



## Departement Angewandte Linguistik

Institut für Übersetzen und Dolmetschen

## Departement Soziale Arbeit

Institut Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe

# ***Lessons Learned* aus der Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung**

Dezember 2023

Prof. Dr. phil. habil. Ulla Kleinberger, Leiterin Professur Angewandte Gesprächs und Textlinguistik, Institut für Übersetzen und Dolmetschen IUED, Departement Angewandte Linguistik der ZHAW

Prof. Dr. Miryam Eser Davolio, Dozentin, Institut Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe IVGT, Departement Soziale Arbeit, ZHAW

Natalie Schwarz, MA in Social Sciences, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Übersetzen und Dolmetschen IUED, Departement Angewandte Linguistik der ZHAW

Kushtrim Adili, MA in European and Global Studies, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe IVGT, Departement Soziale Arbeit der ZHAW

Dr. Gilles Merminod, Dozent, Sektion Französisch, Philosophische Fakultät der Universität Lausanne

## Executive Summary

(Deutsch)

Die Covid-19-Pandemie hat die Wichtigkeit hervorgehoben, sozial benachteiligte Personen mit geringer formaler Bildung, begrenzter Gesundheitskompetenz und/oder geringen Kenntnissen einer Landessprache mit verlässlichen und aktuellen Gesundheitsinformationen zu erreichen. In der Schweiz hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verschiedene Massnahmen ergriffen, dazu gehörte die Übersetzung von Informationsmaterialien in verschiedene, in diesem Kontext relevante Sprachen, die Erstellung spezifischer Materialien und die Nutzung geeigneter Verbreitungskanäle.

Darüber hinaus finanzierte das BAG während der Pandemie diverse Initiativen, die von zielgruppennahen Organisationen umgesetzt wurden: So produzierte und verbreitete migesMedia, eine Plattform von migesplus.ch, zielgruppengerecht zentrale Botschaften des Bundes in Zusammenarbeit mit Medien der Migrationsbevölkerung. Public Health Services stellte aufsuchende Angebote zur Stärkung der Impfbereitschaft und zur verbesserten Umsetzung der Covid-19-Schutzmassnahmen in mehreren Sprachen via zivilgesellschaftliche Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung und für Menschen in prekären Lebenssituationen via den ihnen nahestehenden Fach-, Anlauf- und Beratungsstellen bereit. Dabei arbeiteten sie in online- oder Face-to-Face-Interventionen mit Ärzt:innen zusammen. Zur Erreichung der Migrationsbevölkerung wurde mit Ärzt:innen aus der jeweiligen Migrationsgemeinschaft zusammengearbeitet. Der Verein Femmes-Tische und Männer-Tische führte moderierte Online-Gesprächsrunden in unterschiedlichen Sprachen durch, worin zwischen geschulten Multiplikator:innen aus zahlreichen Migrationsgemeinschaften und teilnehmenden Zielpersonen Fragen zu Gesundheit, Familie und Integration diskutiert wurden.

Die vom BAG in Auftrag gegebene Studie «Lessons Learned aus der Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung» hat zum Ziel, im Schweizer Kontext Lehren aus der Covid-19-Kommunikation für die Migrationsbevölkerung und mit anderen sozial benachteiligten Gruppen zu ziehen. Darauf basierend wurden Grundlagen für einen Leitfaden für Gesundheitsorganisationen zusammengefasst. Die Studie basiert auf einer umfassenden Desk Research, auf Fokusgruppen und Interviews sowie auf einer Online-Befragung mit relevanten Stakeholdern. Die Einzelteile wurden ausgewertet sowie trianguliert, so dass *Lessons Learned*, *Good Practices* und Empfehlungen daraus abgeleitet werden konnten.

Die Ergebnisse der Desk Research, in welcher einschlägige Schweizer und internationale Publikationen konsultiert wurden, verdeutlichen als wichtige *Lessons Learned*, dass die Gesundheitskommunikation mit der Migrationsbevölkerung die wirtschaftliche und soziale Vulnerabilität – insbesondere den *Digital Divide* sowie prekäre Lebenslagen – stärker berücksichtigen sollte. Ebenso beeinflussen sozio-kulturelle, sozioökonomische und bildungsbezogene Faktoren das Verstehen sowie die Akzeptanz von Gesundheitsinformationen und Schutzmassnahmen, weshalb der Einbezug von Schlüsselpersonen aus den Migrationsgemeinschaften bei der Produktion wie auch bei der Verbreitung von Gesundheitsinformationen eine *Good Practice* darstellt.

Die Online-Befragung (N=102) zeigt, dass die Qualität und Nutzbarkeit der Informationsmaterialien des BAG von den befragten Stakeholdern deutlich positiv bewertet wurde. Allerdings gab es Herausforderungen in Bezug auf die Verwendung dieser Materialien für Übertragungskanäle wie WhatsApp. Zusätzlich wurde die zeitgerechte Verfügbarkeit übersetzter Informationen moniert und dass die Stakeholder bei der Erarbeitung sowie teilweise auch bei der Verbreitung nicht genügend einbezogen wurden. Schliesslich liegt eine weitere Herausforderung in der barrierefreien bzw. barriere reduzierten Kommunikation und der Vermittlung von komplexen Sachverhalten.

Die Fokusgruppen und Interviews in den drei Sprachregionen mit Stakeholdern (N=25), die stark in die Covid-19-Kommunikation des BAG mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen involviert waren, führten zu Empfehlungen für das BAG, darunter die informative Adressierung von zielgruppenspezifischen Vulnerabilitäten, den Einsatz einer leicht verständlicher Sprache in Merkblättern, die Produktion multimodaler Informationsangebote, den Einbezug von Identifikationsfiguren der Zielgruppe sowie aufsuchende und Face-to-Face-Informationsangebote, um auch Personen in prekären Lebenslagen oder durch den *Digital Divide* abgeschnittene Gruppen zu erreichen.

Die Triangulation der Teilergebnisse aus den Fokusgruppen und Interviews, der Online-Befragung sowie der Desk Research ergab für eine effizient und wirksam gestaltete Krisenkommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen vor, während und nach einer Pandemie Empfehlungen in den Bereichen «Zielgruppengerechte Informationsaufbereitung», «Bildung behördlicher Synergien» und «Vernetzung und Kollaboration mit Zielgruppen oder zielgruppennahen Organisationen».

- Zielgruppengerechte Botschaften und Informationen sollen übersetzt, auditiv oder audio-visuell sein sowie über zielgruppenspezifische Medien/Kommunikationskanäle oder Expert:innen und Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung verbreitet werden.
- Durch Absprachen, Transfer und klare Rollenzuweisung sollen behördliche Synergien geschaffen werden, um die Krisenkommunikation effizienter und kohärenter umzusetzen.
- Die Vernetzung mit NGOs, Migrantenvereinen sowie mit Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung für die Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen soll weiter ausgebaut werden, bspw. mittels einer Co-Produktion von Informationen oder Peer-to-Peer-Ansätzen.

(Français)

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'importance de communiquer des informations de santé fiables et actuelles aux personnes socialement défavorisées, qu'elles aient un faible niveau d'éducation, une littératie en santé limitée et/ou une connaissance réduite de la langue locale. En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a pris plusieurs mesures, notamment la traduction de documents d'information dans différentes langues (pertinentes dans le contexte pandémique), la création de documents spécifiques pour certains groupes cibles et l'utilisation de canaux de diffusion adaptés.

L'OFSP a en outre financé pendant la pandémie différentes initiatives mises en œuvre par des organisations proches des groupes cibles : c'est ainsi que migesMedia, une plate-forme de migesplus.ch, a produit et diffusé les messages principaux de la Confédération destinés aux groupes cibles, en coopération avec les médias de la population migrante. Des offres de proximité visant à renforcer la motivation à se faire vacciner et à améliorer la mise en œuvre des mesures de protection relatives au COVID-19 ont été mises à disposition en plusieurs langues par Public Health Services via des associations de migrant-e-s et, pour les personnes en situation de précarité, via des centres spécialisés, d'accueil et de conseil qui leur sont proches. Ils ont collaboré avec des médecins spécialisé-e-s dans le domaine de la migration et de l'asile dans le cadre des interventions en ligne ou en face-à-face. Pour atteindre la population migrante, ils ont collaboré avec des médecins issus de la communauté migratoire respective. L'association Femmes-Tische et Männer-Tische a organisé des tables rondes en ligne en différentes langues, au cours desquelles des multiplicateurs et multiplicatrices formé-e-s, et issu-e-s de diverses communautés migrantes, ont discuté de questions relatives à la santé, à la famille et à l'intégration.

L'étude *Quels enseignements tirer de la communication sur le COVID-19 avec la population migrante* commandée par l'OFSP, visait à identifier quels enseignements pouvaient être tirés de la communication à propos du COVID-19 avec la population migrante et d'autres groupes socialement défavorisés dans le contexte suisse. La synthèse des enseignements tirés fournit les bases pour une guide à destination des institutions sanitaires. L'étude est basée sur trois axes : une recherche documentaire approfondie sur la question, une enquête en ligne et des entretiens individuels et collectifs (*focus groups*). Les trois axes ont été évalués et recoupés afin que puissent être formulées des bonnes pratiques et des recommandations.

Les résultats de la recherche documentaire – au cours de laquelle ont été consultées des publications suisses et internationales portant sur la question – indiquent que la communication en matière de santé avec la population migrante devrait prendre davantage en compte la vulnérabilité économique et sociale, en particulier la fracture numérique et les conditions de vie précaires. De même, les facteurs socioculturels, socioéconomiques et éducatifs influencent la compréhension et l'acceptation des mesures sanitaires en temps de pandémie. C'est pourquoi la participation de personnes clés issues des communautés migrantes tant à la production qu'à la diffusion d'informations sur la santé est une bonne pratique.

Selon l'enquête en ligne (N=102), la qualité des documents d'information de l'OFSP a été jugée positivement par les personnes interrogées. Des critiques ont néanmoins été émises à propos de l'utilisation de ces matériaux pour les canaux de diffusion comme WhatsApp, de la disponibilité en temps voulu des informations traduites, et du fait que les personnes concernées n'étaient pas suffisamment impliquées dans le développement et, parfois, la diffusion de ces documents d'information. Le sondage a encore pointé un autre défi communicationnel : celui de la communication accessible et de la communication de questions complexes.

Les entretiens individuels et collectifs dans les trois régions linguistiques avec des personnes concernées (N=25) – c'est-à-dire fortement impliquées dans la communication de l'OFSP à propos du COVID19 avec des groupes de migrant-e-s socialement défavorisé-e-s – ont abouti à des recommandations à l'intention des autorités sanitaires, notamment concernant la prise en compte des vulnérabilités spécifiques aux différents groupes cibles, l'utilisation dans les brochures d'un langage accessible, la production de matériel d'information multimodal, l'inclusion de figures auxquelles les personnes des groupes cibles peuvent s'identifier ainsi que la mise à disposition d'offres d'information de proximité et en face-à-face (ceci afin d'atteindre les personnes en situation précaire ou les groupes isolés par la fracture numérique).

La triangulation des résultats partiels des groupes de discussion et des entretiens, de l'enquête en ligne et de la recherche documentaire a débouché sur des recommandations visant une communication de crise efficace et efficiente avec les groupes de migrant-e-s socialement défavorisé-e-s avant, pendant et après une pandémie, et concernant les domaines suivants : « traitement et présentation des informations », « création de synergies institutionnelles », « mise en réseau et collaboration avec les groupes cibles ou des organisations proches des groupes cibles ».

- L'information destinée aux groupes cibles doit être rendue accessible à l'aide de traductions, de productions audio et audiovisuelles et d'une diffusion via les médias/canaux de communication spécifiques aux groupes cibles ou via des expert-e-s et des personnes migrantes.
- Des synergies institutionnelles doivent être créées par le biais d'accords, de transmissions et d'une attribution claire des rôles entre les parties prenantes afin de mettre en œuvre plus efficacement et de manière plus cohérente les processus de communication de crise.
- La production et la diffusion d'informations sur la santé doivent reposer encore davantage sur la mise en réseau avec les ONG, les associations de migrant-e-s et les personnes clés de la population migrante, par exemple par le biais de la coproduction d'informations ou d'approches *peer-to-peer*.

(Italiano)

La pandemia di COVID-19 ha messo in rilievo l'importanza di raggiungere, attraverso informazioni sanitarie affidabili e aggiornate, le persone socialmente svantaggiate con scarsa istruzione formale, limitate conoscenze in ambito sanitario e/o della lingua locale. In Svizzera, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha adottato diverse misure, tra cui la traduzione di materiale informativo in diverse lingue (rilevanti nel contesto pandemico), l'elaborazione di materiale specifico per i gruppi target e il ricorso a canali di diffusione adeguati.

Durante la pandemia l'UFSP ha finanziato diverse iniziative messe in atto da organizzazioni vicine ai gruppi target. Ad esempio, migesMedia, una piattaforma di migesplus.ch, in collaborazione con i media della popolazione migrante, ha prodotto e diffuso messaggi chiave della Confederazione. Public Health Services ha fornito materiale in diverse lingue per sollecitare, attraverso la collaborazione delle organizzazioni della società civile della popolazione migrante, la disponibilità a vaccinarsi e migliorare l'attuazione delle misure di protezione COVID-19 e, attraverso i centri specializzati, di contatto e di consulenza, è intervenuta a favore delle persone in situazioni di vita precarie. Inoltre, ha predisposto per le persone nel settore della migrazione e dell'asilo interventi online o faccia a faccia con i medici. Per raggiungere la popolazione migrante, hanno collaborato con i medici delle rispettive comunità di migranti. L'associazione Femmes-Tische e Männer-Tische ha condotto gruppi di discussione online in varie lingue nei quali moltiplicatori formati da numerose comunità di migranti e persone target dibattevano su questioni relative a salute, famiglia e integrazione.

Lo studio "*Quali insegnamenti trarre dalla comunicazione sul COVID-19 con la popolazione migrante*", commissionato dall'UFSP, mira a identificare quali insegnamenti possono essere tratti in merito alle forme di comunicazione sul COVID-19 con la popolazione migrante e altri gruppi socialmente svantaggiati nel contesto svizzero. La sintesi degli *insegnamenti tratti* costituisce la base per una guida per le istituzioni sanitarie. Lo studio si basa su tre criteri: un'ampia ricerca documentale, interviste individuali e collettive (focus group) e un'indagine online con i soggetti interessati. Le singole parti sono state valutate e triangolate in modo da poter trarre insegnamenti, buone pratiche e raccomandazioni.

I risultati della ricerca documentale, in cui sono state consultate pubblicazioni svizzere e internazionali che affrontano il tema, evidenziano che la comunicazione sanitaria con la popolazione migrante dovrebbe tenere maggiormente conto delle situazioni di vulnerabilità economica e sociale, in particolare quelle riguardanti il divario digitale e le condizioni di vita precarie. Anche i fattori socio-culturali, socio-economici ed educativi influenzano la comprensione e l'accettazione delle informazioni sulla salute e delle misure sanitarie di protezione in tempi di pandemia; per tale ragione, il coinvolgimento di persone chiave delle comunità di migranti tanto nella produzione quanto nella diffusione di informazioni sanitarie rappresenta una buona pratica.

L'indagine online (N=102) mostra che la qualità del materiale informativo dell'UFSP è stata valutata positivamente dagli stakeholder intervistati. Tuttavia, sono state riscontrate criticità nell'utilizzo di questi materiali per canali di trasmissione come WhatsApp. Inoltre, si sono avute delle difficoltà circa la disponibilità puntuale delle informazioni tradotte e lo scarso coinvolgimento degli stakeholder nella elaborazione di tali informazioni e, in alcuni casi, anche nella loro diffusione. Infine, un'altra sfida è rappresentata dalla comunicazione senza barriere o solo in parte accessibile e dalla comunicazione di questioni complesse.

Le interviste individuali e collettive condotte nelle tre regioni linguistiche con gli stakeholder (N=25) fortemente coinvolti nella comunicazione dell'UFSP sul COVID-19 con i gruppi target di migranti socialmente svantaggiati hanno portato a formulare alcune raccomandazioni all'indirizzo delle autorità sanitarie, tra cui la considerazione delle vulnerabilità specifiche dei gruppi target, l'uso di un linguaggio accessibile nelle schede e opuscoli informativi, la produzione di servizi informativi multimodali, l'inclusione di figure identificative del gruppo target, nonché offerte informative di prossimità e faccia a faccia allo scopo di raggiungere anche persone in situazioni di vita precarie o gruppi esclusi a causa del divario digitale.

La triangolazione dei risultati parziali dei focus group e delle interviste, dell'indagine online e della ricerca documentale ha portato, ai fini di una comunicazione di crisi efficiente ed efficace con i gruppi svantaggiati prima, durante e dopo una pandemia, a raccomandazioni negli ambiti delle misure adottate dalle autorità, del networking e della gestione delle informazioni.

- Le informazioni e i messaggi rivolti ai gruppi target devono essere resi accessibili attraverso traduzioni, produzioni audio e audiovisive e diffusi attraverso i media/canali di comunicazione specifici dei rispettivi gruppi target oppure attraverso esperti con un background migratorio e persone chiave.
- È necessario creare sinergie istituzionali attraverso accordi, passaggi di consegne e una chiara ripartizione dei ruoli tra le parti interessate, al fine di attuare la comunicazione di crisi in modo più efficiente e coerente.
- È necessario ampliare ulteriormente la rete con le ONG, le associazioni di migranti e le persone chiave per la produzione e la diffusione di informazioni sulla salute, ad esempio attraverso la coproduzione di informazioni o contatti peer-to-peer.

## Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	8
2	Auftrag und Ziel des Mandats .....	8
3	Untersuchungsanlage .....	9
3.1	Online-Befragung.....	10
3.2	Fokusgruppen und Interviews.....	10
3.3	Desk Research.....	10
3.4	Zusammenfassung.....	11
4	Vorgehen und Datengrundlage .....	11
4.1	Standardisierte Online-Befragung.....	11
4.1.1	Konstruktion des Fragebogens .....	11
4.1.2	Stichprobe .....	12
4.1.3	Teilnahmequote und Zusammensetzung der Befragten .....	13
4.1.4	Auswertung, Aussagekraft und Abstützung der Ergebnisse.....	13
4.2	Fokusgruppen und Interviews.....	14
4.2.1	Leitfadenkonstruktion .....	14
4.2.2	Stichprobe .....	14
4.2.3	Zusammensetzung der Teilnehmenden.....	14
4.2.4	Auswertung.....	15
4.2.5	Aussagekraft und Abstützung der Ergebnisse .....	15
4.3	Desk Research.....	15
4.3.1	Stichprobe .....	15
4.3.2	Recherche .....	15
4.3.3	Auswertung.....	15
4.3.4	Aussagekraft und Abstützung der Ergebnisse .....	16
4.4	Triangulation der Ergebnisse aus den Erhebungsteilen .....	16
5	Evaluation der Kommunikationspraktiken des BAG .....	16
5.1	Ergebnisse aus der Online-Befragung.....	16
5.1.1	Grundstimmung .....	16
5.1.2	Hinweise für Schwachstellen.....	17
5.2	Ergebnisse aus den Fokusgruppen/Interviews.....	20
5.2.1	Positive Aspekte der BAG-Kommunikation.....	21
5.2.2	Negative Aspekte der BAG-Kommunikation .....	21
5.2.3	BAG-Logo.....	22
5.3	Vergleich der Ergebnisse aus Online-Befragung und Fokusgruppen/Interviews .....	23
6	Lessons Learned .....	24
6.1	Normalisierung einer Gesundheitskommunikation in Nicht-Landessprachen .....	24
6.2	Relevanz sozioökonomischer und bildungsbezogener Ungleichheiten sowie kultureller und geografischer Faktoren.....	25
6.3	Verwendung leicht verständlicher Sprache und audio-visueller Formate.....	25
6.4	Bedeutung einer inklusiven Kommunikationsstrategie .....	26
6.5	Bedeutung der Online-Kanäle und Kinder als Informationsvermittelnde.....	26

6.6 Berücksichtigung des <i>Digital Divide</i> .....	27
6.7 Parallele Rezeption unterschiedlicher Gesundheitsinformationen .....	27
6.8 Erweiterte Informationsbedürfnisse .....	27
6.9 Transparente und korrektive Gesundheitskommunikation .....	28
6.10 Argumente für Entkräftung von Falschinformationen .....	28
6.11 Interdisziplinärer und interbehördlicher Austausch.....	28
6.12 Klare Kommunikation von Zuständigkeiten .....	29
6.13 Supervision der Belastungssituation von Multiplikator:innen.....	29
6.14 Sensibilisierung zu zielgruppenspezifischen Informationsbedürfnissen.....	29
7 Good Practices .....	30
7.1 Produktion von Informationsangeboten .....	30
7.2 Informationsverbreitung .....	31
8 Die Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung in den Nachbarländern.....	33
8.1 Frankreich .....	33
8.2 Italien.....	34
8.3 Österreich.....	34
8.4 Deutschland .....	35
8.5 Fürstentum Liechtenstein.....	35
8.6 Die Schweiz im kontrastierenden Vergleich .....	35
9 Schlussfolgerungen für eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen.....	36
9.1 Herleitung.....	36
9.2 Zielgruppengerechte Informationsaufbereitung .....	36
9.2.1 Anforderungen für verständliche Gesundheitsinformationen .....	37
9.2.2 Anforderungen für bedarfsgerechte Gesundheitsinformationen .....	37
9.2.3 Anforderungen für rezipierbare Gesundheitsinformationen .....	38
9.3 Bildung behördlicher Synergien .....	39
9.4 Beispiele guter Praxis .....	40
9.5 Schlussbemerkungen.....	40
Anhang.....	42
Liste der Teilnehmer:innen an den Fokusgruppen- und Interviews.....	42
Thematischer Literatur- und Forschungsstand .....	43
Zitierte Grafiken der Online-Befragung .....	46
Grundlagen für einen Leitfaden für eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen in Krisenzeiten .....	55

# 1 Ausgangslage

Ein langjähriger Schwerpunkt des Bundesamts für Gesundheit» (fortan BAG) und insbesondere seiner Sektion «Gesundheitliche Chancengleichheit» ist die Unterstützung von Gesundheitsorganisationen bei der Produktion und Verbreitung von leicht verständlichen Gesundheitsinformationen für Personen mit geringer Gesundheitskompetenz und/oder geringen Kenntnissen einer Landessprache. Unter anderem unterstützt das BAG deshalb seit vielen Jahren den Aufbau und die Weiterentwicklung von migesplus.ch – einem Kompetenzzentrum des Schweizerischen Roten Kreuzes für die Produktion und Verbreitung von verständlichen Gesundheitsinformationen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Während der Pandemie wurde besonders deutlich, dass auch sozial benachteiligte Personen mit wenig formeller Bildung, wenig Gesundheitskompetenz und/oder geringen Kenntnissen einer Landessprache mit vertrauenswürdigen Informationen zu den Covid-19-Massnahmen erreicht werden müssen. Das BAG hat über seine Website, via Faktenblätter, Medienkonferenzen und Kampagnen kommuniziert und zusätzliche Anstrengungen unternommen, sozial benachteiligte Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen. So wurden einerseits bestehende Informationsmaterialien in mehrere Sprachen übersetzt, auf spezifische Zielgruppen ausgerichtete Informationsmaterialien erstellt und andererseits geeignete Verbreitungskanäle genutzt, um diese Zielgruppen zu erreichen.

Im Weiteren beauftragte das BAG die Plattform migesMedia (eine Vernetzungsplattform von migesplus.ch) mit der Produktion und Verbreitung zentraler Botschaften des Bundes in Zusammenarbeit mit Medien der Migrationsbevölkerung (Diasporamedien). Produzierte Beiträge wurden in zahlreichen Sprachen via diese Medien publiziert und zur weiteren Verbreitung auf [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch) aufgeschaltet. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit konnten die Betreibenden dieser Medienkanäle für die Produktion der Informationsformate Finanzierungsgesuche bei migesMedia stellen.

Public Health Services (PHS) erhielt vom BAG wiederum den Auftrag, aufsuchende Angebote zur Stärkung der Impfbereitschaft und zur verbesserten Umsetzung der Covid-19-Schutzmassnahmen in mehreren Sprachen via zivilgesellschaftliche Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung (Vereine, religiöse Einrichtungen, Gewerkschaften, informelle Gruppen) und für Menschen in prekären Lebenssituationen via den ihnen nahestehenden Fach-, Anlauf- und Beratungsstellen bereitzustellen. Im Rahmen dieser Interventionen konnten Zielgruppenpersonen online oder Face-to-Face mit Ärzt:innen das Impfen, die Schutzmassnahmen sowie darauf bezogenen Fragen besprechen konnten. Im Austausch mit der Migrationsbevölkerung wurde mit Ärzt:innen aus der jeweiligen Migrationsgemeinschaft zusammengearbeitet.

Das BAG leistete zudem eine finanzielle Unterstützung für den Verein Femmes-Tische und Männer-Tische Schweiz, ein regional breit verankertes Netzwerk der Migrationsbevölkerung für niederschwellige Gesundheitsbildung. Sie haben moderierte Online-Diskussionsrunden in unterschiedlichen Sprachen durchgeführt, worin während der Pandemie zwischen geschulten Multiplikator:innen aus zahlreichen Migrationsgemeinschaften und teilnehmenden Zielpersonen Fragen zu Gesundheit, Familie und Integration diskutiert wurden.

## 2 Auftrag und Ziel des Mandats

Das vorliegende Studienmandat beinhaltet die Zusammenstellung von Erfahrungen aus der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung. Erfolgsfaktoren bei der Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen werden identifiziert, um Schlüsse für die künftige Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen zu ziehen, die für sozial benachteiligte Migrationsgruppen und gegebenenfalls auch für weiteren sozial benachteiligten Gruppen einen Mehrwert haben.

Auf der Grundlage der Ergebnisse werden die Mandatnehmenden ausserdem Optimierungsmöglichkeiten der Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen und weiteren sozial benachteiligten Personen vorschlagen sowie Grundlagen für einen Leitfaden z.Hd. von Gesundheitsorganisationen erstellen. Dabei soll die Produktion zielgruppengerechter Materialien, die zielgruppengerechte Verbreitung derselben sowie die darauf bezogenen Organisationsprozesse (intern und mit externen Multiplikator:innen) berücksichtigt werden.



Das Mandat beinhaltet drei Teile:

- 1) Die Analyse der Umsetzung und Rezeption (letztere durch zentrale Stakeholder) der von März 2020 (Einführung der Schutzmassnahmen gegen die Corona-Pandemie in der Schweiz) bis März 2022 (Zeitpunkt ihrer landesweiten Aufhebung) erfolgten Covid-19-Kommunikation des BAG und seiner Partner mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung für die Formulierung von *Lessons Learned*.
- 2) Die Formulierung konkreter Lösungsvorschläge bzw. Empfehlungen zur Verbesserung der Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen an sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung sowie weiteren sozial benachteiligte Zielgruppen.
- 3) Die nutzbare und praxisnahe Aufbereitung der Ergebnisse für die künftige Kommunikations- und Kampagnenarbeit mit sozial benachteiligten Zielgruppen in Form von Grundlagen und Vorschlägen für einen Leitfaden, der sich an Mitarbeitende des BAG und weiteren Gesundheitsorganisationen (und deren Mandatnehmende), die Gesundheitsinformationen produzieren und verbreiten, richtet. (siehe Anhang 4)

Der erste Teil des Mandats soll vorwiegend die Analyse der Covid-19-Kommunikation des BAG mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung beinhalten. Unter sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung sind Personen mit Migrationshintergrund gemeint, die wenig Gesundheitskompetenz, wenig/geringe Kenntnisse einer Landessprache haben und die über konventionelle Kommunikationskanäle der Behörden nur schlecht erreicht werden.

Der zweite und dritte Mandatsteil beinhaltet Empfehlungen und Grundlagen für einen Leitfaden für die Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen und weiteren sozial benachteiligten Personen. In diesem Teil ist die Kommunikation von Gesundheitsinformationen für Personen gemeint, die von folgenden Benachteiligungsfaktoren beeinflusst sind:

- keine/wenig formelle Bildung und/oder wenig Gesundheitskompetenz
- tiefer sozio-ökonomischer Status/Armutsbetroffenheit
- mangelnde Integration in Regelstrukturen und Regelangebote
- mit oder ohne Flucht- und Migrationsgeschichte
- mit oder ohne mangelnde Kenntnisse einer Landessprache

Die Analyse und Empfehlungen sollen ausserdem zwingend auf folgende Aspekte der Informationsvermittlung eingehen:

*Informationsmaterialien:* Diese beinhalten alle Formen der Aufbereitung von Botschaften, die vermittelt werden sollen, d.h. schriftlich als auch auditive und audio-visuelle Formen.

*Informationskanäle:* Darunter werden alle Verbreitungswege verstanden, mit welchen Informationen an die Zielgruppe gebracht werden, d.h. neben klassischen Wegen (Webseiten, TV-Kanäle, Social Media, Plakate etc.) auch die Vermittlung über Multiplikator:innen (medizinische Fachpersonen, Sozialarbeitende oder Peers etc.).

### 3 Untersuchungsanlage

Für die Umsetzung der Mandatsteile 1 («Analyse») und 2 («Empfehlungen») wurde ein Forschungsdesign gewählt, dass drei Erhebungsinstrumente zum Einsatz brachte: eine Online-Befragung, leitfadenbasierte Fokusgruppen (Gespräch mit > 1 Person) und Interviews (Gespräch mit 1 Person) sowie eine Desk Research. Ihre Ergebnisse finden in folgenden Mandatsteilen Beachtung:

	Online-Befragung	Fokusgruppen und Interviews	Desk Research
<b>Mandatteil 1</b> «Analyse»			
<b>Mandatteil 2</b> «Empfehlungen»			

### 3.1 Online-Befragung

Die Zielgruppe der Online-Befragung bildeten Fachleute aus dem Gesundheits-, Integrations-, Sozial- und Asylbereich, mit denen das BAG und seine Partner:innen (fortan werden letztere nicht mehr erwähnt, sie sind jedoch gemeint) während der Pandemie für die Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen an sozial benachteiligte Migrationsgruppen zusammenarbeitete. Sie stellen in ihrer Rolle als Multiplikator:innen offizieller Covid-19-Informationen wichtige Stakeholder des BAG dar.

Die Online-Befragung zielte auf eine breite Erhebung umgesetzter Kommunikationsmassnahmen, vorhandener Herausforderungen und verwendeter Informationsmaterialien des BAG seitens der Stakeholder, aber auch auf einen Überblick von Einschätzungen und Bewertungen bezüglich der Planung, Umsetzung, Nutzbarkeit und Rezeption der Covid-19-Kommunikation des BAG mit der hier interessierenden Zielgruppe. Darüber hinaus sollte sie darauf bezogene Besonderheiten in den unterschiedlichen Regionen und Stakeholder-Tätigkeitsfeldern aufzeigen.

### 3.2 Fokusgruppen und Interviews

Als Fokusgruppen- und Interviewteilnehmende interessierten Akteur:innen aus dem Gesundheits-, Integrations-, Sozial- und Asylbereich, die sich an der Covid-19-Kommunikation des BAG für die Migrationsbevölkerung beteiligten, sowie Vertreter:innen von Vereinen und Medien der Migrationsbevölkerung, die als weitere Multiplikator:innen offizieller Covid-19-Informationen während der Pandemie ebenfalls wichtige Stakeholder des BAG bildeten.

Mit Fokusgruppen und Interviews sollten *Lessons Learned* und *Good Practices* auf verschiedenen Ebenen bei der Erreichung sozial benachteiligter Migrationsgruppen in der Schweiz erfasst sowie in Bezug auf ihre Eignung für andere sozial benachteiligte Gruppen diskutiert werden. Hierfür wurden Teilnehmende dazu angehalten, rückblickend und tiefergehend

- A) Erfahrungen, Einschätzungen und Einsichten bezüglich der Covid-19-bezogenen Aufklärung sozial benachteiligter Gruppen der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zu vermitteln sowie positive und negative Aspekte der Covid-19-Kommunikation des BAG mit denselben aufzuzeigen.
- B) *Lessons Learned* aus und *Good Practices* in der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen herauszustellen, die künftig bei der Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen für sozial benachteiligte Gruppen im Allgemeinen Berücksichtigung bzw. Anwendung finden sollten.

### 3.3 Desk Research

Das vorrangige Ziel der Desk Research war es, Einsichten aus der existierenden Literatur zur Covid19-bezogenen Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung im In- und Ausland zusammenzustellen und auf diese Weise *Lessons Learned* und erprobte *Good Practice* Beispiele für eine optimierte Gesundheitskommunikation mit denselben und gegebenenfalls mit weiteren sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu identifizieren. Ihre Grundlage bildeten zum einen Publikationen zur Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen aus dem europäischen Forschungsraum sowie den USA, Kanada, Australien und Neuseeland, zum anderen Publikationen von internationalen Organisationen (z.B. WHO, EU) und Behörden der Nachbarländer der Schweiz (Italien, Frankreich, Deutschland, Österreich und Fürstentum Liechtenstein).

Darüber hinaus sollte die Desk Research die Covid-19-bezogenen Informationskampagnen der Nachbarländer analysieren, um auf diese Weise weitere interessante Praxisbeispiele berücksichtigen zu können.

### 3.4 Zusammenfassung

Die drei Erhebungsinstrumente der Studie hatten im Rahmen des ersten Mandatsteils (Analyse) folgende Zielgruppen/Datentypen und Erhebungsziele als Thema:

	ONLINE-BEFragung	FOKUSGRUPPEN UND INTERVIEWS	DESK RESEARCH
<b>Zielgruppen/ Datentypen</b>	Akteur:innen aus dem Gesundheits-, Integrations-, Sozial- und Asylbereich	Akteur:innen aus dem Gesundheits-, Integrations-, Sozial- und Asylbereich, Vereine und Medien der Migrationsbevölkerung	Themenbezogene Publikationen aus der europäischen Forschung, von internationalen Organisationen und Behörden der Nachbarländer  Informationskampagnen zu Covid-19 für die Migrationsbevölkerung der Nachbarländer
<b>Erhebungsziele</b>	Kommunikationspraktiken und Herausforderungen der Stakeholder sowie ihre Einschätzung der Zielgruppe  Breite Wahrnehmung der Planung und Umsetzung der Covid-19-Kommunikation des BAG mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung	Praxisbasierte Erfahrungen, Einschätzungen und Einsichten bezüglich der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen in der Schweiz	Forschungs- und praxisbasierte Einsichten zur Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten aus dem In- und Ausland  Praxisbeispiele aus den Nachbarländern

## 4 Vorgehen und Datengrundlage

Dem BAG liegen detaillierte Auswertungsberichte zu den einzelnen Erhebungsteilen vor (inkl. des Fragebogens für die Online-Befragung und der Leitfäden für die Fokusgruppen und Interviews).

### 4.1 Standardisierte Online-Befragung

#### 4.1.1 Konstruktion des Fragebogens

Für die Erhebung von Praktiken und Herausforderungen bei der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen seitens der Akteur:innen aus dem Gesundheits-, Integrations-, Sozial- und Asylbereich, die das BAG für die Verbreitung von Covid-19-Informationen unterstützten, wurden Fragen (in der Regel geschlossen) zu folgenden Themen formuliert:

- Vorgehensweise bei der Planung und/oder Umsetzung von Kommunikationsmassnahmen
- Verwendete Kanäle
- Selbst produzierte bzw. umgesetzte Informationsmaterialien und/oder Informationsangebote
- gewählte Sprachen und Vermittlungsformen
- Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung
- Herausforderungen bei der Verbreitung von Gesundheitsinformationen

Für die Erhebung der breiten Stakeholder-Wahrnehmung der Planung und Umsetzung der Covid-19 bezogenen BAG-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung (Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen sowie damit verbundenen Organisationsprozessen) wurden in der Regel geschlossene Fragen zu folgenden Themen formuliert:

- Kenntnisnahme der Informationsmaterialien/-angebote des BAG
- verwendete BAG-Übersetzungen in verfügbaren Nicht-Landessprachen
- Bedarf an und Auffindbarkeit der Informationsmaterialien/-angebote des BAG
- Verwendete Kommunikationskanäle und Informationsmaterialien für die Verbreitung von BAG-Informationen
- Zufriedenheit mit BAG-Informationsmaterialien in Bezug auf diverse Aspekte
- Weiterverweis auf vom BAG geförderte Informationsangebote
- Einschätzung der Wirkung der Informationsangebote des BAG auf Endzielgruppe
- Einschätzungen bezüglich spezifischer einbezogener Multiplikator:innen für Verbreitung von Informationen des BAG
- Beurteilung der Prozesse bei der Produktion und Verbreitung von Informationen – Beobachtete Informationskonflikte

Für die Erhebung von Einschätzungen bezüglich der Endzielgruppe konnten Angaben zur Alterszusammensetzung, zu den Kenntnissen der Landessprachen, zur sozialen Einbindung und zur Mediennutzung sozial benachteiligter Migrationsgruppen gemacht werden. Für die Erhebung potenzieller Besonderheiten in den Regionen und Tätigkeitsfeldern der Befragten wurden zudem Tätigkeitsfeld und -kanton sowie Organisationszugehörigkeit während der Pandemie erhoben.

#### 4.1.2 Stichprobe

Der Link zur Online-Befragung wurde per E-Mail an ca. 500 Fachleute verschickt, deren Kontakte einer Versandliste des BAG entnommen wurden, die es für die Verbreitung von Covid-19-Gesundheitsinformationen nutzte. Damit handelt es sich bei der Online-Befragung um eine Vollbefragung und bei den Befragten um folgende Akteurstypen:

<b>Gesundheitsbereich</b>	<b>Integrationsbereich</b>	<b>Asylbereich</b>	<b>Sozialbereich</b>
Kantonale Gesundheitsämter Kantonsärzt:innen Gesundheitsorganisationen Femmes- und Männer-Tische Public Health Services (Beratungs- und Projektumsetzungsbüro) Swiss Hospitals for Equity (neu seit Juni 2023: Swiss Health Network for Equity)	Integrationsdelegierte Integrationsfachstellen sozialberatende Organisationen (wie SRK, HEKS)	Flüchtlingskoordinator:innen Sans-Papiers-Beratungsstellen	Kantonale Sozialämter

#### 4.1.3 Teilnahmequote und Zusammensetzung der Befragten

Insgesamt nahmen 176 Personen an der Befragung teil (Rücklaufquote von 35%), wovon 102 den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, was einer Beendigungsquote von 58% entspricht. Die meisten Teilnehmenden verorteten sich selbst im Integrationsbereich, gefolgt vom Gesundheitsbereich, der Verwaltung/Administration sowie dem Sozialbereich. Davon sind 42 (41.2%) in Behörden auf kantonaler Ebene, 21 (20.6%) in Behörden auf kommunaler Ebene, 14 (13.7 %) in NGOs, 13 (12.5 %) in öffentlichen Trägerschaften sowie 3 (2.9 %) in gewinnorientierte Organisationen tätig.

In Bezug auf die kantonale Teilnahme zeichnet sich bis auf zwei Kantone ein homogenes Bild von 3–5 Teilnehmenden ab, doch sticht der Kanton Graubünden mit insgesamt 19 (18.6%) und der Kanton St. Gallen mit 13 (12.8%) Teilnehmenden hervor. Die Gründe für diese grossen Unterschiede liessen sich nicht rekonstruieren. Es konnte gleichwohl festgestellt werden, dass insbesondere Rückmeldungen von Akteur:innen aus dem Gesundheitsbereich in diesen beiden Kantonen stark vertreten sind.

#### 4.1.4 Auswertung, Aussagekraft und Abstützung der Ergebnisse

Die Fragen des Online-Fragebogens wurden deskriptiv mittels Häufigkeitsverteilung und Zusammenhangsmasse ausgewertet.

Die Rücklaufquote von 35% ist im unteren, jedoch noch akzeptablen Bereich und damit aussagekräftig. (Bei Vollerhebungen sind Rücklaufquoten von 40-60% üblich.)

Die Resultate der Befragung sind dahingehend breit abgestützt, dass sich keine nennenswerten Spezifika im Antwortverhalten der Befragten feststellen lassen. Das heisst, die Antworten der Befragten wurden mit verschiedenen Merkmalen wie bspw. Sprache, Kanton, Tätigkeitsbereich, Organisationstyp gekreuzt, um zu untersuchen, ob sich sprach-, regions-, organisations- oder tätigkeitsspezifische Unterschiede feststellen lassen. Dazu wurden die Zusammenhangsmasse<sup>1</sup> berechnet. Die Analysen lassen zwar mitunter auf signifikante Unterschiede<sup>2</sup> schliessen, die sich jedoch im schwachen bis mittelstarken Bereich<sup>3</sup> bewegen, sodass sie keine übergeordneten Aussagen über sprach-, regions-, organisations- oder tätigkeitsspezifische Unterschiede zulassen. Das heisst somit, dass

- Befragte aus der deutschsprachigen Schweiz nicht signifikant anders geantwortet haben als solche aus der französischsprachigen oder italienischsprachigen Schweiz,
- Fachpersonen bspw. aus dem Kanton Graubünden nicht signifikant anders geantwortet haben als Fachpersonen aus dem Kanton Zürich,
- Fachpersonen bspw. in Gemeindeverwaltungen nicht signifikant anders geantwortet haben als solche in Vereinen und
- Befragte bspw. im Gesundheitsbereich nicht signifikant anders geantwortet haben als Befragte im Asylbereich.

Dies wiederum bedeutet, dass die Ergebnisse in Bezug auf verschiedene Sprachregionen, Kantone, Organisationstypen und Tätigkeitsbereiche breit abgestützt sind. Was allerdings nicht ganz ausgeschlossen werden kann, und wo mitunter die Limitation dieser Umfrage liegt, ist die Frage, ob alle relevanten Fachpersonen teilgenommen haben oder nur diese, die für dieses Thema sensibilisiert sind bzw. eine spezifische Haltung zum Thema haben. Weiter gilt es, die Häufung fehlender Antworten respektive «weiss nicht» bei den Fragen zum Einbezug der Zielgruppe, den Sprachkenntnissen der Zielgruppe oder dem Nutzungsverhalten der Zielgruppe bezüglich Kommunikationskanälen Rechnung zu tragen.

---

<sup>1</sup> Bei der Analyse der Zusammenhänge wird abhängig vom Skalenniveau der Variable entweder Spearmans-Korrelationskoeffizient oder das Cramers-V berechnet. Spearmans-Korrelationskoeffizient (oder auch Spearmans Rho genannt, abgekürzt r) kommt bei ordinalem Skalenniveau und Cramers V bei nominalem Skalenniveau zur Anwendung.

<sup>2</sup> Bei der Prüfung auf Signifikanz wurde die Irrtumswahrscheinlichkeit ab dem Niveau  $p > 0.05$  berücksichtigt

<sup>3</sup> Im Bereich unterhalb von Cramers V  $> 0.35$  bzw.  $r > 0.35$ .

## 4.2 Fokusgruppen und Interviews

### 4.2.1 Leitfadenkonstruktion

Für die Erhebung von *Lessons Learned* und *Good Practices* in der Schweiz bei der Erreichung sozial benachteiligter Migrationsgruppen wurde ein Leitfaden für Vereine und Medien der Migrationsbevölkerung und ein weiterer für die übrigen Stakeholder des BAG konstruiert. Im Wesentlichen formulierten die Leitfäden offene Fragen zu folgenden Themen:

- Kommunikative und sprachliche Herausforderungen bei der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen
- negative und positive Aspekte der BAG-Kommunikation
- Wirkung des BAG-Logos
- Einsatz von Gesundheitsfachkräften der Migrationsbevölkerung bei der Informationsverbreitung
- Beobachtete *Good Practices* bei der Covid-19-Kommunikation in der Schweiz
- Beobachtete *Bad Practices* bei der Covid-19-Kommunikation in der Schweiz
- *Lessons Learned* bei der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen
- Empfehlungen an das BAG für eine Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen sowie anderen sozial benachteiligten Gruppen

### 4.2.2 Stichprobe

Für das Sampling relevanter Fachleute aus dem Gesundheits-, Integrations-, Asyl- und Sozialbereich wurde erneut die weiter oben erwähnte Versandliste des BAG herangezogen sowie darauf geachtet, dass Teilnehmende potenzielle Besonderheiten in der Deutsch-, West- und italienischen Schweiz, in urbanen und ländlichen Kantonen sowie im Gesundheits-, Integrations-, Sozial-/Asylbereich ausreichend abbilden. Darüber hinaus wurde in Absprache mit einem Experten der Begleitgruppe dieses Mandats Vertreter:innen von Vereinen oder Medien der Migrationsbevölkerung identifiziert, die stark in der Verbreitung von Covid-19-bezogenen Informationen involviert waren sowie ältere und neuere Migrationsgruppen der Schweiz repräsentieren (hier: albanisch-, spanisch-, türkisch-, dari- und tigrinjasprachiger Migrationsgruppen).

### 4.2.3 Zusammensetzung der Teilnehmenden

Die Rekrutierung von Teilnehmenden verlief aufgrund der hohen Arbeitslast der BAG-Stakeholder sowie der personellen Veränderungen in den (ehemals) für die Covid-19-Kommunikation zuständigen Stellen äusserst zäh. Indem eine Online-Durchführung der Fokusgruppen und Interviews angeboten wurde, konnten letztlich 25 (statt der ursprünglich geplanten 28-42) Personen für eine Teilnahme gewonnen werden (Liste der Teilnehmer:innen im Anhang).

Ihre Tätigkeitsfelder während der Pandemie lassen sich in fast gleichen Teilen dem Gesundheitsbereich (7), den Sozial-/Asylbereich (6), dem Integrationsbereich (5) sowie Vereinen bzw. Medien der Migrationsbevölkerung (7) zuordnen. Darunter agierten beruflich während der Pandemie 17 Teilnehmende auf kantonaler Ebene (hiervon 8 in der Deutschschweiz, 5 in der Westschweiz und 4 im Tessin), 7 der Teilnehmenden auf nationaler Ebene und 1 Teilnehmende auf der Ebene der Gesamtschweiz. Die auf kantonaler Ebene agierenden Teilnehmenden vermitteln Erfahrungen, Einschätzungen und Einsichten aus den Kantonen Basel, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Luzern, Neuenburg, Schaffhausen, St. Gallen, Tessin, Waadtland, Wallis und Zürich. Oder anders formuliert: aus 13 von 26 Kantonen.

#### 4.2.4 Auswertung

Die Fokusgruppen dauerten in der Regel 90 Minuten und die Einzelinterviews 30 bis 60 Minuten. Sie wurden mit dem Einverständnis der Teilnehmenden für Transkriptionszwecke aufgezeichnet und transkribiert.

Die Auswertung der Fokusgruppen- und Interviewtranskriptionen erfolgte inhaltsanalytisch sowie computergestützt mit MaxQDA. Die Themen der Leitfadenfragen lieferten die Hauptkategorien für die Einordnung untersuchungsrelevanter Fundstellen. Diese wurden mit induktiv gebildeten Codes bzw. Bezeichnungen versehen, die darauf zielten, die von den Teilnehmenden genannten Erfahrungen, Einschätzungen und Einsichten möglichst prägnant zu beschreiben. In einem nächsten Schritt wurden die Antworten auf die einzelnen Leitfadenfragen zu Bewertungen der Covid-19-Kommunikation des BAG, *Lessons Learned*, *Good Practices* und Empfehlungen gebündelt.

#### 4.2.5 Aussagekraft und Abstützung der Ergebnisse

Die Zusammensetzung der Fokusgruppen- und Interviewteilnehmenden ist insofern repräsentativ, dass sie die Vielfalt der Meinungen und Erfahrungen wichtiger Multiplikator:innen von Gesundheitsinformationen während der Pandemie in der Schweiz widerspiegeln (interne Validität). Ihre Ergebnisse sind aber nicht unbedingt auf ihre Grundgesamtheit übertragbar (externe Validität).

Die Resultate der Fokusgruppen und Interviews sind breit abgestützt und repräsentieren ausgewogen die Tätigkeitsfelder wichtiger Multiplikator:innen sowie Sprachregionen der Schweiz. Spezifika in den Auskünften der Teilnehmenden beziehen sich in der Regel auf die Sondersituation des Tessins, das als erster Kanton von der Pandemie erfasst wurde.

### 4.3 Desk Research

#### 4.3.1 Stichprobe

Für die Recherche von Literatur zu Kampagnen bzw. der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen wurden Webseiten und Datenbanken relevanter staatlicher oder überstaatlicher Einrichtungen, gängige Bibliografie-Datenbanken der geistes- und sozialwissenschaftlichen Forschung im deutschen, englischen und französischen Sprachraum sowie Projektdatenbanken der schweizerischen und europäischen Forschung konsultiert.

#### 4.3.2 Recherche

Als Suchbegriffe für Recherchen in wissenschaftlichen Datenbanken wurden «Covid-19», «Corona», «pandemic», «risk communication», «health communication», «migrant» und «vulnerable» (auch in Deutsch und Französisch) verwendet. Für eine tiefere Analyse der Publikationen mussten Suchergebnisse folgenden Kriterien entsprechen: Bezug zur offiziellen Covid-19-Kommunikation; Veröffentlichungen aus den Jahren 2020 bis 2023; Bezug zur Migrationsbevölkerung, zu sozial benachteiligten Gruppen und/oder Minderheiten. Für den schweizerischen Kontext wurden zudem noch laufende Forschungsprojekte berücksichtigt (Liste der recherchierten Literatur und Forschungsprojekte im Anhang). Die offizielle Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung der Nachbarländer wurden über Recherchen auf Webseiten relevanter Behörden rekonstruiert.

#### 4.3.3 Auswertung

Die Einsichten aus wissenschaftlichen Publikationen oder Publikationen relevanter staatlicher oder internationaler Organisationen wurden thematisch in *Lessons Learned* (Voraussetzungen für eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen), *Good Practices* und Empfehlungen gebündelt.

#### 4.3.4 Aussagekraft und Abstützung der Ergebnisse

Die Rekonstruktion der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung in den Nachbarländern basierte primär auf der Analyse behördlicher Webseiten. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da sie nur Informationen oder Informationsangebote berücksichtigen konnte, die zum Zeitpunkt der Desk Research verfügbar waren. Ergebnisse zu den Nachbarländern wurden jedoch, wann immer möglich, mit relevanten Ergebnissen aus der Literaturanalyse ergänzt.

#### 4.4 Triangulation der Ergebnisse aus den Erhebungsteilen

Die Ergebnisse aus den verschiedenen Analyseteilen wurden trianguliert, indem ihre qualitativen und quantitativen sowie nationalen und internationalen Perspektiven auf die einzelnen Untersuchungsaspekte verbunden wurden.

### 5 Evaluation der Kommunikationspraktiken des BAG

Dieses Kapitel fokussiert ausschliesslich auf Bewertungen, die in Bezug auf die Kommunikationspraktiken des BAG mit Stakeholdern und der Migrationsbevölkerung erhoben wurden.

Der folgenden Ergebnispräsentation muss zwingend vorausgeschickt werden, dass die Teilnehmenden der Online-Befragung und Fokusgruppen bzw. Interviews der Covid-19-Kommunikation des BAG mit der Migrationsbevölkerung grossmehrheitlich ein sehr gutes Zeugnis ausstellen. In der Folge sollen ihre ans BAG gerichtete Empfehlungen primär als Anregungen verstanden werden.

#### 5.1 Ergebnisse aus der Online-Befragung

##### 5.1.1 Grundstimmung

Aus der Umfrage resultiert eine allgemein wohlwollende Grundstimmung gegenüber den Covid-19-Kommunikationsmassnahmen des BAG mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung. So wurde die Qualität der Informationsmaterialien des BAG mehrheitlich als gut bewertet. Diese Bewertung bezieht sich sowohl auf deren sprachliche und gestalterische Qualität als auch auf deren Verständlichkeit und inhaltliche Relevanz für die Zielgruppe. Die Wahl der Übersetzungssprachen des BAG wurde mehrheitlich als gut bewertet (vgl. Abb. 6, Anhang). Die Befragten geben zudem an, dass die Rückmeldungen der Zielgruppe hinsichtlich der vom BAG geförderten Informationsangebote (Face-to-Face-Kommunikation, ob in physischer oder virtueller Kopräsenz) mehrheitlich positiv ausgefallen seien. Auffällig ist jedoch, dass bei dieser Frage 20% – 40% der Befragten keine Antwort angekreuzt haben. Ob die Befragten dazu keine Aussage machen konnten oder wollten, ist nicht klar ersichtlich (vgl. Abb. 8, Anhang). Die Antwortenden befinden ausserdem, dass der Zielgruppe die Informationsprodukte des BAG mehrheitlich bekannt waren und zum erwünschten Verhalten beigetragen haben. Auch hier ist der Anteil derjenigen, die keine Antwort abgeben konnten oder wollten mit knapp 10% bis über 30% verhältnismässig hoch (vgl. Abb. 10, Anhang). Ebenso wird die Kommunikation mit dem BAG als gut eingestuft, da die Mehrheit der Befragten direkt vom BAG von den Informationsangeboten oder -produkten zu Covid-19 in den Nicht-Landessprachen erfahren hat (vgl. Abb. 16, Anhang). Weiter wurde die Auffindbarkeit der Informationsmaterialien oder -angebote gewürdigt. 61.8% der befragten Personen haben nach Materialien und Angeboten des BAG gesucht, wovon 52.9% diese auch gefunden haben (vgl. Abb. 17, Anhang). Zudem wurde in den offenen Antworten vielfach zurückgemeldet, dass die Befragten mit der Arbeit des BAG, den Materialien und Angeboten sowie mit der Zusammenarbeit grossmehrheitlich zufrieden waren.



Frage 9a) Wie zufrieden sind Sie allgemein mit den in den Sprachen der Migrationsbevölkerung übersetzten Informationsprodukten des BAG, die Sie verwendet haben bzgl...

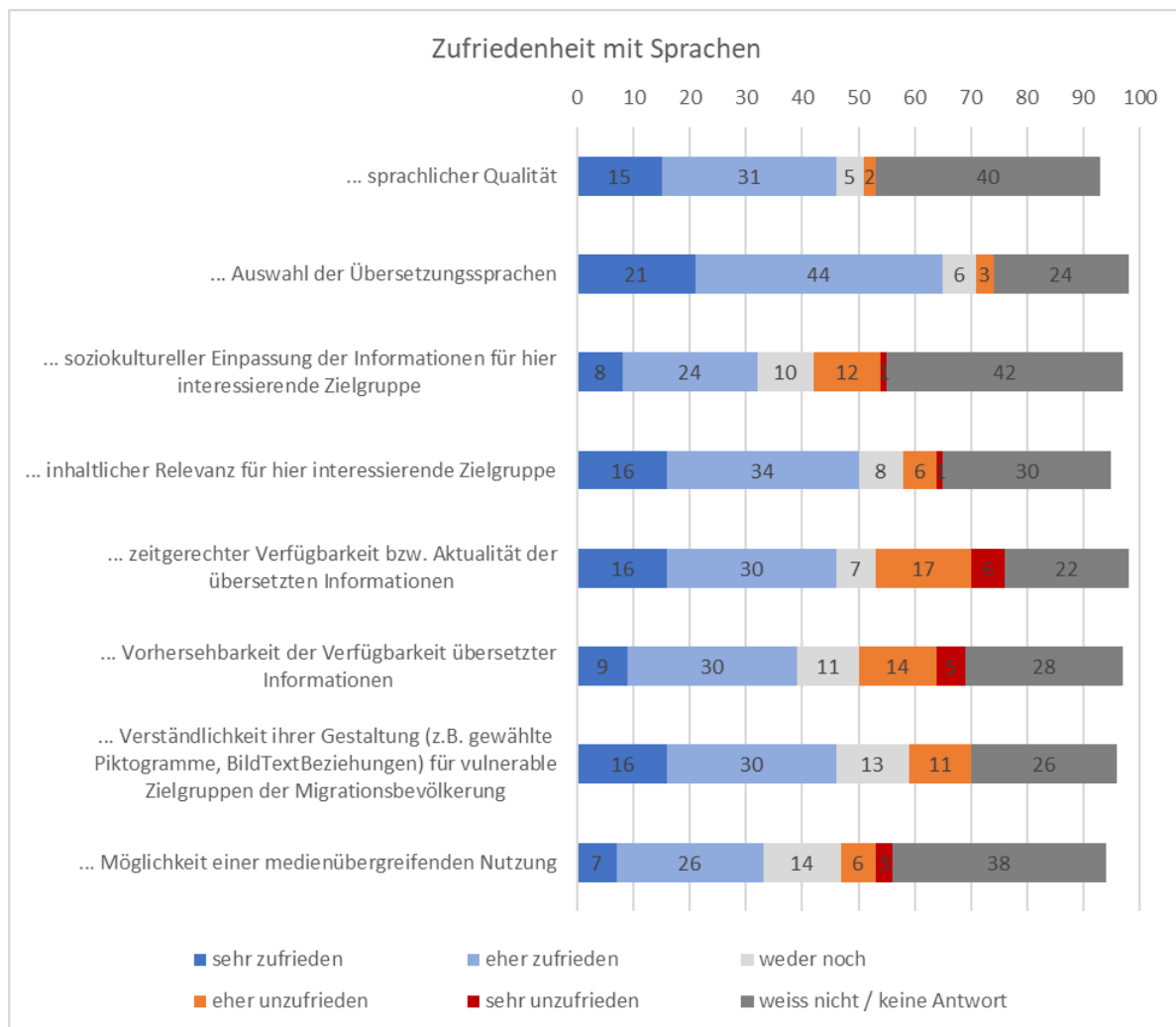


Abbildung 6: Zufriedenheit der Antwortenden mit den Informationsmaterialien des BAG für die Migrationsbevölkerung, Darstellung in absoluten Zahlen (N = 102)

### 5.1.2 Hinweise für Schwachstellen

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen Herausforderungen auf, die sich bei der Covid-19-Kommunikation mit der interessierenden Zielgruppe gestellt haben und die das BAG für ihre künftige Gesundheitskommunikation in Krisenzeiten mit der Zielgruppe berücksichtigen sollte.

Eine erste Herausforderung ist die **Produktion von Informationsangeboten für neue Medien** wie WhatsApp mittels traditioneller Kommunikations- und Verbreitungsmittel (wie z.B. Plakate, Flyer, Faktenblätter). Die Spannung besteht zwischen Nutzung der zur Verfügung gestellten Materialien des BAG und der von den Antwortenden favorisierten medialen Übertragung mit WhatsApp oder anderen sozialen Medien, die vorwiegend über kleinen Bildschirm genutzt werden. Viele der Befragten gaben an, dass die selbstproduzierten Materialien für die Covid-19-Kommunikation mit der Zielgruppe mehrheitlich aus Faktenblättern, Plakaten und Flyern bestanden (vgl. Abb. 2, Anhang). Gleichzeitig nutzten sie von den vom BAG bereitgestellten Materialien überwiegend Info- und Faktenblätter, Plakate und Erklärfilme (vgl. Abb. 5, Anhang). Allerdings gaben die Befragten an, dass die sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung vorzugsweise WhatsApp und ähnliche Apps sowie Facebook, Instagram und Videos/YouTube zur Informationsbeschaffung nutzten (vgl. Abb. 15, Anhang). Das heisst

also, dass zum einen viele Ressourcen in die Produktion von Informationsmaterialien bzw. Informationsangebote investiert wurden, indem Materialien und Angebote mitunter doppelt produziert wurden<sup>4</sup>. Zum anderen holten sich die Rezipient:innen jedoch die Informationen öfters über kleinere Bildschirme von bspw. Mobiltelefon. Die offenen Antworten zeigten denn auch deutlich die Anregung auf, dass traditionelle Kommunikationsmittel (Flyer, Plakate etc.) derart konzipiert werden könnten (hinsichtlich Dateigrösse, Layout, etc.), dass sie sich für die Verbreitung über Sofortnachrichten oder Posts via WhatsApp, Facebook und Instagram eignen. Eine Person schrieb: «Alle PDFs des BAG [...] sind für das Teilen via Social Media (Facebook, WhatsApp etc.) nicht brauchbar. Nützlich wären kurze Elemente für *Copy-and-paste* sowie Bilder und (kurze) Videos gewesen.» Die Frage ist hier, wie die Faktenblätter, Flyer usw. handytauglich gemacht werden können. Allenfalls müssen Informationen anders aufbereitet werden und nicht nur in Form von Faktenblättern. Dabei gilt es unbedingt die Vielfalt an Informationsmaterialien, die das BAG verwendet hat, weiterhin beizubehalten.

Eine weitere Herausforderung, die sich aus den Ergebnissen der Umfrage zeigt, ist das **Zeitmanagement in Bezug auf Pünktlichkeit, Aktualität und Regelmässigkeit** der verbreiteten Informationen. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Befragten hat die zeitgerechte Verfügbarkeit bzw. Aktualität der übersetzten Informationsprodukte des BAG und die Vorhersehbarkeit der Verfügbarkeit von übersetzten Informationen moniert (vgl. Abb. 6, Anhang). Weiter haben 43.5% Informationskonflikte aufgrund veralteter oder widersprüchlicher Informationen festgestellt, die zeitgleich zirkulierten (vgl. Abb. 6, Anhang). Die Auswertung der offenen Fragen ergab, dass zwei Personen die zeitlichen Verzögerungen bei der Bereitstellung von Informationen bemängelten, welche zum gegebenen Zeitpunkt nicht mehr aktuell waren, wie folgende Aussagen zeigen: «Aktualität, da Veränderungen sehr häufig und schnell kamen, übersetzte Informationen waren schnell überholt» oder «Die grösste Schwierigkeit aus meiner Sicht war, dass die Informationen, bis sie aufgeschaltet waren, schon nicht mehr gültig waren.» Zudem gab es Anmerkungen, dass die URL-Adressen des BAG mehrfach gewechselt hätten, was die Auffindbarkeit mancher Informationsmaterialien erschwerte. Die Befragten ergänzten in den offenen Antwortoptionen auch, dass Informationskonflikte nicht selten zu Unsicherheiten bei der Zielgruppe, zu Glaubwürdigkeitsproblemen der Botschaften und zu Erklärungsnot seitens der Multiplikator:innen führten. Die Forderung nach Pünktlichkeit und Aktualität von Informationen ist in Krisenzeiten schwierig zu erfüllen. Jedoch können einige kleinere Massnahmen Abhilfe schaffen, wenn etwa das Datieren von Informationsmitteln und das Versehen mit einem Link zur BAG-Webseite helfen könnte, die Informationen zeitlich einzuordnen und die aktuellen Informationen schneller zu finden.

Eine weitere Herausforderung stellt der **Einbezug von verschiedenen Akteur:innen in der Informationsproduktion und -vermittlung** durch das BAG dar. Erstens wurde der stärkere Einbezug von Vermittlungsinstanzen bzw. -personen gewünscht. Die Befragten haben moniert, dass sie als Stakeholder vom BAG insbesondere bei der Erarbeitung und teilweise auch bei der Verbreitung von Informationsmaterialien/-angeboten nicht genügend einbezogen wurden (vgl. Abb. 11, Anhang). Weiter wurde der Wunsch geäussert, dass weitere Multiplikator:innen in die Verbreitung von Informationen hätten einbezogen werden können, wie bspw. Schlüsselpersonen, Vereine und Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung (vgl. Abb. 9, Anhang). Dem Wunsch nach stärkerem Einbezug von Schlüsselpersonen wurde ebenfalls in den offenen Antworten mehrmals zum Ausdruck gebracht. Zwei Personen merkten an, dass diese für sie unerlässlich seien. Im Rahmen der offenen Frage nach Akteur:innen, die zusätzlich bzw. noch stärker involviert hätten werden können, werden von 12 Antwortenden an erster Stelle Migrant:innenvereine sowie Dolmetschende und HSK<sup>5</sup>-Lehrpersonen genannt («Approche communautaire nécessaire»), sowie mit vier Nennungen Gesundheitseinrichtungen (neben Spitälern auch Hausarztpraxen und Apotheken) erwähnt. Dazu kommen Einzelnennungen von Sozialdiensten, Tourismus-Organisationen oder Botschaften und Konsulaten. Zwei Antwortende hätten einen klaren Auftrag für Integrationsdelegierte erwartet bzw. eine bessere kantonsübergreifende Zusammenarbeit zur Erarbeitung der Informationsmaterialien. Schliesslich wurde auch der Einbezug der sozial benachteiligten Gruppe der Migrationsbevölkerung im Prozess der Erarbeitung und Verbreitung von Informationsmaterialien bzw. -angeboten kritisiert. Im Schnitt waren ca. 20% der Befragten mit dem Einbezug der Zielgruppe nicht zufrieden. Zum einen wurde die Zielgruppe zu wenig in die Prozesse integriert, zum anderen wurden ihre Erfahrungen nicht abgeholt. Auffallend ist, dass mehr als 50% der Befragten nicht einschätzen konnten, wie der Einbezug der Zielgruppe bei der Informationsproduktion und -verbreitung war (vgl. Abb. 13, Anhang). Mögliche Gründe hierfür können sein, dass die Antwortenden nicht in di-

---

<sup>4</sup> Doppelte Produktion ist so zu verstehen, dass Materialien vom BAG und von den jeweiligen Organisationen produziert, in denen die Befragten arbeiten und die manchmal selbst Materialien hergestellt haben.

<sup>5</sup> Unterricht in «Heimatlicher Sprache und Kultur».

rektem Kontakt mit der Zielgruppe standen bzw. aktuell stehen, dass die Kommunikation eindimensional ist bzw. von den Fachpersonen zur Zielgruppe, dass sie diese Informationen bei der Zielgruppe nicht eingeholt haben, usw.

Frage 11) Hätten weitere Arten von Multiplikator:innen (Medien, Vereine, Personen, Berufsgruppen, Institutionen etc.) in die Verbreitung von Covid-19-Informationen für sozial benachteiligte Zielgruppen der Migrationsbevölkerung einbezogen werden müssen? Welche? Wählen Sie bitte eine oder mehrere Antwortoptionen aus und spezifizieren Sie diese.

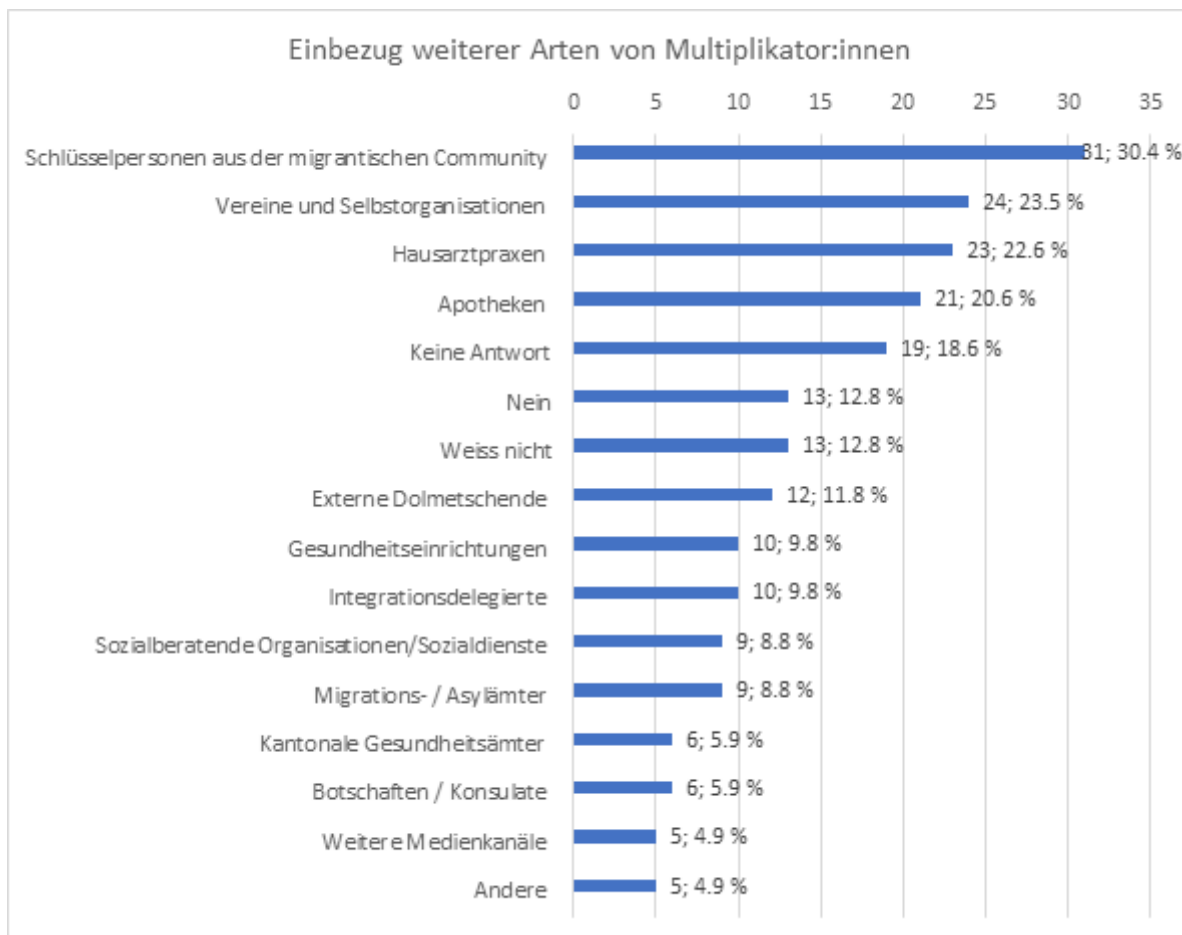


Abbildung 9: Antworten auf Frage nach weiteren Multiplikator:innen, die für die Informationsverbreitung hätten einbezogen werden sollen (N = 102)

Schliesslich liegt eine Herausforderung in der **barrierefreien bzw. barrierereduzierten Kommunikation**<sup>6</sup> und der **Vermittlung von komplexen Sachverhalten in leicht verständlicher Sprache**. Die Notwendigkeit der Verwendung von leicht verständlicher Sprache wird aufgrund der fachlichen Einschätzung betreffend Sprachkompetenzen der Zielgruppe ersichtlich: Die Fachpersonen schätzen die Kenntnisse der Zielgruppe in der Landessprache von rudimentär bis umgangssprachlich ein. Zudem ist auffällig, dass die Zielgruppe v.a. die örtlich gesprochene Landessprache versteht. Das heisst, die Zielgruppe versteht mündliche Beiträge in der Landessprache auf dem Niveau rudimentär bis umgangssprachlich zu einem grossen Teil, während der Anteil beim Verstehen schriftlicher Informationen deutlich geringer ausfällt (vgl. Abb. 14, Anhang). Weiter geht aus den Ergebnissen der Umfrage hervor, dass die Erreichung der Zielgruppe nicht nur von deren Sprachkenntnissen abhängt, sondern dass zusätzlich weitere Faktoren eine Rolle spielen. So zeigen die Antworten der Fachpersonen, dass bei der Erreichung der Zielgruppe der sozial benachteiligten Migrant:innen deren Mediennutzungsverhalten, die technischen Fertigkeiten und deren Wissensstand wichtige Teilaspekte bildeten (vgl. Abb. 4).

<sup>6</sup> Kommunikation frei von auditiven, visuellen, sprachlichen, technischen Barrieren.

Frage 4.7) Was waren die wichtigsten Herausforderungen, die Sie bei der Produktion und/oder Verbreitung beachten mussten, um sozial benachteiligte Zielgruppen in der Migrationsbevölkerung erfolgreich erreichen zu können? Wählen Sie bitte maximal drei Antwortkategorien.

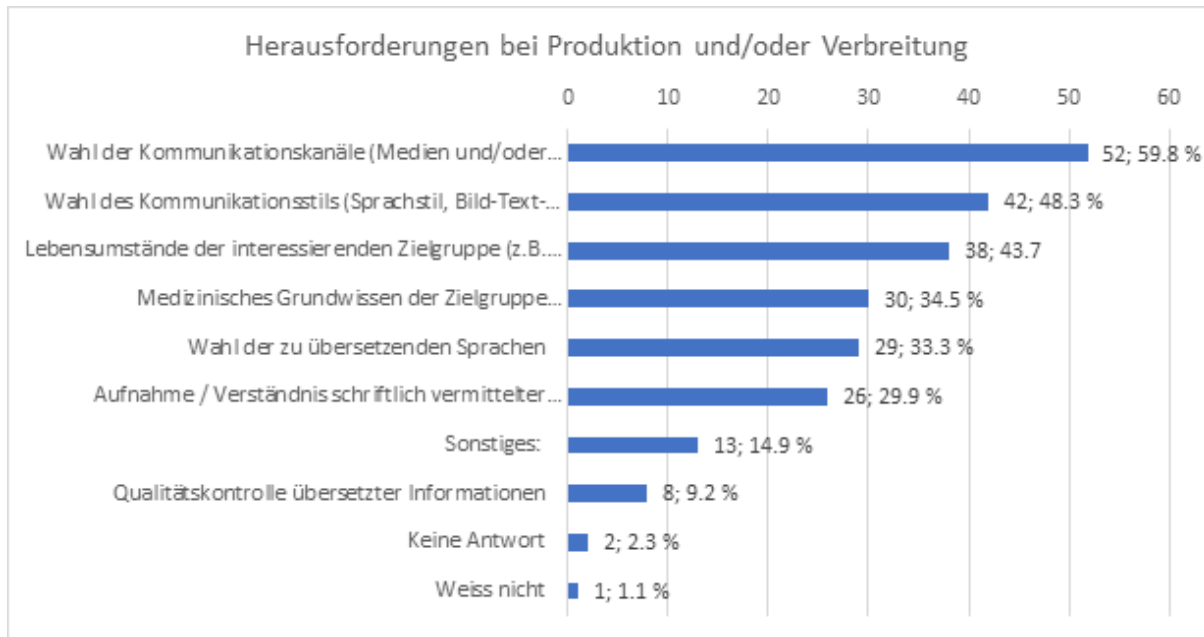


Abbildung 4: Herausforderungen bei Informationsverbreitung an sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung (N = 87)

Diese Ergebnisse kombiniert mit den Antworten der Befragten zu den Sprachkenntnissen der Zielgruppe in mündlicher Form, legt die Passungsproblematik der schriftlich produzierten und verbreiteten Informationsmaterialien und -angebote des BAG offen. Dies wird in den offenen Antworten der Befragten bestätigt: «Viele Materialien waren m.E. zu komplex und zu textbefrachtet für die Zielgruppe. Zu wenig einfaches Bildmaterial.» Ebenso wird der Aspekt des Bildungshintergrundes in den offenen Antworten aufgegriffen. So schreibt eine Fachperson, dass insbesondere bei wenig gebildeten Migrant:innen die Vermittlung nur über Schlüsselpersonen und unter markanter Vereinfachung funktioniert. Die Auswertung in Bezug auf die genutzten Kommunikationskanäle verdeutlicht die Wichtigkeit der mündlichen Kommunikation – sowohl Face-to-Face als auch medial (vgl. Abb. 1, Anhang). Der Bedarf an mündlich vermittelten Informationen wird durch den Befund gestützt, wonach die Aufklärungsarbeit in Nicht-Landessprachen zum grossen Teil in der Mischform «mündlich und schriftlich» erfolgte (vgl. Abb. 3, Anhang). Ergänzend haben die Fachpersonen an direkte Kommunikationsangebote vor Ort bzw. auf direkte online Kommunikation der Medien/Übermittlungskanäle der Migrationsbevölkerung verwiesen (vgl. Abb. 7, Anhang). Auf die offene Frage, was die Akteur:innen noch zusätzlich an Informationsmaterialien gebraucht hätten, um die sozial benachteiligte Zielgruppe der Migrationsbevölkerung zu erreichen, finden sich Antworten, welche der mündlichen Informationsvermittlung Vorrang einräumen, etwa durch spezifische Kampagnen getragen durch die Migrantengemeinschaften, Online-Veranstaltungen oder Hotlines und Videos mit authentischen und glaubwürdigen Informationsträger:innen (z.B. aus der Wissenschaft oder dem Gesundheitswesen). Allgemeiner formuliert könnten prospektive Überlegungen zur mündlichen Informationsvermittlung, z.B. in Form audiovisueller Materialien, eine Optimierung einer barriere-reduzierten Kommunikation darstellen.

## 5.2 Ergebnisse aus den Fokusgruppen/Interviews

Im Rahmen der Fokusgruppen und Interviews wurden die Teilnehmenden neben anderem dazu angehalten, die Covid-19-Kommunikation des BAG mit der hier interessierenden Zielgruppe im Hinblick auf

positive und negative Aspekte sowie die Wirkung des BAG-Logos zu bewerten. Die so erhobenen Bewertungen werden hier nach der Häufigkeit ihrer Thematisierung geordnet präsentiert.<sup>7</sup>

### 5.2.1 Positive Aspekte der BAG-Kommunikation

Bezüglich der durch das BAG bereitgestellten Informationsmaterialien lobten die Teilnehmenden:

- Die Nutzung multimodaler Kommunikation, d.h. textlicher, visueller und auditiver Kommunikationsressourcen, die Personen von schwach ausgeprägter bis inexistenter Literalität<sup>8</sup> die Informationsaufnahme erleichterte;
- Die Verständlichkeit (Klarheit und Kohärenz) von Textinformationen auf Flyern oder in Videos;
- Die Berücksichtigung der Diversität der Landesbevölkerung bei der Covid-19-Kommunikation des BAG, sowohl in Bezug auf ihre Mehrsprachigkeit als auch ihr Mediennutzungsverhalten;
- Die Aktualität der Gesundheitsinformationen;
- Die breite Palette an Übersetzungssprachen;
- Die einheitliche und schlichte Gestaltung der Plakate und Flyer, die ein rasches Erkennen staatlicher Informationen ermöglichte;
- Die Verwendung eines Farbsystems zur Kennzeichnung unterschiedlicher Gefahrenstufen;
- Die Qualität der Übersetzungen;
- Die Nutzung multimedialer Kommunikation, die erlaubte, auf unterschiedliche Rezeptionsbedingungen von Zielgruppenpersonen während spezifischen Pandemiephasen zu reagieren;
- Die Reaktivität des BAG bei An- oder Rückfrage;
- Die Anpassungsfähigkeit bzw. Weiterverarbeitbarkeit mancher Informationsmaterialien (z.B. Videos).

Hinsichtlich der durch das BAG geförderten Informationsverbreitung wurden als positiv bewertet:

- Die Zentralisierung überprüfter und aktueller Infomaterialien für die Zielgruppe via das Portal von migesplus.ch;
- Die Nutzung und Anerkennung von Medien der Migrationsbevölkerung durch die Förderung ihrer Informationsangebote.

### 5.2.2 Negative Aspekte der BAG-Kommunikation

Bezüglich der bereitgestellten Informationsmaterialien monierten die Teilnehmenden:

- Die selbst für die Teilnehmenden der Fokusgruppen zu fachsprachlich formulierten Informationen auf der Webseite des BAG oder auf Merkblättern (und gelegentlich auch auf Flyern);
- Die selektive Übersetzung in gewisse Sprachen, womit manche Migrationsgruppen nicht sämtliche Informationen in ihren Erstsprachen vorlagen<sup>9</sup>;
- Die späte Bereitstellung übersetzter Informationsmaterialien zu Beginn der Pandemie;

---

<sup>7</sup> Dieses Kapitel bezieht sich ausschliesslich auf abgegebene Einschätzungen der Teilnehmenden in Bezug auf Praktiken des BAG im Rahmen seiner Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung. Die von den Teilnehmenden aufgezeigten *Lessons Learned* und *Good Practices* werden in Kapitel 6 und 7 präsentiert und beschränken sich nicht auf die getroffenen Massnahmen des BAG.

<sup>8</sup> Gemäss OECD bezeichnet der Begriff der Literalität die Lese- und Schreibkompetenz, d. h. die Fähigkeit, gedruckte und schriftliche Materialien in unterschiedlichen Zusammenhängen zu erkennen, zu verstehen, zu interpretieren, zu erstellen, zu kommunizieren und zu berechnen.

<sup>9</sup> Davon betroffen waren die Übersetzungen ins Kurdische, Arabische und Suaheli.

- Der fehlende Einbezug von Organisationen der Migrationsbevölkerung bei der Kontrolle von Übersetzungen;
- Die fehlende Berücksichtigung nutzer- oder adressatenspezifischer Bedürfnisse durch den fehlenden Einbezug von Rückmeldungen seitens der Kantone oder zielgruppennaher Organisationen (wie z.B. in Bezug auf benötigte Informationsübersetzungen seitens der Kantone oder Zusatzinformationen für Sans-Papiers);
- Eine fehlende Auslegung von sich rasch ändernden Bundesvorgaben für religiöse Einrichtungen. Die Interpretationsbedürftigkeit und unterschiedlichen Umsetzungsweisen der Bundesvorgaben für religiöse Einrichtungen verursachte regelmässig Diskussionen zwischen Vertreter:innen unterschiedlicher religiöser Einrichtungen und deren Mitgliedern;
- Zu wenige mediale Informationsangebote, die der Zielgruppe eine auditive Informationsaufnahme ermöglichen;
- Die teilweise mangelhaften Informationstexte in Tigrinya, die von manchen Teilnehmenden als manchmal zu wörtlich, fehlerhaft oder in Dialekten der Zielsprache übersetzt bewertet wurden;
- Fehlendes kindergerechtes Informationsmaterial;
- Der Gebrauch von Humor in gewissen Plakaten, der manchmal bewirkte, dass der Ernst von Informationen von Personen der Zielgruppen verkannt wurde;
- Der hohe Grad der Abstraktheit einiger Piktogramme;
- Die fehlende Überprüfung der Eignung gewählter Informationsmittel.

Hinsichtlich der Informationsverbreitung kritisierten die Teilnehmenden:

- Die eingeschränkte Nutzerfreundlichkeit der BAG-Webseite, welche die Informationsbeschaffung von Teilnehmenden in ihrer Multiplikator:innenrolle erschweren konnte;
- Die begrenzte Reichweite der Femmes- und Männertische;
- Eine fehlende Covid-19-Kommunikation in den Zielgruppensprachen im öffentlichen Raum, die der Migrationsbevölkerung signalisiert, dass die offizielle Schweiz an sie denkt;
- Die Allgegenwart von Online-Ansätzen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsmassnahmen, die in Anbetracht eines *Digital Divide* in der Zielgruppe einige Personen herausforderte;
- Zu wenig Social Media- und für Geräte mit kleinen Bildschirmen taugliche Formate (z.B. Erklärvideos).

### 5.2.3 BAG-Logo

Im Rahmen der Fokusgruppen und Interviews wurden die Vor- und Nachteile der Abbildung des BAG-Logos auf Informationsmaterialien diskutiert. Der Hintergrund dieser Frage bildete der Umstand, dass das BAG während der Pandemie einige der Informationsmaterialien zum Coronavirus ohne Logo zu Verfügung stellte für den Fall, dass es in gewissen Kontexten die Akzeptanz von Botschaften und Informationen schwächen könnte. Multiplikator:innen offizieller Gesundheitsinformationen an die Migrationsbevölkerung konnten diese Informationsmaterialien nach eigenem Ermessen mit oder ohne BAG-Logo verbreiten. Die Fokusgruppengespräche sollten dazu ihre Erfahrungen oder Einschätzungen erheben.

Ausnahmslos alle Teilnehmende sprachen sich deutlich für eine Identifizierung der verantwortlichen Quelle bei Covid-19-bezogenen Information aus, wobei diese aber nicht zwingend das BAG sein muss, da bestehende Vertrauensbeziehungen für die Zielgruppe gewichtiger sind. In diesem Sinne wurde das Logo des BAG gelegentlich durch das der Organisationen der Teilnehmenden ausgetauscht, die bereits im direkten Kontakt mit der Zielgruppe standen.

Die Abbildung des BAG-Logos brachte Vorteile dadurch, dass es Informationen Glaubwürdigkeit verlieh oder Verlässlichkeit attestierte. Eine konsistente Verwendung des BAG-Logos erzeugte zudem Kohä-

renz bei der visuellen Aufbereitung von Informationen und hinsichtlich der genutzten Informationsquelle. Ferner stattete das BAG-Logo Informationen oder Vorgaben mit Autorität aus oder gestattete die Verantwortung über die Validität von Informationen an das BAG zu delegieren.

Die wenigen Teilnehmenden, die der Verwendung des BAG-Logos eine potenziell abschreckende Wirkung zuwies, bedachten Personen der Zielgruppe, die den Kontakt mit Behörden fürchten (z.B. Sans-Papiers) oder Verschwörungstheorien Glauben schenken.

### 5.3 Vergleich der Ergebnisse aus Online-Befragung und Fokusgruppen/Interviews

Im Folgenden werden die über die Online-Befragung identifizierten Schwachstellen der Covid-19-Kommunikation des BAG mit der Migrationsbevölkerung (Massnahmen und Prozesse) zur Bestätigung oder Entkräftung mit Ergebnissen aus den Fokusgruppen und Interviews kontrastiert.

In Kapitel 5.1.2 wurden vier mögliche Schwachstellen der Covid-19-Kommunikation des BAG mit der Migrationsbevölkerung präsentiert, welche die Online-Befragung herausstreicht.

- Bezüglich der Produktion von Informationen für neue Medien zeigte die Online-Befragung auf, dass die Informationsmaterialien des BAG zu wenig auf die Verbreitung auf Social Media bzw. Geräten mit kleinen Bildschirmen zugeschnitten waren. Diese Einschätzung wird in den Fokusgruppen und Interviews mehrheitlich bestätigt.
- Das in der Online-Befragung stärker kritisierte Zeitmanagement der Informationsverbreitung des BAG wird in den Fokusgruppen und Interviews wesentlich weniger stark hervorgehoben. Darin monieren die Teilnehmenden vor allem die späte Bereitstellung übersetzter Informationsmaterialien zu Beginn der Pandemie.
- In der Online-Befragung wird insbesondere der ungenügende Einbezug von Stakeholdern in der Produktion von BAG-Informationen kritisiert. Darüber hinaus wurde der Wunsch eines erweiterten Einbezugs von Multiplikator:innen aus Migrationsgemeinschaften geäußert. In den Fokusgruppen und Interviews beschränkt sich diese Kritik auf die Informationsproduktion.
- Einige Antworten zu den offenen Fragen der Online-Befragung weisen darauf hin, dass die produzierten Materialien des BAG sprachlich und inhaltlich zu hochschwellig konzipiert waren. Darüber hinaus verweisen sie auf die wichtige Bedeutung mündlicher Informationsvermittlung. Beide Hinweise werden von den Fokusgruppen und Interviews wiederholt bestätigt.

Im Weiteren zeigte der Vergleich der Ergebnisse der beiden Erhebungsteile folgende interessante Spezifizierungen:

Zum Ergebnis der Online-Befragung der redundanten Produktion von Flyern, Plakaten und Faktenblättern liefern die Fokusgespräche folgende mögliche Erklärungen: A) Das Tessin konnte aufgrund seiner frühen Pandemie-Betroffenheit nicht auf BAG-Plakate, Flyer und Faktenblätter in den Landessprachen oder Nicht-Landessprachen zurückgreifen. B) Vertreter:innen von Integrationsfachstellen berichteten, sowohl vom BAG als auch den Kantonen, in denen sie während der Covid-19-Pandemie tätig waren, mehrsprachige Plakate, Flyer und Faktenblätter erhalten zu haben. Irritierenderweise unterschieden sie sich vor allem in der Gestaltung und nicht etwas im sprachlichen Angebot. C) Beratungsstellen dagegen begründeten die Eigenproduktion von Flyern durch die schwere Verständlichkeit der BAG-Faktenblätter für Zielpersonen. Um ihnen die wichtigsten Informationen aus den BAG-Faktenblättern zugänglich zu machen, wurden Zusammenfassungen in leicht verständlicher Sprache erstellt.

Die Online-Befragung ergibt, dass für die Antwortenden (Fachleute) migesplus.ch für die Bekanntmachung von BAG-Informationsangeboten und -produkten für die Migrationsbevölkerung weniger zentral war (Abb. 16, Anhang). Dieses Ergebnis wird von den Teilnehmenden der Fokusgruppen und Interviews (Fachleute und Vertreter:innen von Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung) allerdings widerlegt, die während der Covid-19-Pandemie oft auf migesplus.ch zurückgriffen, um zielgruppengerechte, überprüfte und aktuelle Gesundheitsinformationen zu finden. Vor diesem Hintergrund kann behauptet werden, dass die Förderung einer Online-Plattform, die zielgruppengerechte Informationen für Fachleute, Selbstorganisationen und Personen der Migrationsbevölkerung zusammenführt, kuratiert und bereitstellt, eine äusserst nützliche und ressourcenschonende Praxis darstellt. An gleicher Stelle ergibt die

Online-Befragung, dass für die Antwortenden die Femmes- und Männer-Tische noch weniger relevant für die Bekanntmachung von BAG-Informationsangeboten und -produkten für die Migrationsbevölkerung waren. Dies lässt sich damit erklären, dass die Zielgruppe der Femmes- und Männer-Tische nicht Fachleute, sondern die Mitglieder sozial benachteiligter Migrationsgruppen selbst sind. Darauf bezogen ergeben die Fokusgruppen und Interviews, dass dieses Peer-to-Peer-Angebot (siehe Projektbeschreibung in Kap. 1 «Ausgangslage») während der Covid-19-Pandemie als eine äusserst wirkungsvolle Massnahme der Informationsvermittlung bewertet, wenn auch ihre eher geringe Reichweite kritisiert wurde. Gleichzeitig wird an diversen Stellen in den Fokusgruppen und Interviews hingewiesen, dass die Effizienz von Informationsangeboten nicht an ihrer quantifizierbaren Reichweite allein, sondern auch an ihrer Wirkung gemessen werden sollte.

## 6 Lessons Learned

In diesem Kapitel werden *Lessons Learned* aus der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen im In- und Ausland vorgestellt, die über die Fokusgruppen/Interviews und die Desk Research eruiert werden konnten. Der Begriff der *Lessons Learned* bezeichnet hier nützliches Erfahrungswissen für eine künftige Gesundheitskrisenkommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen. *Lessons Learned*, die sich nach Ansicht der Fokusgruppen-/Interviewteilnehmenden auch für eine Gesundheitskrisenkommunikation mit anderen sozial benachteiligten Gruppen eignen, werden jeweils mit dem Hinweis «vulnerable +» versehen.

### 6.1 Normalisierung einer Gesundheitskommunikation in Nicht-Landessprachen

Alle Teilnehmenden betonen die Wichtigkeit einer Gesundheitskrisenkommunikation in den Erstsprachen sozial benachteiligter Migrationsgruppen. Sie würde im hohen Masse die Aufnahme von Gesundheitsinformationen bei mangelnden Kenntnissen der Landessprachen erleichtern und steigern. Einige der Teilnehmenden empfehlen daher, die während der Pandemie unternommenen Übersetzungen in den Erstsprachen sozial benachteiligter Migrationsgruppen ausserhalb der Krisenzeiten ebenfalls zum Normalfall zu machen.

Wie einige Teilnehmende anmerken, berücksichtigte in der Anfangsphase der Pandemie die Covid-19-Kommunikation des BAG sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung noch unzureichend. Aufgrund der Informationsdringlichkeit in dieser Phase entschieden einige kantonale Behörden eigene Übersetzungen von Gesundheitsinformationen mithilfe von Online-Übersetzungsplattformen oder interkulturellen Mediator:innen anzufertigen bzw. anfertigen zu lassen. In diesem Vorgehen konnten sie allerdings keine geprüften Übersetzungen bereitstellen. Damit sich diese ungünstige Übersetzungssituation in künftigen Krisenzeiten nicht wiederholt, empfehlen Fokusgruppen-/Interviewteilnehmende die während der Pandemie aufgebauten Kontakte des BAG zu Übersetzungsagenturen, die in eine grosse Anzahl Sprachen übersetzen, dauerhaft zu nutzen und zu unterhalten, damit sie im Ernstfall nicht neu aufgebaut werden müssen und auch für Präventionskampagnen ausserhalb von Krisenzeiten genutzt werden können.

Am Beispiel der Übersetzungen in Tigrinya haben Teilnehmende weiteres Phänomen beschrieben, welches berücksichtigt werden muss: Manche BAG-Übersetzungen waren nicht verständlich, weil sie die Erstsprachkompetenzen der Zielpersonen unzureichend berücksichtigten oder der Text in einen Dialekt der Zielsprache übertragen worden waren. Darauf bezogen empfehlen sie, manche Inhalte sinngemäss bzw. kulturell adaptiert in die Zielsprache zu übertragen und/oder Übersetzungen stets von Personen aus sozial benachteiligten Migrationsgruppen überprüfen zu lassen, selbst wenn sie von professionellen Übersetzungsagenturen angefertigt wurden. Für die Überprüfung oder eine schnellere Verfügbarkeit von Übersetzungen können Selbstorganisationen oder Medien der Migrationsbevölkerung einbezogen werden, die bereits Erfahrung darin haben, behördliche Gesundheitsinformationen an die Peer-Group weiterzugeben.

Auf den australischen Kontext bezogen, halten Seale et al. (2022) in diesem Zusammenhang fest, dass maschinengestützte Übersetzungsprogramme für die Übersetzung von Covid-19-Informationen sich grösstenteils als ineffektiv erwiesen, nicht nur weil die Übersetzungen meist wenig Sinn ergaben oder gar Falschinformationen vermittelten, sondern weil den Betroffenen gewisse Begrifflichkeiten, welche die Übersetzungsprogramme vorschlugen, in der Herkunftssprache nicht bekannt waren. Vor diesem



Hintergrund brauche es für eine effektive Informationsvermittlung gemäss Seale et al. (2022) zweisprachige und wohl auch bikulturelle Schlüsselpersonen, die sozial benachteiligten, fremdsprachigen Migrant:innen die Informationen verständlich vermitteln können.

## 6.2 Relevanz sozioökonomischer und bildungsbezogener Ungleichheiten sowie kultureller und geografischer Faktoren

Der internationale Forschungsstand zur Gesundheitskommunikation während der Pandemien zeigt, dass sozio-ökonomische und bildungsbezogene Ungleichheiten weiterhin eine grosse Herausforderung bei der Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen darstellen (Crawshaw 2022; Schulz et al., 2020; Sothorn, 2020). Dazu kommt, dass Personen mit geringem ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital gerade auch bei der Covid-19-Pandemie vulnerabler waren und eine höhere Mortalität aufwiesen, wie dies Drehfal (2021), Fabiani et al. (2021) und Waitzberg et al. (2020) für den schwedischen, italienischen und israelischen Kontext nachweisen. Die Relevanz einer bedarfsgerechten Kommunikation, welche die prekären Lebensbedingungen einer Zielgruppe berücksichtigt, bestätigen andere ähnlich gelagerte Studien (Koval et al. 2021; Kumal et al. 2021) zu anderen Kontexten. Für den Schweizer Kontext weisen die Studien von Probst et al. (2021), Ruedin et al. (2022) sowie Vogt et al. (2020) bezüglich der Covid-19-bezogene Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung darauf hin, dass Migrant:innen mit tiefem Bildungs- und sozioökonomischem Niveau Falschinformationen weniger misstrauen. Die behördliche Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung müsse deswegen sozioökonomische und bildungsbezogene Benachteiligungen stärker Rechnung tragen. Die Studie von Moser, von Wyl und Höglinger (2021) zeigt wiederum die Relevanz von kulturellen, sozioökonomischen, geographischen sowie bildungsbezogenen Faktoren für die Akzeptanz von Pandemie-Massnahmen auf und empfiehlt deren stärkere Berücksichtigung bei der Formulierung von Kommunikations- und Präventionsstrategien. Zu einem ähnlichen Schluss kommt die schweizerische Bundeskanzlei (2022) bei ihrer Auswertung des Krisenmanagements des Bundes während der zweiten Pandemiephase.

## 6.3 Verwendung leicht verständlicher Sprache und audio-visueller Formate

Wie von den Teilnehmenden bestätigt wird, verfügen einige Personen aus sozial benachteiligten Migrationsgruppen über eine schwach ausgeprägte bis inexistentente Literalität. Diese eingeschränkte, grundlegende Kompetenz für eine gesellschaftliche Partizipation zeige sich sowohl in Bezug auf ihre Erstsprache als auch in Bezug auf die Landessprachen der Schweiz. Eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen sollte daher für eine erleichterte Informationsaufnahme nicht nur in den Erstsprachen der Zielgruppen erfolgen, sondern auch passende Vermittlungsformen berücksichtigen und sich auf die zielgruppenrelevantesten Informationen beschränken.

Schriftlich vermittelte Gesundheitsinformationen sollten eine leicht verständliche Sprache anwenden, was auch anderen sozial benachteiligten Gruppen zugutekäme (vulnerable +). Die Verwendung einer leicht verständlichen Sprache würde ebenso das Informationsverständnis seitens der Fachleute erleichtern, die mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen in Kontakt stehen und Informationen an diese schriftlich oder verbal weitervermitteln (vulnerable +). Teilnehmende aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern weisen darauf hin, dass gerade behördliche Fakten- und Merkblätter während der Pandemie in einem eher fachsprachlichen Stil formuliert waren, weswegen ihnen die adressatengerechte Anpassung der Texte und Informationen viel Zeit abverlangte. Neben der Verwendung einer leicht verständlichen Sprache empfehlen sie daher die Bereitstellung leicht verständlicher Zusammenfassungen der wichtigsten Informationen für Fachleute (vulnerable +). Auch Behördenangestellte, die bspw. telefonisch Sonderregelungen für religiöse Einrichtungen ausdeuten müssen, können von Zusammenfassungen oder gar Schulungen bezüglich geltender Bundesvorgaben profitieren (siehe dazu Kap. 5.2.2).

Die Teilnehmenden verweisen bezüglich passender Vermittlungsformen auf die Wichtigkeit verbaler, auditiver oder audio-visueller Formen der Informationsvermittlung (vulnerable +), welche auch anderen sozial benachteiligten Gruppen zugutekäme: Der direkte Austausch mit Personen aus den Zielgruppen (bspw. im Rahmen aufsuchender Angebote oder Beratungssettings, die auch während Lockdowns angeboten werden sollten) gestattet das Verständnis und die Akzeptanz relevanter Informationen bzw.

das Einhalten von Schutzmassnahmen sicherzustellen, indem auf den Informationsstand und die Informationsbedürfnisse einer Zielgruppe reagiert werden kann (vulnerable +). In der medial vermittelten Gesundheitskrisenkommunikation sollten auch Podcasts oder multimodale Kommunikationsressourcen (z.B. die Kombination bildlich-auditiv vermittelter Informationen in Erklärvideos, in Verbindung mit oder alternativ zu Schrift) genutzt werden (vulnerable +). Nicht-schriftliche oder multimodale Informationsangebote erleichtern also Personen mit wenig oder keinen Lesefähigkeiten deutlich die Aufnahme von Gesundheitsinformationen. Allerdings gilt es zu bedenken, dass rein visuelle Vermittlungsformen (z.B. Piktogrammen) nicht imstande sind, universalgültige bzw. kulturübergreifende Bedeutungen zu vermitteln. Gewünschte Lesarten von bspw. Piktogrammen werden am besten mittels «sprachlicher Verankerungen» wie Legenden oder mündlichen Erklärungen gewährleistet. Eine leicht verständliche Informationsvermittlung fokussiert ausserdem auf die für eine Zielgruppe relevanteste Gesundheitsinformationen, um eine Informationsüberforderung zu vermeiden.

Auch die internationale Literaturlage zeigt die Wichtigkeit massgeschneiderter Kommunikationsinhalte für unterschiedliche sozial benachteiligte Gruppen auf, die es möglichst zielgruppengerecht aufzubereiten gilt, sowohl in Bezug auf ihre inhaltliche und sprachliche Verständlichkeit (Lazarus et al. 2020) als auch Form, wobei letztere kulturelle Bewertungen der Bildsprache, Farbgebung etc. mitberücksichtigen sollte (Benski, 2020, S. 6).

## 6.4 Bedeutung einer inklusiven Kommunikationsstrategie

Verschiedene Studien (Cramarencu 2020; Koval et al. 2021; Kumal et al. 2021, Lazarus et al. 2020, Nezafat Maldonado et al. 2020) zeigen die Notwendigkeit einer inklusiven Kommunikationsstrategie, die sozial benachteiligte Gruppen während der Pandemie die Botschaft «no one is left behind» (Cramarencu, 2020, S. 116) vermittelt. Ebenso gilt es darauf zu achten, dass die Thematisierung von gesundheitlicher Vulnerabilität und sozialer Benachteiligung nicht zu Stigmatisierungen und Vorurteilen gegenüber solchen Gruppen führt (siehe Wodak 2022, Wojczewski et al. 2023, Blum und Kuhlmann 2021).

## 6.5 Bedeutung der Online-Kanäle und Kinder als Informationsvermittelnde

Eine medial vermittelte Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen sollte ihr Mediennutzungs- und Informationsverhalten beachten, wenn sie sicherstellen möchte, dass ihre Informationen die Zielgruppe tatsächlich erreichen. Den Teilnehmenden der Fokusgruppen und Interviews zufolge bevorzugen Personen dieser Zielgruppe es, sich über Online-Netzwerke (wie WhatsApp-Gruppen) mit Personen aus der jeweiligen Peer-Group oder über Online-Plattformen der Migrationsgemeinschaft (wie Facebook) zu informieren. Eine behördliche Gesundheitskrisenkommunikation sollte daher auch eine Verbreitung von Gesundheitsinformationen über Social Media-Kanäle einplanen bzw. Gesundheitsinformationen medien- und adressatengerecht aufbereiten (z.B. via Sprachnachrichten, Videos, Podcasts oder eine mediengerechte Informationsportionierung wie «1 Botschaft pro 1 Text-/Sprachnachricht»).

Die Relevanz von Social Media zur Schaffung eines Verständnisses für die Risiken des Coronavirus und damit verbundenen Schutzmassnahmen bei der Migrationsbevölkerung konnte durch mehrere Studien belegt werden (Goldsmith et al. 2022; Limaye et al. 2020; Roble, Wangdahl & Warner 2022). Wie Seale et al. (2022) für Queensland zeigen, schienen während der Pandemie gerade Social Media-Kanäle der Migrationsbevölkerung eine wichtige Informationsquelle darzustellen, da Migrant:innen australische Behördenmedien nur in beschränktem Ausmass konsultierten. Gleichwohl können pandemiebezogene Inhalte auf Social Media-Kanälen von Migrationsgemeinschaften Informationskonflikte (siehe dazu auch Kap. 6.7) bewirken und zu Unsicherheiten führen (Seale et al. 2022, S. 4), wenn diese Covid-Policies anderer Länder propagieren; wenn sie Massnahmen kommunizieren, die innerhalb des Aufenthaltslandes nicht auf allen Ebenen gelten (z.B. nur für spezifische Regionen oder Unternehmen) oder wenn sie Falschinformationen verbreiten. Zur Bekämpfung Covid-19-bezogener Falschinformationen in Social Media-Kanälen der Migrationsbevölkerung brauche es Content Management und Qualitätskontrollen (Limaye et al. 2020, S. 2), die jedoch nur von sprach- und zugleich sachkundigen Content Manager:innen geleistet werden können.

Einige Teilnehmende der Fokusgruppen und Interviews verweisen ebenfalls auf die Kinder von Migrant:innen. Ihrer Ansicht nach könnte eine kindergerechte Gesundheitskrisenkommunikation Kinder zu wertvollen Multiplikator:innen von Gesundheitsinformationen machen – sofern dies nicht zu einer Überforderung der Kinder führt. Ihr Potenzial sei während der Pandemie aber nicht genutzt worden.

## 6.6 Berücksichtigung des *Digital Divide*

Die Teilnehmenden machen auf den Umstand aufmerksam, dass sozial benachteiligte Migrationsgruppen genau wie die breite Bevölkerung von einem *Digital Divide* (verursacht durch Faktoren wie Alter oder Zugang zu Informations- und Kommunikationstechnologien) betroffen sind.

Während der Pandemie, und insbesondere während des Lockdowns, erfolgte die Verbreitung von Gesundheitsinformationen überwiegend online, was nach Ansicht der Fokusgruppen- und Interviewteilnehmenden die IT-Kompetenzen und -Nutzungsmöglichkeiten einzelner Personen zu wenig berücksichtigte. Zur Bekämpfung des *Digital Divide* während Lockdowns empfehlen sie daher die Verbreitung textlich vermittelter Informationen in Papierform und per Post oder Face-to-Face-Beratungsangebote aufrechtzuerhalten, damit möglichst alle sozial benachteiligten Gruppen Zugang zu den Informationsangeboten erhalten (vulnerable +).

Den Teilnehmenden zufolge bewährten sich in der Pandemie Online-Peer-to-Peer-Diskussionsrunden oder Online-Beratungsgespräche als Online-Formate, die Gesundheitsinformationen mündlich vermittelten und so die oft eingeschränkten Sprach- und Lesekompetenzen sozial benachteiligter Migrationsgruppen berücksichtigten (siehe Kapitel 7). Der *Digital Divide* kann den Zugang zu solchen Angeboten aber erschweren oder gar verunmöglichen. Damit sie von allen sozial benachteiligten Personen genutzt werden können, empfehlen die Teilnehmenden daran zu denken, die nötigen IT-Kompetenzen zu vermitteln (wie z.B. für formellere Kommunikationsmittel wie Zoom) oder die notwendigen Kommunikationstechnologien zur Verfügung zu stellen (vulnerable +).

Auf einen *Digital Divide* in sozial benachteiligten Migrationsgruppen macht auch Berg (2022) aufmerksam, die in ihrer Studie zu Frauen in deutschen Flüchtlingszentren feststellt, dass der Mangel an Internetzugang und Hardware in Flüchtlingsunterkünften bestehende soziale Ungleichheiten in der Pandemie weiter verschärfte sowie zu digitaler Isolation und sozialer Ausgrenzung führte. Eine ähnliche Studie bieten Sauvage und Auger (2022) für den französischen Kontext und Bastik und Mallet-Garcia (2022) für die Situation von Sans-Papiers.

## 6.7 Parallele Rezeption unterschiedlicher Gesundheitsinformationen

Wie einige Teilnehmende darauf hinweisen, rezipieren Personen sozial benachteiligter Migrationsgruppen Gesundheitsinformationen parallel aus dem Herkunfts- und Aufenthaltsland. Vor diesem Hintergrund waren sie während der Pandemie nicht nur einer grösseren Informationsmenge ausgesetzt, sondern ebenso der Herausforderung, die Validität von Informationen oder ihre Übertragbarkeit auf den schweizerischen Kontext zu beurteilen, was ihnen eher schwerfiel. So kam es vor, dass manche Personen dieser Zielgruppe der Wirksamkeit von in der Schweiz geltenden Schutzmassnahmen nicht trauten und sie es bspw. vorzogen, sich komplett zurückzuziehen. Solches Verhalten wirkte sich oft schädlich auf die psychische und physische Gesundheit betreffender Personen aus. Divergierende Informationen konnten während der Pandemie also Informationskonflikte auslösen, die in der Regel von Akteur:innen aus dem Sozial-, Integrations- und Asylbereich (ohne eigene Gesundheitsexpertise) adressiert werden mussten. Wie Ergebnisse der Desk Research zeigen, können potenzielle Informationskonflikte durch geeignete Vermittlungsformate mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung antizipiert und adressiert werden (siehe Kap. 6.5).

## 6.8 Erweiterte Informationsbedürfnisse

In den Fokusgruppen und Interviews wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass Personen sozial benachteiligter Migrationsgruppen Informationsbedürfnisse haben, die über Gesundheitsfragen hinausgehen.

So beobachteten einige Teilnehmende (vornehmlich aus dem Asylbereich oder von Sans-Papier-Beratungsstellen) ein unzulängliches oder gar inkorrektes Wissen in der Zielgruppe über ausländerrechtliche Konsequenzen von Massnahmenverstössen für Personen ohne Aufenthaltsbewilligung oder deren Zugang zu Gesundheitsmassnahmen und existenzsichernder Hilfe. Dies konnte dazu führen, dass sich Betroffene während der Pandemie komplett aus dem öffentlichen Leben zurückzogen und/oder keine Gesundheitsmassnahmen in Anspruch nahmen, z.B. aus Angst durch falsches Tragen der Maske oder Test-/Impfregistrierungen ihren illegalen respektive irregulären Aufenthaltsstatus offenzulegen und ausgeschafft zu werden. Vor diesem Hintergrund betonen sie die Wichtigkeit einer Gesundheitskrisenkommunikation, die nicht nur Gesundheitsfragen, sondern auch Lebensrealitäten sozial benachteiligter Migrationsgruppen adressiert. Besagte Teilnehmende weisen bspw. darauf hin, dass Behörden Informationen zu solchen Fragen nicht sofort zur Verfügung gehabt hätten und dass sie auf die besonderen Informationsbedürfnisse von Personen ohne Aufenthaltsbewilligung erst durch Informationsanfragen der Teilnehmenden aufmerksam wurden. Im Zuge der Pandemie und der Informationsarbeit besagter Teilnehmende sei aber eine behördliche Sensibilität für solche Fragen entwickelt worden, die bewirkte, dass Behörden vermehrt aus eigenem Antrieb betreffende Informationen zusammentrug und bereitstellten. Schliesslich weisen einige Teilnehmende darauf hin, dass sozial benachteiligte Migrationsgruppen genauso wie weitere sozial benachteiligte Gruppen und die breite Bevölkerung von Folgewirkungen von Gesundheitsmassnahmen betroffen sein können, wie z.B. Home Schooling, häusliche Gewalt und psychische Probleme, weswegen eine Gesundheitskrisenkommunikation mit dieser Zielgruppe diese ebenfalls zum Gegenstand machen sollte (vulnerable +).

## 6.9 Transparente und korrektive Gesundheitskommunikation

Mehrere Teilnehmende weisen darauf hin, dass Personen aus sozial benachteiligten Migrationsgruppen aufgrund ihrer Migrationsgeschichte misstrauisch gegenüber staatlichen Informationskampagnen sein können. Darüber hinaus hinterfragen Personen dieser Zielgruppe ebenso kritisch offizielle Gesundheitsinformationen wie Personen aus der breiten Bevölkerung oder anderen sozial benachteiligten Gruppen, weshalb auch eine Gesundheitskrisenkommunikation für sozial benachteiligte Migrationsgruppen darum bemüht sein sollte, die Glaubwürdigkeit von Informationen auszuweisen. So gestattet bspw. eine proaktive Fehlerkommunikation oder eine transparente Kommunikation des behördlichen Wissensstandes das Vertrauen in (widersprüchliche) Gesundheitsinformationen (wieder-)herzustellen (vulnerable +).

## 6.10 Argumente für Entkräftung von Falschinformationen

Besonders in Zeiten von Gesundheitskrisen sehen sich Organisationen, die mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung in Kontakt standen, der Herausforderung ausgesetzt, ohne entsprechende Gesundheitsexpertise zirkulierenden Falschinformationen oder Misstrauen gegenüber widersprüchlichen Anordnungen des Bundes entgegenwirken zu müssen. Gesundheitsbehörden können sie dabei unterstützen, indem sie entsprechende (Gegen-)Argumente in leicht verständlicher Sprache bereitstellen.

## 6.11 Interdisziplinärer und interbehördlicher Austausch

Diverse Teilnehmende heben für eine Gesundheitskrisenkommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen die Wichtigkeit der Schaffung von Kooperationsnetzwerken oder Koordinationstreffen zwischen Behörden und zielgruppennahen Organisationen hervor, ob auf kantonaler und nationaler Ebene oder Ebenen übergreifend, da sie erlauben, die Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen in den Erstsprachen der Zielgruppe zu verbessern (bspw. durch die Vermeidung redundanter Übersetzungen), zu beschleunigen (bspw. durch die Nutzung der Vorarbeiten einzelner Kantone) oder Informationsbedürfnisse besser zu erfassen (bspw. durch die Wahrnehmung kantons- oder zielgruppenspezifischer Informationsbedürfnisse) und schneller zu adressieren (z.B. durch den Austausch zwischen unterschiedlichen Behördenstellen für die Produktion erweiterter Gesundheitsinformationen in Krisenzeiten).

Manche Teilnehmende empfehlen den Einsatz von Begleitgruppen, die aus Akteur:innen der Zielgruppen oder Akteur:innen mit Zielgruppennähe bestehen, weil sie Gesundheitsbehörden bei der Planung und Erarbeitung von Informationsangeboten Erfahrungen «aus der Front» nahe bringen können, wie z.B. Wissen über Informationskonflikte, über das Informationsverhalten oder die Massnahmeneinhaltung sozial benachteiligter Migrationsgruppen.

Unabhängig davon, welche Formen der interdisziplinäre oder interbehördliche Austausch zur Erzielung einer bedarfsgerechten Gesundheitskrisenkommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen letztlich annehme, sei es wichtig sicherzustellen, dass solche Strukturen im Ernstfall bereitstehen.

## 6.12 Klare Kommunikation von Zuständigkeiten

Mehrere Teilnehmende verweisen darauf, dass es für eine effiziente Informationsproduktion und Informationsverbreitung wichtig sei, Zuständigkeiten in einem föderalistischen System klar zu definieren und zu kommunizieren, da sonst Informations- oder Förderanfragen (z.B. zum Zugang zu Gesundheitsmassnahmen für Personen mit illegalem Aufenthaltsstatus oder zur Finanzierung von Informationsangeboten aus der Migrationsgemeinschaft) zu viel zeitliche Ressourcen benötigen würden.

## 6.13 Supervision der Belastungssituation von Multiplikator:innen

Multiplikator:innen, die bei der Informationsvermittlung in direktem Kontakt mit den Zielgruppen stehen, sind im Rahmen der Verbreitung von Gesundheitsinformationen nicht nur einer zusätzlichen Arbeitslast, sondern oft auch negativen Reaktionen auf Botschaften ausgesetzt. Vor diesem Hintergrund verweisen einige der Teilnehmende auf die Wichtigkeit einer Supervision der Belastungssituation von Multiplikator:innen und der finanziellen Unterstützung zusätzlicher Beratungsleistungen bzw. der Schaffung zusätzlicher Beratungsangebote.

## 6.14 Sensibilisierung zu zielgruppenspezifischen Informationsbedürfnissen

Auf eine Sensibilisierung von Multiplikator:innen zielen zwei Empfehlungen der OECD (Nezafat Maldonado et al. 2020a) im Zusammenhang mit der Covid-19-Kommunikation mit fremdsprachigen, immigrierten Gruppen: Zum einen soll neben der Übersetzung von Informationen in die einzelnen Herkunftssprachen und der Verwendung von leichter Sprache gleichermaßen der Austausch mit NGO's, Journalist:innen, Behörden und Regierungsvertreter:innen gesucht werden, damit letztere ihre Kommunikation auch auf die besonderen Bedürfnisse dieser Gruppen ausrichten. Zum anderen gilt es das Stigmatisierungsrisiko der Migrationsgruppen oder die Ängste in der Bevölkerung gegenüber derselben zu berücksichtigen und diese mittels gezielter Kampagnen und Aufklärung anzugehen (Nezafat Maldonado et al., 2020a, S. 2). Auch Bendel et al (2021) und Meier-Braun (2021) weisen für den deutschen Kontext auf Stigmatisierungs- und Diskriminierungsrisiken einzelner Subgruppen von Migrant:innen hin, welche bei der Covid-19-Kommunikation mitbedacht werden müssen. Im Rahmen der Fokusgruppengespräche betonen ebenfalls einige Teilnehmende die Wichtigkeit der Vermeidung einer Stigmatisierung von Migrationsgruppen.

Die Ergebnisse von Bendel et al. (2021) mit ihrer grösseren Studie zu Deutschland zeigen auf, dass während der Covid-19-Pandemie private und öffentliche Unternehmen einer stärkeren Sensibilisierung auf die spezifischen Informationsbedürfnisse von Migrantengruppen innerhalb ihrer Belegschaft bedürfen (Bendel et al. 2021, S. 43). Dieselbe Studie entwickelt zudem drei Szenarien, die die potenziellen Auswirkungen der durch die Corona-Pandemie veränderte Umstände auf Migration und Integration in Deutschland veranschaulichen. Diese eröffnen einen Fächer von Auswirkungen, der von Exklusion über utilitaristische Ansätze bis zur teilhabeorientierten Gesellschaftsform reicht, was verdeutliche, dass während einer Pandemie «eine Diversitätssensibilität und Mehrsprachigkeit nicht nur in migrations- und integrationsbezogenen Instituten, sondern auch in Gesundheitseinrichtungen und weiteren Behörden notwendig» (Bendel et al. 2021, S. 45) sei.

## 7 Good Practices

Im Folgenden werden Beispiele guter Praxis in der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen aus der Schweiz und im Ausland abgebildet, die aus den Fokusgruppengesprächen und Interviews sowie der Desk Research hervorgehen. Der Begriff der *Good Practice* bezeichnet hier Praktiken der Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen, die sich während der Pandemie bewährt haben. Die von den Teilnehmenden aufgezeigten *Good Practices* in der Covid-19-Kommunikation der Schweiz enthalten teilweise auch Praktiken der Gesundheitskrisenkommunikation, die sich ihrer Ansicht nach für andere sozial benachteiligte Gruppen eignen. Sie werden im Folgenden jeweils mit dem Hinweis «vulnerable +» versehen.

Zu *Good Practices* in der Covid-19-Kommunikation für sozial benachteiligten Migrationsgruppen findet sich in der Forschungsliteratur Material in beschränktem Umfang, weshalb sich die nachfolgenden Beispiele nur auf die Studien von Bendel, Bekyol und Leisenheimer (2021), Meier-Braun (2021), Kohlenberger et al. (2021) und Seale et al. (2022) sowie die WHO respektive RCCE und die OECD-Empfehlungen stützen. Allen darin genannten *Good Practice*-Beispielen ist die Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung gemein. Entsprechend betonen sie die Wichtigkeit der behördlichen Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus Migrationsgemeinschaften.

### 7.1 Produktion von Informationsangeboten

In Bezug auf die Produktion von Informationsangeboten für sozial benachteiligte Migrationsgruppen wurden folgende *Good Practice* aufgezeigt:

- Die Bereitstellung wichtigster **Gesundheitsinformationen in möglichst vielen Erstsprachen** der Zielgruppe (Fokusgruppen und Interviews). Was die staatliche Covid-19-Kommunikation für Fremdsprachige in Europa betrifft, zeigt die Studie von Nezafat Maldonado et al. (2020a, b), dass zu Beginn der Pandemie beinahe zwei Drittel aller europäischen Länder (64%) allgemeine Covid-19-Informationen in mindestens eine Fremdsprache und rund die Hälfte (48%) mindestens in eine Sprache der Migrationsbevölkerung übersetzten. Spezifische Informationen zu Gesundheitsverhalten und Testen in Bezug auf Covid-19 wurden jedoch nur in 6% aller europäischen Länder in mindestens eine Migrantensprache übersetzt. Entsprechend plädieren die Autoren für die Schaffung einer nationalen, auf Migrant:innen ausgerichtete Risikokommunikation.
- Die Verwendung eines **Farbsystems zur Kennzeichnung unterschiedlicher Gefahrenstufen** (Fokusgruppen und Interviews, vulnerable +).
- Die **Nutzung multimodaler Kommunikationsressourcen** im Rahmen einer medialen Gesundheitskommunikation, wie z.B. durch die Unterlegung von Piktogrammen mit Textelementen in einfacher Sprache auf Flyern oder die Verbindung bildlicher und auditiv vermittelter Informationen in Videos (Fokusgruppen und Interviews, vulnerable +).
- Die Bildung **abteilungs- und/oder organisationsübergreifender Arbeitsgruppen** für die Produktion bedarfsgerechter Informationen, wie sie vor allem im Tessin durch die frühe Pandemiebetroffenheit des Kantons stattfand (Fokusgruppen und Interviews). Nach Seale et al. (2022) bewährten sich für die Gesundheitsdepartemente in Queensland sogenannte «Advisory Boards», die Akademiker:innen, Praktiker:innen, bilinguale Behördenvertreter:innen sowie Schlüsselpersonen einschlossen, um die Kommunikation gegenüber sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung untereinander abzustimmen. Auf diese Weise konnten massgeschneiderte Vorgehensweisen entwickelt, umgesetzt und auch bezüglich ihrer Qualität geprüft werden (ebd., S. 10). Die Autoren heben ebenfalls die Wichtigkeit von Partnerschaftlichkeit innerhalb dieser Boards hervor, da es in der Gesundheitskommunikation nicht um eine One-way-Kommunikation gehe, sondern um eine Bottom-up-Kommunikation, die Raum für Diskussionen um Bedenken, Fragen und Unsicherheiten lasse (ebd., S. 8). Zudem empfehlen sie Weiterbildungsangebote für Schlüsselpersonen und eine enge Zusammenarbeit zwischen Schlüsselpersonen, Gesundheitsbehörden und Regierungsvertreter:innen. In dieser Zusammenarbeit sollen Schlüsselpersonen (community leaders) die Informationsmaterialien selbst entwickeln und anschliessend von Gesundheitsfachleuten des Advisory Boards auf ihre Richtigkeit überprüfen lassen (ebd., S. 9). Besagte Advisory Boards wurden Ende 2021 wieder aufgehoben, doch die Studie empfiehlt auf der Grundlage ihrer Evaluationsergebnisse deren dauerhafte Etablierung zum Zweck einer nachhaltigeren Gesundheitsprävention.

Initiativen mit Bottom-up-Ansätzen, die während der Corona-Pandemie eine behördliche Informationsproduktion in Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen oder Organisationen sozial benachteiligter Migrationsgruppen ermöglichten, wurden in der Schweiz nicht angewandt.

- Die **Freiwilligenarbeit von Migrant:innen**, die es manchen Vereinen der Migrationsbevölkerung erlaubte, schnell auf fehlende Informationen in Erstsprachen ihrer Zielgruppe zu reagieren. Die fehlende finanzielle Vergütung von Übersetzungsleistungen brachte allerdings die Schwierigkeit, übersetzende Personen aus der Migrationsbevölkerung längerfristig für solche Aufgaben zu verpflichten (Fokusgruppen und Interviews). Auch Seale et al. (2022, S. 37) betonen die Bedeutung ausreichender finanzieller Mittel für die Leistungsentschädigung von Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung, da sie deren zeitlichen Kapazitäten für Kommunikationsbemühungen erhöhen. Überdies signalisiere die Honorierung von Leistungen der Migrationsbevölkerung Wertschätzung und Zugehörigkeit, was wiederum den gesellschaftlichen Zusammenhalt stärke (ebd.).

## 7.2 Informationsverbreitung

In Bezug auf die Verbreitung von Informationen für sozial benachteiligte (Migrations-)Gruppen wurden folgende *Good Practice* aufgezeigt:

- Die gute **Erreichbarkeit und Auskunftsbereitschaft schweizerischer Behörden** zu Beginn der Pandemie (Fokusgruppen und Interviews).
- Die **multimediale Gesundheitskrisenkommunikation** des BAG, die erlaubte, auf die in bestimmten Pandemiemomenten variierenden Informationsrezeptionsmöglichkeiten von Personen sozial benachteiligter Migrationsgruppen zu reagieren. So eigneten sich bspw. während des Lockdowns zur Vermittlung von Schutzmassnahmen Plakate in Asylzentren und Erklärvideos für privat untergebrachte Asylbewerber:innen.
- Die **Nutzung und Förderung von Medien der Migrationsbevölkerung** für eine adressatengerechte Aufbereitung und/oder effiziente Verbreitung behördlicher Gesundheitsinformationen, da sie wichtige Informationsquelle der Zielgruppe bilden würden (Fokusgruppen und Interviews). Die systematische Review zur Pandemiekommunikation von Koval et al. (2021) betont ebenfalls die Wichtigkeit einer community-basierten und massgeschneiderten Gesundheitskommunikation.
- Der **Einsatz von Peer-to-Peer-Ansätzen** mit Fachpersonen, Netzwerken (wie Femmes- und Männer-Tische), Schlüsselpersonen oder Identifikationsfiguren der Migrationsbevölkerung. So gestattete während der Pandemie der Einsatz von Gesundheitsfachkräften aus der Migrationsbevölkerung (ob im Rahmen von medialen oder Face-to-Face-Informationsangeboten) nicht nur die Verbreitung behördlicher Gesundheitsinformationen in den Erstsprachen sozial benachteiligter Migrationsgruppen, sondern auch die Schaffung von Vertrauen in diese durch die mündlichen Erklärungen der fachkundigen Peers. Damit in künftigen Krisensituationen Informationsangebote mit Gesundheitsfachkräften aus der Migrationsbevölkerung schneller aufgleist werden können, empfehlen die Teilnehmenden der Fokusgruppen und Interviews, dass Behörden Listen entsprechender Gesundheitsfachkräfte für Organisationen, die einen solchen Peer-to-Peer-Ansatz verfolgen wollen, bereitstellen. Die Informationsverbreitung über Schlüsselpersonen (z.B. ein Imam) oder Identifikationsfiguren (z.B. Sportler:innen, Kunstschaffende) einer Migrationsgemeinschaft begünstigt das Vertrauen in Gesundheitsinformationen sowie die Akzeptanz und das Einhalten von Schutzmassnahmen durch ihren gruppeninternen Status. Die systematische Review zur Pandemiekommunikation von Koval et al. (2021) verweist ebenfalls auf die Bedeutung der Involvierung von Vereinen der Migrationsbevölkerung und Schlüsselpersonen. Sie würden einen Zugang zu sozial benachteiligten Migrationsgruppen ermöglichen, weshalb sie eine wichtige Vermittlungs- und Bindegliedfunktion zwischen Gesundheitsbehörden und Migrationsbevölkerung einnehmen. Gleichzeitig kommen Droogers et al. (2019) zum Schluss, dass nationale Aktionspläne zur Pandemiebekämpfung in den von ihnen untersuchten, europäischen Ländern Einsichten dieser Art noch nicht oder noch zu wenig berücksichtigen. Sowohl in Deutschland als auch in Österreich wurde mit Peer-Ansätzen gearbeitet (Bendel et al. 2021; Kohlenberger et al. 2021), um in Migrationsgemeinschaften offizielle Covid-19-Informationen zu verbreiten. Bewährt hat sich dabei offenbar der Einsatz von Gesundheitspat:innen, die selber in Gemeinschaftsunterkünften leben und darin ausgebildet sind, ihre Mitbewohner:innen bezüglich Covid-19 und den aktuellen Massnahmen zu informieren und aufzuklären. Eine Face-to-Face-Informationsarbeit würde neben kulturellen und linguistischen Hürden auch der ungenügenden digitalen Infrastruktur der Zielgruppe Rechnung tragen (Bendel

et al. 2021). Bei «Schlüsselpersonen» dieser Art stellte sich die interkulturelle Kompetenz und der soziale Status als wichtige Voraussetzung zur Erreichung der Zielgruppe heraus (Seale et al. 2022, S. 9). In Österreich haben sich regelmässige Corona-Sprechstunden für Migrant:innen mit Gesundheitsfachleuten bewährt, da sie einen Austausch auf Augenhöhe förderten und Unsicherheiten auszuräumen vermochten (Kohlenhammer et al. 2021, S. 37). In Bezug auf die Austauschintensität zwischen Schlüsselpersonen und zwei- bzw. mehrsprachigen medizinischen Sachverständigen empfehlen Seale et al. (2022, S. 38) wöchentliche bis zweiwöchentliche Online-Foren, bei welchen Fragen der Schlüsselpersonen durch die medizinischen Sachverständigen beantwortet werden (Seale et al. 2022, S. 8).

- **Aufsuchende niederschwellige Angebote** der Gesundheitsversorgung und/oder Informationsvermittlung, da sie den Zugang zu Informationen oder die Inanspruchnahme von Beratungen und Gesundheitsmassnahmen erleichtern (vulnerable +). Der darin stattfindende Austausch zwischen Fachleuten, gegebenenfalls interkulturellen Mediator:innen und Personen der Zielgruppe stellt zudem ein effizientes Mittel dar, um das Verständnis und die Akzeptanz von Gesundheitsinformationen sicherzustellen, indem er gestattet, auf Informationsstand, Informationsbedürfnisse oder Ängste von Zielgruppenpersonen zu reagieren (Fokusgruppen und Interviews).
- Die **Nutzung von Beratungssituationen für eine mündliche und interpersonelle Vermittlung von Gesundheitsinformationen**. In diesem Kontext bewährte sich auch die Erarbeitung eines Gesprächsleitfadens für eine Gesundheitskommunikation in themenfremden Beratungssettings (Fokusgruppen und Interviews).
- Die **Nutzung von Social Media-Gruppen der Migrationsbevölkerung** sowie der **Einsatz von Peers** zu deren Betreuung, wofür bereits etablierte oder nach sprachlichen und sozioökonomischen Gemeinsamkeiten neu eingerichtete Chat-Gruppen genutzt werden können. Der Einsatz von Peers gestattet eine Informationsvermittlung in der Erstsprachen sozial benachteiligter Migrationsgruppen oder die Beobachtung der Stimmung in Migrationsgemeinschaften und die Erfassung zielgruppenspezifischer Informationsbedürfnisse an sprachkundige Personen zu delegieren (Fokusgruppen und Interviews). Die Relevanz einer interaktiven Online-Aufklärungsarbeit durch Schlüsselpersonen unterstreicht hingegen die Studie von Brekke (2022) am Beispiel der als schlecht erreichbar eingestuft somalischen Minderheit in Oslo. Hier zeigt sich, dass somalische Schlüsselpersonen als aktive «media user» und «opinion leader» fungierten, die für weniger aktive «media user» ihrer Community Informationen sammelten, interpretierten und verbreiteten. Die Informationsvermittlung über Schlüsselpersonen aus Migrationsgemeinschaften bewährte sich in Norwegen für die somalische Minderheit also besser als herkömmliche Verbreitungswege für Covid-19-bezogener Informationen (Brekke, 2022, S. 657). Eine Online-Aufklärungsarbeit durch Schlüsselpersonen bedingt aber ein Qualitätsmanagement auf Seiten der Behörden.
- Die **Informationsverbreitung über lokal agierende, zielgruppennahe Organisationen** (wie z.B. Integrationsfachstellen, Sans-Papiers-Beratungsstellen oder Selbstorganisationen der Migrationsbevölkerung) in Krisenzeiten, da sie sicherstellt, dass Informationen Zielgruppen tatsächlich erreichen. Darüber hinaus geniessen solche Organisationen in der Regel bereits das Vertrauen von Personen aus sozial benachteiligten Migrationsgruppen, was die Akzeptanz von behördlichen Gesundheitsinformationen und -massnahmen bei den Zielgruppen positiv beeinflussen kann. Die Teilnehmenden empfehlen, dass Behörden stets über aktuelle Listen solcher Organisationen verfügen (Fokusgruppen und Interviews).
- **Berücksichtigung von Einschätzungen interkultureller Mediator:innen oder Dolmetschenden** zur Erfassung der Informationsrezeption oder Massnahmeneinhaltung in sozial benachteiligten Migrationsgruppen (Fokusgruppen und Interviews).
- Der **Einbezug von Organisationen aus dem Frühförderbereich** für die Verbreitung von Gesundheitsinformationen, da viele Personen sozial benachteiligter (Migrations-)Gruppen über ihre Kinder mit diesen Organisationen bereits in Kontakt stehen (Fokusgruppen und Interviews, vulnerable +).
- Die **Kontaktwahrung mit und Kartierung von besonders isolierten Personen** aus sozial benachteiligten (Migrations-)Gruppen für Hausbesuche von Akteur:innen aus dem Migrations- oder Sozialbereich in Zeiten einer Gesundheitskrise (Fokusgruppen und Interviews).
- Die **Wahrnehmung von Vorbildrollen** durch zielgruppennahe Akteur:innen (wie z.B. das Personal von Asylzentren) oder Schlüsselpersonen der Migrationsbevölkerung (Fokusgruppen und Interviews).



- Die **redundante Verbreitung von Gesundheitsinformationen über Behördenwebseiten auf unterschiedlichen politischen Ebenen** und ihre **visuelle Hervorhebung**, die ihre Sichtbarkeit vergrösserte (Fokusgruppen und Interviews).
- **FAQ-Seiten auf behördlichen Webseiten**, die Fachleuten in Kontakt mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen die Informationsbeschaffung massgeblich erleichterte (Fokusgruppen und Interviews).
- Die Nutzung von Kommunikationskanälen, die über Aufrufe und Likes eine grobe Einschätzung der Reichweite und Wirkung von Informationen gestatten (Fokusgruppen und Interviews).

## 8 Die Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung in den Nachbarländern

Die Desk Research-Ergebnisse zu behördlichen Massnahmen für die Covid-19-Aufklärung sozial benachteiligter Migrationsgruppen in den Nachbarländern basieren zum einen auf Ergebnissen aus der Forschungsliteratur, zum anderen auf Analysen behördlicher Webseiten von Relevanz. Die Website-Analysen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da sie nur projektrelevante Informationen oder Informationsmaterialien berücksichtigen, die zum Zeitpunkt der Desk Research (Januar bis Mai 2023) verfügbar waren.

### 8.1 Frankreich

Die Suche nach relevanter Forschungsliteratur zum Fall Frankreich ergab, dass die Covid-19-bezogene Behördenkommunikation dort bisher noch kaum untersucht wurde. In der Folge konnte sie im Rahmen der Desk Research nur anhand von Website-Analysen relevanter staatlicher Einrichtungen rekonstruiert werden.

Die Analyse der Webseite von Santé publique France (bzw. der Agence nationale de santé publique) zeigt, dass die oberste Gesundheitsbehörde Frankreichs bisher (noch) keine Studien zur Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen publiziert hat. Bezüglich ihrer Covid-19-Kommunikation kann festgestellt werden, dass detailliertere Informationen zum Coronavirus sowie Informationsmaterialien zu darauf bezogenen Schutzmassnahmen stets auf Englisch und Französisch und gelegentlich auch auf Arabisch und Ukrainisch bereitgestellt wurden. Einzig Informationen für Einreisende zu Tests sowie Impfungen wurden im März 2022 in zusätzliche Sprachen übersetzt (Dari, Spanisch, Portugiesisch, Paschtunisch, Rumänisch, Russisch, Türkisch und Ukrainisch). Video- bzw. Audiospots produzierte Santé publique France ausschliesslich in französischer Sprache. Die Webauftritte ausgewählter Agences régionales de santé (Nouvelle Aquitaine, Grand Est, Normandie) zeigen auf, dass die regionalen Niederlassungen von Santé publique France zusätzlich über soziale Medien wie Facebook, Twitter, LinkedIn und Youtube zu Covid-19-bezogenen Themen informierten, allerdings nur in französischer Sprache für Gesundheitsfachkräfte bzw. für eine breite Öffentlichkeit. Das Gesundheitsministerium (Ministère de la santé et de la prévention) sowie die französische Regierung informieren über Covid-19 sowie darauf bezogene Schutzmassnahmen und Verordnungen ebenfalls ausschliesslich auf Französisch.

Auf keiner behördlichen Webseite Frankreichs konnte im Rahmen der Desk Research Hinweise auf Informationsangebote für sozial benachteiligte Migrationsgruppen gefunden werden. Eine andere Quelle (die Zeitschrift «La santé en action» von Santé publique France) weist jedoch darauf hin, dass die oberste Gesundheitsbehörde Frankreichs mit Radio Africa eine Partnerschaft für eine gesundheitspräventive Sendung entwickelt hat (vgl. Agence nationale de santé publique 2021a, S. 40). Radio Africa wird in Frankreich von Migrant:innen aus Afrika südlich der Sahara gehört und seine Gesundheitssendung bietet sowohl westliche als auch afrikanische Expert:innen für die Vermittlung von Präventionsinformationen auf (ebd.). Leider konnte über die Desk Research nicht eruiert werden, ob besagte Sendung ebenfalls offizielle Covid-19-Informationen vermittelte. Partnerschaften dieser Art könnten auch für eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen in der Schweiz interessant sein.

## 8.2 Italien

In Italien werden die staatlichen Verordnungen, Pandemieinformationen und Covid-19-Massnahmen über die Regierungswebsite des Gesundheitsministeriums [salute.gov.it](https://salute.gov.it) verbreitet und sind dort ausschliesslich in italienischer Sprache abrufbar. Der Link zu den einzelnen Regionen Bolzano und Trento bietet die Sprachwahlmöglichkeiten für Deutsch und Ladino sowie leichter Sprache (auf Deutsch) auf, während die Region Val d'Aosta neben Italienisch auch Französisch zur Wahl stellt. Die restlichen Regionen hingegen sind durchgängig monolingual, auch Übersetzungen auf Englisch finden sich in der Regel keine. Einzig die Region Emilia Romagna verweist auf Links mit Covid-Informationen in verschiedenen Sprachen der Migrationsbevölkerung, wie etwa Albanisch, Thai, Twi, Punjabi, Chinesisch, Bengalesisch, Urdu, Ukrainisch oder Arabisch, doch ist deren Aktualität und auch Qualität (Herausgeber sind meist lokale Kooperativen, die in der interkulturellen Arbeit tätig sind) nicht gesichert. Eine zentrale Aufbereitung von Covid-19-Informationen für sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung fehlt. Zudem sind die staatlichen Dekrete zu Covid-19-Massnahmen, die auf den offiziellen Webseiten der Gesundheitsbehörden aufgeschaltet werden, sowohl sprachlich als auch inhaltlich hochschwierig, da sie in einer formalisierten Beamtensprache verfasst sind.

Im Weiteren verbreitet die staatliche Gesundheitsbehörde aktuelle Informationen zu Covid-19 auf der *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, ebenfalls ausschliesslich auf Italienisch. Das *Istituto Superiore della Sanità* hat gemäss Bandini et al. (2021) einige Informationen in den Sprachen der Migrationsbevölkerung übersetzt (Englisch, Französisch und Arabisch). Ebenso finden sich zehn Verhaltensregeln für die Altenpflege und Covid-19-Prävention auf Englisch, Spanisch, Französisch, Portugiesisch, Rumänisch, Polnisch und Russisch, welche sich in erster Linie an Care Workerinnen richten.

Fabiani et al. (2021) zeigen in ihrer Studie auf, dass Migrant:innen in Italien ihre Covid-19-Infektion in der Regel zwei Wochen später als Italiener:innen medizinisch feststellten und aus Herkunftsländern mit niedrigem HDI (human development index) sogar erst vier Wochen später. Die Autor:innen bringen dies in Zusammenhang mit sprachlichen, legalen, administrativen, kulturellen und sozialen Barrieren sowie mit der Vermeidung der Quarantäne-Regeln aufgrund der prekären Arbeits- und Anstellungsverhältnisse der Zielgruppe. Ausserdem wiesen Migrant:innen schwerere Verläufe und proportional mehr Todesfälle aufgrund von Covid-Erkrankungen auf. Dies macht deutlich, wie wichtig es wäre, diese Zielgruppen aufzuklären und zu sensibilisieren. Auch Bandini et al. (2021) zeigen auf, dass die sozial benachteiligten Migrationsgruppen Italiens mit der Impfkampagne nur ungenügend erreicht werden konnten und dass die Kampagne zielgruppenfokussierter und dezentraler geführt und an regionale Verwaltungseinheiten delegiert werden müsste.

## 8.3 Österreich

Die Studie von Kohlenberger et al. (2021), in der die Angehörigen sozial benachteiligter Migrationsgruppen die österreichische Covid-19-Kommunikation während der Pandemie bewerten, zeigt auf, dass von offizieller Seite die Übersetzung von relevanten Informationen in diversen Sprachen stattfand und diese auf ausgewählten Websites platziert wurden. Doch die Verbreitung dieser Informationen hing v.a. von der Initiative der verschiedenen Communities oder einzelner Schlüsselpersonen ab. Wie Kohbacher et al. (2021) zudem darauf hinweisen, waren diese Übersetzungen von offizieller Seite nicht hinreichend, sodass Communities und Einzelpersonen in Eigenregie Informationen übersetzen mussten. In solchen Fällen wurde kritisiert, dass keine Qualitätsstandards hinsichtlich Übersetzung gewährleistet werden konnten. Kohlenberger et al. (2021) können weiter aufzeigen, dass die Informationsrezeption und -verarbeitung sowie die speziellen Bedürfnisse der sozial benachteiligten Migrationsgruppen stark von ihrer prekären Lebenslage abhing, d.h. von Faktoren wie Jobverlust, Einschränkungen für die Inanspruchnahme von Integrationsmassnahmen, Überforderung bei Home Schooling etc.

Wie die vorgenommene Desk Research zeigt, werden COVID-19-bezogene Informationen auf den behördlichen Webseiten Österreichs nicht durchgehend in mehreren Sprachen kommuniziert. Eine Recherche auf der Webseite des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und den Webseiten der Bundesländer zeigt, dass dort Inhalte in leichter Sprache und barrierefrei verfasst sind. Übersetzungen in anderen Sprachen sind aber nur sporadisch vorhanden oder lassen sich nicht einfach finden, so etwa die Einverständniserklärung für Schutzimpfungen (mehrere Sprachen) oder die Webseite des Impfservice Wien (Bosnisch und Türkisch), während dies für andere Informationen zu COVID-19 und die Webseiten der Impfservices der anderen Bundesländer nicht der Fall ist.

## 8.4 Deutschland

Gegenwärtig liegt keine gegenstandsrelevante Studie mit Blick auf Deutschland vor.

Auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit lassen sich allgemeine Informationen zu Corona-Schutzmassnahmen, Gesetzesänderungen und FAQ in englischer, französischer, leichter sowie Gebärdensprache finden. Bei weiteren Fragen kann das Bundesministerium für Gesundheit via E-Mail, Telefon, Kontaktformulare (in Deutsch und Englisch) kontaktiert werden. Zu spezifischen Fragen wird ausserdem auf weitere Webseiten verwiesen.

In Deutschland ist die Covid-19-Kommunikation vor allem Ländersache, weshalb die Bundesregierung den «Corona-Informationen der Länder» eine eigene Seite widmet, die entsprechende weiterführende Links aufführt. Die beiden an die Schweiz angrenzenden Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern informieren über Covid-19 auf Deutsch, Englisch, Französisch und bieten Links zur Gebärdensprache und zur Leichten Sprache. Auf der bayrischen Seite findet man etwas versteckt einen Link zu «Wichtige Dokumente und Informationen zur Corona-Virus-Impfung in weiteren Sprachen», wobei die Texte erneut nur in englischer, französischer, leichter sowie Gebärdensprache angeboten werden. Ein exemplarischer Blick auf die Webseite von Berlin zeigt, dass das Bezirksamt Treptow-Köpenick einen Newsletter in den Sprachen Deutsch, Arabisch, Englisch, Persisch, Türkisch, Rumänisch, Russisch und Serbo-Kroatisch bereitstellte.

Einer ausländischen Behördenquelle kann entnommen werden, dass das deutsche Bundesministerium für Gesundheit die mehrsprachige Kampagne «Gemeinsam gegen Covid-19» verantwortete (vgl. Agence nationale de santé publique, 2021b, S. 52). Sie entstand in Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum (EMZ) sowie Mediator:innen des «MiMi – The Health Project with Migrants for Migrants» und thematisierte neben Schutzmassnahmen auch innerfamiliäre Gewalt in gesundheitlichen Krisenzeiten (vgl. ebd.). Ferner unterstützte das Bundesministerium für Gesundheit eine Kampagne zu Covid-19 für Migrant:innen und Flüchtlinge, die vom EMZ im Februar 2020 gestartet und vom Expert:innen-Netzwerk Covid-Allianz, MiMi-Projekt sowie vom nationalen Robert-Koch-Institut bei der Entwicklung und permanenten Aktualisierung zuverlässiger und validierter Informationen in 33 Sprachen unterstützt wurde (vgl. ebd.). Die Informationen in den Erstsprachen sozial benachteiligter Migrationsgruppen wurden im Rahmen dieser Kampagne über gedruckte Broschüren, herunterladbare PDFs und Taschenführer für Smartphones verbreitet (vgl. ebd.). Interkulturelle Mediator:innen des MiMi-Projekts halfen ausserdem bei der Covid-19-Aufklärung in Flüchtlingsheimen und organisierten 300 Online-Informationsveranstaltungen für verschiedene kulturelle Gemeinschaften (vgl. ebd.). Die Kampagne der EMZ soll während der Pandemie dazu beigetragen haben, die deutsche Bundesregierung sowie die Gesundheitsministerien und Gesundheitsbehörden auf Bundes- und Landesebene mit der akademischen Welt und Netzwerken der Migrationsbevölkerung zu vernetzen (vgl. ebd.). Zum Zeitpunkt der Desk Research liessen sich auf den untersuchten Webseiten deutscher Behörden allerdings keine Informationen zu diesen Kampagnen mehr finden.

## 8.5 Fürstentum Liechtenstein

Das Fürstentum Lichtenstein unterhält eine Website zu «Covid-19 Coronavirus» auf Deutsch und Englisch. Als allgemeine Informationsseite ist sie ausserdem mit Social Media-Kanälen wie LinkedIn, Instagram, Facebook, Twitter, Youtube verlinkt. Wie eine Weiterleitung an die Webseite des BAG auf der deutschsprachigen Seite verrät, übernahm das Fürstentum Liechtenstein die Einreisebestimmungen der Schweiz. Dieser Verweis fehlt auf der englischsprachigen Seite. Impfinformationen finden sich auf der Landesverwaltungsseite, die ausserdem eine Linkzusammenstellung zum Thema «Krankheiten und Risiken – Coronavirus» bereithält. Diese führen zum BAG, zum Bundesministerium für Gesundheit, Österreich, zum Robert-Koch-Institut in Deutschland und zum European Center for Disease Prevention and Control. Die Informationen der Landesverwaltung sind ausschliesslich in Deutsch zugänglich.

## 8.6 Die Schweiz im kontrastierenden Vergleich

Die in der Schweiz praktizierte behördliche Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung weist viele Gemeinsamkeiten mit derjenigen in Deutschland und Österreich auf. Gleichwohl zeichnen sich vor allem die Schweiz und Deutschland durch eine behördliche Covid-19-Kommunikation aus,

welche die Bedürfnisse sozial benachteiligter Migrationsgruppen am stärksten berücksichtigte. Im Ausereuropäischen Vergleich wird deutlich, dass die Schweiz keine Bottom-up-Ansätze für eine behördliche Informationsproduktion verfolgte, denen ein grosses Potenzial für eine adressatengerechte Gesundheitskrisenkommunikation zugeschrieben wird.

## 9 Schlussfolgerungen für eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen

In diesem abschliessenden Teil werden Schlussfolgerungen der Studie für eine effiziente und effektive Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen im Allgemeinen präsentiert, die ein Teilziel der vorliegenden Studie bilden.

### 9.1 Herleitung

Die Schlussfolgerungen dieser Studie für eine ressourceneffiziente und wirkungsvolle Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen basieren ausschliesslich auf Ergebnisse der vorliegenden Studie bzw. auf der Triangulation der Ergebnisse aus den drei Erhebungsteilen. Damit werden im Folgenden Verallgemeinerungen in Bezug auf andere sozial benachteiligte Gruppen oder eine Gesundheitskommunikation im Allgemeinen präsentiert, die diesen Prämissen folgen.

Zunächst sei daran erinnert, dass die Fokusgruppen/Interviews und die Online-Befragung neben anderem der Sammlung von Informationen über «Herausforderungen» und «Praktiken» (in) der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Migrationsgruppen in der Schweiz dienten. Die Fokusgruppengespräche und Interviews erhoben im Unterschied zur Online-Befragung aber auch Informationen zu *Lessons Learned* und *Good Practices* im Zusammenhang mit der Covid-19-Kommunikation für sozial benachteiligte Migrationsgruppen, welche wiederum mit Einsichten aus der internationalen Desk Research gespiegelt und situiert werden konnten.

Für die Ableitung allgemeinerer Schlussfolgerungen wurden in einem ersten Schritt Ergebnisse der Fokusgruppen und Interviews fokussiert, die von Teilnehmenden bezüglich ihrer Eignung für andere sozial benachteiligte Gruppen hervorgehoben wurden (siehe Kap. 6 und 7) und in einem zweiten Schritt mittels (weiterer) relevanter Ergebnisse aus den Fokusgruppen/Interviews, der Desk Research und der Online-Befragung angereichert und gewichtet. Die so hergeleiteten Schlussfolgerungen enthalten im Kern vier grundlegende Einsichten:

- die zielgruppengerechte Informationsaufbereitung für eine wirkungsvolle Gesundheitskrisenkommunikation,
- die Bildung behördlicher Synergien für eine effiziente und konsistente Gesundheitskrisenkommunikation (insbesondere in Krisenzeiten),
- die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Organisationen und Schlüsselpersonen der Zielgruppen,
- und die Bereitstellung niederschwelliger aufsuchender Angebote der Informationsverbreitung und/oder Gesundheitsversorgung.

Die nachfolgenden Kapitel führen die herausgearbeiteten Schlussfolgerungen aus, nehmen auf die vier genannten Einsichten Bezug und verweisen überblicksartig auf relevante Ergebnisse aus den drei Erhebungsteilen.

### 9.2 Zielgruppengerechte Informationsaufbereitung

Eine zielgruppengerechte, massenmedial vermittelte Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sollte bei der Aufbereitung von Informationen und Botschaften auf deren

**inhaltliche Verständlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit** und **mediale Rezipierbarkeit** achten. Innerhalb sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen bestehen sehr unterschiedliche Bedürfnisse an Gesundheitsinformationen, daher ist es zentral auf eine Vielfalt bei den Produktions- und Verbreitungsformen zu achten.

### 9.2.1 Anforderungen für verständliche Gesundheitsinformationen

Die Produktion von Informationsmaterialien orientiert sich stets an der durchschnittlichen Sprach-, Lese- und Gesundheitskompetenz von Mitgliedern sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen, um verständlich zu sein. Inhaltlich verständliche Gesundheitsinformationen werden erzielt, wenn folgende Punkte beachtet werden:

**Verwendung einer leicht verständlichen Sprache** (siehe etwa Abb. 4 in Kap. 5.1.2 und Kap. 6.3): Diese zentrale Einsicht bezieht sich nicht nur auf Informationsmaterialien, die sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen direkt adressieren (wie Flyer, Plakate), sondern ebenso auf Faktenblätter, die eher für Fachpersonen unterschiedlicher Tätigkeitsfelder gedacht sind, aber dennoch Informationen enthalten, die an Zielgruppenpersonen weitervermittelt werden müssen.

**Gesundheitsinformationen in möglichst vielen Erstsprachen sozial benachteiligter Gruppen** (siehe Kap. 6.1): Professionelle Übersetzungsagenturen können Übersetzungen in zahlreiche Sprachen übernehmen. Professionell angefertigte Übersetzungen sollten aber auch von Erstsprachler:innen auf ihre Verständlichkeit und Korrektheit geprüft werden.

**Kombination schriftlicher Informationsangebote mit auditiven oder audiovisuellen Vermittlungsformen wie Videos, Piktogramme, Sprachnachrichten, Podcasts** (siehe etwa Kap. 5.1.2, Abb. 1 und Abb. 3 im Anhang, Kap. 5.2.1, Kap. 6.3): Nicht-schriftliche und/oder multimodale Informationsangebote erleichtern Personen mit wenig oder keinen Lesefähigkeiten deutlich die Aufnahme medienvermittelter Gesundheitsinformationen. Allerdings gilt es zu bedenken, dass auch rein visuelle Vermittlungsformen nicht imstande sind, universal gültige bzw. kulturübergreifende Bedeutungen zu vermitteln. Gewünschte Lesarten von bspw. Piktogrammen am besten mittels «sprachlicher Verankerungen» wie Legenden oder mündlichen Erklärungen erzielt.

**Antizipation und Adressierung von Informationskonflikten mit Expert:innen und/oder Schlüsselpersonen** (siehe etwa Kap. 6.7): Informationskonflikte können vorliegen, weil Personen mit Migrationshintergrund möglicherweise widersprüchliche Informationen aus dem Herkunfts- und Aufenthaltsland parallel erhalten. Sie sind deswegen nicht nur einer grösseren Informationsmenge ausgesetzt, sondern auch der Herausforderung, mit gegebenenfalls geringer Gesundheits- und Medienkompetenz die Validität von Informationen und ihre Übertragbarkeit auf den schweizerischen Kontext zu beurteilen.

**Beschränkung auf zielgruppenrelevante Gesundheitsinformationen** (siehe etwa Kap. 5.2.1, Kap. 6.3 und Kap. 7.1): Damit kann eine Informationsüberforderung vermieden werden. Im Krisenfall sollte dazu das bewährte Farbsystem zur Kennzeichnung unterschiedlicher Gefahrenstufen verwendet werden.

### 9.2.2 Anforderungen für bedarfsgerechte Gesundheitsinformationen

Die Produktion wirksamer Gesundheitsinformationen in Krisenzeiten sollte die Informationsbedürfnisse sozial benachteiligter Gruppen der Bevölkerungen berücksichtigen, die massgeblich durch ihre Lebensrealitäten beeinflusst werden und daher über Gesundheitsfragen hinausgehen können. Die Corona-Pandemie zeigte die Relevanz folgender Themen für sozial benachteiligte Migrationsgruppen und andere sozial benachteiligte Gruppen auf:

**Informationen über Zugang zu kostenloser und registrierungsfreier Gesundheitsversorgung** (siehe Kap. 6.8): Soziale Benachteiligungen und Notlagen können den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren, weshalb eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen eine kostenlose und registrierungsfreie Gesundheitsversorgung (insbesondere in Krisenzeiten)

proaktiv thematisieren sollte. Davon besonders berührt sind Menschen, die aus finanziellen Gründen auf Leistungen des Gesundheitswesens verzichten, die Schwierigkeiten haben sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden und/oder sich illegal im Land aufhalten und nicht ohne Risiko für ihren Aufenthaltsstatus Nothilfe oder Gesundheitsmassnahmen beziehen können.

**Informationen zu möglichen Folgen von Schutzmassnahmen** (siehe Kap. 6.8): Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen spüren mögliche Folgewirkungen von Massnahmen wie Home Schooling, innerfamiliäre Gewalt, psychische Probleme und soziale Isolation genauso wie die breite Bevölkerung. Zudem kann ihre soziale Benachteiligung zu weiteren Folgewirkungen führen. Um bspw. zu verhindern, dass sich Sans-Papiers in Zeiten einer Gesundheitskrise komplett zurückziehen, sollte über ausländerrechtliche Fragen mitinformiert werden (z.B. über die rechtlichen Konsequenzen, wenn sie gegen Massnahmen verstossen).

### 9.2.3 Anforderungen für rezipierbare Gesundheitsinformationen

Damit massenmedial verbreitete Gesundheitsinformationen von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen tatsächlich rezipiert werden, sollte ihre Mediennutzung mitgedacht werden. So zeigte die Corona-Pandemie folgende *Lessons Learned* auf:

**Nutzung herkömmlicher Kommunikationskanäle (Plakate, Flyer) sowie Social Media-Plattformen und Online-Netzwerke der Zielgruppen** (siehe etwa Kap. 6.5, Kap. 6.6 und Kap. 7.2): Auch sozial benachteiligte Zielgruppen mit und ohne Migrationshintergrund informieren sich über Social Media-Plattformen und -Chatgruppen. Die Multimedialität und Interaktivität dieser Kanäle bedingen Überlegungen dazu, wie Inhalte Social Media-tauglich (z.B. Vermittlung 1 Botschaft pro Sofortnachricht, Berücksichtigung der Lesbarkeit von PDFs auf einem Handydisplay) und adressatengerecht aufbereitet werden können (zur Bedeutung auditiver und audiovisueller Formate siehe Kap. 5.1.2 und Kap. 6.3). Darüber hinaus stellt sich die Frage, wer diese Inhalte bereitstellt bzw. daran anschliessende Diskussionen moderiert. Während der Covid-19-Pandemie bewährte sich der Einsatz geschulter Personen aus den Migrationsgemeinschaften. Ihre sprachlichen und sozio-kulturellen Kompetenzen befähigten sie im besonderen Masse, Informationskonflikte und Informationsbedürfnisse zu registrieren und adressieren. In der Zusammenarbeit mit Multiplikator:innen und Netzwerken zahlte sich für eine effektive und effiziente Informationsverbreitung über Instant Messaging-Dienste zudem die Bildung von Chat-Gruppen nach Zielgruppe und/oder Zielsprache aus.

**Digitale und analoge Informationsproduktion und -verbreitung** (siehe etwa Kap. 5.2.2, Kap. 6.6 und Kap. 7.2): Die Rezeption einer medial vermittelten Gesundheitskommunikation kann verbessert werden, wenn auf mögliche Einschränkungen von Zielgruppen beim Zugang zu digital verfügbaren Informationen Rücksicht genommen wird. Ein *Digital Divide* wird von Faktoren wie «Alter» oder «Zugang zu Informations- und Kommunikationstechnologien» verursacht und betrifft sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders stark. Eine zusätzliche Informationsverbreitung in Papierform über Peer-to-Peer Angebote, Beratungsstellen und Organisationen der Zielgruppe oder per Post kann Personen erreichen, die keinen Zugang zu Online-Informationsangeboten finden.

**Einbezug zielgruppennaher und lokal agierender Organisationen für die Informationsverbreitung** (siehe Kap. 6.1 und Kap. 7.2): Dies können Organisationen sein wie sozialberatende Organisationen, Hilfswerke, Integrationsfachstellen, Sans-Papiers-Beratungsstellen, Vereine (der Migrationsbevölkerung), aber auch Organisationen aus dem Frühförderbereich, mit denen viele Zielgruppenpersonen über ihre Kinder bereits in Kontakt stehen. Die Informationsverbreitung kann sowohl medial als auch Face-to-Face laufen. Der Einbezug von Vereinen oder Medien der Migrationsbevölkerung kann dazu beitragen, die Qualität und Verfügbarkeit von Übersetzungen zu verbessern. Medien der Migrationsbevölkerung, die erfahren darin sind, behördliche Gesundheitsinformationen an die Peer-Group weiterzugeben, können z.B. auf migesMedia gefunden werden.

**Produktion kindergerechter Informationsangebote** (siehe Kap. 5.2.2 und Kap. 6.5): Kinder können im Pflichtschulalter zu wertvollen Multiplikator:innen werden, wenn sie kindergerecht vermittelte Gesundheitsinformationen mündlich und in der zu Hause gesprochenen Sprache an ihre Eltern weitergeben. Die Nutzung ihres Multiplikationspotenzial bedingt allerdings die Produktion kindergerechter Informationsangebote und die Berücksichtigung der Maxime, sie in dieser Rolle nicht zu überfordern.

**Bereitstellung offizieller Argumente gegen Falschinformationen** (siehe etwa Kap. 6.9 und 6.10): Besonders in Zeiten von Gesundheitskrisen sehen sich Organisationen, die mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung in Kontakt standen, der Herausforderung ausgesetzt, zirkulierenden Falschinformationen oder Misstrauen gegenüber widersprüchlichen Anordnungen des Bundes entgegenwirken zu müssen. Gesundheitsbehörden können sie bei der (Wieder-)Herstellung von Vertrauen in Gesundheitsinformationen unterstützen, indem sie ihnen den behördlichen Wissensstand transparent kommunizieren oder Gegenargumente für Falschinformationen in leicht verständlicher Sprache bereitstellen.

### 9.3 Bildung behördlicher Synergien

Die föderalistische Struktur der Schweiz, kantonsspezifische Herausforderungen und die Notwendigkeit einer kontinuierlichen und aktualisierten Gesundheitskommunikation können (insbesondere in Krisenzeiten) eine ressourceneffiziente Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen erschweren. Die Etablierung oder Verstärkung behördlicher Synergien durch Absprachen, Zusammenarbeit, Informationstransfer und klaren Rollenzuweisungen – sowohl auf vertikaler wie horizontaler Ebene – kann hier Abhilfe schaffen. So zeigte die Corona-Pandemie folgende *Lessons Learned* auf:

**Nutzung einer bewährten Online-Plattform für die Verbreitung überprüfter, aktueller und zielgruppengerechter Informationen** (siehe Kap. 5.2.1): Diese erprobte Praxis (in der Schweiz mit [migesplus.ch](https://www.gesplus.ch)) kann Behörden auf unterschiedlichen politischen Ebenen oder aus unterschiedlichen Landesregionen und natürlich andere zielgruppennahe Organisationen (insbesondere während Gesundheitskrisen) davor bewahren, überprüfte, aktuelle und zielgruppengerechte Informationen selbst produzieren oder zusammentragen zu müssen.

**Austausch- und Koordinationstreffen zwischen kantonalen Gesundheitsbehörden für die Informationsproduktion** (siehe etwa Kap. 5.1.2, Kap. 5.2.2 und Kap. 6.11): Regelmässige Austausch- und Koordinationstreffen zwischen dem BAG und kantonalen Gesundheitsbehörden können dazu beitragen, vergleichbare regionale Herausforderungen in der Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen kooperativer und abgestimmter zu adressieren, dem BAG kantonsspezifische Bedürfnisse mitzuteilen oder wertvolle Vorarbeiten einzelner Kantone wahrzunehmen (z.B. von Kantonen, die von der Krise zeitlich vorgelagert betroffen waren).

**Schaffung interdisziplinärer Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen und Zwecken auf nationaler respektive kantonaler Ebene** (siehe etwa Kap. 5.1.2, Kap. 5.2.2, Kap. 6.8, Kap. 6.11 und Kap. 7.1): Die Schaffung sich regelmässig treffender Arbeitsgruppen aus Vertreter:innen unterschiedlicher Kantonsbehörden, lokaler Organisationen mit Zielgruppennähe oder sozial benachteiligter Gruppen zu konkreten Inhalten oder Zwecken (z.B. zur Formulierung und Kommunikation zur Lösung zielgruppenspezifischer Zugangsproblemen) kann die Erfassung zielgruppenspezifischer Informationsbedürfnisse bzw. die Produktion bedarfsgerechter Informationsangebote sowie eine schnellere und zielführendere Verbreitung von Informationsmaterialien begünstigen.

**Vernetzung und Kollaboration mit Organisationen der Zielgruppen oder mit Zielgruppennähe** (siehe etwa Kap. 5.2.3, Kap. 6.8, Kap. 6.11 und Kap. 7.2): Behördliche Synergien sollten durch Vernetzung und Zusammenarbeit mit Vereinen, Medien oder Schlüsselpersonen der Zielgruppe sowie zielgruppennahen Organisationen (wie NGOs) erweitert werden. Diese Akteur:innen stehen in regelmässigem Kontakt mit der Zielgruppe und können so sicherstellen, dass behördliche Gesundheitsinformationen bedürfnisgerecht ausgestaltet sind und letztere tatsächlich erreichen. Sie geniessen ausserdem in der Regel das Vertrauen der Zielgruppen. Eine Verbreitung von Gesundheitsinformationen über Organisationen sozial benachteiligter Gruppen kann zudem die Akzeptanz behördlicher Gesundheitsinformationen und -massnahmen erhöhen, sie bedingt aber ein Qualitätsmanagement auf Seiten der Behörden.

## 9.4 Beispiele guter Praxis

Im Folgenden werden einige erfolgreiche Peer-to-Peer- und Bottom-up-Initiativen für die Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen an sozial benachteiligte Gruppen die Migrationsbevölkerung vorgestellt (siehe Kap. 7.2). Sie eignen sich für eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Zielgruppen mit und ohne Migrationshintergrund sowie während oder ausserhalb von Krisenzeiten.

Unter dem Begriff «Peer» werden hier Schlüssel- und Fachpersonen, Identifikationsfiguren oder Organisationen und Medien aus den Gemeinschaften sozial benachteiligter Gruppen verstanden und unter «Peer-to-Peer» und «Bottom-up»-Ansätze Methoden, die besagte Akteur:innen für die Produktion und Verbreitung behördlicher Gesundheitsinformationen einsetzen.

### **Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen über Medien der Migrationsbevölkerung**

Eine zentrale Initiative, die sprachliche und interkulturelle Kompetenzen von Peers nutzt, ist die vom BAG unterstützte Webplattform migesMedia, die Medien der Migrationsbevölkerung anführt, welche zentrale Gesundheitsbotschaften des Bundes übersetzen und verbreiten. Während der Pandemie förderte migesMedia zudem Informationsangebote, die Medien der Migrationsbevölkerung selbst produzierten. Manche resultierten in Videos oder Webinaren mit Gesundheitsfachkräften der Migrationsbevölkerung, die durch ihre sprachlichen und professionellen Kompetenzen sowie ihrer Gruppenzugehörigkeit das Vertrauen in behördliche Gesundheitsinformationen und -massnahmen stärken konnten. Andere Informationsangebote, die sich eines Peer-to-Peer-Ansatzes bedienten, waren Videos mit Schlüsselpersonen oder Identifikationsfiguren der Migrationsbevölkerung, die aufgrund ihrer Vorbildfunktion die Akzeptanz von Gesundheitsmassnahmen innerhalb der Community erhöhen konnten. Das Ausarbeiten einer Richtlinie für eine zielgruppengerechte Aufbereitung der Ausgangsinformation ist empfehlenswert.

### **Niederschwellige Informationsverbreitung über Peer-to-Peer-Gespräche**

Eine weitere vom BAG unterstützte Initiative, welche die sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen von Peers nutzt, sind die Gesprächsrunden des Vereins Femmes-Tische und Männer-Tische, worin Mitglieder und geschulte Mediator:innen aus einer Migrationsgemeinschaft teilnehmen und Gesundheitsfragen diskutieren. Diese Peer-to-Peer-Gesprächsrunden bezwecken eine mehrsprachige und niederschwellige Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Das ebenfalls vom BAG unterstützte Projekt von Public Health Services wählte einen etwas anderen Ansatz. Hier wurden erstsprachliche Ärzt:innen für niederschwellige Online-Diskussionen mit verschiedenen Migrationsgemeinschaften geschult, wodurch eine fachlich abgestützte Auseinandersetzung mit schwierigen Gesundheitsinformationen stattfinden konnte.

### **Niederschwellige, aufsuchende Angebote**

Niederschwellige, aufsuchende Angebote erleichtern den Zugang zu Informationen, Beratungen und Gesundheitsmassnahmen. Der darin stattfindende persönliche Austausch mit Personen einer Zielgruppe bildet überdies ein effizientes Mittel, um das Verständnis und die Akzeptanz von Gesundheitsinformationen zu erhöhen, indem er gestattet die Informationsbedürfnisse oder Ängste einer Zielgruppe zu erfassen und auf diese mündlich und in leicht verständlicher Sprache zu reagieren.

## 9.5 Schlussbemerkungen

Die Umsetzung und wenn möglich Institutionalisierung der präsentierten Schlussfolgerungen für eine zielführende Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen können deren Erreichung sowohl im Rahmen regulärer Präventionskampagnen als auch im Krisenfall verbessern. Empfehlenswert ist zudem, die während der Corona-Pandemie geschaffenen Austauschgremien und Vernetzungen



sowie die aufgebauten Kontakte des BAG zu Übersetzungsagenturen, die in eine grosse Anzahl Sprachen übersetzen, dauerhaft zu nutzen und zu unterhalten, damit diese im Ernstfall nicht neu aufgebaut werden müssen, sondern im Sinne der Nachhaltigkeit längerfristig etabliert und für weitere Zwecke wie etwa Präventionskampagnen genutzt werden können.

# Anhang

## 1. Liste der Teilnehmer:innen an den Fokusgruppen- und Interviews

**Gesundheitsbereich**      Debora Banchini Fersini, Schweizerisches Rotes Kreuz Tessin, Leiterin  
Martine Bouvier Gallacchi, Dienst für Gesundheitsförderung und Evaluation des Kantons Tessin, Leiterin  
Vivianne Fenter, Femmes- und Männer-Tische (Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm), Leitung Westschweiz Katharina Liewald, migesplus, Projektleitung  
Isabelle Maillat Schreyer, Amt für Gesundheit des Staates Neuenburg, Leiterin Kommunikation  
Emine Sariaslan, Public Health Services, Projektleiterin Bereich Diversität und Chancengleichheit und sozialpädagogische Familienbegleitung  
Ursina Trautmann, Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden, Kommunikationsverantwortliche

**Sozial- und Asylbereich**

Valeria Canova, SOS Ticino, Leiterin Abteilung Migration  
Etienne Guerry, Kantonales Sozialamt Freiburg, Koordinator für Integrations- und Eingliederungsaufgaben AsylG/SHG  
Elma Hadzikadunic, Entreaide Protestante Suisse EPER, Leiterin Programme  
Roberto Lopez, Sans-Papiers Basel, Fachberater und Co-Leiter  
Frédéric Moix, Kantonales Sozialamt Wallis, Leiter Abteilung Integration und berufliche Entwicklung  
Bernhard Roth, Kantonales Sozialamt Schaffhausen, Asyl- und Flüchtlingsbetreuung

**Integrationsbereich**

Albana Krasniqi Malaj, Université des Cultures de Genève UPA, Leiterin  
Manuela Raas-Müller, ARGE Integration Ostschweiz, Geschäftsleiterin  
Michela Trisconi, Integrationsdelegierte des Kantons Tessin  
Andrei Stoinescu, FABIA Kompetenzzentrum Migration Luzern, Leiter Deutsch- und Integrationskurse  
Kurz Zubler, Integres (Geschäftsleiter) und Integrationsdelegierter des Kanton Schaffhausen

**Medien und Vereine der Migrationsbevölkerung**

Christian Fischer (Co-Leiter) und Solomon Mengistu (Übersetzer), Eritreischer Medienbund (Tigrinya)  
Abduselam Halilovic, Vereinigung der Islamischen Organisationen in Zürich VIOZ, Präsident und Medienverantwortlicher  
Vladimir Miletić, serbinfo.ch (serbischsprachig), Chefredaktor und Leiter  
Luis Vélez Serrano, puntolatino.ch (spanischsprachig), Koordinator  
Aydin Yildirim, haberpodium.ch (türkischsprachig), Chefredaktor  
Ghania Ziadé, Union Vaudoise des Associations Musulmanes UVAM  
Farhad Haji, IntegrationsBrücke Bern, Gründer

## 2. Thematischer Literatur- und Forschungsstand

- Bandini, L.; Caraglia, A. Caredda, E., D'Ancona, F.P., Declich, S., Dente, M.G., Filia, A., Fulceri, F. Geraci, S., Libianchi, S., Mancinelli, R., Manto, A., Marceca, A., Mazzilli, S., Minutillo, A., Onder, G., Pacifici, R., Pantosti, A., Scattoni, M.L., Siddu, A., Tivoschi, L., Tosti, M.E., Vanacore, N. (2021) Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim. Istituto Superiore di Sanità, 34 Rapporto ISS COVID-19, n. 16.
- Bastik, Z., & Mallet-Garcia, M. (2022). Double lockdown: The effects of digital exclusion on undocumented immigrants during the COVID-19 pandemic. *New Media & Society*, 24(2), 365-383. DOI: 10.1177/14614448211063185
- Bendel, P., Bekyol, J., & Leisenheimer, M. (2021). Auswirkungen und Szenarien für Migration und Integration während und nach der COVID-19 Pandemie. MFI Erlangen. URL: <https://www.covidintegration.fau.de/>
- Benski, C, Goto, A., Creative Health Teams & Reich, M. R. (2020). Developing health communication materials during a pandemic. *Frontiers in Communication*, 5: 603656. DOI: 10.3389/fcomm.2020.603656
- Berg, M. (2022). Information-precarity for refugee women in Hamburg, Germany, during the COVID-19 pandemic, *Information, Communication & Society*, DOI: 10.1080/1369118X.2022.2129271
- Blum, S. & Kuhlmann, J. (2021). Wir sind Helden. Sozialpolitische Maßnahmen und politische Kommunikation in der Corona-Pandemie. *dms – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management*, 14(2-2021), 411-432. DOI: 10.3224/dms.v14i2.04
- Brekke, J.-P. (2021). Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19 – Reaching the Somali population in Oslo. *Journal of Refugee Studies*, 35(1), 641-661. DOI: 10.1093/jrs/feab053
- Bundeskanzlei (Hrsg.) (2022). Auswertung des Krisenmanagements in der zweiten Phase der Covid19-Pandemie. Bundeskanzlei Bern.
- Carbajal Mendoza, M., Projekt «Hypervulnerability and agency: The impact of the COVID-19 pandemic on migrant women working in the domestic services sector», HES de Suisse occidentale, <https://www.nfp80.ch/de>
- Cramarencu, R. E. (2020). On migrants and COVID-19-pandemic – an analysis. *Online Journal Modelling the New Europe*, 34, DOI: 10.24193/OJMNE.2020.34.05
- Crawshaw, A. F., Farah, Y., Rustage, K., Hayward, S. E., Carter, J., Knights, F., Goldsmith, Lucy P., Campos-Matos, I., Wurie, F., Majeed, A., Bedford, H., Forster, A.S. & Hargreaves, S. (2022). Defining the determinants of vaccine uptake and undervaccination in migrant populations in Europe to improve routine and COVID-19 vaccine uptake: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. DOI: 10.1016/S1473-3099(22)00066-4
- Dûchene, A. & Coray, R., Projekt «Mehrsprachigkeit in einer Gesundheitskrisensituation» (2017). [https://institut-mehrsprachigkeit.ch/sites/default/files/Arbeitswelt\\_A4\\_V.05\\_06.02.2017\\_web.pdf](https://institut-mehrsprachigkeit.ch/sites/default/files/Arbeitswelt_A4_V.05_06.02.2017_web.pdf)
- Drehfal, S., Wallace, M., Mussino, E., Aradhya, S., Kolk, M., Brandén, M., Malmberg, B. & Andersson, G. (2021). A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden. *Nature Communications*. DOI: 10.1038/s41467-020-18926-3
- Droogers, M., Ciotti, M., Kreidl, P., Melidou, A., Penttinen, P., Sellwood, C., & Snacken, R. (2019). European pandemic influenza preparedness planning: a review of national plans. *Disaster medicine and public health preparedness*, 13, 582-592. DOI: 10.1017/dmp.2018.60.
- Fabiani, A.; Mateo-Urdiales, S.A., Bella, A., Del Manso, M., Bellino, S., Rota, M.C., Boros, S., Vescio, M.F., D'Ancona, F.P., Siddu, A., Punzo, O., Filia, A., Brusaferrò, S., Rezza, G., Dente, M.G.,

- Declich, S., Pezzotti, P. & Riccardo, F. (2021). Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. *The European Journal of Public Health*, Vol. 31, No. 1, 37–44.
- Goldsmith, L. P., Rowland, M., Hanson, K., Deal, A. Crawshaw, A. F., Hayward, S. E., Knights, F., Carter, J., Ahmad, A., Razai, M., Vandrevalla, T. & Hargreaves, S. (2022). Use of social media platforms by migrant and ethnic minority populations during the Covid-19-Pandemic: a systematic review, *BMJ Open*, DOI: 10.1136/bmjopen-2022-061896
- Koval, O., O.A., E., Kringen, J., & Wiig, S. (2021). Strategies of communication healthrelated risks to vulnerable groups of immigrants during a pandemic: A scoping review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Health Governance*, 127-142. DOI: 10.1108/IJHG-062021-0070
- Kohbacher, J., Bauer-Amin, S., Lehner, M., & Six-Hohenbalken, M. (2021). COVID-19 im Flucht- und Integrationskontext. Soziale Implikationen der Pandemie für die syrischen und afghanischen Communities sowie NGOs der Flüchtlingsbetreuung in Wien. Wien: ROR-n / ÖAW.
- Kohlenberger, J., Weigl, M., Gaiswinkler, S., Buber-Ennsner, I., & Rengs, B. (2021). COVID-19 und Migrationshintergrund. Erreichbarkeit, Umgang mit Maßnahmen und sozioökonomische Herausforderungen von Migrant:innen und Geflüchteten. Endbericht zuhanden von Gesundheit Österreich GmbH & dem Bundesministerium Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz. URL: [https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/i/sozialpolitik/Bilder\\_Abteilungen/Endbericht\\_MigCOV\\_Kohlenberger\\_et.\\_al.\\_2021.pdf](https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/i/sozialpolitik/Bilder_Abteilungen/Endbericht_MigCOV_Kohlenberger_et._al._2021.pdf)
- Kumar, B. N., Hargreaves, S., Agyemang, C., James, R. A., Blanchet, K. & Gruer, L. (2021). Reducing the impact of the coronavirus on disadvantaged migrants and ethnic minorities. *European Journal of Public Health*, 31(4), iv9-iv13. DOI: 10.1093/eurpub/ckab151
- Lazarus, J. V., Ratzan, S., Palayew, A., Billari, F. C., Binagwaho, A., Kimball, S., Larson, H. J., Melegaro, A., Rabin, K., White, T. M. & El-Mohandes, A. (2020). COVID- SCORE: A global survey to assess public perceptions of government responses to COVID-19 (COVID-SCORE-10). *PLoS ONE* 15(10): e0240011. DOI: 10.1371/journal.pone.0240011
- Limaye, R. J., Sauer, M., Ali, J., Bernstein, J., Wahl, B., Barnhill, A. & Labrique, A. (2020). Building trust while influencing online COVID-19 content in the social media world. *Lancet Digit Health*. 2(6):e277-e278. DOI: 10.1016/S2589-7500(20)30084-4
- Meier-Braun, K.-H. (2021): Neue Studien und Berichte aus dem Themenfeld Migration und Integration (Stand: Juli 2021). Newsletter Migrations- und Integrationsforum Baden-Württemberg. URL: [https://www.mif-bw.de/fileadmin/mif-bw/pdf/2021/Studien\\_und\\_Berichte\\_MIF\\_Newsletter\\_Juli\\_2021.pdf](https://www.mif-bw.de/fileadmin/mif-bw/pdf/2021/Studien_und_Berichte_MIF_Newsletter_Juli_2021.pdf)
- Moser, A., von Wyl, V., & Höglinger, M. (2021). Health and social behaviour through pandemic phases in Switzerland: Regional time-trends of the COVID-19 Social. Monitor panel study. *PLoS One*, 16(8), 1-23. DOI: 10.1371/journal.pone.0256253
- Nezafat Maldonado, B. M., Collins, J., Blundell, H. J., & Singh, L. (2020a). How best to communicate on migration and integration in the context of COVID 19, OECD Contributions, URL: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1059\\_1059967-elmn2gpiow&title=How-best-to-communicate-on-migration-and-integration-in-the-context-of-COVID-19](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1059_1059967-elmn2gpiow&title=How-best-to-communicate-on-migration-and-integration-in-the-context-of-COVID-19).
- Nezafat Maldonado, B. M., Collins, J., Blundell H. J., Singh, L. (2020b). Engaging the vulnerable: a rapid review of public health communication aimed at migrants during the COVID-19 pandemic in Europe, *Journal of Migration and Health* 1–2, DOI: 10.1016/j.jmh.2020.100004
- Probst, J., Ruedin, D., Bodenmann, P., Efonayi-Mäder, D., & Wanner, P. (2021). Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante, *Swiss Forum for Migration and Population*

Studies. URL: [https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/listes\\_publicationsSFM/Etudes%20du%20SFM/SFM%20-%20Studies%2078.pdf](https://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/listes_publicationsSFM/Etudes%20du%20SFM/SFM%20-%20Studies%2078.pdf)

- Roble, S., Wångdahl, J. & Warner, G. (2022). COVID-19 information in Sweden: Opinions of immigrants with limited Proficiency in Swedish, *Health Communication*, 37:12, 1510-1519, DOI: 10.1080/10410236.2022.2050005
- Ruedin, D., Probst, J., Wanner, P., Efonyi-Mäder, D., & Bodenmann, P. (2022). COVID-19-Related Health Literacy of Socioeconomically Vulnerable Migrant Groups. *International Journal of Public Health*, 67. DOI: 10.3389/ijph.2022.1604664
- Santé public France (Agence nationale de santé publique) (2021). Allemagne : un programme pour améliorer l'accès des migrants aux services de santé, *La santé en action*, No 445, 50-52.
- Sauvage, J. & Auger, N. (2022). Familles et migrantes en situation précaire, fracture numérique et éducation informelle, formelle et non formelle. L'exemple du projet européen SIRIUS à Montpellier. In: P.-O. Weiss (Ed.) *L'éducation aux marges en temps de pandémie : précarité, inégalité et fractures numériques*, 181-208, Presses universitaires des Antilles. DOI : 10.3917/pua.weiss.2022.01.0181
- Schulz, A. J., Mehdipanah, R., Chatters, L. M., Reyes, A. G., Neblett, E. W. j., & Israel, B.A. (2020). Moving health education and behaviour upstreams: Lessons from COVID-19 for addressing structural drivers of health inequities. *Health Education & Behaviour*, 47(4), 519-524.
- Seale, H., Harris-Roxas, B., Heywood, A., Abdi, I., Mahimbo, A., Chauhan, A. & Woodland, L. (2022). Speaking COVID-19: supporting COVID-19 communication and engagement efforts with people from culturally and linguistically diverse communities. *BMC Public Health*, 22(1257). DOI: 10.1186/s12889-022-13680-1
- Sothorn, M. (2020). HIV/AIDS in Developed Countries. In A. Kobayashi (Ed.), *International Encyclopedia of Human Geography* (2. Ed): Elsevier.
- Vogt, D., Gehrig, S., Kocher, J. (2020). Corona-bezogene Gesundheitskompetenz. Zusatzerhebung im Rahmen des «Schweizer Health Literacy Survey 2019-2021». Careum. URL: [file:///Users/xswl/Library/CloudStorage/Dropbox/Mac%20\(2\)/Downloads/Corona-bezogene%20Gesundheitskompetenz.pdf](file:///Users/xswl/Library/CloudStorage/Dropbox/Mac%20(2)/Downloads/Corona-bezogene%20Gesundheitskompetenz.pdf)
- Waitzberg, R., Davidovitch, N., Leibner, G., Penn, N. & Brammli-Greenberg, S. (2020). Israel's response to the COVID-19 pandemic: tailoring measures for vulnerable cultural minority populations, *International Journal for Equity in Health*, 19:71, DOI: 10.1186/s12939-020-01191-7
- Wodak, Ruth (2022). *Re/inventing Nationalism: Crisis Communication and Crisis Management during COVID-19 in Austria*. In: Wodak & Rheindorf: *Identity Politics in Past and Present*, University of Exeter Press, 289-318.
- Wojczewski, S., Grohma, P., Kutalek, R. (2023). Risk communication and community engagement with vulnerable groups: Perceptions of social-services CSOs during Covid-19. In: *International Journal of Disaster Risk Reduction*, Volume 94, 103817. DOI: 10.1016/j.ijdr.2023.103817.

### 3. Zitierte Grafiken der Online-Befragung

Frage 4.3) Über welche Kommunikationskanäle (Medien und/oder Multiplikatoren) haben Sie mehrheitlich sozial benachteiligte Zielgruppen der Migrationsbevölkerung zu COVID-19 sowie darauf bezogene Massnahmen und Entwicklungen informiert? Mehrfachnennungen möglich.

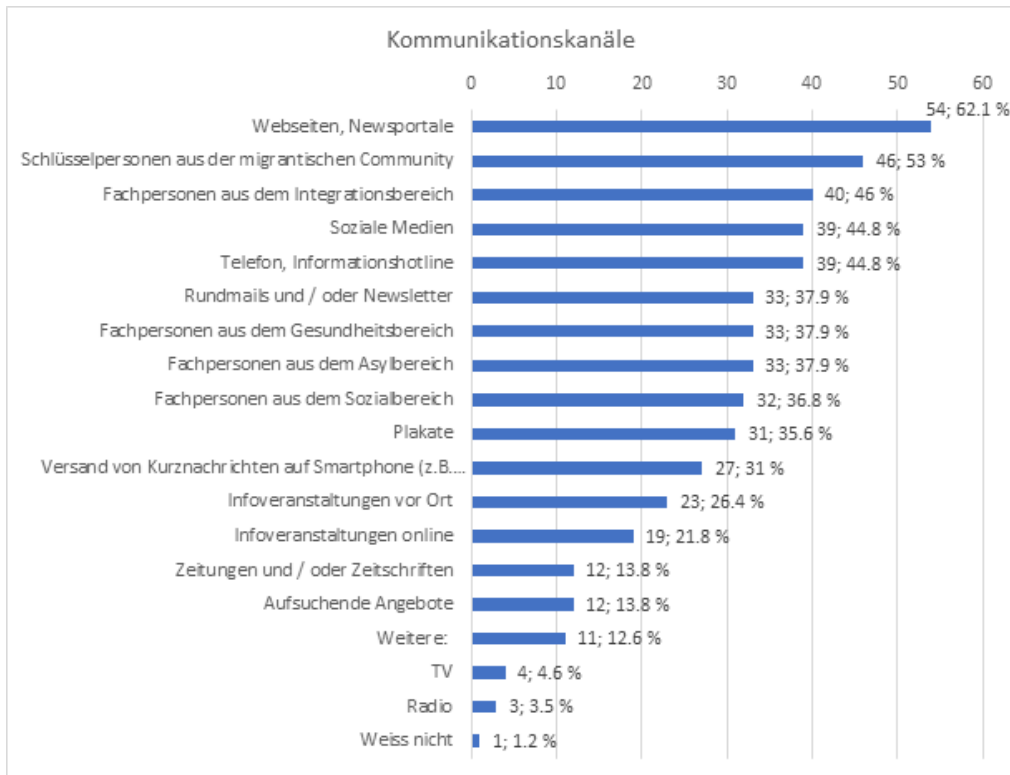


Abbildung 1: Verwendete Kanäle im Rahmen der Covid-19-Kommunikation der Antwortenden (N = 87)

Frage 4.4) Welche Informationsmaterialien und/oder -angebote haben Sie selbst produziert/umgesetzt, um sozial benachteiligte Zielgruppen der Migrationsbevölkerung zu Covid-19 und darauf bezogene Massnahmen/Entwicklungen zu informieren? Mehrfachnennungen möglich.

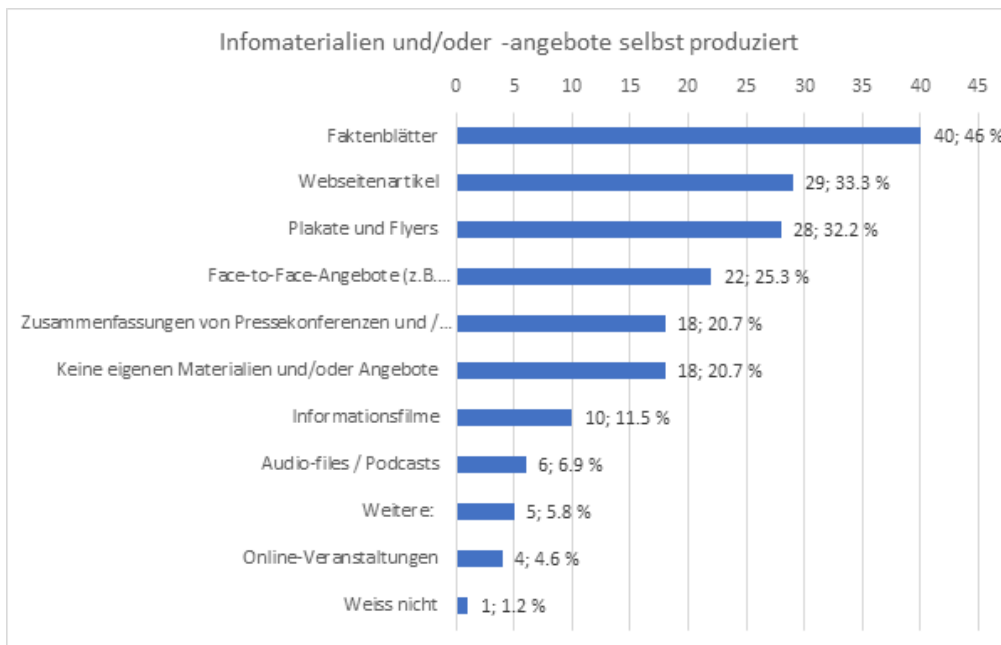


Abbildung 2: Selbstproduzierte Informationsmaterialien/-angebote für sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung (N = 87)

Frage 4.5) In welcher/n Sprache/n haben Sie mehrheitlich sozial benachteiligte Zielgruppen der Migrationsbevölkerung über Covid-19 sowie darauf bezogene Massnahmen und Entwicklungen informiert? Mehrfachnennungen sind möglich.

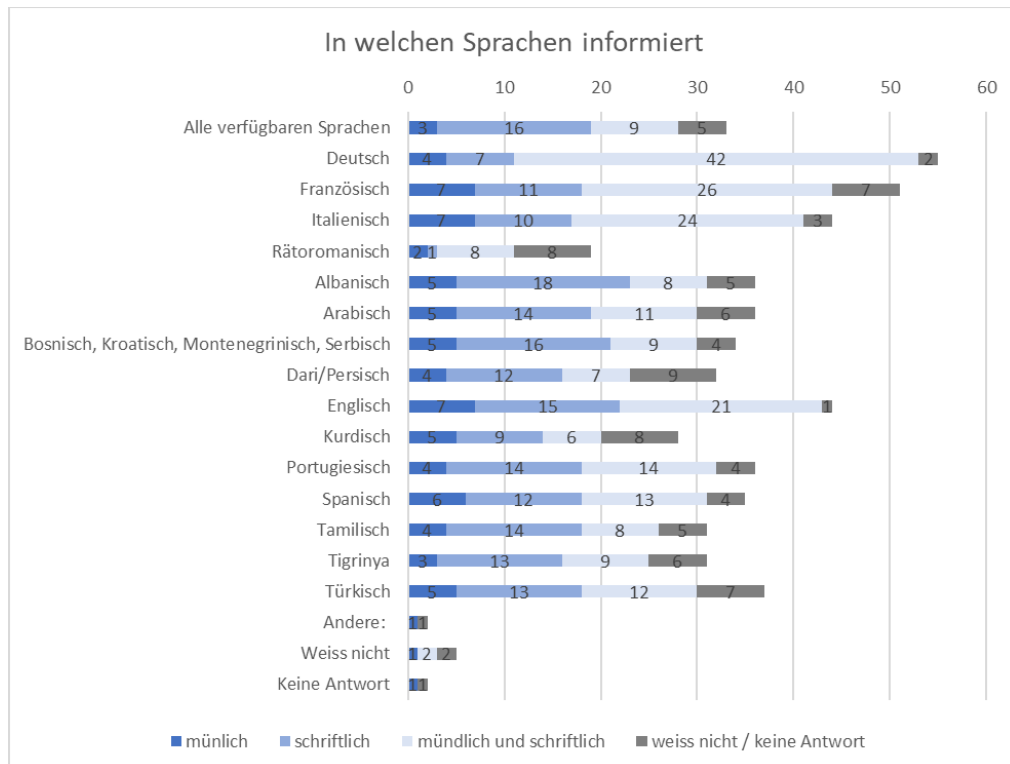


Abbildung 3: Antworten zu gewählten Sprachen und Vermittlungsformen für die Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung, Darstellung in absoluten Zahlen (N = 87)

Frage 4.7) Was waren die wichtigsten Herausforderungen, die Sie bei der Produktion und/oder Verbreitung beachten mussten, um sozial benachteiligte Zielgruppen in der Migrationsbevölkerung erfolgreich erreichen zu können? Wählen Sie bitte maximal drei Antwortkategorien.

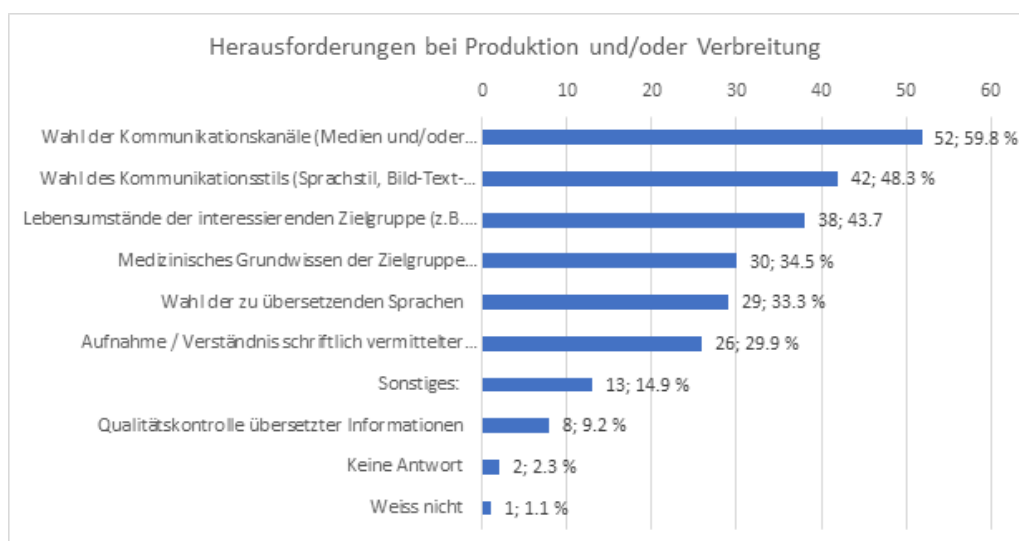


Abbildung 4: Herausforderungen bei Informationsverbreitung an sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung (N = 87)

Frage 8a) Welche Typen von Informationsmaterialien (die das BAG bereitstellte respektive darauf hinwies) haben Sie verwendet, um sozial benachteiligte Zielgruppen der Migrationsbevölkerung zu Covid-19 zu informieren? Mehrfachnennungen sind möglich

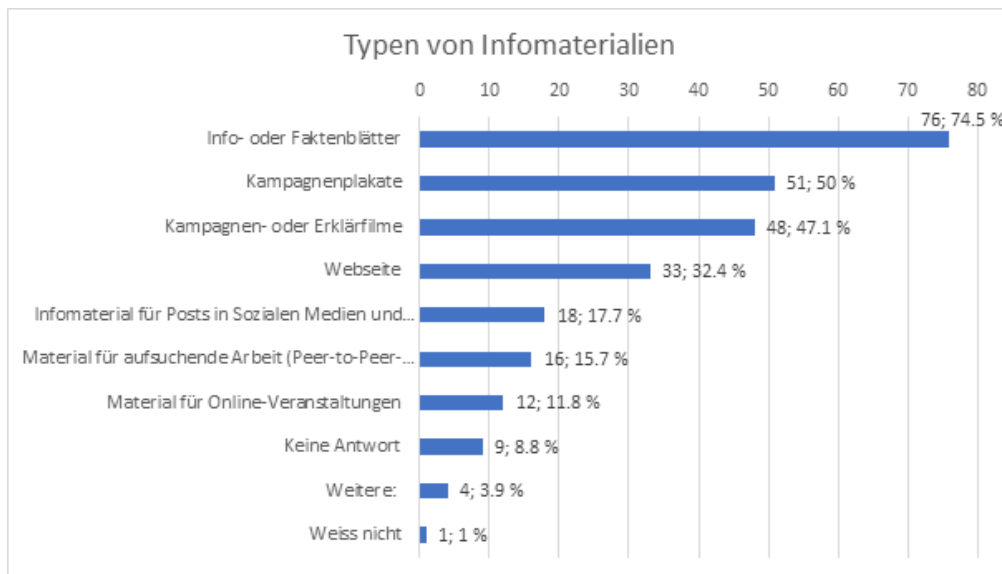


Abbildung 5: Gewählte Informationsmaterialien des BAG zur Covid-19-bezogenen Aufklärung (N = 10)

Frage 9a) Wie zufrieden sind Sie allgemein mit den in den Sprachen der Migrationsbevölkerung übersetzten Informationsprodukten des BAG, die Sie verwendet haben bzgl...

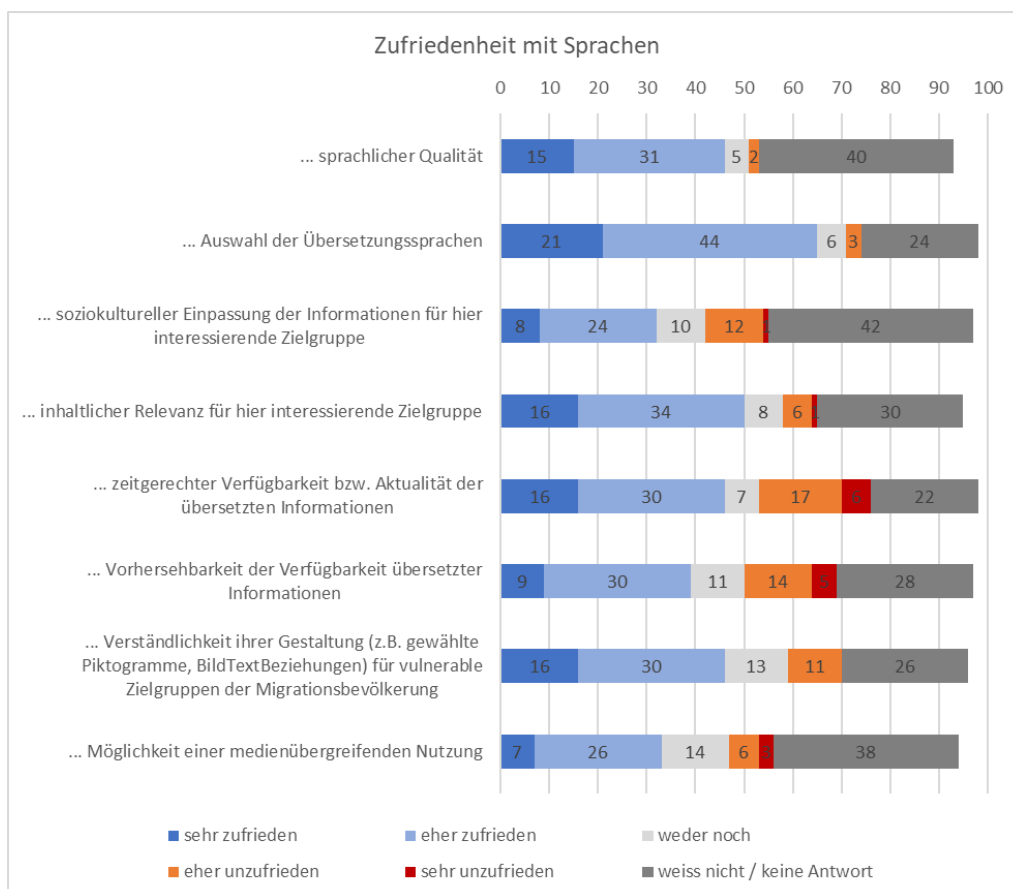


Abbildung 6: Zufriedenheit der Antwortenden mit den Informationsmaterialien des BAG für die Migrationsbevölkerung, Darstellung in absoluten Zahlen (N = 102)



Frage 10a) An welche Covid-19-bezogenen Informationsangebote (direkte Kommunikation, ob in virtueller oder physischer Kopräsenz) für die Migrationsbevölkerung haben Sie bei Anfragen/Bedarf weiterverwiesen?

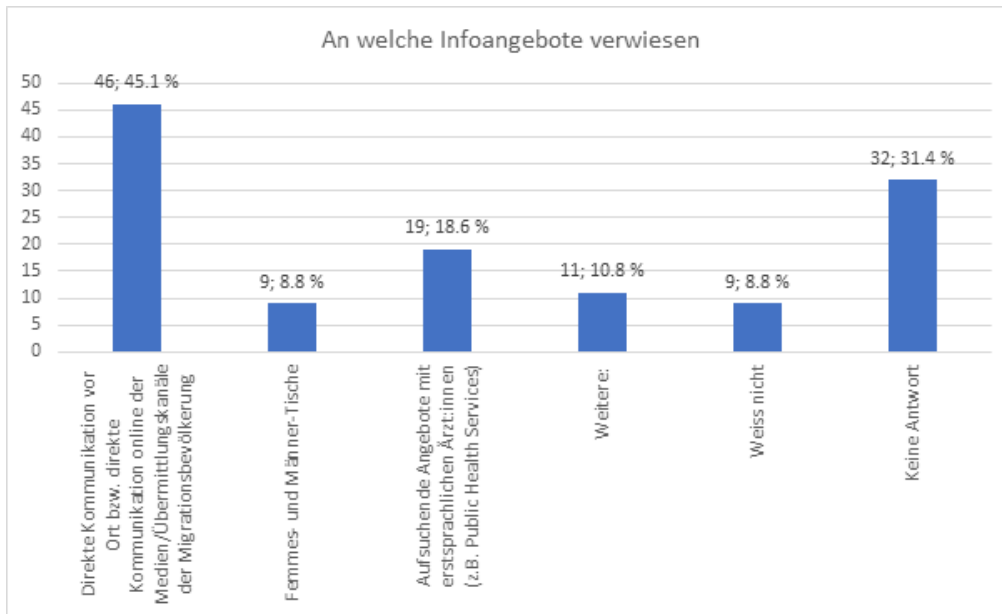


Abbildung 7: Verwiesene Infoangebote (N = 102)

Frage 10b) Welche Rückmeldungen haben Sie von sozial benachteiligten Zielgruppen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Informationsangebote (direkte Kommunikation, ob in virtueller oder physischer Kopräsenz) des BAG erhalten?

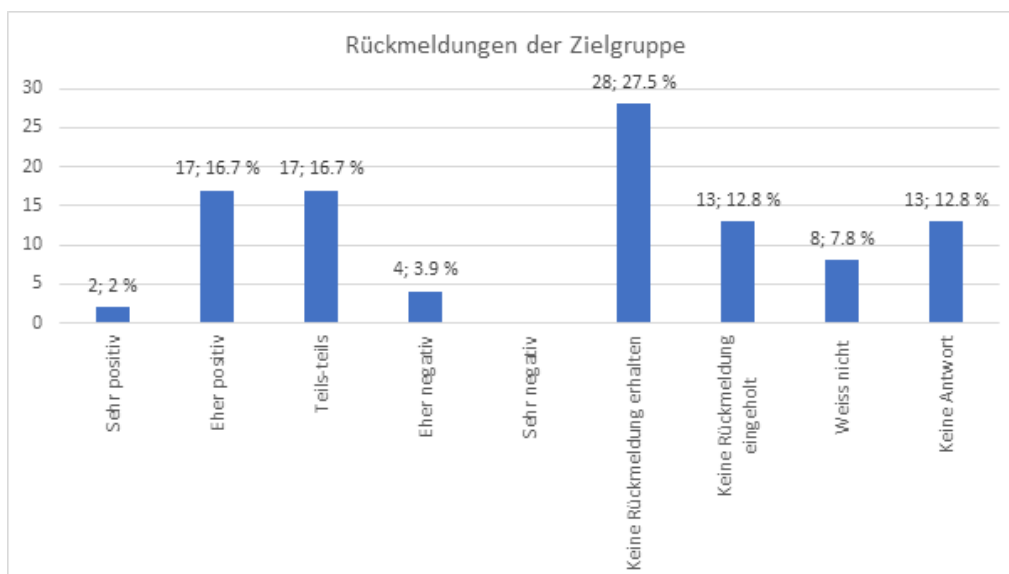


Abbildung 8: Einschätzung der Zielgruppenwahrnehmung von Informationsangeboten des BAG (N = 102)

**Frage 11) Hätten weitere Arten von Multiplikator:innen (Medien, Vereine, Personen, Berufsgruppen, Institutionen etc.) in die Verbreitung von Covid-19-Informationen für sozial benachteiligte Zielgruppen der Migrationsbevölkerung einbezogen werden müssen? Welche? Wählen Sie bitte eine oder mehrere Antwortoptionen aus und spezifizieren Sie diese.**

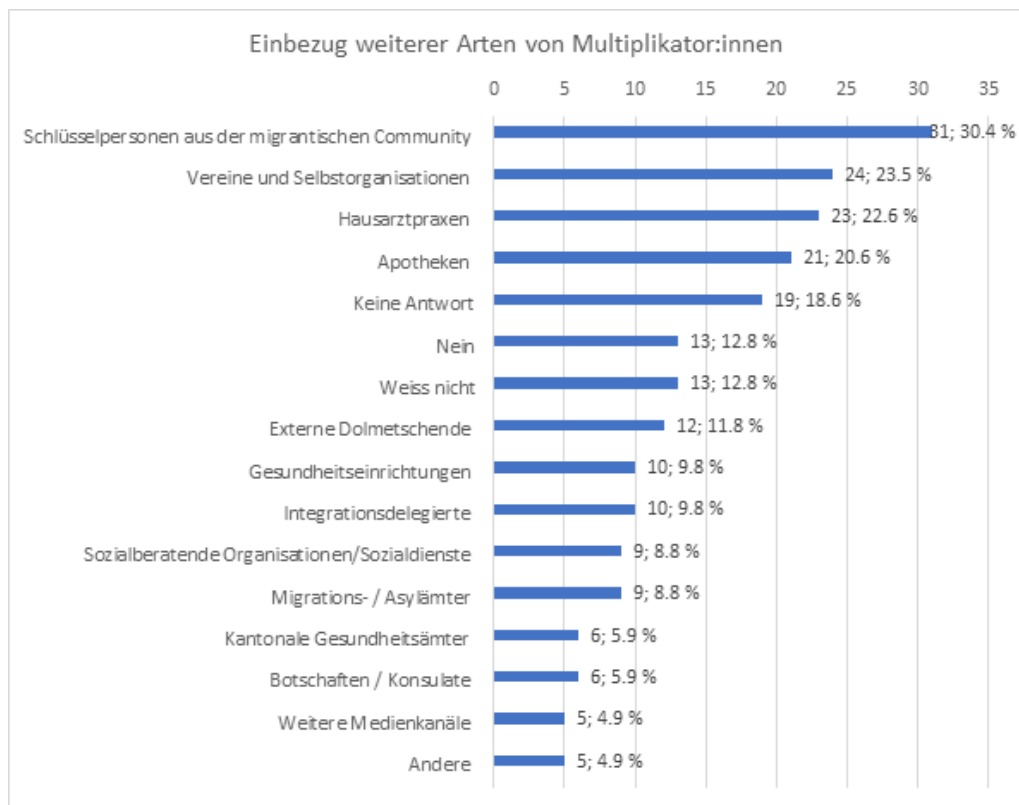


Abbildung 9: Antworten auf Frage nach weiteren Multiplikator:innen, die für die Informationsverbreitung hätten einbezogen werden sollen (N = 102)

**Frage 12) Freiwillig: Wie schätzen Sie die Wirkung der Covid-19-bezogenen Kommunikation des BAG mit sozial benachteiligten Zielgruppen der Migrationsbevölkerung ein?**

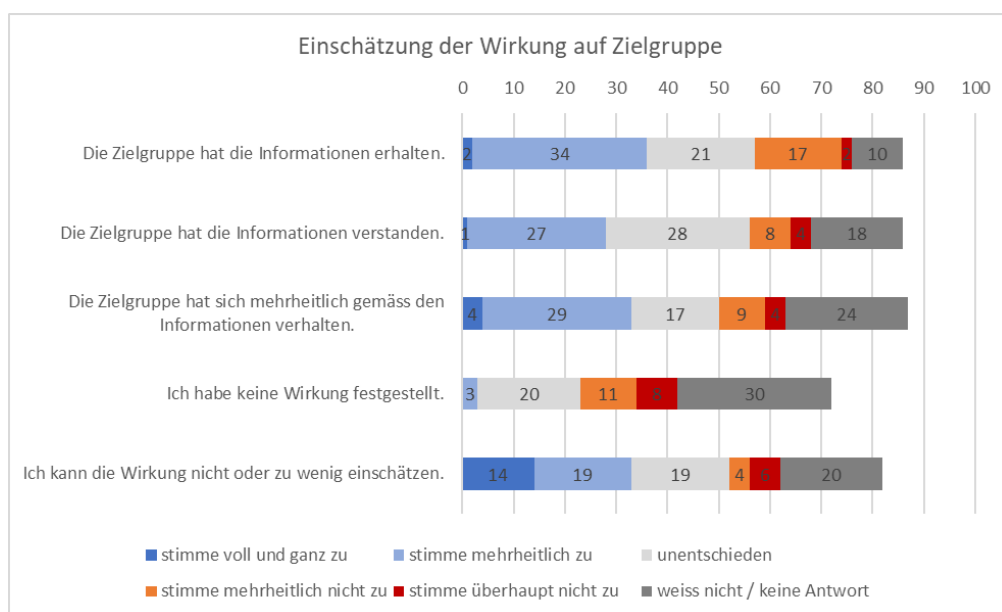


Abbildung 10: Einschätzungen bezüglich der Wirkung von BAG-Informationsmaterialien auf die Zielgruppe, Darstellung in absoluten Zahlen (N = 102)

Frage 13) Wie beurteilen Sie die Prozesse bei der Erarbeitung und der Verbreitung von Covid-19-Informationsmaterialien/-angeboten des BAG für die hier interessierenden Zielgruppen in Bezug auf folgende Aspekte?

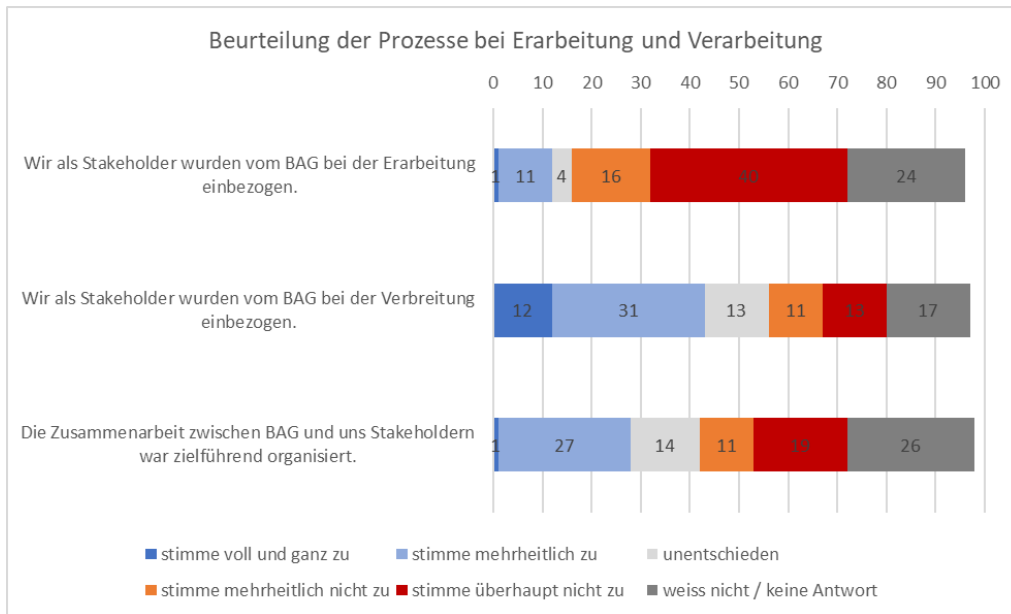


Abbildung 11: Einschätzung des Einbezugs der Antwortenden durch BAG bei Erarbeitung und Verbreitung von Informationsmaterialien und -angeboten, Darstellung in absoluten Zahlen (N = 102)

Frage 14) Konnten Sie in der Covid-19-bezogenen Kommunikation des BAG für die interessierende Zielgruppe Informationskonflikte beobachten?

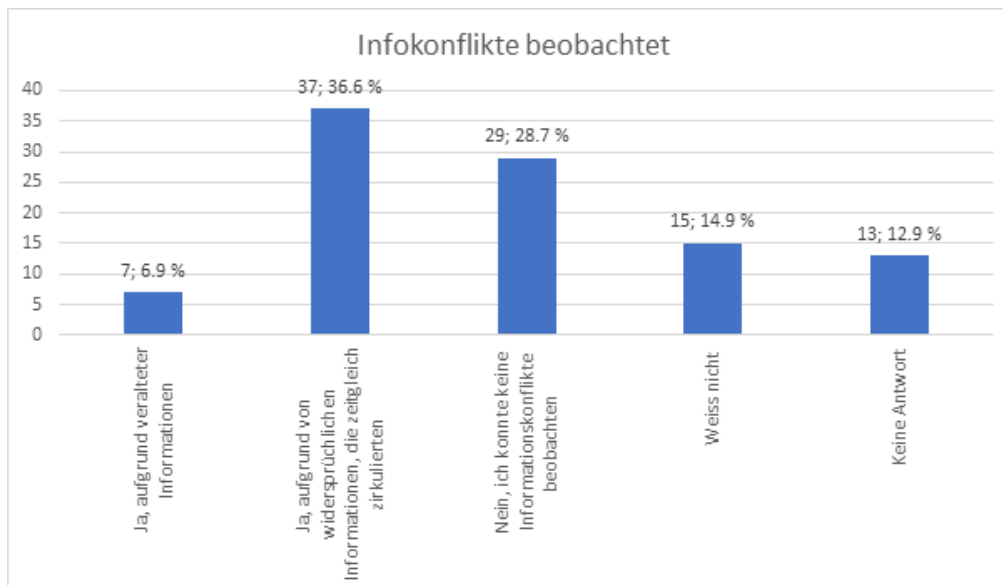


Abbildung 12: Wahrgenommene Informationskonflikte in Covid-19-Kommunikation des BAG (N = 102)

Frage 15) Wie schätzen Sie den Einbezug der hier interessierenden, sozial benachteiligten Zielgruppe in Prozessen der Erarbeitung und Verbreitung von Informationsmaterialien/-angebote des BAG für eben genannte Zielgruppe ein?

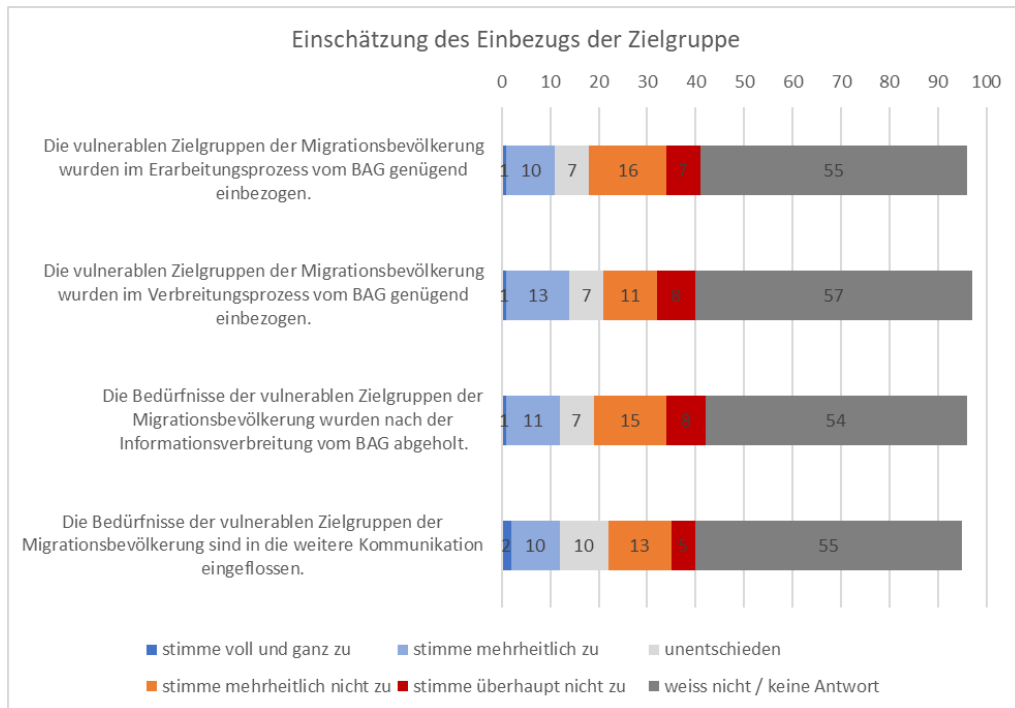


Abbildung 13: Einschätzung des Einbezugs sozial benachteiligter Gruppen der Migrationsbevölkerung in Covid-19-Kommunikation des BAG, Darstellung in absoluten Zahlen (N = 102)

Frage 17) Sprachkenntnisse sind sehr wichtig, um Informationen aufnehmen zu können. Wie setzten sich die von Ihnen adressierten sozial benachteiligten Zielgruppen der Migrationsbevölkerung hinsichtlich der Kenntnisse der Landessprachen mehrheitlich zusammen?

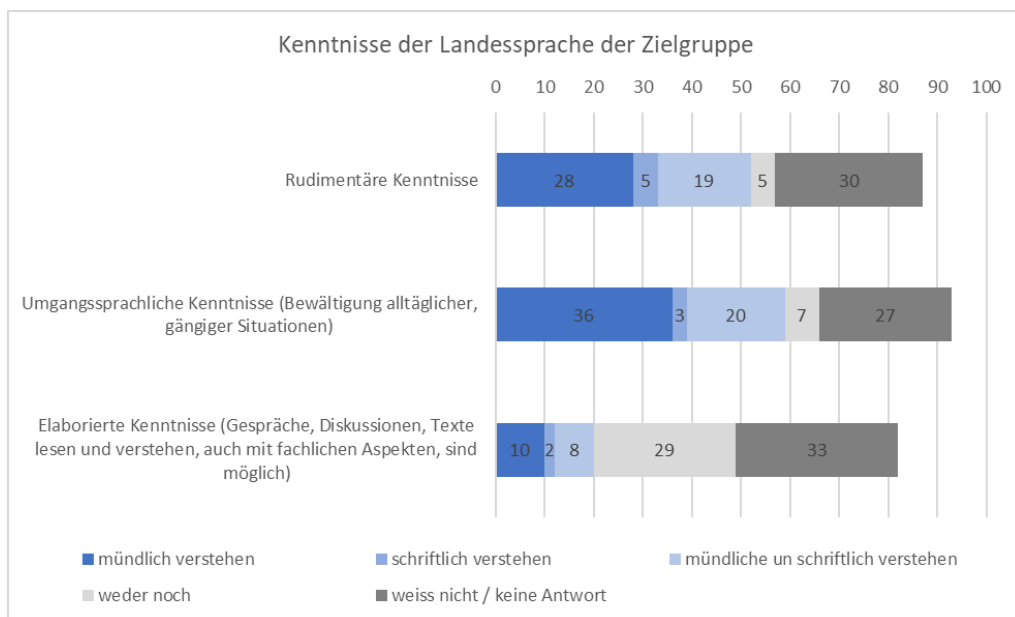


Abbildung 14: Einschätzung zu Kenntnissen der Landessprachen sozial benachteiligter Gruppen der Migrationsbevölkerung, Darstellung in absoluten Zahlen (N = 102)

**Frage 19) Bitte schätzen Sie: Wie häufig nutzen die von Ihnen adressierten sozial benachteiligten Zielgruppen der Migrationsbevölkerung folgende Kommunikationskanäle? Mehrfachnennungen möglich.**

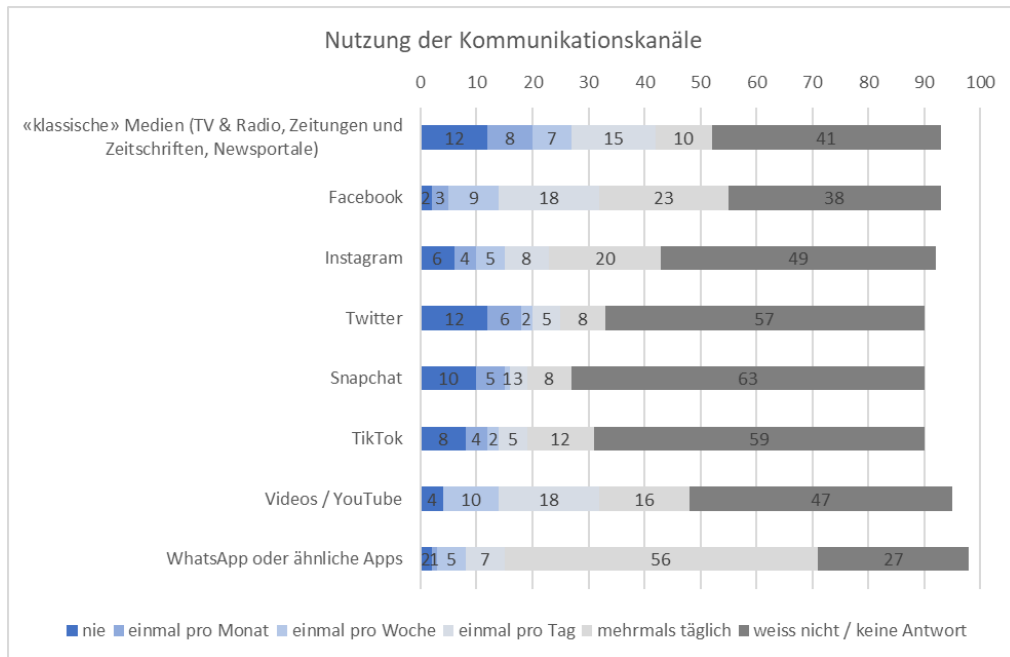


Abbildung 15: Nutzung der Kommunikationskanäle (N = 102)

**Frage 5a) Wie haben Sie von den Informationsangeboten oder -produkten des BAG zu Covid-19 in den Nicht-Landessprachen erfahren? Mehrfachnennungen möglich.**

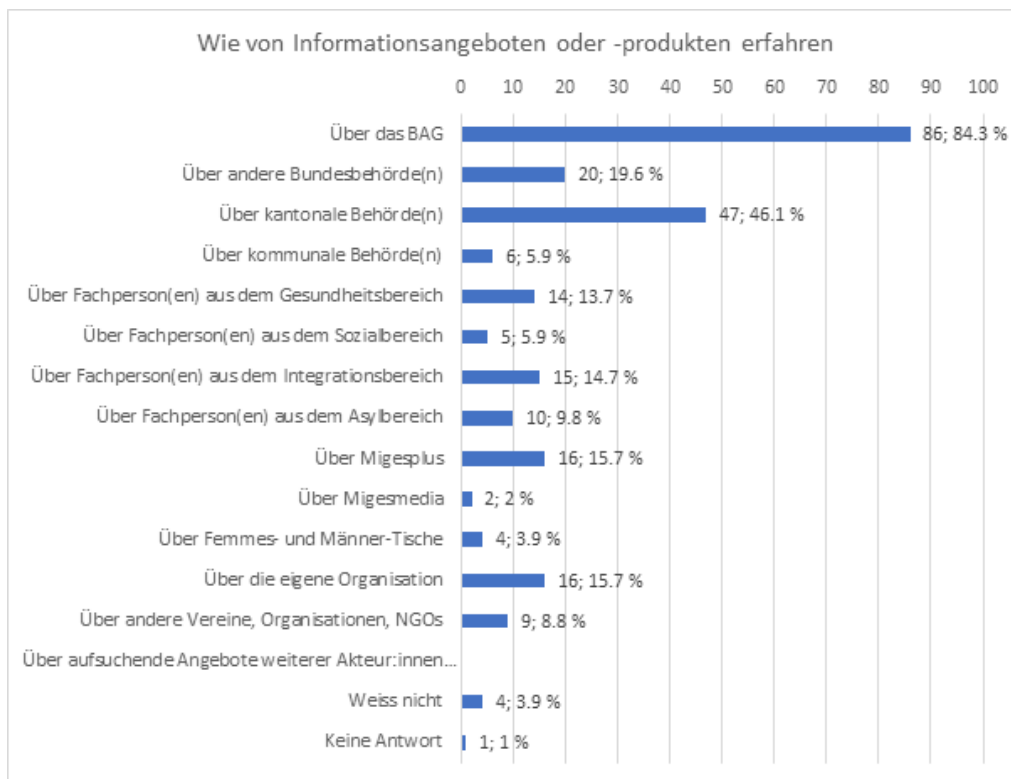


Abbildung 16: Wie von Informationsangeboten oder -produkten erfahren (N=102)

Frage 6) Haben Sie gezielt Covid-19-bezogene Informationsmaterialien oder -angebote des BAG in Sprachen der Migrationsbevölkerung gesucht? Haben Sie sie gefunden?

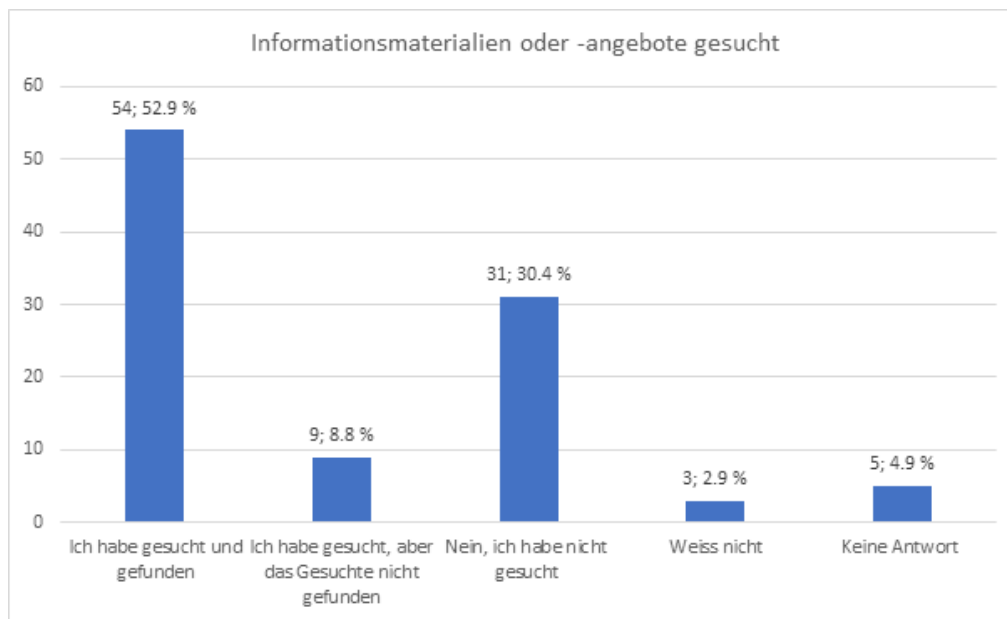


Abbildung 17: Informationsmaterialien oder -angebote gesucht (N=102)

## 4. Grundlagen für einen Leitfadens für eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen in Krisenzeiten

### 1 Ziele und Hintergrund der Grundlagen für einen Leitfadens

Die vorliegenden Grundlagen und Vorschläge sollen es dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), ermöglichen einen Leitfadens für Behörden, Gesundheitsorganisationen oder andere Stakeholder des BAG zu entwickeln, um sie dabei zu unterstützen, effektive und effiziente Massnahmen der Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen für sozial benachteiligten Gruppen der Bevölkerung zu erarbeiten und zu gestalten.

Sozial benachteiligte Gruppen der Bevölkerung umfassen Personen, die a) über keine/wenig formelle Bildung und/ oder eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen, b) einen tiefen sozio-ökonomischen Status haben bzw. von Armut betroffen sind; c) die kaum in Regelstrukturen oder -angeboten integriert sind (z.B. Sans-Papiers, ältere Migrant:innen), d) eine Flucht- und Migrationsgeschichte haben und/oder e) keine bis mangelnde Kenntnisse einer Landessprache haben.

Das vorliegende Dokument basiert auf Ergebnissen der Studie «Lessons Learned aus der Covid-19-Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung», die vom BAG in Auftrag gegeben und im Dezember 2023 fertiggestellt wurde. Sie wurde vom IUED Institut für Übersetzen und Dolmetschen und IVGT Institut Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe der ZHAW unter der Leitung von Prof. Dr. habil. Ulla Kleinberger und Prof. Dr. Mirjam Eser Davolio und in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen Natalie Schwarz, Kushtrim Adili und Dr. Gilles Merminod mit dem Ziel durchgeführt, Lehren aus sowie Erfolgsfaktoren in der Covid-19-Kommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerungen zu identifizieren, die Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Gruppen im Allgemeinen begünstigen oder optimieren können.

Die Studie umfasste eine Online-Befragung, Fokusgruppen und Interviews mit Akteur:innen aus der Schweiz, die das BAG während der Corona-Pandemie bei der Produktion und/oder Verbreitung von Gesundheitsinformationen an sozial benachteiligte Migrationsgruppen unterstützten. Zudem analysierte sie praxis- und forschungsbasierte Publikationen zu diesem Thema aus der Schweiz, Europa, den USA, Australien und Kanada sowie die darauf bezogene Behördenkommunikation der Nachbarländer (Deutschland, Österreich, Italien, Frankreich und Fürstentum Liechtenstein).

Das vorliegende Dokument präsentiert auf der Grundlage der Studienergebnisse Empfehlungen sowie Massnahmen für eine zielgruppengerechte, ressourceneffiziente und wirkungsvolle Produktion und Verbreitung von Informationsangeboten, die zugleich interne und externe Organisationsprozesse miteinbeziehen.

Die Ergebnisse der Studien streichen vier Aspekte heraus, die für eine effiziente und effektive Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen von grosser Bedeutung sind:

- 1) die zielgruppengerechte Aufbereitung von Informationen für eine massenmediale Gesundheitskommunikation,
- 2) die Bildung behördlicher Synergien für eine effiziente und konsistente Gesundheitskommunikation (insbesondere in Krisenzeiten),
- 3) die Vernetzung und Zusammenarbeit mit Organisationen und Schlüsselpersonen der Zielgruppen,
- 4) und die Bereitstellung niederschwelliger aufsuchender Angebote der Informationsverbreitung und/oder Gesundheitsversorgung.

Die nachfolgenden Kapitel zeigen zunächst ihre Wichtigkeit auf und präsentieren anschliessend erfahrungsbasierte Empfehlungen und/oder erprobte Massnahmen zu ihrer Berücksichtigung.

### 2 Zielgruppengerechte Informationsaufbereitung

Im Folgenden werden mögliche Herausforderungen und Bedürfnisse unterschiedlicher sozial benachteiligter Zielgruppen beschrieben, welche bei der Aufbereitung von Gesundheitsinformationen für eine massenmediale Gesundheitskommunikation berücksichtigt werden sollten. Sie betreffen die Verständ-

lichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Rezipierbarkeit von Informationsangeboten. Innerhalb sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen bestehen sehr unterschiedliche Bedürfnisse an Gesundheitsinformationen, daher ist es zentral auf eine Vielfalt bei den Produktions- und Verbreitungsformen zu achten.

## 2.1 Für verständliche Gesundheitsinformationen

Eine zielgruppengerechte Aufbereitung von Informationsmaterialien für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sollten deren Sprach-, Lese- und Gesundheitskompetenz berücksichtigen. Verständliche Gesundheitsinformationen können erzielt werden, wenn die folgenden Punkte beachtet werden:

*Vermitteln Sie Gesundheitsinformationen in einer leicht verständlichen Sprache.*

Diese Empfehlung beschränkt sich nicht nur auf Informationsmaterialien, die sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen direkt adressieren (wie Flyer, Plakate), sondern bezieht sich auch auf Faktenblätter, welche für Fachpersonen unterschiedlicher Tätigkeitsfelder gedacht sind, die relevante Informationen an die Zielgruppe weitervermitteln.

*Stellen Sie Gesundheitsinformationen in möglichst vielen Erstsprachen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen bereit.*

Professionelle Übersetzungsagenturen können Übersetzungen in zahlreiche Sprachen übernehmen. Professionell angefertigte Übersetzungen sollten aber auch von Erstsprachler:innen auf ihre Verständlichkeit und Korrektheit geprüft werden.

Empfehlenswert wäre, die während der Corona-Pandemie aufgebauten Kontakte des BAG zu Übersetzungsagenturen, die in eine grosse Anzahl Sprachen übersetzen, dauerhaft zu nutzen und zu unterhalten, damit diese im Ernstfall nicht neu aufgebaut werden müssen, sondern im Sinne der Nachhaltigkeit längerfristig etabliert und für weitere Zwecke wie etwa Präventionskampagnen genutzt werden können.

*Kombinieren Sie, wenn immer möglich, schriftliche Formen der Informationsvermittlung mit auditiven oder audio-visuellen Vermittlungsformen (Videos, Piktogramme, Sprachnachrichten, Podcasts).*

Nicht-schriftliche oder multimodale Informationsangebote erleichtern Personen mit wenig oder keinen Lesefähigkeiten deutlich die Aufnahme von Gesundheitsinformationen. Allerdings gilt es zu bedenken, dass auch rein visuelle Vermittlungsformen (z.B. Piktogrammen) nicht imstande sind, universalgültige bzw. kulturübergreifende Bedeutungen zu vermitteln. Gewünschte Lesarten von bspw. Piktogrammen werden am besten mittels «sprachlicher Verankerungen» wie Legenden oder mündlichen Erklärungen gewährleistet.

*Antizipieren und adressieren Sie potenzielle Informationskonflikte mithilfe von Expert:innen und/oder Schlüsselpersonen*

Informationskonflikte können vorliegen, weil Personen mit Migrationshintergrund möglicherweise widersprüchliche Informationen aus dem Herkunfts- und Aufenthaltsland parallel erhalten. Sie sind deswegen nicht nur einer grösseren Informationsmenge ausgesetzt, sondern auch der Herausforderung, mit gegebenenfalls geringer Gesundheits- und Medienkompetenz die Validität von Informationen und ihre Übertragbarkeit auf den schweizerischen Kontext zu beurteilen.

*Beschränken Sie sich auf zielgruppenrelevante Gesundheitsinformationen zur Vermeidung einer Informationsüberforderung (und verwenden Sie im Krisenfall das bewährte Farbsystem zur Kennzeichnung unterschiedlicher Gefahrenstufen).*

## 2.2 Für bedarfsgerechte Gesundheitsinformationen



Die Produktion wirksamer Gesundheitsinformationen sollte die Informationsbedürfnisse sozial benachteiligter Gruppen der Bevölkerungen berücksichtigen, die massgeblich durch ihre Lebensrealitäten beeinflusst werden und daher über Gesundheitsfragen hinausgehen können. Die Corona-Pandemie zeigte die Relevanz folgender Themen auf, die auch ausserhalb von Krisenzeiten relevant sein können:

*Informieren Sie sozial benachteiligte Zielgruppen über den Zugang zu einer kostenlosen und registrierungsfreien Gesundheitsversorgung.*

Soziale Benachteiligungen und Notlagen können den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren, weshalb eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen eine kostenlose und registrierungsfreie Gesundheitsversorgung (insbesondere in Krisenzeiten) proaktiv thematisieren sollte. Davon besonders berührt sind Menschen, die aus finanziellen Gründen auf Leistungen des Gesundheitswesens verzichten, die Schwierigkeiten haben sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden und/oder sich illegal im Land aufhalten und nicht ohne Risiko für ihren Aufenthaltsstatus Nothilfe oder Gesundheitsleistungen beziehen können.

*Sprechen Sie auch mögliche Folgen von Gesundheitsmassnahmen adressatengerecht an.*

Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen können genauso wie die breite Bevölkerung von Folgewirkungen von Gesundheitsmassnahmen betroffen sein wie z.B. Home Schooling, häusliche Gewalt, psychische Probleme und soziale Isolation. Zudem kann ihre soziale Benachteiligung zu weiteren Folgewirkungen führen. Um bspw. zu verhindern, dass sich Sans-Papiers in Zeiten einer Gesundheitskrise komplett zurückziehen, sollte über ausländerrechtliche Fragen mitinformiert werden (z.B. über die rechtlichen Konsequenzen, wenn sie gegen Massnahmen verstossen).

### **2.3 Für die zielgruppengerechte Verbreitung von rezipierbaren Gesundheitsinformationen**

Damit massenmedial verbreitete Gesundheitsinformationen von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen tatsächlich rezipiert werden, sollte ihre Mediennutzung mitgedacht werden. So zeigte die Corona-Pandemie folgende «Lessons Learned» auf:

*Nutzen Sie neben herkömmlichen Kommunikationskanälen (Plakate, Flyer) auch Social Media Plattformen und Online-Netzwerke der Zielgruppen für die Übertragung offizieller Gesundheitsinformationen.*

Auch sozial benachteiligte Zielgruppen mit und ohne Migrationshintergrund informieren sich über Social Media Plattformen und -Chatgruppen. Die Multimedialität und Interaktivität dieser Kanäle bedingen Überlegungen dazu, wie Inhalte Social Media-tauglich (z.B. Vermittlung 1 Botschaft pro Sofortnachricht, Berücksichtigung der Lesbarkeit von PDFs auf einem Handydisplay) und adressatengerecht aufbereitet werden können (zur Bedeutung auditiver und audiovisueller Formate siehe Kapitel 2.1.). Darüber hinaus stellt sich die Frage, wer diese Inhalte bereitstellt bzw. daran anschliessende Diskussionen moderiert. Während der Covid-19-Pandemie bewährte sich der Einsatz geschulter Personen aus den Migrationsgemeinschaften. Ihre sprachlichen und sozio-kulturellen Kompetenzen befähigten sie im besonderen Masse, Informationskonflikte und Informationsbedürfnisse zu registrieren und adressieren. In der Zusammenarbeit mit Multiplikator:innen und Netzwerken zahlte sich für eine effektive und effiziente Informationsverbreitung über Instant Messaging-Dienste zudem die Bildung von Chat-Gruppen nach Zielgruppe und/oder Zielsprache aus.

*Beachten Sie den Digital Divide und produzieren und verbreiten Sie Informationen auch analog.*

Die Rezeption einer medial vermittelten Gesundheitskommunikation kann verbessert werden, wenn auf mögliche Einschränkungen von Zielgruppen beim Zugang zu **digital** verfügbaren Informationen Rücksicht genommen wird. Ein «Digital Divide» wird von Faktoren wie dem Alter, der digitalen Gesundheitskompetenz oder dem Zugang zu Informations- und Kommunikationstechnologien verursacht und betrifft sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders stark. Eine zusätzliche Informationsverbreitung

in Papierform über Peer-to-Peer Angeboten, Beratungsstellen und Organisationen der Zielgruppe oder per Post kann Personen erreichen, die keinen Zugang zu Online-Informationen finden.

*Ziehen Sie zielgruppennahe, lokal agierende Organisationen als wichtige Kanäle der Verbreitung von Gesundheitsinformationen an sozial benachteiligte Gruppen bei.*

Dies können Organisationen sein wie sozialberatende Organisationen, Hilfswerke, Integrationsfachstellen, Sans-Papiers-Beratungsstellen, Vereine (der Migrationsbevölkerung), aber auch Organisationen aus dem Frühförderbereich, mit denen viele Zielgruppenpersonen über ihre Kinder bereits in Kontakt stehen. Die Informationsverbreitung kann sowohl medial als auch Face-to-Face laufen. Der Einbezug von Vereinen oder Medien der Migrationsbevölkerung kann dazu beitragen, die Qualität und Verfügbarkeit von Übersetzungen zu verbessern. Medien der Migrationsbevölkerung, die erfahren darin sind, behördliche Gesundheitsinformationen an die Peer-Group weiterzugeben, können z.B. auf migesMedia gefunden werden.

Es ist zu empfehlen, dass Behörden im Rahmen kollaborativer Initiativen Leistungen von Organisationen und Schlüsselpersonen sozial benachteiligter Gruppen finanziell entschädigen. Ihre Leistungen basierten während der Pandemie in der Regel auf Freiwilligenarbeit. Eine Aufwandsentschädigung bei steigender Arbeitslast durch die Pandemie ist empfehlenswert.

*Produzieren Sie auch kindergerechte Informationsangebote.*

Kinder können im Pflichtschulalter zu wertvollen Multiplikator:innen werden, wenn sie kindergerecht vermittelte Gesundheitsinformationen mündlich und in der zu Hause gesprochenen Sprache an ihre Eltern weitergeben. Die Nutzung ihres Multiplikationspotenzial bedingt allerdings die Produktion kindergerechter Informationsangebote, wobei die Informationsweitergabe durch die Kinder nicht zu einer Überforderung führen darf.

*Rüsten Sie zielgruppennahe Akteur:innen mit offiziellen Argumenten gegen Falschinformationen aus.*

Besonders in Zeiten von Gesundheitskrisen sehen sich Organisationen, die mit sozial benachteiligten Gruppen der Migrationsbevölkerung in Kontakt standen, der Herausforderung ausgesetzt, zirkulierenden Falschinformationen oder Misstrauen gegenüber (widersprüchlichen) Anordnungen des Bundes entgegenwirken zu müssen. Gesundheitsbehörden können sie dabei unterstützen, indem sie ihnen entsprechende (Gegen-)Argumente in leicht verständlicher Sprache bereitstellen.

### **3 Bildung behördlicher Synergien**

Die föderalistische Struktur der Schweiz, kantonsspezifische Herausforderungen und die Notwendigkeit einer kontinuierlichen und aktualisierten Gesundheitskommunikation können (insbesondere in Krisenzeiten) eine ressourceneffiziente Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen erschweren. Die Etablierung oder Verstärkung behördlicher Synergien durch Absprachen, Zusammenarbeit, Informationstransfer und klaren Rollenzuweisungen – sowohl auf vertikaler wie horizontaler Ebene – kann hier Abhilfe schaffen. So zeigte die Corona-Pandemie folgende «Lessons Learned» auf:

*Stellen Sie überprüfte, aktuelle und mehrsprachige Informationen über eine bewährte Online-Plattform bereit.*

Die Bereitstellung und/oder Zusammenführung überprüfter, aktueller sowie mehrsprachiger Informationsmaterialien des BAG via Online-Plattformen zielgruppennaher Organisationen hat sich für die Produktion und Verbreitung verständlicher Gesundheitsinformationen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen während der Pandemie (erneut) bewährt.

*Besprechen und koordinieren Sie sich für die Informationsproduktion mit kantonalen Gesundheitsbehörden.*

Regelmässige Austausch- und Koordinationstreffen zwischen dem BAG und kantonalen Gesundheitsbehörden können dazu beitragen, vergleichbare regionale Herausforderungen in der Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen kooperativer und abgestimmter zu adressieren, dem BAG kantonsspezifische Bedürfnisse mitzuteilen oder wertvolle Vorarbeiten von einzelnen Kantonen wahrzunehmen.

*Schaffen Sie auf nationaler respektive kantonaler Ebene interdisziplinäre Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen oder Zwecken.*

Die Schaffung einer Arbeitsgruppe aus Delegierten nationaler respektive kantonaler Gesundheitsbehörden, Integrationsfachstellen und zielgruppennaher Organisationen zu konkreten Inhalten oder Zwecken der Gesundheitskommunikation, die sich regelmässig für einen interdisziplinären Austausch oder für Kooperations- und Koordinationszwecke trifft, kann die Erfassung zielgruppenspezifischer Informationsbedürfnisse bzw. die Produktion bedarfsgerechter Informationsangebote sowie eine schnellere und zielführende Verbreitung von Informationsmaterialien begünstigen.

Vereine, Medien oder Schlüsselpersonen der Zielgruppe und zielgruppennahen Organisationen (wie NGOs) stehen in regelmässigem Kontakt mit der Zielgruppe und können so sicherstellen, dass behördliche Gesundheitsinformationen bedürfnisgerecht ausgestaltet sind und letztere tatsächlich erreichen. Sie geniessen ausserdem in der Regel das Vertrauen der Zielgruppen. Eine Verbreitung von Gesundheitsinformationen über Organisationen sozial benachteiligter Gruppen kann zudem die Akzeptanz behördlicher Gesundheitsinformationen und -massnahmen erhöhen, sie bedingt aber ein Qualitätsmanagement auf Seiten der Behörden.

Für eine ressourceneffiziente Umsetzung künftiger Initiativen, die Akteur:innen einer Zielgruppe oder zielgruppennahe Organisationen einbeziehen, ist es zielführend, im Vorfeld Listen mit Kontaktadressen anzulegen bzw. bereitzustellen und à jour zu halten, die auf Gesundheitsfachkräfte mit Migrationshintergrund oder zielgruppennahe Organisationen in der Schweiz oder Region verweisen.

Empfehlenswert wäre, die während der Corona-Pandemie geschaffenen Austauschgremien und Netzwerke dauerhaft zu nutzen und zu unterhalten, damit diese im Ernstfall nicht neu aufgebaut werden müssen, sondern im Sinne der Nachhaltigkeit längerfristig etabliert und für weitere Zwecke wie etwa Präventionskampagnen genutzt werden können.

## **4 Beispiele guter Praxis**

Im Folgenden werden einige erfolgreiche Peer-to-Peer- und Bottom-up-Initiativen für die Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen an sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung näher vorgestellt. Sie eignen sich für eine Gesundheitskommunikation mit sozial benachteiligten Zielgruppen mit und ohne Migrationshintergrund sowie während oder ausserhalb von Krisenzeiten.

Unter dem Begriff «Peer» werden hier Schlüssel- und Fachpersonen, Identifikationsfiguren oder Organisationen und Medien aus den Gemeinschaften sozial benachteiligter Gruppen verstanden und unter «Peer-to-Peer» und «Bottom-up»-Ansätze Methoden, die besagte Akteur:innen für die Produktion und Verbreitung behördlicher Gesundheitsinformationen einsetzen.

*Beispiel #1: Produktion und Verbreitung offizieller Gesundheitsinformationen über Medien der Migrationsbevölkerung*

Eine zentrale Initiative, die sprachliche und interkulturelle Kompetenzen von Peers nutzt, ist die vom BAG unterstützte Webplattform migesMedia, die Medien der Migrationsbevölkerung anführt, welche zentrale Gesundheitsbotschaften des Bundes übersetzen und verbreiten. Während der Pandemie förderte migesMedia zudem Informationsangebote, die Medien der Migrationsbevölkerung selbst produzierten. Manche resultierten in Videos oder Webinaren mit Gesundheitsfachkräften der Migrationsbevölkerung, die durch ihre sprachlichen und professionellen Kompetenzen sowie ihrer Gruppenzugehörigkeit das Vertrauen in behördliche Gesundheitsinformationen und -massnahmen stärken konnten. Andere Informationsangebote, die sich eines Peer-to-Peer-Ansatzes bedienten, waren Videos mit Schlüsselpersonen oder Identifikationsfiguren der Migrationsbevölkerung, die aufgrund ihrer Vorbildfunktion

die Akzeptanz von Gesundheitsmassnahmen innerhalb der Community erhöhen konnten. Das Ausarbeiten einer Richtlinie für eine zielgruppengerechte Aufbereitung der Ausgangsinformation ist empfehlenswert.

#### *Beispiel #2: Niederschwellige Informationsverbreitung über Peer-to-Peer-Gespräche*

Eine vom BAG geförderte Peer-to-Peer-Initiative sind die Online-Gesprächsrunden des Vereins Femmes-Tische und Männer-Tische für eine mehrsprachige und niederschwellige Verbreitung seiner Gesundheitsinformationen. Während der Pandemie vermittelten in deren Rahmen geschulte Multiplikator:innen aus zahlreichen Migrationsgemeinschaften zentrale Covid-19-bezogene Gesundheitsbotschaften im jeweiligen sprachlichen und soziokulturellen Kontext. Das ebenfalls vom BAG unterstützte Projekt von Public Health Services wählte einen etwas anderen Ansatz. Hier wurden erstsprachliche Ärzt:innen für niederschwellige Online-Diskussionen mit verschiedenen Migrationsgemeinschaften geschult, wodurch eine fachlich abgestützte Auseinandersetzung mit schwierigen Gesundheitsinformationen stattfinden konnte.

#### *Beispiel #3: Aufsuchende Angebote*

Ebenfalls wirksame Initiativen bildeten während der Corona-Pandemie niederschwellige aufsuchende Angebote von zielgruppennahen Organisationen. Sie erleichterten sowohl sozial benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung als auch anderen sozial benachteiligten Gruppen den Zugang zu Gesundheitsmassnahmen sowie Gesundheitsinformationen und trugen so dazu bei, ihren ungenügenden Zugang zu Online-Informationen zu überwinden. Darüber hinaus ermöglichten sie eine Face-to-Face-Aufklärungsarbeit, die das Verständnis und die Akzeptanz relevanter Informationen und Schutzmassnahmen sicherstellte, indem der darin stattfindende Austausch auf den Informationsstand und die Informationsbedürfnisse einer Zielgruppe reagieren konnte.

#### *Beispiel #4 aus dem Ausland: Interdisziplinärer Beirat/Partizipative Erarbeitung von Informationen*

Initiativen mit Bottom-up-Ansätze, die während der Corona-Pandemie eine behördliche Informationsproduktion in Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen oder Organisationen sozial benachteiligter Migrationsgruppen ermöglichten, wurden nach Wissen der Autorinnen in der Schweiz nicht angewandt, doch belegen Erfahrungen aus anderen Kontexten deren Wichtigkeit für eine adressatengerechte Gesundheitskommunikation mit der Migrationsbevölkerung. So haben sich sogenannte «Advisory Boards» bewährt, in denen Gesundheitsbehörden, Wissenschaftler:innen, Fachleute, Praktiker:innen, Vertreter:innen weiterer relevanter Behördenstellen sowie Schlüsselpersonen von Migrationsgemeinschaften gemeinsam massgeschneiderte und mehrsprachige Kommunikationsmassnahmen für die Migrationsbevölkerung entwickelten. Diese gute Praxis aus dem Ausland liesse sich auch auf die Schweiz und mit anderen sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen anwenden.

## **Departement Soziale Arbeit**

Institut für Vielfalt und gesellschaftliche Teilhabe

Pfingstweidstrasse 96  
Postfach 707  
CH-8005 Zürich

Telefon +41 58 934 88 76  
mirjam.eserdavolio@zhaw.ch  
[www.zhaw.ch/sozialearbeit](http://www.zhaw.ch/sozialearbeit)

## **Departement Angewandte Linguistik**

Institut für Übersetzen und Dolmetschen

Theaterstrasse 15c  
Postfach  
CH-8401 Winterthur

Telefon +41 58 934 62 07  
ulla.kleinberger@zhaw.ch  
[www.zhaw.ch/de/linguistik](http://www.zhaw.ch/de/linguistik)