanies	Sion	A/T/il. D.	5	Jean-Daniel Barman	Directeur
LIFAT Promotion de la santé et prévention des dépendances	Fribourg	A/T/il. D.	16 (Suchtbereich insgesamt)	Pierre-Yves Moret	Directeur
Lungenliga beider Basel	Liestal	T	4	Frau Margit Heintz	Mitglied Geschäftsleitung
Perspektive Thurgau	Romanshorn	A/T/il. D.	2	Markus van Grinsven	Geschäftsleiter Oberthurgau
Radix Gesundheitsförderung	Zürich	A/T/il. D.	21	Christian Jordi	Leiter Bereich Gemeinden
Service de la santé publique	Delémont	A/T/il. D.	2	Dr Jean-Luc Baierlé	Médecin cantonal
Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich	Zürich	A/T/il. D.	14	Evelinne Winnewisser	Stellenleiterin
ZEPRA	St Gallen	A/T/il. D.	24	Rolf Steiner	Stellvertretender Geschäftsführer
Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme	Zürich	A	2	Frau Brigitte Staub	Projektleiterin Prävention
Züri rauchfrei	Zürich	T	1	Christian Schwendimann	Geschäftsführer

**Neben den Themen Alkohol(A), Tabak (T) und illegale Drogen (il. D.) beschäftigen sich viele der Organisationen auch mit der Gesundheitsförderung, dem Medikamentenmissbrauch und mit stoffungebundenen Süchten.*

***Anzahl Mitarbeitenden im Suchtpräventionsbereich. In 100-%Stellen sind es zumeist weniger Posten.*

Das befragte Kollektiv umfasst 14 Männer und 16 Frauen. Die Berufserfahrung der Befragten ist ausgesprochen lang; die mittlere Berufserfahrung beläuft sich auf rund 13 Jahre. Ihr Ausbildungsniveau ist hoch, alle haben einen Mittelschulabschluss mit Zusatzausbildung, viele haben ein Hochschulstudium absolviert.

Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 65 Minuten

3.3 Auswertung

Eine offene Befragung setzt voraus, dass die befragten Individuen den zur Debatte stehenden Gegenstand auch kognitiv zu strukturieren vermögen. In einzelnen Fällen war dies nur bedingt der Fall, weil sich die Befragten kaum mit der Problematik der transkulturellen Suchtprävention auseinandergesetzt hatten und mithin nur vage zu antworten vermochten.

Die Auswertung der offenen Fragen erfolgte anhand der Verschriftung der Antworten auf Grund der Tonbandprotokolle, sodann wurden die Antworten kategorisiert, d. h. sie wurden zu ähnlichen Antwortmustern (Clustern) zusammengefasst, angesichts der Heterogenität des Befragungsmaterials eine nicht immer leichte Aufgabe.

4. Ergebnisse

4.1 Affinität zur Migrationsthematik

Dass angesichts der grossen Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund in diesem Land nahezu alle Befragten Kontakte mit Menschen haben, die aus anderen Ländern stammen, versteht sich. Auch sind sich die Befragten weitgehend einig, dass das Thema „transkulturelle Suchtprävention“ sich voll im Mainstream befindet und spezielle Förderungsmassnahmen für Migranten und Migrantinnen notwendig sind. Dies schliesst nicht aus, dass es vereinzelte Stimmen gibt, die meinen, dass das Thema – gemessen an der Gesamtproblematik „Migration“ – unwichtig sei. Die meisten Befragten kennen Einrichtungen, die sich mit Migrationsfragen befassen und haben teilweise auch Kontakte zu diesen. (Genannt werden in erster Linie: FISP, Zürich, Schweiz. Rotes Kreuz, Caritas, kantonale Stellen, die sich mit Migrationsfragen befassen, Release, Tremplin, Radix, Asylorganisationen, Info Dona, Fareas, Netzwerke der Migrationsorganisationen, Fachstellen für Ausländerfragen.)

Eine institutionelle Affinität zu diesem Thema lässt sich nur schwerlich orten. So beschäftigen Institutionen kaum Personen mit Migrationshintergrund in verantwortlichen Positionen, obwohl Projekte zur transkulturellen Suchtprävention entwickelt worden sind. Man bezieht sich in diesem Fall auf die interkulturellen Fachstellen, die es in einigen Kantonen gibt. So meint einer der Befragten: *„Eine institutionelle Affinität zum Thema ist wohl erst dann gegeben, wenn die Thematik auf der strategischen Ebene der Organisation fixiert ist. Dies dürfte zumeist nicht der Fall sein.“* Immerhin beschäftigen 14 der 30 befragten Institutionen Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund, (dieser Anteil ist jedoch zu relativieren, sind dabei doch auch ausländische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit geringer kultureller Distanz zur Aufnahmekultur mit eingeschlossen, beispielsweise die Beschäftigung von Franzosen in der französischen oder jene von Deutschen der in deutschsprachigen Schweiz). Alle befragten Organisation bis auf zwei haben Kontakte zu anderen Organisationen, die sich mit Migrationsfragen beschäftigen. Auffallend ist auch die gute Vernetzung mit ausländischen Organisationen: 22 der 30 befragten Organisationen haben Kontakte mit dem Ausland.

4.2 Vorstellungen über den Begriff der „Integration“

Der Begriff „Integration“ wurde in der öffentlichen Diskussion der letzten Jahrzehnte immer wieder instrumentalisiert: Je nach politischem Standpunkt kann er Anpassung, Assimilation, Eingliederung, Zusammenleben oder Mitbestimmung bedeuten. Integration ist wohl als Prozess und nicht als Zustand zu verstehen und zudem als ein Prozess, an dem mindestens zwei Parteien aktiv beteiligt sind. Dabei geht es um gleiche Rechte und Pflichten, um Chancengleichheit, um Partizipation und nicht zuletzt um Toleranz, Akzeptanz und beiderseitiges Verstehen.

Doch was verstehen die befragten Experten und Expertinnen unter dem Begriff der Integration? Dies auszuloten, ist von Bedeutung, denn soziale Vorstellungen sind Meinungs-, Glaubens- und Wissenssysteme über die Objekte, die in sozialer Interaktion angeeignet werden (Moscovici 2000). Sie bilden nicht nur die strukturelle Grundlage für den

gesellschaftlichen Alltagsdiskurs, sondern prägen auch die Konzepte der Akteure im transkulturellen Präventionsbereich.

Nach dem Modulführer HSA Luzern zum Thema „Migration und Integration“ bedeutet Integration „seitens der Aufnahmegesellschaft erst einmal, die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Stellung der Migrantinnen und Migranten anzuerkennen, unter Berücksichtigung ihrer Identität, kultureller Eigenheiten und Lebensarten. Es ist dies ein Prozess, welcher nach der aktiven Teilnahme der Migrantinnen und Migranten an der schweizerischen Gesellschaft verlangt, dabei aber gleichzeitig das Fortbestehen von Eigenheiten akzeptiert. Es gilt der Grundsatz, dass durch die Vielfalt der Identitäten die gesamte Gesellschaft im Rahmen eines Kodex für das Zusammenleben eine ständige Bereicherung erfährt. Integration ist ein wechselseitiger Prozess; Ziel ist die chancengleiche Teilhabe von eingewanderten Menschen am wirtschaftlichen, sozialen, politischen und kulturellen Leben.“

Die Vorstellungen der befragten Experten und Expertinnen zum Begriff der Integration sind nicht weniger differenziert als die obige Beschreibung, oder wie eine Befragte sagt: *„Integration ist ein polymorpher und vielschichtiger Begriff“*. Allerdings implizieren die entsprechenden Vorstellungen der Befragten wohl weitgehend Ansichten, die den Wunsch nach einer harmonischen Gesellschaft in die Zukunft projizieren. So beschreibt einer der Befragten den Terminus wie folgt: *„Integration heisst nach Möglichkeit gleiche Chancen hinsichtlich Bildung und Arbeit für Immigranten und Schweizer, heisst Anerkennung und Teilhabe an der Aufnahmekultur, heisst gegenseitige Anerkennung von Grundlagen des Staates, ohne letztlich die eigene Identität zu verlieren. Integration impliziert deshalb auch die Anerkennung des pluralistischen, säkularen Staates des Aufnahmelandes.“* Gleiche Chancen in der Teilhabe an relevanten Gütern zu haben, ist ein Aspekt des Integrationsbegriffs, den viele der befragten Experten für zentral halten. Die harmonisierende Vorstellung von Integration gipfelt etwa in der Aussage eines Befragten: *«Integration signifie simplement se sentir à l'aise chez nous.»* Ein anderer Befragter meint: *«Intégration c'est mêler deux cultures pour que les immigrés aient une bonne qualité de vie en conservant la culture d'origine.»*

Es besteht auch ein weitgehender Konsens unter den Befragten dahin gehend, dass Integration stets auf einem Dialog beruht. Dieser Dialog beinhaltet nicht nur einen Diskurs, der zu einem gemeinsamen Ensemble von Codes führt, sondern er sollte auch ein Empowerment der Migranten und Migrantinnen umfassen, d.h. Integration bedeutet auch, Fähigkeiten zu erwerben. Damit sind nach Auffassung der Befragten nicht nur solche Fähigkeiten gemeint, welche erlauben, sich Strukturen anzupassen und sich in der Aufnahmekultur zu verständigen und selbständig zu bewegen, sondern auch *„den Weg zu finden, um beiden Kulturen gerecht zu werden“*. Von den Befragten wird dazu häufig auf eine Vorstellung des Gleichgewichtes verwiesen: *«trouver un équilibre entre la culture du pays d'accueil et ses racines»*. Integration ist deshalb nicht einfach Assimilation. Dabei meint Assimilation „sich anpassen“, auf autochthone Werte verzichten. Den meisten Befragten ist der Unterschied zwischen Integration und Assimilation klar. Sie betonen, dass Integration gegenseitiges Anerkennen bedeutet auf der Basis des pluralistischen, säkularen Staates des Aufnahmelandes: *«L'intégration ne peut pas être conçue comme une subordination totale des immigrés à la culture d'accueil. Ce ne sont pas seulement les migrants qui sont à intégrer, c'est l'ensemble de la société qui doit elle-même s'intégrer dans ce nouveau processus.»*

Integration ist auch mit der Austragung von Konflikten verbunden. Interessanterweise weist keine der bzw. keiner der Befragten darauf hin, dass Integration auch Konflikte beinhaltet und zudem eine Querschnittsaufgabe ist, die alle gesellschaftlichen Bereiche angeht und eine Koordination unter diesen bedingt (Eidg. Kommission für Ausländerfragen). Auch wird nicht erwähnt, dass die Balance von Integration und Desintegration ein dauernder Prozess ist, der von allen die Bereitschaft erfordert sich darauf einzulassen. Für den Grossteil der Befragten heisst Integration auch Partizipation, dabei wird aber ausgeblendet, dass Integration auch bedeutet *„sich gegenseitig mit gegensätzlichen Positionen und Meinungen auseinandersetzen und nach Lösungen zu suchen, die auf der Basis von Respekt, Toleranz und Wahrung der Grundrechte erarbeitet werden.“* (Eidg. Kommission für Ausländerfragen).

4.3 Die Bedeutung der transkulturellen Suchtprävention aus der Sicht von Experten und Expertinnen

Um die Dringlichkeit von Suchtpräventionsprogrammen für Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund abzuschätzen, wurde den befragten Experten und Expertinnen ein Skala von Null bis Zehn vorgelegt, anhand derer sie die Dringlichkeit von Massnahmen im Suchtpräventionsbereich allgemein, aber auch hinsichtlich einzelner Substanzen einzustufen hatten. Der Ankerpunkt Null der Skala bedeutete, *„überhaupt nicht dringlich“* und der Ankerpunkt Zehn bedeutete *„äusserst dringlich“*.

Die Einstufung der Dringlichkeit von Präventivmassnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund fällt sehr unterschiedlich aus. Während die einen betonen, dass es nicht angeht, Menschen in der Schweiz aufzunehmen und ihnen dann die *„Wohltaten“* der Prävention nicht wie den Schweizern auch zukommen zu lassen, stehen andere Befragte der Dringlichkeit von Suchtpräventionsmassnahmen bei Migranten und Migrantinnen vielmehr skeptisch gegenüber. Immerhin beträgt die mittlere Dringlichkeit der allgemeinen transkulturellen Suchtprävention 7,0 (Diese Zahl entspricht auch dem Modus). Die Einstufung wird allerdings relativiert. So wollen 3 Befragte eine Dringlichkeit nur bei sozial benachteiligten Migranten sehen und nicht etwa bei jenen, die eine gute soziale Position einnehmen. Oder wie ein Befragter meint: *„So generell lässt sich das nicht sagen, es kommt doch ganz auf das jeweilige Risiko an, und dies ist eine Frage der epidemiologischen Forschung. Man muss zuerst erheben, wo die Problematik gross ist“*

Tabelle: Die Einstufung der Dringlichkeit von Präventivmassnahmen bei Menschen mit Migrationshintergrund durch die Befragten

Präventionsbereich	zentrale Tendenz	Prioritäre Zielgruppen
Suchtprävention allgemein	Mittel=7,0 (Modus 7)	<i>„Variiert nach Zielgruppe“</i>
Tabak	Mittel=7,1 (Modus10)	<i>„Wichtig bei Migranten aus Südwesteuropa“</i>
Alkohol	Mittel=6,9	<i>„Wichtig für Migranten aus Osteuropa, Ex-“</i>

	(Modus 7)	<i>Jugoslawien, für Tamilen, für Schwarzafrikaner, generell für Migranten aus lateinischen Ländern, Alkohol und Gewalt als spezifisches Thema für Moslems kein Problem, doch werden abstinenten Jugendliche marginalisiert</i>
Illegale Drogen	Mittel=5,9 (Modus=6)	<i>„Cannabis, Kokain, (Migranten oft mehr in Handel verwickelt als sie selber konsumieren)“</i>
Gesundheitsförderung allgemein	Mittel=8,0 (Modus=9)	<i>„Insbesondere Ernährung und Bewegung“</i>
Andere Gebiete	Mittel=7,8 (kleines N)	<i>„Arbeit, Arbeitssicherheit, sprachliche Förderung, Wohnsituation, Gewaltprävention, Medikamente, loisirs de nuits, Kulturverhältnis“</i>

Zudem: *„Für verschiedene Ethnien braucht es unterschiedliche Vorgehensweisen“*. Einer der Befragten meint: *„Der Stellenwert der Migrationspolitik in der kantonalen Gesundheitspolitik ist bedeutend, dabei geht es in erster Linie um die Integration in die Gesellschaft. Suchtprävention ist dabei nur ein Element und im Verhältnis zu anderen Elementen marginal.“* Ein zweiter Befragter drückt sich noch pointierter aus: *„Sucht ist kein brennendes Problem bei Migrationspopulationen. Suchtprävention kann keine gesellschaftlichen Probleme lösen.“*

Zweifel werden auch darüber geäußert, ob tatsächlich spezifische auf einzelne Migrantengruppen hinzielende Präventionsprogramme nötig sind. So meint eine Befragte: *« Il faudrait dans toutes les programmes de prévention prendre en considération l'aspect des immigrants, c'est un peu la même chose comme avec le thème 'gender' »*. Ein anderer Befragter betont: *« Il s'agit d'unir à la place de la ségrégation... »*. *« Il faut avant tout une approche globale, seulement s'ils existent de problèmes de langue, il faut cibler. »* Vielleicht braucht es lediglich *«un procédé pour les nouveaux arrivés: la prévention pourrait faire parti des prestations d'accueil.»*

Hinsichtlich der Dringlichkeit der allgemeinen Suchtprävention sowie der Alkohol- und Tabakprävention wird kaum unterschieden, wohl aber, was das präventive Bemühen um illegale Drogen sowie die Gesundheitsförderung anbelangt. Der Gesundheitsförderung wird eine höhere Dringlichkeit zugeordnet als der transkulturellen Prävention von illegalen und legalen Drogen. Neben der transkulturellen Suchtprävention sowie der Gesundheitsförderung werden von den Befragten auch andere Themen als dringlich eingestuft. So etwa Arbeit und Arbeitssicherheit, Wohnsituation, Gewaltprävention, Nachtvergnügen, das Verhältnis zwischen den Kulturen.

Zwar bestehen durchaus Vorstellungen bei den Befragten über prioritäre Zielgruppen, doch wird von einigen hervorgehoben, dass um die Zielgruppen zu bestimmen, epidemiologische Untersuchung notwendig wären, denn nur so könnten die Risiken für die einzelnen Gruppen abgeschätzt werden. Detaillierte Daten, welche die stoffspezifischen Risiken nach den Herkunftsländern aufweisen, gibt es für die Schweiz erst seit Neuestem (BAG 2007). Gemäss diesem Bericht sind es hinsichtlich des Tabakgebrauchs vor allem Personen aus der Türkei und Sri Lanka, die sich von anderen Migrantengruppen, aber auch von Schweizern und Schweizerinnen unterscheiden. Bei den Personen aus der Türkei ist der Tabakgebrauch besonders hoch, während er bei den Personen aus Sri Lanka besonders

tief ist. Dabei ist deutlich, dass in allen Gruppen Männer mehr als Frauen rauchen. Bezüglich des Alkoholgebrauchs fällt auf, dass in allen Migrantengruppen der Anteil an Nichttrinkenden grösser ist als bei Schweizern und Schweizerinnen. Bei Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien sind 50% Abstinente, bei den jenen aus der Türkei und Sri Lanka sind es 70% (BAG 2007). Eine recht detaillierte Studie über das Suchtverhalten bei Migrantinnen und Migranten liegt für den Kanton Zürich vor (Bericht über Suchtverhalten und –prävention bei Migrantinnen und Migranten. Zürich 2005.)

Im Falle des Substanzgebrauchs für jugendliche Migranten und Migrantinnen liegen keine Daten für die Schweiz vor. Für Deutschland liegt eine solche Studie vor. Natürlich können deren Resultate nicht einfach auf die Schweiz übertragen werden, aber sie liefert Hinweise. In einem Survey aus dem Jahr 1998, durchgeführt an der Universität Bielefeld als deutsche Teilstudie der internationalen WHO-Studie »Health Behavior in School-aged Children« (HBSC), wurden Schüler der 5., 7., und 9. Klasse befragt, insgesamt 6801 Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren in Nordrhein-Westfalen (Settertobulte, W. 2001) Bis auf wenige Ausnahmen unterscheidet sich die Anzahl der Raucher zwischen den Gruppen nicht signifikant. Generell waren in allen Gruppen etwa ein Viertel der Jungen und Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren als Raucher zu bezeichnen. Unter den Mädchen aus den Balkanländern sind mit 32,7% aussergewöhnlich viele Raucherinnen. Dagegen sind die Jungen aus dieser Herkunftsregion mit 16,7% seltener Raucher als andere. Besonders wenige Raucher sind auch unter den Mädchen aus der GUS (9,1%) zu finden.

Jugendliche aus den arabischen Staaten rauchen mit durchschnittlich 42 Zigaretten pro Woche besonders stark. Osteuropäische und türkische Jugendliche rauchen mit zirka 30 Zigaretten pro Woche etwa gleich viel wie deutsche. Wesentlich weniger Zigaretten werden von Jugendlichen aus den Balkanländern, der GUS und den EU-Staaten konsumiert. Das relative Risiko Raucher zu sein, ist alleine durch Migration nicht erhöht (Odds-Ratio 0,6). Bei gesundheitlich riskantem Verhalten spielen neben Migration eine Kumulation mehrerer Faktoren, zum Beispiel Pubertät und meist soziale Umstände eine Rolle.

Was Alkohol betrifft, stellten die Jugendlichen aus den europäischen Staaten, besonders aus Südeuropa, sich als häufigste Alkoholkonsumenten dar. 20,6% der Jungen und 11,5% der Mädchen trinken mindestens einmal pro Woche. Bei den deutschen Jugendlichen sind es 15,8% der Jungen und 9,8% der Mädchen, die dies tun. Unter den Jugendlichen aus der GUS zeigen sich die Jungen zu 17,4% als regelmässige Alkoholkonsumenten, während keine von den Mädchen einen regelmässigen Konsum angab. Türkische Jungen konsumieren zu 14,5% regelmässig Alkohol, türkische Mädchen hingegen mit 2,9% jedoch nur zu sehr geringen Teilen. Dieser grosse Geschlechterunterschied findet sich auch bei den osteuropäischen Jugendlichen, von denen 11,1% der Jungen und 3,4% der Mädchen einen regelmässigen Konsum angab. Kein Geschlechterunterschied im Alkoholkonsum konnte bei den Jugendlichen aus den Balkanländern gefunden werden; hier liegt die Häufigkeit für Jungen und Mädchen bei zirka 6,3%. Arabische Jugendliche konsumieren nur selten Alkohol.

4.4 Wichtige Zielgruppen

Eine Orientierung an Zielgruppen heisst, den lebensweltlichen oder kulturellen Kontext der Adressaten und Adressatinnen (z.B. Belastungs-, Protektiv-, Resilienzfaktoren, Ritualisierung des Konsums, symbolische Bedeutung der Substanzen, soziale Netze, Risiko-

kompetenzen) miteinzubeziehen. Dabei verzichtet man zunehmend auf die Definition von Zielgruppen nach Persönlichkeitsmerkmalen, weil damit eine Stigmatisierung droht.

Bereits im vorhergehenden Abschnitt ist klar geworden, dass die befragten Experten und Expertinnen nach Zielgruppen differenzieren, wenn es darum geht, die Dringlichkeit substanzspezifischer Prävention festzulegen. Zielgruppen aktiv in die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen, ist entscheidend für den Erfolg von Massnahmen. Diese Aussage ist gleichsam zu einer Binsenwahrheit der Prävention geworden. Dass deshalb Präventionsprogramme im Suchtbereich auf Zielgruppen gerichtet sein sollten, darüber sind sich die befragten Experten und Expertinnen einig. Nur zwei der Befragten meinen, dass wenn die die Massnahmen zur Integration von aus dem Ausland stammenden Mitbewohner und Mitbewohnerinnen greifen, keine spezifischen Ansätze für Migranten bzw. Migrantinnen notwendig sind. *«Il n'y a pas seulement les migrants qui doivent être informés, il est même dangereux de créer des ghettos de la prévention.»* Einer der Befragten meint, dass sich das präventive Bemühen eigentlich nur auf die Secundos zu konzentrieren habe, weil die Migranten und Migrantinnen der ersten Generation ohnehin nicht mehr Alkohol-, Tabak- und Drogenproblem hätten als die schweizerische Vergleichsgruppe.

Gleichwohl fällt es einzelnen Befragten nicht leicht auf die Frage nach spezifischen Zielgruppen zu antworten. So meint einer der Befragten: *„Die Frage lässt sich nicht so leicht beantworten. Tatsache ist, dass erstens die Suchtmittelproblematik nicht im Vordergrund steht, die es bei Einwanderern anzugehen gilt. Zudem sind die einzelnen Einwanderungsgruppen im kommunalen Setting nicht sehr gross; wir haben Schulhäuser mit zwanzig Nationen – da ist eine Gemeinde, aber auch ein einzelner Kanton einfach überfordert. Wir haben gar nicht die finanziellen Mittel, migrantenspezifisch einzugreifen. Hier ist der Bund gefordert.“*

Die Befragten unterscheiden 3 Arten von Zielgruppen. Die erste Gruppe bezieht sich auf konkrete Ethnien, wie Migranten aus Osteuropa, aus dem Balkan, Schwarzafrika, Sri Lanka und der Türkei. Die zweite Art bezieht sich verallgemeinernd auf Risikogruppen. Allerdings lassen sich diese nur – nach Ansicht der Befragten – auf der Basis einer Matrix festlegen, die einerseits die Problemstärke und andererseits die Anzahl von Menschen pro Ethnie umfasst. Eine solche Matrix liesse sich – wie bereits erwähnt – allerdings nur auf Grund epidemiologischer Studien beschreiben. *„Man muss auf der Ebene der Migrantenorganisationen abklären, wo die Probleme am grössten sind:“* Die dritte Art von Zielgruppe umfasst keine ethnischen Merkmale, sondern vielmehr allgemeine Risikogruppen – wie Jugendliche – oder wichtige Vermittlerinnen von präventiven Massnahmen – wie Frauen und Mütter.

Keiner bzw. keine der befragten Experten und Expertinnen bezieht sich in den Aussagen über die präferierte Zielgruppe auf entsprechende Daten, vielmehr basiert ihr Urteil auf subjektiver Einschätzung.

Eine besonders problematische Zielgruppe stellt aus der Sicht mancher Befragter die „sans papiers“ dar, *„weil wir nicht viel über sie wissen und in der Schweiz zwischen 90'000 und 300'000 ‚Sans-Papiers‘ leben.“* Dazu kommt, dass „sans-Papiers“, d.h. Personen ohne geregelten Aufenthalt, ohnehin einen erschwerten Zugang zum Gesundheitswesen haben. Aus Furcht, ihren Aufenthalt zu gefährden, vermeiden sie häufig den Kontakt mit Institutionen – auch mit den offiziellen Stellen des Gesundheitswesens (siehe auch: Achermann et al. 2006)

4.5 Vorstellungen über Vorstellungen zu Sucht, Gesundheit und Krankheit

Kultur ist ein dominierender Faktor, der die Denkweisen über Gesundheit, Gesundheitseinstellungen und die Gesundheit betreffenden Verhaltensweisen wesentlich mitprägt. Ein reicher Fundus transkulturell-psychiatrischer Forschung bestätigt, dass Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, die Problematik von Sucht und Missbrauch sowie die sogenannten nicht-stoffgebundenen Süchte extrem kulturabhängig sind. Das Phänomen Krankheit beispielsweise tritt in jeder Kultur auf, die Umgangsweisen von Menschen unterschiedlicher Kulturen mit Krankheit können jedoch erheblich differieren, und zwar je nach den Deutungsmustern, die mit dem Phänomen verknüpft werden. Unsere Vorstellung davon, was Krankheit oder Sucht ist, entscheidet letztlich darüber, wie wir auf sie reagieren und mit welchen Mitteln wir ihr entgegentreten. Im Folgenden geht es darum, die Vorstellungen der Suchtpräventionsfachleute über die Vorstellungen der Menschen mit Migrationshintergrund über, Sucht, Krankheit und Gesundheit etwas auszuloten; das heisst, der Frage nachzugehen: Welche Vorstellungen machen sich die befragten Experten und Expertinnen über die Vorstellungen von Migranten und Migrantinnen?

Zunächst ist festzustellen, dass ein hoher Konsens besteht: *„Kultur als dominierender Faktor prägt die Denkweisen über Gesundheit, Gesundheitseinstellung und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen. Dasselbe gilt für Sucht und Krankheit.“* Alle Befragten sind sich einig, dass es unterschiedliche Vorstellungen über Sucht, Krankheit und Gesundheit bei Migrationsgruppen gibt. Auch wird mehrfach festgehalten, dass insbesondere beim Alkoholkonsum die kulturellen Unterschiede bedeutsam sind und sich die kulturellen Dispositionen augenscheinlich erkennen lassen. Hinsichtlich des Tabakkonsums sind die kulturellen Deutungsmuster der verschiedenen Migrationsgruppen einander ähnlich. Einige Expertinnen und Experten berichteten, dass sich das Problembewusstsein bezüglich Suchtmittelkonsums und -abhängigkeit in Migrantenfamilien häufig von der in der Schweiz vertretenen Auffassung unterscheidet. So gibt es kein Empfinden für süchtiges Verhalten im afrikanischen Raum; es gibt nicht einmal ein Wort für «Sucht». Bei Moslems wird der Cannabiskonsum häufig toleriert, während eine Alkoholabhängigkeit eine doppelte Schande darstellt – sowohl in kultureller als auch in religiöser Hinsicht.

Indes: Die Vorstellungen der Experten und Expertinnen sind im Allgemeinen wenig konkret, sehr allgemein und mithin auch nicht allzu praxisrelevant. Wahrscheinlich ist der gesundheitsbezogene Effekt der Herkunftskultur allgemein geringer einzuschätzen als die Lebensbedingungen, die Migranten im Gastland vorfinden. Kein Zweifel: Die gesundheitliche Versorgung bei Migranten muss kultursensibel respektvoll durchgeführt werden, aber vor allem müssen Verallgemeinerungen in Bezug auf den ethnischen Hintergrund vermieden werden.

4.6 Einschätzung der Zugänglichkeit zu präventiven Dienstleistungen

Die Schwierigkeit vieler Menschen mit Migrationshintergrund, sich Zugang zum Gesundheitssystem zu verschaffen, ist ein anerkanntes und in der Literatur oft thematisiertes Problem und gilt auch für den Suchtbereich. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die besondere Situation vieler Migranten und Migrantinnen dazu führt, dass sie in der Schweiz einen erschwerten Zugang zu Informationen der Prävention wie auch zur Betreuung finden. Daher nehmen Migranten und Migrantinnen – in ihrer Gesamtheit be-

trachtet – Vorsorgeangebote unverhältnismässig selten in Anspruch. Allerdings gilt es, nach einzelnen Migrantengruppen hinsichtlich ihres sozioökonomischen Status zu differenzieren. Denn Defizite in der Nutzung von präventiven Dienstleistungen sind nicht nur ein kulturelles, sondern auch ein Problem der sozialen und insbesondere der Bildungsschichtung und betreffen somit auch die autochthone Bevölkerung. Die Prävention hat generell Mühe, bildungsferne Schichten zu erreichen und tiefere soziale Schichten anzusprechen. Für die Prävention stellt die Erreichung bildungsferner Schichten – und damit vielfach auch von Personen mit Migrationshintergrund – eine besondere Herausforderung dar. Präventionsfachleute sind gefordert, die Sprache bildungsferner Schichten zu verstehen und Übersetzungsarbeit zu leisten.

Die befragten Experten und Expertinnen beurteilen insgesamt den Zugang der Migranten und Migrantinnen zu präventiven Dienstleistungen als schlecht. Sie stellen sowohl Informationslücken und Integrationsdefizite wie auch Schwellenängste fest, die es in erster Linie zu bearbeiten gilt. Das Schliessen von Informationslücken und die Reduktion der Schwellenängste kann nach Meinung der Befragten jedoch nur mit Hilfe ausgebildeter Kulturvermittler und –vermittlerinnen adäquat angegangen werden. Die Befragten halten jedoch auch fest, dass die differenzielle Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung und zur Gesundheitsvorsorge nicht einfach eine Frage der Kultur ist, sondern dass kulturelle Grössen von Faktoren der sozialen Schichtung überlagert werden. Die Frage der Zugänglichkeit stellt sich daher für die Schweizer Bevölkerung ebenso.

4.7 Wissensquellen zum Thema der transkulturellen Suchtprävention

Das Wissen der befragten Experten und Expertinnen zum Thema der transkulturellen Suchtprävention basiert nach Angaben der Befragten zu 95% auf der (Berufs-)Erfahrung, dem Common Sense, der sporadischen Lektüre und dem Kontakt mit den Fachstellen für interkulturelle Suchtprävention. Zwar gibt es solche Stellen nur vereinzelt, aber sie werden immer wieder als Quelle des Wissens und der Erfahrung zitiert. Wissensquelle ist auch der Besuch von Seminarien und Kongressen.

Zwar bestehen durchaus Vorstellungen über die Alkohol- und Tabakproblematik bei den verschiedenen Migrationsgruppen, dabei wird aber mit Vorliebe Common-Sense-Wissen abgerufen: Migranten aus den GUS-Staaten betreiben häufig Alkoholabusus, während Migranten aus dem Balkan und der Türkei starke Raucher sind und Schwarzafrikaner in den illegalen Drogenmarkt involviert sind. Das epidemiologische Wissen der Experten und Expertinnen, d.h. die Kenntnisse über die spezifischen kulturellen Konsummuster sowie der damit verknüpften möglichen Probleme ist eher dürftig. Zwar hat man vom Bericht „Migration und Gesundheit“ des Bundesamtes für Gesundheit gehört, doch man weiss kaum, relevante Inhalte wieder zu geben. Es wird denn auch von einigen Befragten betont, dass Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich transkultureller Suchtprävention von Nöten seien.

4.8 Dos and don'ts in der transkulturellen Suchtprävention

Versucht man das reiche Material der Befragung hinsichtlich der Vorstellungen darüber zusammenzufassen, welche Möglichkeiten und Strategien in der transkulturellen Suchtpräventionsarbeit zu berücksichtigen sind, lassen sich 10 Postulate oder Dos in absteigender Reihenfolge ihrer Bedeutung ableiten:

1. Kenntnisse über Zielgruppe erwerben, Lebenssituation erfassen

An erster Stelle der Dos in der transkulturellen Suchtprävention steht nach Meinung der Befragten die Forderung, *„sich Kenntnisse über die Zielgruppe zu beschaffen“*. Das heisst, bei der Orientierung der Suchtprävention auf Personen mit Migrationshintergrund ist es wichtig, herkunftsgesellschaftliche, migrationsbedingte und subkulturelle Hintergründe der Migranten zu unterscheiden und zu berücksichtigen. So sind etwa Gesellschaften in Afrika, der Türkei und Sri Lanka viel stärker kollektivistisch orientiert als die schweizerische Gesellschaft (*„Wirk-Gesellschaften“ versus „Ich-Gesellschaften“*, wie eine Befragte betont.). Wirk-Gesellschaften erlauben wenig Ausbruchsmöglichkeiten und Eigenständigkeit. Es geht deshalb wesentlich darum in einem ersten Schritt, die Kultur der Zielgruppe kennen zu lernen und die Lebensumstände der Angehörigen der Gruppe zu erfassen, nach dem Motto *„kenne dein Zielpublikum“*. *«Il faut chercher à connaître les besoins des populations migrantes.» « Wenn immer wir uns im Bereich der interkulturellen Suchtpräventionbewegen, müssen wir uns zunächst auf die Realität der Menschen einlassen, die ihr Ursprungsland verlassen haben ».*

2. Dialog und Partizipation

Dialog und Partizipation sind für viele der Befragten gleichsam eine *Conditio sine qua non* – oder wie eine Befragte meint, *„das A und O der transkulturellen Suchtprävention.“* *„Der Dialog mit der Zielgruppe ist unabdingbar“*, meint etwa ein anderer der Interviewten.

„Projekte transkultureller Prävention brauchen den Dialog mit der anvisierten Gruppe von Personen mit Migrationshintergrund“. Der Dialog dient primär dazu, Zugangsbarrieren zu senken bzw. langfristig abzubauen. Den Dialog zu pflegen, ist eine wichtige vertrauensbildende Massnahme, auch darüber besteht bei den Befragten weitgehend Einigkeit. Es ist deshalb für nahezu alle der Interviewten eine Selbstverständlichkeit, dass Migranten und Migrantinnen an den Massnahmen beteiligt werden müssen. Dabei ist nach Ansicht der Experten und Expertinnen wichtig, sie nicht nur bei der Durchführung, sondern schon bei der Planung von Massnahmen miteinzubeziehen, wobei auch die verschiedenen Altersgruppen berücksichtigt werden sollen, weil die Bedürfnisse in Abhängigkeit des Alters variieren.

3. Kulturvermittler/Kulturvermittlerinnen/Schlüsselpersonen

Projekte transkultureller Suchtprävention brauchen Kulturvermittler bzw. Kulturvermittlerinnen. Dies wird von über der Hälfte der Befragten betont. Kulturvermittlung bezieht sich dabei im weitesten Sinne auf eine Mittlerposition im Kommunikationsprozess zwischen Adressant und Adressat. Dabei hat der Kulturvermittler oder die Kulturvermittlerin die Funktion, die Kommunikation zu erleichtern bzw. die Botschaft angemessen zu übersetzen. Ermöglicht wird dies durch die Tatsache, dass er/sie die Sprache oder die Kultur derjenigen Personen teilt, die mit der Botschaft erreicht werden sollen. Kulturvermittler und –vermittlerinnen können einen grossen Beitrag zur Interkulturalisierung der Suchtprävention und -hilfe leisten. Leider gestaltet es sich in der Praxis – so die Befragten – oft als schwierig,

geeignete und an der Arbeit in der Suchthilfe interessierte Fachkräfte unter den Migranten und Migrantinnen in den vorhandenen Einrichtungen der Suchthilfe einzustellen.

Neben den Kulturvermittler und -vermittlerinnen wird auch der Einsatz von Schlüsselpersonen als wichtig bezeichnet. Das Finden bzw. Aufspüren von Schlüsselpersonen kann nur auf der Basis von Netzwerken erfolgen. Ein Befragter schildert das Aufspüren wie folgt: *„Schlüsselpersonen, die Einfluss haben und mit uns zusammenarbeiten, müssen aus dem Kulturkreis gewonnen werden. Es geht darum, Personen zu finden, die Akzeptanz bei Migrantengruppen haben. Einbezug und gegenseitiges Verständnis ist Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit allen Migrantengruppen. Das Auffinden von Schlüsselpersonen geschieht mittels Netzwerken. Netze müssen zuerst eruiert werden, um die richtigen Personen zu finden, die perfekt zweisprachig sind. Ob jemand die richtige Person ist zeigt sich erst aus der Zusammenarbeit. Schlüsselpersonen sind zum spezifisch behandelten Thema auszubilden.“* *«Il faut un minimum de formation pour qu'ils diffusent les mêmes messages et pour que les messages soient cohérents et globalement identiques.»*

4. Multikulturelle Teams

Im Zusammenhang mit dem Einsatz von Kulturvermittlern und -vermittlerinnen muss auch die Forderung nach dem Einsatz von multikulturellen Teams in der transkulturellen Suchtpräventionsarbeit gesehen werden, wie dies von einigen der befragten Experten und Expertinnen gefordert wird. Dabei wird etwa auf das deutsche Projekt MiMi "Mit Migranten für Migranten- interkulturelle Gesundheitslotsen in Hessen" verwiesen. Dieses Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, Informationslücken zu schließen und Berührungspunkte abzubauen. Speziell ausgebildete Gesundheitslotsen mit Migrationshintergrund informieren ihre Landsleute in deren Muttersprache.

5. Kooperation und Netzwerke

„Es ist zentral, dass auf Erfahrungen, Wissen und Arbeitsweisen aufgebaut wird, die andere vor uns entwickelt haben“. Diese - oder eine ähnliche Aussage - wird mehrfach getätigt. Dies bedeutet wohl: Kulturspezifische und migrationssensible Angebote sind begleitend mit Fachstellen für interkulturelle Zusammenarbeit anzubieten bzw. auszuarbeiten (z. B. Fachstellen für interkulturelle Prävention, Fachstellen für Ausländerfragen, spezialisierte Migrationsdienste). Verschiedene Befragte verweisen auf die fruchtbare Zusammenarbeit mit diesen Stellen für interkulturelle Prävention.

6. Empowerment

Einige der Befragten weisen darauf hin, dass ein primäres Ziel jeder transkulturellen Prävention darin besteht, *„Migranten und Migrantinnen zu befähigen, sich mit ihrer Umwelt besser auseinanderzusetzen“.* Die unterschiedlichen Migrationsgruppen sollen im Stande sein, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Grundgedanke dabei ist, Migranten und Migrantinnen als Interaktionspartner

und –partnerinnen zu betrachten, die darin unterstützt werden sollen, sich Fähigkeiten anzueignen, die sie in die Lage versetzen, ihre Lebensbedingungen selbst aktiv zu gestalten bzw. zu verbessern, um folglich die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklung in Richtung problematischen Substanzkonsums bzw. anderer selbstzerstörerischer Verhaltensweisen – mangels adäquater Problemlösungsstrategien – zu verringern. Dazu gibt es verschiedene Methoden. Eine Befragte verweist etwa auf die Strategie des Art Based Empowerment, diese nützt die Neugier der Jugendlichen und zeigt ihnen neue Wege, sich mit dem Thema Sucht zu beschäftigen und selbst die richtigen Entscheidungen zu treffen. Um einen Prozess des Empowerments auszulösen müssen allerdings die Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit die Zielpublikumsgruppen dies auch zu tun in der Lage sind: *„Ausbildung, Arbeit, bessere allgemeine Integration.“*

7. Kulturelle Sensibilität

Die Entwicklung kultureller Sensibilität scheint einigen der Befragten wichtig. Dies geschieht nach Auffassung der Befragten durch die *„Ausstattung der Mitarbeiter mit transkultureller Kompetenz“*. Das erfordert die gezielte Schulung der Mitarbeiter von Sucht- und Migrationberatungsstellen. Qualifizierungsprogramme für das Fachpersonal existieren jedoch kaum. Besonders wichtig bei dieser Fachausbildung ist das Thema der Sensibilisierung für die Früherkennung von Suchtproblemen. Kulturelle Sensibilität schliesst aus, dass *„Schweizer Projekte, den Migranten und Migrantinnen einfach übergestülpt werden.“*

8. Konzentration auf Settings

Nach Ansicht von drei der befragten Experten und Expertinnen konzentriert sich die transkulturelle Suchtpräventionsarbeit mit Vorteil auf Settings, z.B. Frauentreffs, Freizeitsettings, Migrantentreffs, Deutschkurse für Ausländer und Ausländerinnen usw.; auch die Schule und Elternabende sind oft genannte Settings.

Ein Setting liegt mehreren Befragten am Herzen, nämlich der Arbeitsplatz. Hier würden – so die Befragten – die spezifischen Anliegen der transkulturellen Prävention und mithin auch der Suchtprävention sträflich vernachlässigt.

9. Aufsuchende Arbeit

Mit Strategien, welche die Migranten und Migrantinnen in Settings aufsuchen, können nach Ansicht der Befragten eher Erfolge erwartet werden als wenn man lediglich Dienstleistungen anbietet. *„Man muss auf die Leute zugehen und nicht warten bis sie zu uns kommen. «Il faut aller les voir là où ils sont: dans les différents cercles de migrants.»* *“Es genügt nicht, einfach Broschüren zu verteilen.“* Das Aufsuchen der Migranten und Migrantinnen geschieht mit Hilfe von Netzwerken; durch direkte Kontaktnahme kann Integrationshilfe angeboten und Motivationsarbeit auch hinsichtlich der suchtpreventiver Themata geleistet werden.

10. Bilder statt Sprache

„Transkulturelle Prävention braucht sprachliche Kompetenzen sowie gemeinsame ‚Codes‘“. Eine andere Befragte meint allerdings dazu: *„Wesentlich ist nicht so sehr die gemeinsame Sprache, als vielmehr die Verwendung von Bildern, Szenen, Handlungen und Geschichten. Man muss die Migranten mit ihren eigenen Bildern abholen und neue Bilder zu vermitteln versuchen.“* Diese Ansicht wird auch von anderen Befragten geteilt: *«L’aspect verbal passe souvent mal, il faut des approches innovatrices. Il faut toucher les gens à travers des activités ludiques, nous avons vu par exemple, qu’avec la musique un message passe mieux.»* *„Die Zielgruppe ist nicht mit schriftlichem Material anzusprechen, ausser allenfalls in ihren eigenen Zeitschriften und in ihrer eigenen Sprache.“*

Eine wesentliche Vorbedingung, damit transkulturelle Suchtprävention überhaupt zum Tragen kommt, ist – gemäss dreier Befragten – ein politischer Wille und die Einbettung der Suchtprävention in das allgemeine Bemühen um eine verbesserte Gesundheit der Menschen mit Migrationshintergrund. Die erste Aufgabe ist es, *„die Leute in unserer Kultur zu integrieren, erst danach können wir an Suchtprävention denken.“* Zudem braucht es auch die stete Bereitschaft, das eigene Kulturverständnis zu hinterfragen. Einige Befragte warnen auch davor, die Ziele zu ambitiös anzusetzen und befürworten eher eine Politik der kleinen Schritte, die sich auf sehr konkrete Projekte beschränkt, etwa *„Alkohol und Gewalt bei Migranten aus dem Balkan“*. Dazu gehört auch, dass die Implementation von Projekten Zeit erfordert: *«Il faut du temps pour implémenter un projet, c’est tout un processus. Souvent un projet nécessite une durée de dix ans pour bien impliquer les gens, c.-à-d. il faut de la persévérance et ne pas de nouveaux projets en permanence.»* Auch wird darauf verwiesen, dass es nicht nur darum geht, ein transkulturelles Präventions-, sondern auch ein transkulturelles Therapieangebot zu schaffen.

Natürlich lassen sich neben den Dos in der transkulturellen Suchtprävention auch Don’ts anführen, gleichsam die „Todsünden“ in der transkulturellen Suchtprävention, die das Bemühen um transkulturelle Suchtprävention scheitern lassen. Diese Don’ts sind naturgemäss – wenigstens zum Teil – ein negatives Spiegelbild der Dos.

1. Transkulturelle Suchtprävention ohne Dialog und ohne Kulturvermittler oder -Vermittlerinnen in die Projektleitung miteinzubeziehen, ist zum Scheitern verurteilt.
2. Ungenügende Kenntnisse über die Kultur der Zielgruppe. *„Empathie für die Menschen der Zielgruppe ist eine Voraussetzung des Erfolgs in der transkulturellen Suchtprävention.“*
3. Wie dies auch für andere Bereiche der Prävention gilt, ist eine Top-down-Prävention zu vermeiden, d.h. die Rolle des externen Experten darf nicht eingenommen werden. Die Zielgruppe muss ernst genommen werden. Kein Paternalismus! *„Vor allem darf man nicht den Anschein erwecken, als verkörpere man die Autorität.“*
4. Eine Beschränkung auf Informierung sollte vermieden werden, da Logik und Sprachbilder kulturell variieren. *„Eine Kampagne lediglich übersetzt weiterzugeben, ist ein Unding“*. Davon auszugehen, dass Schriftliches gelesen wird, ist falsch.

5. Mit Projektitis und Aktivismus lässt sich keine Nachhaltigkeit erreichen. Ebenso wenig mit Schmalspurprojekten, obwohl es zuweilen eine Politik der kleinen Schritte braucht.
6. Mit mangelnder Vernetzung, ohne Benutzung der Netzwerke, in welchen sich Migranten und Migrantinnen bewegen, lässt sich diese Zielpopulation nur schwerlich erreichen. Auch eine fehlende Vernetzung mit anderen Fachstellen ist unsinnig, weil man wesentlich vom Know how anderer profitiert.
7. Nichtbeachtung kultureller Tabus, Verletzung religiöser Gefühle, manifeste Beserwisserei. Transkulturelle Prävention braucht viel Behutsamkeit; man muss alles unternehmen, um keine Stigmatisierungsprozesse zu initiieren. *„Es geht darum, die Zentrierung auf unsere eigene Kultur zu überwinden.“*
8. Transkulturelle Suchtprävention ohne politisches Engagement und ohne Verankerung des Themas auf der strategischen Ebene der Institution. Damit bleibt das Thema marginal, obwohl es im Mainstream liegt.
9. Nichteinbezug des „Genderthemas“ – keine Geschlechtsspezifität. Dieser Aspekt ist bei Migrationspopulationen besonders wichtig. Tatsächlich sind bei vielen Migrationsgruppen die geschlechtsspezifischen Gebrauchsmuster von Alkohol und Tabak ausgeprägter als in der Schweizer Bevölkerung.
10. Absenz von Evaluation, dabei scheint insbesondere ein Prozessevaluation wichtig. Diese untersucht die praktische Durchführung bzw. Umsetzungsbedingungen von Projekten, Massnahmen oder Dienstleistungen, indem der gesamte Durchführungsprozess systematisch erfasst und analysiert wird. Darüber hinaus bietet sie spezielle Methoden zur Analyse und Verbesserung der internen und externen Kooperation.

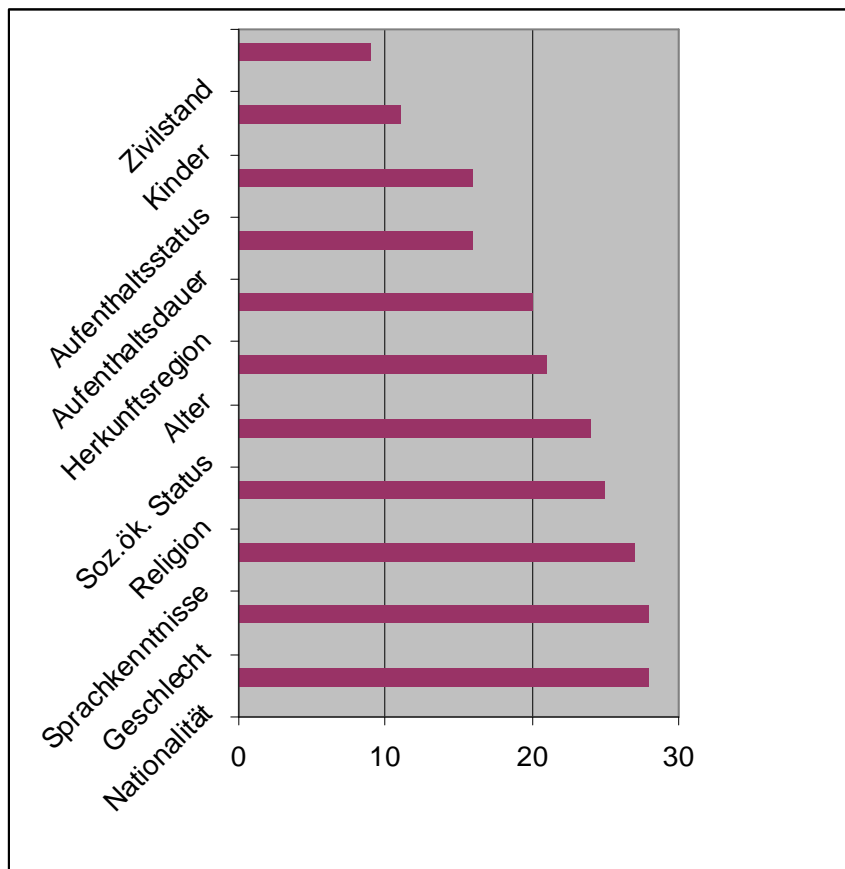
4.9 Merkmale von Personen mit Migrationshintergrund, die bei der Schaffung von Präventionsprogrammen zu berücksichtigen sind

Forschung und Erfahrung haben gezeigt, dass für die Realisierung von Bildungschancen nicht so sehr die Nationalität ausschlaggebend ist, sondern vielmehr die Sprachkenntnisse in der jeweiligen Ortssprache, der Bildungsstand der Eltern sowie die sozio-ökonomische Ausgangslage der Familie. Gleichwohl scheint es wichtig zu wissen, welche anderen Merkmale von Personen mit Migrationshintergrund unbedingt berücksichtigt werden müssen, wenn es darum geht, transkulturelle Suchtpräventionmassnahmen zu treffen.

Die Experten und Expertinnen wurden deshalb danach befragt welche Merkmale dabei unbedingt berücksichtigt werden müssen und welche eher unwichtig sind.

Die einfache nachstehende Grafik zeigt, dass nach Ansicht der Befragten in erster Linie Nationalität, Geschlecht und Sprachkenntnisse bei der Schaffung von Suchtpräventionsmassnahmen berücksichtigt werden müssen. Sodann folgen Religion, sozioökonomischer Status (insbesondere Bildungsstatus) und Alter. Weniger Bedeutung wird den Merkmalen Zivilstand, Anzahl Kinder, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus zugemessen. Zusätzliche Merkmale, die ebenfalls berücksichtigt werden müssten, werden nur wenige genannt: Integrationsgrad der Menschen mit Migrationshintergrund, kulturelle Distanz zur Aufnahmekultur, Behinderungen usw.

Grafik: Anzahl Nennungen von Merkmalen, die bei Präventionsmassnahmen zu berücksichtigen sind.



4.10 Aktuelles Engagement der Organisationen in der transkulturellen Suchtprävention – Potenzialanalyse

Als Potenzialanalyse bezeichnet man die strukturierte Untersuchung des Vorhandenseins bestimmter Mittel, Ereignisse, Fähigkeiten oder Projekte. Dabei interessiert in der vorliegenden Studie vor allem das Engagement der einzelnen Organisation im Bereich der transkulturellen Suchtprävention.

Die 30 befragten Einrichtungen haben in der Vergangenheit eine grosse Palette von Projekten zum Thema „Migration und Integration“ lanciert und durchgeführt. Diese Projekte berühren – wenn auch zuweilen nur am Rande und implizit – den Aspekt „Migration und Sucht“ (bzw. Migration und Alkohol- sowie Tabakgebrauch) in ihrer Arbeit. Projekte, die sich explizit mit den Themen Alkohol und Tabak für Menschen mit Migrationshintergrund befassen, sind rar. Dabei ist es wichtig festzustellen, dass die 30 befragten Organisationen nicht die Gesamtheit aller in der Alkohol-, Tabak- und Drogenprävention tätigen Organisationen in der Schweiz repräsentieren. Das im Folgenden geschilderte Engagement der Organisationen im Alkohol- und Tabakpräventionsbereich ist deshalb unvollständig.

Auf der Ebene des Bundes sind bei der Erarbeitung des Alkohol-5-Jahresprogramms Migrationsfachleute beigezogen worden. Diese haben auch die einzelnen Massnahmen dahingehend überprüft, ob sie den Migrationsaspekten Rechnung tragen. Die Erarbeitung

des neuen Tabakprogramms befindet sich gegenwärtig in der Schlussphase. Auch hier ist geplant, dass sensibilisierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Bereichs Migration und Gesundheit sich zum Programm äussern werden. (Veröffentlichungen sind auf Herbst 2007 bzw. Frühjahr 2008 geplant).

Tabak- oder alkoholspezifische Präventionsprogramme, die klar für Migrationspopulationen bestimmt sind, gibt es – wie erwähnt – nur wenige. Der Leistungsausweis an konkreten Projekten in der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention ist somit relativ dürftig. Selbst grosse Organisationen haben keine entsprechenden Projekte vorzuweisen, es sei denn das Abhalten von Elternabenden für Migranten und Migrantinnen oder die Herausgabe von fremdsprachlichem Aufklärungsmaterial. Dazu kommt, dass viele der Projekte nicht dokumentiert sind. Allerdings – es gibt ein reiches Angebot von alkohol- und tabak-unspezifischen Programmen, die teilweise Menschen mit Migrationshintergrund Rechnung tragen. Doch auch diese Berücksichtigung ist nur in wenigen Fällen dokumentiert.

Punktuelle Angebote für Migranten und Migrantinnen

Die Suchtpräventionsstellen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen) verschiedener Kantone bzw. Kommunen haben eine Vielfalt von punktuellen Angeboten: Elternabende (die teilweise auch zusammen mit den einzelnen Migrationsgruppen vorbereitet werden), Quartierabende, Jugendtreffs usw. für Migranten und Migrantinnen, aber auch spezielle Veranstaltungen in Schulklassen an. Diese punktuellen Angebote sollten nicht unterschätzt werden, leisten sie doch einen wichtigen Beitrag zur transkulturellen Suchtprävention, zwar werden diese punktuellen Angebote in Tätigkeitsberichten usw. häufig genannt, doch sind sie oft nicht genauer dokumentiert.

Die Schweizerische Gesundheitsstiftung Radix hat beispielsweise in den letzten 4 Jahren im Rahmen von SUPPORT rund 30 Projekte unterstützt deren Zielpublikum Migranten und Migrantinnen sind, davon werden in lediglich drei Projekten explizit tabak- und alkoholspezifische Themen angesprochen. Dies zeigt offenbar, dass Alkohol und Tabak für Migranten und Migrantinnen keine hohe Priorität haben, waren sie doch bei der Projektwahl beteiligt. Das heisst – wie erwähnt – nicht, dass auch in anderen Projekten die Suchtproblematik nicht angesprochen wird. So kann etwa in den Projekten „Die Gemeinden handeln“ (Alkoholpolitik) die Migrationspolitik durchaus tangiert werden. Auch die am Anfang eines lokalen Projektes zur Steigerung der Lebensqualität in der Wohngemeinde stehende aktivierende Befragung verhilft zum Einbezug von Migranten in das Projekt. Alkohol- und tabakspezifische Prävention bei Migrationspopulationen ist häufig eine Querschnittsaktivität und lässt sich als solche nicht ohne weiteres isolieren. Vor etwa 10 Jahren hatte ZEPRA ein Migrationsprojekt („Verdi“) lanciert. Es zeigte sich, dass die mangelnden Sprachkenntnisse ein zu grosses Hindernis darstellten. Daraus entstand aber ein Dolmetscherdienst der heute zu einer festen Dienstleistung der Behörden geworden ist.

Die wohl am meisten praktizierte transkulturelle Suchtpräventionsaktivität ist das Verteilen von fremdsprachigen Broschüren. Die Distribution von Informationsmaterial ist evidenterweise auch die simpelste Art, transkulturelle Suchtprävention zu betreiben.

Die Distribution von Infomaterialien

Die häufigste Form interkultureller Suchtprävention ist die Verteilung von Broschüren aller Art so etwa an Veranstaltungen in der Öffentlichkeit. Damit sollen die Informationsbedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund gestillt werden. Auch Standaktionen, so etwa Aktionen in Zusammenarbeit mit islamischen Zentren, werden von den Suchtpräventionsstellen organisiert. Einzelne Präventionsfachstellen bieten auch nach verschiedenen Sprachen getrennte Informationsgruppen an, die von Fall zu Fall tätig werden.

In manchen Fällen geschieht die Distribution von Materialien durch interkulturelle Vermittlern und Vermittlerinnen z. B. Projekt „Bébé non-fumeur“. Bereits Ende der 90er Jahre ist in Zusammenarbeit mit dem BAG versucht worden, fremdsprachige Broschüren über ein Mediatorennetz zu vertreiben. Das Projekt wurde zwar als nützlich beurteilt, doch die Resonanz blieb gering. Im Kanton Wallis wurde eine Afrikanerin beschäftigt (bénévole), welche Migrantengruppe über die Rauchproblematik orientierte.

Einige der Befragten stehen dieser Art von Tätigkeit recht kritisch gegenüber; nach ihrer Meinung darf sich die transkulturelle Suchtprävention nicht auf die Verteilung von Infos beschränken.

Vielerorts finden Sprachkurse für Migranten und Migrantinnen statt, anlässlich derer Alkohol- oder Tabakprobleme angesprochen werden. Ein Beispiel dazu ist das Projekt „Jet“ im Kanton Neuenburg.

Projekt Jet: Alkoholprävention im Rahmen von Sprachkursen

JET – Jeunes en Transit. Da werden Kindern von neu angekommenen Migranten und Migrantinnen in «classes de rattrapage» zusammengefasst und ihnen Sprachunterricht erteilt, zugleich werden ihnen auch in kleinen Gruppen Anliegen der Alkoholprävention nahegebracht. Dazu stehen auch Broschüren in den verschiedensten Sprachen zur Verfügung.

Träger des Projektes: Cenea, Neuenburg

Ein gutes Beispiel eines allgemeinen Projektes, das in verschiedenen Gemeinden durchgeführt wird und auch bei Migrantinnen Anklang findet und zuweilen speziell auf Migrantinnen ausgerichtet ist, ist das Projekt „FemmesTische“.

Projekt FemmesTische

Das Projekt wird in verschiedenen Schweizer Kantonen bzw. Städten durchgeführt. FemmesTische sind regionale Gesprächszirkel, bei welchen eine Gastgeberin 5 – 8 Gäste zu sich nach Hause einlädt, um über ein angekündigtes alltagsrelevantes Thema zu diskutieren. Eine Moderatorin, die speziell für diese Veranstaltungen geschult wird, führt ins Thema ein und leitet die nachfolgende Diskussion. Anschliessend bleibt Raum für informelle Kontakte.

FemmesTische sind ins soziale Gefüge einer Region eingebettet. Mit dem Projekt werden Frauen angesprochen, mit besonderer Berücksichtigung von Familienfrauen, die herkömmliche Bildungsangebote nicht nutzen. Die private, gesellige Atmosphäre von FemmesTische ermöglicht es den Frauen eher, persönliche Fragen und Anliegen – so auch Suchtprobleme – zu formulieren und sich darüber auszutauschen. Dies fördert die Stärkung der sozialen Kompetenz und den Zugang zu den eigenen Ressourcen. Die erlebbare Vernetzung eröffnet Wege aus der Isolation des eigenen Familienalltags.

In einigen Orten sind FemmesTische auf die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen zugeschnitten worden, etwa im Kanton Thurgau oder in der Stadt Zürich. FemmesTische werden dort von Moderatorinnen verschiedener Muttersprache geleitet (Albanisch, Somalisch, Spanisch, Tamil, Urdu, Türkisch usw.). In diesen Gesprächen kommt es durchaus vor, dass Suchtprobleme andiskutiert werden.

Träger des Projekts.: Kantone, Kommunen

Die Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies berichtet über ein ähnliches experimentelles Projekt in Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz. Dabei wurden Migrationsgruppen eine Ausbildung zu verschiedenen Themen der Gesundheitsförderung (darunter auch der Konsum von psychotropen Substanzen) vorgeschlagen. Schliesslich wurde eine Gruppe von 8 Migrantinnen ausgebildet, mit dem Ziel, dass diese ihr Wissen in ihrer Gemeinschaft weiter vermitteln. Die Evaluation hat gezeigt, dass das Projekt in der Zielsetzung zu ambitiös war.

Ein anderes Projekt, das von den Befragten verschiedentlich erwähnt worden ist, thematisiert nicht so sehr den Alkohol- bzw. Tabakkonsum als vielmehr den Abusus von Medikamenten: das Projekt „belladonna“.

Projekt belladonna

Das Projektziel von „bella donna“ war, Frauen ab 40 mit geringeren wirtschaftlichen und bildungsmässigen Ressourcen – und damit auch Frauen mit Migrationshintergrund – auf die Gefahren eines regelmässigen Gebrauchs von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmedikamente zur Alltagsbewältigung aufmerksam zu machen und gleichzeitig mögliche Alternativen vorzustellen. Mit folgenden zwei Massnahmen wurde das Projektziel avisiert:

- a) direkte Sensibilisierung der Zielgruppe mittels einer Zeitschrift
- b) Schulung von Fachleuten für die Thematik mittels einer Tagung.

Das Herzstück der Zeitschrift waren Porträts von Frauen, die von ihren Erfahrungen mit ihrer Medikamentenabhängigkeit erzählen. Diese Erlebnisberichte wurden verknüpft mit viel Bildmaterial und Themen, die für die Bewältigung der Medikamentenabhängigkeit unterstützend sein können und mit Themen, die für Frauen ab 40 relevant sind.

Die Evaluation stellt fest, dass die Zielgruppe der Zeitschrift „bella donna“ recht gut erreicht wurde. Die Gestaltung, die Verständlichkeit, die Themenauswahl und der Unterhaltungswert der Zeitschrift wurden von nahezu allen Beantwoerinnen positiv bewertet. Die Mehrheit der Beantwoerinnen war der Meinung, dass die Zeitschrift Lösungsmöglichkeiten für Menschen mit Medikamentenproblemen aufzeigt. Die Hälfte der Beantwoerinnen konnte Neues über den Gebrauch von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel erfahren, vor allem für Personen ohne Ausbildung enthielt die Zeitschrift neue Informationen. Die Hälfte der Beantwoerinnen, vor allem Personen über 60 Jahren, gaben an, dass die Zeitschrift sie zum Nachdenken über den Gebrauch von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln angeregt hat. Ein Viertel der Beantwoerinnen berichteten von einer Einstellungsveränderung bezüglich dem Gebrauch von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln.

Fazit: Das Konzept der Zeitschrift „bella donna“ war zielgruppengerecht, konnte das Interesse der bildungsfernen Leserschaft wecken und teilweise eine Veränderung der Einstellung bezüglich dem Gebrauch von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln erreichen. Auch in der Fachwelt stiess „bella donna“ auf ausserordentlich gute Resonanz.

Träger des Projekts: Berner Gesundheit zusammen mit anderen Partnerorganisation aus der ganzen Schweiz.

Ein weiteres Beispiel eines substanzunspezifischen Projektes, von dem aber die Initianten überzeugt sind, dass es einen substanziellen Beitrag zur Alkohol- und Drogenprävention leistet, weil es die Aktivitäten von Jugendlichen in produktive Rahmen lenkt, ist das Projekt „roundabout“ des Jugend- und Kinderwerkes des Blauen Kreuzes der Schweiz. Das Schweizerische Blaue Kreuz bemüht sich in verschiedenen Projekten, die Belange von Migrantinnen und Migranten zu berücksichtigen; doch ist der unmittelbare Bezug zur Alkoholproblematik kaum gegeben.

Projekt roundabout

roundabout ist ein nationales Streetdance-Netzwerk für junge Frauen zwischen 12 und 20 Jahren. Zurzeit bestehen in 11 Kantonen insgesamt 73 roundabout-Gruppen. Das Projekt will junge Frauen in ihrer Einzigartigkeit unterstützen und sie dazu ermutigen, liebevoll mit sich selbst umzugehen.

Ursprünglich ist das Projekt für Schweizer Mädchen konzipiert. Es wurden aber Anpassungen vorgenommen sowohl im Schulungs- als auch Weiterbildungsbereich, um auch

Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund zur Teilnahme zu bewegen. Das Projekt hat jedoch Schwierigkeiten auf Grund mangelnder finanzieller und personeller Ressourcen

Träger: Schweizerische Blaues Kreuz, Kinder und Jugendwerk

Ähnlich argumentieren die Initiantinnen des Projektes „Jeunes filles“, das Mädchen und jungen Frauen zu einer Eingliederung in der Arbeitsprozess verhilft. Bei der Zielpopulation befinden sich häufig Migrantinnen (UTT, Union de travail temporaire, Association la Pommeraiie).

Eines der wenigen Projekte, das sich des Rauchthemas bei Migranten und Migrantinnen in grösserem Ausmasse annimmt, ist der Rauchstoppwettbewerb. Der Aufhörwettbewerb findet jedes Jahr statt anlässlich des Welttags ohne Tabak von Ende Mai und richtet sich an alle Raucher und Raucherinnen. Um diese zum Rauchstopp zu animieren, locken als Preise einmal 5000 Franken und zehnmal 500 Franken. Zudem können die Teilnehmer verschiedene Unterstützungsangebote beanspruchen. Mit verschiedenen Massnahmen – so auch mit Standaktionen wird der Rauchstoppwettbewerb lanciert.

Rauchstoppwettbewerb für die Migrationsbevölkerung

Unter der Ägide der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) haben verschiedene Suchtpräventionsstellen im Rahmen des Projektes „Transkulturelle Prävention“ den bestens bewährten Rauchstopp-Wettbewerb für Personen mit Migrationshintergrund durchgeführt. Um auch Personen mit Migrationshintergrund anzusprechen, werden an Ständen Kulturvermittler bzw. –vermittlerinnen eingesetzt, deren Aufgabe es ist, Passanten und Passantinnen in einer Fremdsprache (türkisch, albanisch, spanisch, portugiesisch, bosnisch, serbisch, kroatisch, kurdisch) zur Teilnahme zu motivieren. Nach einer Auswertung, wie sie für die Stadt Zürich vorliegt, hat sich der Einsatz dieser Gesundheitslotsen bestens bewährt, zumal diesen auch ein in der entsprechenden Sprache verfasstes Hilfsmittel zur Verfügung steht.

Die Standaktion wird von den Beteiligten in Zürich als Erfolg bewertet. Das eingesetzte Material (Informationsstände, T-Shirts etc.) ist als hilfreich beurteilt worden. Die Standaktionen lassen sich beliebig replizieren und die Kulturvermittler lassen sich auch in anderen Projekten einsetzen. Wichtig – so die Evaluation – ist auch die Zusammenarbeit mit der Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention gewesen. Diese Stelle hat wesentlich dazu beigetragen, die Kulturvermittler und -vermittlerinnen in einem Kurzlehrgang für ihre Aufgabe auszubilden. Dass die Kulturvermittler und -vermittlerinnen alle einen höheren Bildungsabschluss aufgewiesen haben als die Adressaten, wird nicht als Nachteil interpretiert, zumal – so die Evaluatoren – hinsichtlich des Rauchverhaltens die kulturellen Differenzen gering sind.

Andere am Projekt beteiligten Präventionsfachstellen sind kritischer, so auch etwa die AT. Sie betonen zwar die interessante Erfahrung mit Kulturvermittlern, finden aber die Resultate weniger überzeugend. Man habe beim Projekt angesichts der Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen von Migranten und Migrantinnen, die eigenen

Grenzen gespürt, zumal es nicht genüge, die unterschiedlichen Gruppen lediglich in ihrer Sprache anzusprechen; es bräuchte vielmehr unterschiedliche Zugänge.

Träger des Projekts: AT, Schweiz

Die WHO hat im Jahre 2004 einen ihrer Welttage zum Nichtrauchen dem „Thema „Tabac et pauvreté“ gewidmet, dabei hat die Problematik „Tabagisme et population migrantes“ einen wichtigen Platz eingenommen. In der Folge sind einige kleine Projekte in der französischen Schweiz zum Problembereich gestartet worden, die es in erster Linie ermöglichen haben, ein Netzwerk der verschiedenen im Bereich tätigen Akteure zu gründen. Zudem wurden die (Informations-) Dienstleistungen für Migranten und Migrantinnen in den Fachstellen ausgebaut und auch Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund angestellt.

Eine ganze Reihe von Präventionsprojekten problematisiert den Alkoholkonsum bzw. andere risikoreiche Verhaltensweisen bei Jugendlichen. So zum Beispiel das Projekt „Be my angel tonight“, das darauf abzielt, Trunkenheitsfahrten zu vermeiden oder das Projekt „Fil rouge“ das andere Risikoverhaltensweisen bei Jugendlichen reduzieren will, inwieweit damit Jugendliche mit Migrationshintergrund mit einbezogen werden, ist nicht klar, doch wie auch im Setting Schule sind Kinder und Jugendliche aus dem Migrationsmilieu notwendig mitimpliziert. Auch bei Projekten, die sich speziell an Risikopopulationen wenden (Supra-f, Jump etc.) ist dasselbe der Fall. Dabei wird betont, dass in diesen Projekten viele Migranten und Migrantinnen beteiligt sind, beschäftigen solche Projekte doch oft Menschen mit Migrationshintergrund. Es wird von den Befragten immer wieder betont, dass migrationspezifische Prävention transversal in vielen Projekten berücksichtigt wird und dabei auch immer wieder Aspekte der Alkohol- und Tabakprävention tangiert werden.

Eine weitere Gruppe von Projekten, die den Substanzkonsum problematisieren, ist auf das Thema HIV-Prävention fokussiert. Es versteht sich, dass dabei weniger der Alkohol- und Tabakkonsum, als vielmehr der Konsum illegaler Drogen im Vordergrund steht. Von der Erfahrung dieser Projekte sollte für die Formulierung alkohol- und tabakspezifischer Programme unbedingt profitiert werden.

Das für die vorgestellten Projekte notwendige migrationspezifische Fachwissen wurde von den Experten und Expertinnen vorwiegend extern über Kontakte mit spezialisierten Stellen erworben.

4.11 Aus- oder Abbau der Aktivitäten in der transkulturellen Suchtprävention?

Die Mehrheit der Institutionen möchte sich vermehrt in der transkulturellen Suchtpräventionsarbeit engagieren (23 von 30 Organisationen), weil sie die Thematik als relevant betrachtet: *«les besoins sont grands et les résultats probands», «particulièrement important vu le climat politique actuel»*. Die Voraussetzungen für einen Ausbau sind – wie stets – ausreichende finanzielle Ressourcen – eine genügende Vernetzung sowie geeignete Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen: *«il faut terminer avec l'amateurisme»*. Auch braucht es einen politischen Willen, der die Ausweitung von Dienstleistungsvereinbarungen einschliesst. Die Forderung nach zusätzlichen finanziellen Ressourcen überrascht nicht, doch vor dem Hintergrund der Sparmassnahmen vieler Kantone und Kommunen ist das Postulat wohl etwas illusorisch. Hinsichtlich der Notwendigkeit von geschulten Mitarbeitern und

Mitarbeiterinn wird etwa moniert, dass Projekte zur Schulung von Kulturvermittlern und –vermittlerinnen von den Behörden abgelehnt worden sind; Weiterbildungsmaßnahmen für Fachleute sind jedoch eine Voraussetzung für einen etwaigen Ausbau der Aktivitäten. Vier Organisationen sind noch unentschieden, was einen eventuellen Ausbau anbetrifft, weil dies eine Entscheidung der vorgesetzten Behörden bedingt. Drei der Organisationen lehnen einen Ausbau ab, einfach, weil sie andere Prioritäten in der Prävention setzen.

Im Zusammenhang mit dem Ausbau der Aktivitäten wird die Erarbeitung und Umsetzung einer nationalen Strategie zur transkulturellen Suchtprävention gefordert, die auch eine Bestandesaufnahme umfasst. Schliesslich wird auch ein Ausbau der Qualitätskontrolle von Projekten mit transkultureller Problematik verlangt, um damit auch die Evidenz für die Wirksamkeit der Massnahmen zu überprüfen.

5. Folgerungen und Forderungen

Folgerungen und Forderungen aus den Angaben der Befragten zu ziehen, ist keine leichte Aufgabe angesichts der Heterogenität der Angaben der Befragten. Die nachstehenden Folgerungen spiegeln die persönliche Einschätzung des Autors dieses Berichtes.

1. Alkohol- und Tabakprävention für Menschen mit Migrationshintergrund wird in der Schweiz „klein geschrieben“, trotz der Tatsache, dass ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung Migranten und Migrantinnen sind. Es besteht ein Mangel an alkohol- und tabakspezifischen Massnahmen für Migrationsgruppen. Die in dieser Studie Befragten fordern denn auch dazu auf, diese Lücke zu schliessen. Allerdings gilt es auch zu berücksichtigen, dass migrationsspezifische Prävention oft transversal in Projekten berücksichtigt wird und dabei immer wieder auch Aspekte der Alkohol- und Tabakprävention tangiert werden.
2. Um das Thema „Migration“ in der Suchtpräventionsarbeit zu verankern, braucht es die Fixierung des Themas auf der strategischen Ebene der Organisationen, so wie das beim Thema „Gender“ mindestens teilweise der Fall ist; Voraussetzung dazu ist eine kulturelle Sensibilisierung durch die Ausstattung der Mitarbeitenden mit entsprechender Sachkompetenz für die Anliegen der transkulturellen Prävention.
3. Es gibt in der Schweiz viele punktuelle präventive Aktivitäten, die sich gezielt an Migranten und Migrantinnen richten. Indes – sie sind häufig nicht genügend dokumentiert. Es besteht keine Frage, dass die Dokumentation zu verbessern ist, ist sie doch Voraussetzung für jede Evaluation.
4. Die Distribution von Infomaterialien ist nach wie vor die beliebteste Art der Suchtprävention, die sich an Migranten und Migrantinnen richtet, obwohl feststeht, dass das geschriebene Wort nur beschränkt rezipiert wird. Neue innovative weniger sprachgebundene Ansätze in der migrationsspezifischen Suchtprävention sind gefragt.
5. Es besteht bei den Befragten ein Konsens darüber, dass die Zugänglichkeit von Migranten und Migrantinnen zu Dienstleistungen der Gesundheitsvorsorge und mithin auch zu Suchtprävention erschwert ist. Dasselbe gilt jedoch auch für sozial benachteiligte Schweizer und Schweizerinnen. Eine potenzielle die Klientel *aufsuchende* umfassende Arbeit ist von Nöten, um Schwellenängste abzubauen.

6. Nahezu alle der befragten Experten und Expertinnen betonen die Relevanz der Vernetzung mit anderen zielverwandte Organisationen. Zudem unterstreichen sie die Bedeutung, die den Netzwerken der Migranten und Migrantinnen in der Präventionsarbeit zukommt. Die Förderung einer koordinierenden Körperschaft ist angezeigt.
7. Das kumulierte Wissen der Experten und Expertinnen über Dos and Dont's in der migrationsspezifischen Suchtprävention ist sehr beachtlich. Es geht darum, dieses kumulierte Wissen auf Einzelpersonen zu verteilen. Dazu sind Aus- bzw. Fortbildungsmassnahmen erforderlich. Solche Massnahmen sind auch bei den Mitarbeitenden von Suchtpräventionsstellen wichtig, um einerseits eine hohe Kultursensibilität und andererseits Kenntnisse über Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit und deren Verteilung bei den mit der Suchtprävention Befassten zu erreichen.

Literaturhinweise

Achermann Ch., Chimenti M., Stants F. (2006): Migration, Prekarität und Gesundheit – Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel.

Bundesamt für Gesundheit (2007): Wie gesund sind Migranten und Migrantinnen?

Bericht über Suchtverhalten und –prävention bei Migrantinnen und Migranten (2005). Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung, Zürich.

Moscovici S. (2000): Social Representations: Explorations in Social Psychology, Polity Press.

Salman R., Tuna S. und Lessing A. (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Giessen. Psychosozialverlag.

Settertobulte, W. (2001): Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In: Marschalck, P. & Wiedl, K.-H. (Hrsg.): Migration - Krankheit und Gesundheit. Aspekte vom Mental Health und Public Health in der Versorgung von Migranten. (IMIS Schriften Bd. 10), Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Anhang Fragebogen

Expertenbefragung Suchtpräventionsspezialisten Alkohol & Tabak Interviewleitfaden

Für den Interviewer:

Einleitung: kurze Erläuterung der Projektziele; Bezug auf das vorgängige Anschreiben; grundsätzliche Anonymisierung (wenn z.B. bei Zitaten unmöglich, Rückfrage bei Befragtem); Einwilligung, dass vereinzelt Antworten auf Tonband aufgenommen werden dürfen.

Wo bei den Fragen angebracht und möglich, nach Alkohol und Tabak differenzieren bzw. Einwände, Differenzierungen bei der Vorgabe „Suchtprävention“ entsprechend notieren.

(Allgemeine Interviewangaben)

1. Interview durchgeführt von (Name):
2. Interviewdatum:
3. Interviewdauer (Minuten):
4. Interviewpartner (Name):
5. Einrichtungsbezeichnung:
6. Ort/Kanton:

(Allgemeine Angaben zur Institution; Affinität zur Migrationsthematik)

7. Auf welchen Präventionsgebieten ist Ihre Einrichtung tätig?

(Interviewer: Zutreffenden Bereich jeweils ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)

- Tabak (1)
- Alkohol (2)
- Illegale Drogen (3)
- Gesundheitsförderung allgemein (4)
- Andere, welche: (5)

8. Zahl der MitarbeiterInnen/Stellenprozente insgesamt:

9. Zahl der MitarbeiterInnen/Stellenprozente im Suchtpräventionsbereich:

10.* Beschäftigen Sie Personen mit Migrationshintergrund?

- Nein (0) → **(weiter mit Frage 11)**
- Ja (1) → **(hier weiter)**

Wie viele?

Aus welchen Ländern und welchen Ethnien?

In welcher Funktion?

11.* Unterhält Ihre Einrichtung Kontakte mit Organisationen oder Fachpersonen, welche sich mit **Migrationsfragen** befassen?

- Nein (0) → **(weiter mit Frage 12)**
- Ja, nämlich: (1) → **(bitte aufführen; Art der Kontakte nachfragen und notieren)**

12.* Welche Einrichtungen sind Ihnen im Tätigkeitsbereich Ihrer Einrichtung **bekannt**, die sich mit **Migrationsfragen** befassen?

- Mir sind keine solche Einrichtungen bekannt (0) → **(weiter mit Frage 13)**
- Ich kenne folgende Einrichtungen: (1) → **(bitte aufführen)**

13. Hat Ihre Einrichtung **ganz allgemein Auslandskontakte**?

- Nein (0) → **(weiter mit Frage 14)**
- Ja, nämlich: (1) → **(bitte aufführen)**

(Interviewer:) Könnten Sie mir bitte ein Exemplar des letzten Jahresberichtes überlassen?

(Angaben zur Person und Einstellungen des interviewten Suchtpräventionsverantwortlichen zu allgemeinen Migrationsfragen)

14. Könnten Sie mir zunächst noch einige Angaben zu Ihrer Person machen?

14.1. Genaue Funktionsbezeichnung im Bereich Prävention, hierarchische Stellung:

14.2. Berufsausbildung:

14.3. Dauer der Berufserfahrung im Suchtpräventionsbereich:

(Interviewer: bitte selbst ankreuzen)

14.4. Geschlecht

- männlich
- weiblich

15. Haben Sie selbst in Ihrem persönlichen **Bekanntens- und Freundeskreis** Kontakt zu Personen mit Migrationshintergrund?

- Nein (0) → **(weiter mit Frage 16)**
- Ja, und zwar aus folgenden Ländern: (1) → **(bitte Zahl und Länder notieren)**

16. Können Sie kurz umreißen, was Sie unter dem **Begriff ‚Integration‘** im vorliegenden Zusammenhang verstehen?

(Interviewer: bitte stichwortartig mitnotieren)

(Allgemeine Haltung zur transkulturellen Suchtprävention und deren Möglichkeiten sowie Informationsstand)

- 17.* Für wie dringlich halten Sie die Entwicklung und Umsetzung von Suchtpräventionsprogrammen speziell für Gruppen mit Migrationshintergrund in der Schweiz?

Bitte geben Sie einen Wert auf einer Skala von Null bis Zehn an, wobei **Null 'überhaupt nicht dringlich'** und **Zehn 'äusserst dringlich'** bedeutet, und begründen Sie Ihre Dringlichkeitseinstufung bitte kurz.

(Interviewer: Bewertungszahl und Begründung notieren)

Dringlichkeitseinstufung:

18. Wie sehen Sie die Dringlichkeit nach **spezifischen Problemfeldern**?

Bitte geben Sie bei der Liste, die ich Ihnen gleich vorlese, jeweils die Dringlichkeit an und benutzen Sie wieder eine Zahl zwischen 0 und 10 wie eben.

(Interviewer: jeweils Bewertungsziffer und Stichwortkommentar eintragen)

Dringlichkeit transkultureller Suchtprävention auf dem Gebiet ...

181 Tabak:

182 Alkohol:

183 Illegale Drogen (falls ja, welche?):

184 Gesundheitsförderung allgemein:

185 Andere Gebiete:

19a. Wie schätzen Sie den Alkohol- und Tabakkonsum bei den verschiedenen Migrationsgemeinden ein?

19b. Könnten Sie bitte noch genauer angeben, worauf diese Einschätzung beruht?

20a. Sollten sich Bemühungen zur transkulturellen Suchtprävention auf spezifische Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund konzentrieren?

- Nein (0) → **(weiter mit Frage 20b)**
- Ja, und zwar auf folgende Gruppen: (1) → **(bitte aufführen)**

20b. Könnten Sie bitte noch genauer angeben, worauf Ihre Einschätzung beruht?

21a. Gibt es Ihrer Meinung nach unterschiedliche Vorstellungen über Sucht und Gesundheit und Krankheit bei den Migrationsgruppen?

- Nein (0) → **(weiter mit Frage 21b)**
- Ja, und zwar: (1)

→ **(!!! INTERVIEWER: WENN JA, TONBANDMITSCHNITT!!!)**

(Interviewer: ENDE TONBANDMITSCHNITT, weiter mit Frage 21b)

21b. Könnten Sie bitte noch genauer angeben, worauf diese Einschätzung beruht?

2. Welche Merkmale der Personen mit Migrationshintergrund sollten bei der Entwicklung spezifischer Suchtpräventionsprogramme **auf jeden Fall berücksichtigt** werden und welche sind **eher unwichtig**? Ich lese Ihnen nun eine Liste solcher Merkmale vor.

(Interviewer eintragen: ,1'=auf jeden Fall / '0'=eher unwichtig)

- 221 Aufenthaltsstatus:
- 222 Aufenthaltsdauer:
- 223 Sozioökonomischer Status
(Einkommen und Ausbildung):
- 224 Alter:
- 225 Geschlecht:
- 226 Religionszugehörigkeit:
- 227 Nationalität:
- 228 Herkunftsregion:
- 229 Sprachkenntnisse:
- 230 Haushaltszusammensetzung
mit oder ohne Kinder:
- 231 Zivilstand:
- 232 Andere: **(bitte aufführen)**

23. Welche **Strategien und Möglichkeiten** sehen Sie, um Personen mit Migrationshintergrund möglichst optimal mit Suchtpräventionsbotschaften zu **erreichen**?

(Interviewer: wenn nicht spontan genannt, auch nach geeigneten Settings nachfragen)

→ **(!!! INTERVIEWER: TONBANDMITSCHNITT!!!)**

(Interviewer: ENDE TONBANDMITSCHNITT, weiter mit Frage 24a)

24a. Ist Ihnen die Strategie „Migration und Gesundheit 2002 bis 2007“ des Bundes bekannt?

- Nein (0) → **(weiter mit Frage 24b)**
- Ja (1) → **(wenn keine Spontanangaben bei der Einleitungsfrage, hier weiter)**

Können Sie genauer angeben, welche Aussagen des Berichtes Ihnen im Einzelnen bekannt sind?

(Interviewer: Stichworte notieren)

24b. Wie schätzen Sie den Zugang zu den Informationen und Suchtpräventionsangeboten (Alkohol/Tabak) für die Personen mit Migrationshintergrund ein?

25. Kommen Ihnen „Todsünden“ in den Sinn, die bei der Entwicklung spezifischer Suchtpräventionsprogramme auf jeden Fall vermieden werden sollten?

- Nein (0) → **(weiter mit Frage 26)**
- Ja, nämlich: (1) → **(bitte auführen)**

(Potentialanalyse bzw. aktuelles Engagement der Einrichtung im Bereich transkulturelle Suchtprävention)

26.* Hat Ihre Einrichtung in der Vergangenheit oder aktuell Migrationsaspekte bei Ihrer Suchtpräventionstätigkeit berücksichtigt – auch wenn dies nur an Rande geschehen sein sollte?

(Interviewer: zutreffende Antwort ankreuzen)

- Nein, bislang und aktuell überhaupt nicht berücksichtigt (0) → **(weiter mit Frage 27)**
- Ja, diese Aspekte wurden bereits bei Projekten berücksichtigt (1) → **(weiter mit Frage 29a)**
(!!! INTERVIEWER: bei Frage 29 TONBANDMITTSCHNITT !!!)

27. Wo sehen Sie die Hauptursachen, dafür, dass die Migrationsproblematik bei der Suchtpräventionsarbeit Ihrer Einrichtung bislang *nicht* aufgegriffen wurde?

28. Welche Bedingungen müssten Ihrer Ansicht nach gegeben sein, um ein Engagement in diesem Bereich zu ermöglichen?

(Interviewer: nur nachfragen, falls nicht bereits spontan genannt)

(Interviewer: Danach weiter mit Frage 30a)

- 29a. Können Sie diese Projekte bitte kurz beschreiben und dabei auf deren jeweilige Initialzündung, Gründe, Finanzierung, Zielsetzung und Erfolgserlebnisse eingehen, aber auch auf Probleme, die bei der Umsetzung der Projekte aufgetreten sind?

(Interviewer: für jedes Projekt notieren und ggf. Positiv- und Negativ-Highlights ausdrücklich nachfragen. Ggf. nachfragen, ob Beratungsangebote und Projekte zwischen sprachlich assimilierten und nicht assimilierten Personen mit Migrationshintergrund differenzieren)

(!!! INTERVIEWER: TONBANDMITSCHNITT!!!)

(29a, Beschreibung aktueller Projekte und Angebote im transkulturellen Bereich, Fortsetzung)

(Interviewer: ENDE TONBANDMITSCHNITT)

- 29b. Sind diese Projekte und Aktivitäten dokumentiert? Werden Statistiken in diesem Bereich erstellt?
- Nein (0) → **(weiter mit Frage 29c)**
 - Ja, und zwar: (1) → **(bitte aufführen)**

29c. Woher haben Sie für diese und andere Projekte das hierfür notwendige migrationsspezifische Fachwissen bezogen?

○ Extern, und zwar (1) → **(bitte aufführen)**

○ Intern, und zwar: (2) → **(bitte aufführen)**

30a.* Mit Blick auf die Zukunft, planen Sie Ihr Engagement in der transkulturellen Suchtprävention in Zukunft ...

(Interviewer: Zutreffendes ankreuzen)

○ zu reduzieren (0)

○ auf dem gegenwärtigen Stand
beizubehalten (1)

○ Auszubauen (2)

○ weiss noch nicht (3) → **(weiter mit Frage 30b)**

30b. Können Sie das kurz begründen?

31. Welche Bedingungen müssten Ihrer Ansicht nach gegeben sein, um ein stärkeres Engagement in diesem Bereich zu ermöglichen?

(Interviewer: nur nachfragen, falls nicht bereits spontan genannt)

Ich danke Ihnen für dieses Interview; wir informieren Sie zu gegebener Zeit über die Ergebnisse.

(Ende des Interviews)

Interviewer: Bemerkungen zum Interview-Verlauf in Stichworten: