

Bedarfsanalyse

migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention

Schlussbericht für den Kantonsärztlichen Dienst

Ressort Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht des Kantons Thurgau

Version 1.1

Thomas Volken und Sibylle Juvalta

Fachstelle Gesundheitswissenschaften

Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Winterthur, März 2014

Inhalt

Abbildungen	iii
Tabellen	iii
Abkürzungen	iii
Kurzzusammenfassung	iv
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fragestellungen.....	1
1.3 Konzeptionelle Überlegungen	2
2 Methodisches Vorgehen	3
2.1 Studienkonzept.....	3
2.2 Befragung.....	4
2.2.1 Standardisierter Kurzfragebogen	5
2.2.2 Semi-strukturierte persönliche/telefonische Befragung	5
2.3 Register- und Strukturdaten	6
2.3.1 Fallstatistik	6
2.3.2 Populationsdaten	6
2.3.3 Hypothetischer Nutzungskoeffizient	6
2.4 Synthese des Ist-Zustands	7
2.5 Stärken-Schwächen-Analyse	7
2.6 Fokusgruppen.....	7
2.7 Umsetzungsvorbereitung	8
3 Resultate.....	8
3.1 Ist-Zustand	8
3.1.1 Vorbemerkung	8
3.1.2 Übersicht.....	8
3.1.3 Migrationsorientierung der Angebote	14
3.2 Stärken-Schwächen-Analyse (SWOT)	29
3.3 Fokusgruppen.....	31
3.3.1 Zielsetzung	31

3.3.2	Fachpersonen.....	31
3.3.3	Migrationsbevölkerung.....	33
4	Diskussion.....	36
4.1	<i>Die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....</i>	36
4.2	<i>Identifizierte Handlungsfelder und mögliche Umsetzungsmassnahmen</i>	37
4.2.1	Vernetzung und Stärkung von Schlüsselpersonen.....	37
4.2.2	Migrationsorientierte G&P im Bereich psychische Gesundheit.....	38
4.2.3	Frühe Förderung und Betreuungsangebote für Kinder	39
4.2.4	Schwer erreichbare Gruppen.....	40
4.2.5	Beratungsangebote und therapeutische Angebote.....	40
4.3	<i>Fazit.....</i>	40
	Literatur.....	42
	Anhang	I
	<i>Interviewleitfaden zum semistrukturierten Interview mit Fachpersonen</i>	<i>II</i>
	<i>Kurzfragebogen zur Bedarfsanalyse für Fachpersonen</i>	<i>V</i>

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Studienkonzept	4
Abbildung 2.1:	Angebotsnutzung durch die Migrationsbevölkerung	18
Abbildung 2.2:	Dimensionen der Migrationsorientierung.....	19

Tabellen

Tabelle 2.1:	Liste der befragten Institutionen.....	5
Tabelle 2.2:	Berechnungsgrundlagen Nutzungskoeffizient	7
Tabelle 3.1:	Übersicht Angebote Prävention und Gesundheitsförderung	9
Tabelle 3.2:	Angebote G&P im Bereich psychische Gesundheit	10
Tabelle 3.3:	Angebote Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Sucht	12
Tabelle 3.4:	Angebote Gesundheitsförderung und Prävention mit unspezifischem Bezug zu Sucht und/oder psychischer Gesundheit	13
Tabelle 3.5:	Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau nach Nationalität, Geschlecht und Bezirk *	14
Tabelle 3.6:	Ständige ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau, nach Staatsangehörigkeit * ..	15
Tabelle 3.7:	Tabakkonsum und chronisch risikoreicher Alkoholkonsum: Prävalenz und Nutzungsrate....	16
Tabelle 3.8:	Cannabis- und Kokainkonsum: Prävalenz und Nutzungsrate	17

Abkürzungen

AAZ	Abklärungs- und Aufnahmezentrum
FGT	Fokusgruppen-Teilnehmer/-innen
G&P	Gesundheitsförderung und Prävention
ICM	Intensive Case Management
IkÜ	Interkulturelle Übersetzer/-innen
ikV	Interkulturelle Vermittler/-innen
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
MST	Multisystemische Therapie (Standard)
MST CAN	Multisystemische Therapie Kinderschutz (Child abuse and neglect)
MVB	Mütter- und Väterberatung
PDT	Psychiatrische Dienste Thurgau
PFJB	Paar-, Familien- und Jugendberatung
PG	Psychische Gesundheit
PGS	Psychische Gesundheit und Sucht
PSÜB	Poststationäre Übergangsbehandlung
PTG	Perspektive Thurgau
SB	Suchtberatung

Kurzzusammenfassung

Hintergrund

Seit 2007 nimmt im Kanton Thurgau die ausländische Wohnbevölkerung stärker zu als die Wohnbevölkerung mit einem Schweizer Pass. Verschiedene Studien dokumentieren bei der psychischen Gesundheit, beim Gesundheitsverhalten und bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen Unterschiede zwischen der Schweizer Bevölkerung und Teilen der Migrationsbevölkerung. Der Kantonsärztliche Dienst des Kantons Thurgau hat daher eine Studie zur Bedarfsanalyse migrationsgerechter Gesundheitsförderung und Prävention in Auftrag gegeben, welche vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Nationalen Programms *Migration und Gesundheit* finanziell unterstützt und begleitet wurde. Dabei stehen zwei Fragekomplexe im Zentrum:

- 1) *Bestandsaufnahme*: Welche Angebote wurden bereits hinsichtlich der spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten überprüft und/oder angepasst? Wie häufig werden die bestehenden kantonalen Angebote von der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten in Anspruch genommen? Sind Migrantinnen und Migranten unter den Klientinnen und Klienten entsprechend ihrer Bedürfnisse vertreten? Welche Gruppe(n) von Migrantinnen und Migranten ist/sind bei welchen Angeboten unter-/übervertreten?
- 2) *Umsetzungsvorbereitung*: Gibt es Unterschiede zwischen den Angeboten, die von Migrantinnen und Migranten in Anspruch genommen werden und denjenigen, die nicht in Anspruch genommen werden? Was sind die Gründe dafür, dass bestehende Angebote nicht/nur wenig in Anspruch genommen werden? Liegen die Barrieren eher im Bereich der strukturellen Eigenschaften der Angebote (z.B. Sprachbarrieren) oder eher im Bereich der Motivation (z.B. Interesse)? Decken sich die diesbezüglichen Erklärungen und Vermutungen der Anbieter und Anbieterinnen der Angebote mit denen der Migrantinnen und Migranten? Welche konkreten Eigenschaften müssen Angebote aufweisen, damit sie von der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten entsprechend ihrer Bedürfnisse in Anspruch genommen werden? Wie können diese Eigenschaften in den im Thurgau laufenden und geplanten kantonalen Angeboten konkret umgesetzt werden?

Methodisches Vorgehen

Als Studiendesign wurde eine Querschnittuntersuchung mit dreistufigem Vorgehen gewählt (Bestandsaufnahme, Validierung, Synthese). Die Dreiteilung folgt dabei unterschiedlichen konzeptionellen und methodischen Vorgehensweisen (standardisierte und semi-standardisierte Befragung, Fokusgruppen, Sekundärdaten), die sich aus den unterschiedlichen Fragestellungen ergeben. Im Zentrum der Bestandsaufnahme standen Befragungen von Fachpersonen aus Institutionen, welche im Kanton Thurgau Gesundheitsförderung und Prävention (G&P) in den Bereichen Sucht und psychische Gesundheit anbieten. Die Auswahl der Fachpersonen bzw. Institutionen folgte einem Nominationsverfahren. Bei der Nomination wurde die räumliche Verteilung sowie die Grösse der Anbieter entsprechend berücksichtigt. Im Vorfeld der Untersuchung wurden mögliche Studienteilnehmende zunächst im Zeitraum von Juli bis August 2013 schriftlich über die Ziele der Studie informiert und anschliessend telefonisch kontaktiert, um den Ablauf der Studie zu erörtern und einen Interviewtermin für eine semi-standardisierte Befragung zu vereinbaren. Insgesamt erklärten sich 21 angefragte Institutionen bereit, an der Studie teilzunehmen. Institutionen mit relevanten G&P Angeboten bzw. Fachpersonen aus diesen Institutionen wurden zusätzlich gebeten, vor dem eigentlichen Interviewtermin einen standardisierten Kurzfragebogen mit Angaben zu den vorhandenen Angeboten und einer Beurteilung hinsichtlich der Migrationsorientierung dieser Angebote auszufüllen und zu retournieren. Von den insgesamt 16 verschickten Kurzfragebogen wurden 12 retourniert und damit 54 G&P Angebote dokumentiert. Mit insgesamt 20 der 21 Institutionen konnte im Zeitraum zwischen August und November 2013 eine semi-standardisierte Befragung durchgeführt werden, wobei teilweise mehrere Fachpersonen in einem Gruppeninterview gleichzeitig befragt wurden.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme wurden im Rahmen von zwei Fokusgruppen validiert und ergänzt. Während die eine Fokusgruppe Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der Migrationsbevölkerung umfasste, war die andere aus Fachpersonen aus den Bereichen Gesundheit und Migration zusammengesetzt. Die Rekrutierung der Fokusgruppen-Teilnehmenden erfolgte, analog der Bestandsaufnahme, nach dem Nominationsverfahren. Dabei konnten 6 Fachpersonen rekrutiert werden, die teilweise bereits in der ersten Phase als Interviewpartner involviert waren. Neben den 6 Fachpersonen wurden 6 Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der Migrationsbevölkerung nominiert und eingeladen. Die Teilnehmenden der beiden Fokusgruppen erhielten im Vorfeld der Diskussion den vollständigen Zwischenbericht, um sich mit den Resultaten vertraut zu machen und sich entsprechend auf die Diskussion vorbereiten zu können. Die Teilnehmenden hatten ebenfalls Gelegenheit, allfällige Themen, welche in den Gruppen diskutiert werden sollten, vorzuschlagen. Die moderierten Gruppendiskussionen fanden am 24. Januar 2014 in Frauenfeld statt und dauerten jeweils zwischen 2 und 3 Stunden. Die Gruppendiskussionen wurden von einer Forscherin bzw. einem Forscher moderiert. Eine weitere Person protokollierte stichwortartig das Geschehen. Zusätzlich wurde die gesamte Gruppendiskussion elektronisch aufgezeichnet. Die beiden Fokusgruppengespräche wurden anschliessend verschriftlich und die diskutierten Hauptthemen qualitativ herausgearbeitet.

Resultate

Die wichtigsten *Resultate der Bestandsaufnahme* von G&P Angeboten in den Bereichen psychische Gesundheit und Sucht lassen sich für das Jahr 2013 wie folgt zusammenfassen:

1. Ausschliesslich oder weitgehend auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtete Angebote der G&P existieren fast nur im unspezifischen Bereich und dort vorwiegend in der frühen Förderung von Kindern. Im Bereich Sucht konnte für die Untersuchungsperiode kein ausschliesslich für die Migrationsbevölkerung konzipiertes Angebot eruiert werden.
2. Die untersuchten Angebote an Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit sind insgesamt deutlich weniger umfangreich als im Bereich Sucht.
3. Bei einer Vielzahl von Angeboten besteht grundsätzlich die Möglichkeit bei sprachlich oder kulturell bedingten Verständigungsschwierigkeiten interkulturelle Übersetzende (ikÜ) beizuziehen. In der Praxis zeigt sich, dass unterschiedliche strukturelle Hindernisse bestehen, welche den Einsatz von ikÜ einschränken.
4. Eine systematische Vernetzung mit Fachorganisationen und Fachstellen aus dem Migrationsbereich besteht bei mehreren Institutionen. Demgegenüber ist die systematische Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung nur sehr gering ausgeprägt.
5. Die Erreichbarkeit von Personen aus Portugal wird als eher schwierig eingeschätzt. Von verschiedenen Fachpersonen als schwer erreichbar eingestuft werden auch Personen aus dem Kosovo, Albanien, Mazedonien sowie generell aus dem Raum Ex-Jugoslawien.
6. Eine differenzierte quantitative Erfassung der Angebotsnutzung durch die Migrationsbevölkerung erfolgt bei einer Minderheit der Angebote. Die Angebotsnutzung insgesamt (Autochthone und Migrationsbevölkerung) wird für etwa 75% der Angebote dokumentiert.
7. Suchtberatungsangebote werden von der Migrationsbevölkerung leicht weniger genutzt, als sich dies auf der Grundlage der Bevölkerungsverteilung im Kanton Thurgau erwarten lässt.
8. Im Bereich psychische Gesundheit liess sich aufgrund fehlender oder nicht vorhandener Daten die migrationspezifische Angebotsnutzung nicht quantifizieren.
9. Die geringen absoluten Bevölkerungszahlen sowie die oft geringen tatsächlichen oder aufgrund epidemiologischer Befunde erwartbaren Fallzahlen setzen einer differenzierten quantitativen Analyse nach Nationalität oder Migrationsstatus enge Grenzen.
10. Die befragten Fachpersonen sehen sowohl einen generellen Bedarf an gesundheitsfördernden und präventiven Projekten im Bereich Sucht und psychische Gesundheit (unter Einbezug von

Primärversorgern und Bildungsfachpersonen) wie auch einen Bedarf an migrationspezifischen Projekten.

Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme und deren anschliessende Validierung und Exploration durch die Fokusgruppen wurden nachfolgende *Handlungsfelder und mögliche Umsetzungsmassnahmen* identifiziert:

1. Vernetzung und Stärkung von Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung
 - *Zentralisierte Kontaktliste von Schlüsselpersonen*: Um eine rasche Kontaktaufnahme und Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung zu ermöglichen, wurde von der Experten-Fokusgruppe das Führen einer zentralen Liste mit entsprechenden Kontaktdaten vorgeschlagen, welche dann von diversen Akteuren bei Bedarf konsultiert werden kann. Eine mögliche Stelle für die Führung einer solchen Kontaktliste ist die Fachstelle Integration des Kantons Thurgau.
 - *Rekrutierung von Mediatorinnen und Mediatoren und Stärkung informeller sozialer Netzwerke*: Durch den Ausbau von *femmesTische* Netzwerken und anderen informellen sozialen Netzwerken im ganzen Kanton könnten zusätzliche Schlüsselpersonen aufgebaut und Kontakte zur Migrationsbevölkerung hergestellt werden. Mediatorinnen und Mediatoren könnten in solchen Netzwerken bedarfsgerecht Informationen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention streuen sowie, subsidiär, auf die professionellen Hilfsangebote aufmerksam machen.
 - *Rollen und Funktionen klären*: Um Missverständnisse zu vermeiden, sollten Rollen und Funktionen von Kontaktpersonen geklärt werden. Ebenso sollte geklärt werden, wann es opportun ist, eine Person zu kontaktieren. Dies sollte gemeinsam und in Absprache mit den Personen aus der Migrationsbevölkerung geschehen. Zudem könnte es nützlich sein, eine differenzierte Terminologie zu erarbeiten, welche den unterschiedlichen Rollen und Funktionen Rechnung trägt.
2. Migrationsorientierte G&P im Bereich psychische Gesundheit
 - *Internet-Informationsplattform zu Angststörungen, Depression, Suizid*: Aufgrund der hohen Prävalenz von Angststörungen, Depression und Suizid in der ständigen Wohnbevölkerung insgesamt, könnte die Schaffung einer dauerhaft verfügbaren Internet-Plattform, welche über diese psychische Störungen informiert und auf konkrete Hilfsangebote verweist, nützlich sein. Als Umsetzungsvorbild könnte SOS-Spielsucht dienen, wo bereits heute in einem kantonalen Verbundsystem Informationen zum Thema Spielsucht in unterschiedlichen Sprachen angeboten werden.
 - *Sensibilisierung am Rande von Freizeitanlässen*: Punktuelle Informationsvermittlung zu psychischer Gesundheit kann auch im Rahmen von Grossanlässen im Stil von *Schweiz bewegt* erfolgen. Solche Anlässe werden offenbar auch von der Migrationsbevölkerung rege besucht und bilden damit eine gute Voraussetzung, um Kurzinformationen zum Thema psychische Gesundheit zu streuen.
 - *Gezielte Informationsvermittlung im Rahmen etablierter und neuer migrationspezifischer Netzwerke*: Bereits heute werden punktuell migrationspezifische Informationsveranstaltungen (Vorträge, Diskussionen) zu Themen der psychischen Gesundheit von den *femmesTische* organisiert und durchgeführt. Diese Aktivitäten sollten weiter unterstützt und ausgebaut werden (Streuung in weiteren informellen sozialen Netzen).
3. Frühe Förderung und Betreuungsangebote für Kinder
 - *Bedürfniszentrierte Massnahmen der frühen Förderung*: Die Erfahrungen aus bereits durchgeführten oder laufenden (Pilot-)Projekten wie *Spiel mit mir*, *Mit Eltern lernen* oder *Fit in den Kindergarten* bieten eine gute Ausgangsbasis, um spezifische Massnahmen der frühen Förderung im gesamten Kanton Thurgau weiter zu verbreiten und abzustützen. Solche Projekte sind aber für Personen mit Migrationshintergrund oft nur dann attraktiv, wenn sie kostenlos sind. Dies dürfte vor allem auf die besonders vulnerable Migrationsbevölkerung zutreffen.

- *Stärkung der Mütter- und Väterberatung (MVB)*: Ein zentraler Pfeiler der frühen Förderung und des Kontakts zur Migrationsbevölkerung stellen die Angebote der MVB dar. Durch die niederschweligen und gemeindenahen Angebote sowie die Kontaktetablierung gleich bei der Geburt eines Kindes, besteht eine ausserordentlich gute Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Sowohl die allgemeinen Angebote als auch das migrationsspezifische Angebot *Miges Balù* sollten daher weiter gestärkt werden.
- *Übernahme von Guter Start ins Kinderleben in den Courant Normal*: Das Projekt *Guter Start ins Kinderleben* sollte weitergeführt werden. Hier wurden bereits wichtige Vernetzungen zwischen Fachpersonen aufgebaut, die weiter genutzt werden können.

4. Schwer erreichbare Gruppen

Für die als schwer erreichbar geltenden Teile der Migrationsbevölkerung empfiehlt sich aufsuchende Arbeit durch Mediatorinnen und Mediatoren (vgl. Punkt 1). Diese könnten im Rahmen ihrer sozialen Netzwerke informelle Hilfeleistungen anbieten sowie subsidiär und bedarfsorientiert auf professionelle Hilfsangebote aufmerksam machen.

5. Beratungsangebote und therapeutische Angebote

- *Erwägung alternativer Finanzierungsmodelle für ikÜ*: Um informellen Übersetzungen oder gar das Wegfallen von indizierten Übersetzungen bei heiklen Beratungsgesprächen oder Therapien zu verhindern, wäre es wünschbar, Beratungs- und Behandlungskosten sowie Übersetzungskosten strikte zu trennen. Denkbar wäre etwa die Schaffung eines kantonalen Übersetzungsfonds, welcher für klar umrissene Angebote Mittel für den Einsatz von ikÜ bereitstellt.
- *Förderung und Unterstützung fremdsprachiger Selbsthilfegruppen*: Initiativen, wie die im Aufbau begriffene Selbsthilfegruppe türkischer Frauen zum Thema Depression, sollten systematisch unterstützt und gefördert werden. Als hilfreich könnten sich solche Initiativen auch bei Anschlussprogrammen an den stationären Aufenthalt erweisen, etwa bei Suchtgesprächsgruppen, wenn aufgrund sprachlicher Probleme eine Teilnahme bei deutschsprachigen Gruppen nicht möglich ist.
- *Gezielte Rekrutierung fremdsprachiger Fachpersonen*: Allenfalls kann geprüft werden, ob Fachpersonen aus dem Bereich psychische Gesundheit für die bevölkerungsstärksten Migrationsgruppen im entsprechenden Heimatland rekrutiert werden können und Ihnen die Einrichtung einer Praxis erleichtert werden kann.

Fazit

Die Bestandsaufnahme wie auch die Fokusgruppendifkussionen legen nahe, dass die frühe Förderung einen zentralen Stellenwert innerhalb einer migrationsorientierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie in den Bereichen Sucht und psychische Gesundheit einnehmen sollte. Einerseits ist die Erreichbarkeit der Zielgruppe im Kinder- und Jugendalter potentiell am grössten, da die Kontaktstellen durch den institutionellen Rahmen weitgehend vorstrukturiert sind (Geburtskliniken, Spielgruppen, Kindergarten, Schulen). Andererseits dürfte der Nutzen professioneller Angebote hier am grössten ausfallen, da zu einem sehr frühen Zeitpunkt präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen ergriffen werden können, um eine gesunde physische, psychische und soziale Entwicklung der Kinder zu begünstigen.

Für die erwachsene Migrationsbevölkerung bietet sich insbesondere die Unterstützung von weitgehend selbsttragenden Netzwerken im Stil der *femmesTische* sowie ggf. aufsuchende Arbeit für schwer erreichbare Gruppen an. Merkmal solcher informeller sozialer Netzwerke ist, dass sie es Menschen eines spezifischen Kulturkreises ganz allgemein erlauben, in sozialen Austausch zu treten und die für sie drängenden Probleme und Fragen zu besprechen. Dies schliesst gelegentlich, aber nicht ausschliesslich, Themen aus dem Bereich Gesundheit ein. Dementsprechend wichtig ist die Rolle von Schlüsselpersonen oder Mediatorinnen und Mediatoren in solchen Netzwerken. Sie können bei Bedarf, insbesondere bei

integrationsrelevanten Themen, als kulturelle Übersetzer fungieren; dies schliesst ein, dass sie ihren Landsleuten auch professionelle Hilfsangebote im Bereich Gesundheit näher bringen und so Vertrauen schaffen können, damit diese Angebote im Bedarfsfall wahrgenommen werden.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Seit 2007 nimmt im Kanton Thurgau die ausländische Wohnbevölkerung stärker zu als die Wohnbevölkerung mit einem Schweizer Pass. Im Jahr 2012 wuchs die ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau um 4,3%, während diejenige mit einem Schweizer Pass lediglich um 0,8% zunahm. Die grösste Zunahme (7%) im Kanton betraf die bereits grösste Ausländergruppe der Deutschen, gefolgt von Staatsangehörigen aus dem Kosovo, Portugal, Polen, Ungarn und Italien. [1]

Unterschiede sowohl im Bereich psychischer Gesundheit als auch im Bereich Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen nach Staatsangehörigkeit wurden für die Schweiz auf der Basis des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung dokumentiert. So etwa bestehen substantielle Unterschiede zwischen Teilen der Migrationsbevölkerung und Autochthonen beim Konsum von Tabak und Alkohol, bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, beim Konsum von Früchten und Gemüse, bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas und bei Behandlungen aufgrund von Depression [2-6]. Ebenso lag auf der Grundlage der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2007 die Selbsteinschätzung psychischer Belastung bei ausländischen Personen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern¹. Im Weiteren klagen Migranten häufiger über psychosomatische Probleme (bzw. Rückenschmerzen) [6]. Trotz bestehender Unterschiede zwischen Migrationsbevölkerung und Autochthonen darf nicht vergessen werden, dass die Migranten und Migrantinnen keine homogene Gruppe bilden. Insbesondere bestehen Unterschiede mit Blick auf Ressourcen (Bildung, Einkommen, Sprachkenntnisse, soziale Netze, Wertvorstellungen) und Belastungen (traumatischer Migrationshintergrund, Arbeitsplatz, Wohnverhältnisse), die in ihrer Wechselwirkung spezifische gesundheitsrelevante Chancen und Risiken bergen. Beispielsweise können sich je nach Migrationsgruppe 15-45% der Befragten mit dem Arzt nicht genügend verständigen. Ebenso stellt die Tabuisierung psychischer Erkrankungen aufgrund kultureller Wertvorstellungen eine Herausforderung dar. [7]

Um dieser Situation Rechnung zu tragen besteht das übergeordnete Ziel darin, dass die heutigen Angebote und Gesundheitsdienste im Kanton Thurgau vermehrt auch auf die spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten ausgerichtet werden sollen.

1.2 Fragestellungen

Vor diesem Hintergrund ist es für den Kantonsärztlichen Dienst des Kantons Thurgau (Ressort Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht) wichtig, genaue Kenntnisse über die bestehenden migrationsgerechten Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen psychische Gesundheit und Sucht (PGS) zu erlangen. Der Kantonsärztliche Dienst hat daher eine Studie zur Bedarfsanalyse migrationsgerechter Gesundheitsförderung und Prävention ausgeschrieben, welche vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit finanziell unterstützt und begleitet wurde. Die Studie soll auch Empfehlungen für die Gestaltung bzw. Anpassung der kantonalen Angebote an die spezifischen Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten machen. Im Zentrum der Studie stehen damit eine systematische *Bestandsaufnahme* sowie eine *Umsetzungsvorbereitung* kantonalen Angebote in den Bereichen PGS. Die Studie soll die folgenden zwei Fragekomplexe bearbeiten:

- 1) *Bestandsaufnahme*: Welche Angebote wurden bereits hinsichtlich der spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten überprüft und/oder angepasst? Wie häufig werden die bestehenden

¹ Quelle: Bundesamt für Statistik, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/06/02.html>

kantonale Angebote von der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten in Anspruch genommen? Sind Migrantinnen und Migranten unter den Klientinnen und Klienten entsprechend ihrer Bedürfnisse vertreten? Welche Gruppe(n) von Migrantinnen und Migranten ist/sind bei welchen Angeboten unter-/übervertreten?

- 2) *Umsetzungsvorbereitung*: Gibt es Unterschiede zwischen den Angeboten, die von Migrantinnen und Migranten in Anspruch genommen werden und denjenigen, die nicht in Anspruch genommen werden? Was sind die Gründe dafür, dass bestehende Angebote nicht/nur wenig in Anspruch genommen werden? Liegen die Barrieren eher im Bereich der strukturellen Eigenschaften der Angebote (z.B. Sprachbarrieren) oder eher im Bereich der Motivation (z.B. Interesse)? Decken sich die diesbezüglichen Erklärungen und Vermutungen der Anbieter und Anbieterinnen der Angebote mit denen der Migrantinnen und Migranten? Welche konkreten Eigenschaften müssen Angebote aufweisen, damit sie von der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten entsprechend ihrer Bedürfnisse in Anspruch genommen werden? Wie können diese Eigenschaften in den im Thurgau laufenden und geplanten kantonalen Angeboten konkret umgesetzt werden?

1.3 Konzeptionelle Überlegungen

Eine erste konzeptionelle Anmerkung gilt den beiden Begriffen Gesundheitsförderung und Prävention. Der Begriff der Gesundheitsförderung wurde von der Weltgesundheitsorganisation geprägt und 1986 in der Ottawa Charta festgehalten. Das Konzept fordert dabei die Selbstbestimmung aller Menschen über ihre Gesundheit, die gezielt durch die Stärkung von Gesundheitsressourcen gefördert werden soll [8]. Der Hauptfokus liegt dabei auf der Frage, was einen Menschen gesund hält, d.h. die Gesundheit und deren Reproduktion (Salutogenese [9]) stehen im Zentrum des Interesses. Der Begriff der Prävention wird allgemein definiert als Vermeidung des Auftretens oder des Voranschreitens von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen. Der Fokus ist medizinisch, indem beispielsweise Risikofaktoren von Krankheiten identifiziert werden, die es zu verringern gilt [10]. In der Literatur ist man sich allerdings nicht einig, inwiefern Gesundheitsförderung und Prävention verschiedene Dinge sind oder nicht [11]; insbesondere die systemorientierte Differenzierungslogik legt nahe, dass Gesundheit ohne Krankheit nicht denkbar ist [12, 13]. Verschiedene Autoren und Studien unterscheiden nach spezifischen bzw. unspezifischen Interventionen, wobei die spezifischen Interventionen sich eher auf der Seite medizinischer Prävention befinden und zwischen „unspezifischer“ Gesundheitsförderung und „spezifischer“ Prävention ein mehr oder weniger grosser Überlappungsbereich besteht [14]. Fakt ist: Die Begriffe sind kaum strikte trennbar und die Trennung lässt sich umso weniger durchhalten, je grösser der Bezug zur Praxis wird. Denn: Auch Prävention zielt in der Praxis oft auf die Stärkung von Ressourcen und jede Gesundheitsförderung beinhaltet im Kern eine Vorstellung von einem „unerwünschten Zustand“ (gesundheitliche Risiken, Gefährdungen, Schäden), der verhindert werden soll. Als Fazit lässt sich hieraus festhalten: Was sich in der theoretischen Debatte schon nicht klar abgrenzen lässt bzw. viel Raum für Interpretationen zulässt, lässt sich auch von Praktikerinnen und Praktikern nur schwer dem einen oder anderen Konzept zuordnen. Gleichzeitig multipliziert sich diese Differenzierungsproblematik dadurch, dass auch in der Praxis unterschiedliche Vorstellungen darüber herrschen, was genau unter Gesundheitsförderung und Prävention zu verstehen sei. Um diese Problematik zumindest etwas zu entschärfen, wird folgender Ansatz verfolgt: Wir vernachlässigen die Interventionsstrategie (Ressourcen fördern im Sinne der Gesundheitsförderung versus Krankheit verhindern im Sinne der klassischen Prävention) und ordnen Programme beiderlei Typs (G&P) lediglich auf einer Dimension der „Gefährdung“ an. Dabei orientieren wir uns an der klassischen Einteilung von Präventionsprogrammen [15] und unterscheiden lediglich nicht betroffene Populationen (keine akute Gefährdung; primäre G&P), Populationen mit erhöhtem Risiko (erhöhte Gefährdung; sekundäre G&P) und betroffene Populationen (Gefährdung; tertiäre G&P).

Die andere konzeptionelle Problematik, die sich im Zusammenhang mit der Untersuchung stellt, ist jene der Migrationsgerechtigkeit, welche sich im Adjektiv „migrationsgerecht“ verbirgt. Was bedeutet migrationsgerecht oder Migrationsgerechtigkeit? Und was heisst dies für Gesundheit im Allgemeinen und Gesundheitsförderungsprogramme und Präventionsprogramme im Besonderen? Wie alle Fragen der Gerechtigkeit lässt sich dies letztlich nur normativ begründen und entscheiden und fällt damit in die

Kompetenz der Ethik, der politischen Philosophie und schliesslich der Politik. Aus diesem Grund verwenden wir in der vorliegenden Studie den Begriff „Migrationsorientierung“ und meinen damit den Grad der Ausrichtung eines Angebots oder eines Programms auf spezifische Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung oder Teile davon. Beispielsweise steigern die Verfügbarkeit und der Einsatz von interkulturell Übersetzenden die Migrationsorientierung eines Präventionsprogramms, indem interkulturell Übersetzende zur Verbesserung der Kommunikation beitragen und spezifische Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten mit geringen Kenntnissen einer Landessprache abdecken können. Der Begriff der Migrationsorientierung will aber nichts darüber aussagen, inwiefern die Erfüllung eines solchen Bedürfnisses einem Gebot der Gerechtigkeit entspricht oder nicht. Demgegenüber bezieht sich der Begriff der Migrationsgerechtigkeit im Umfeld der G&P auf eine normative Ebene, welche mit klaren politischen Zielen und Umsetzungsprogrammen verknüpft ist. So ist die G&P von Personen mit Migrationshintergrund eines der Haupthandlungsfelder des Nationalen Programms *Migration und Gesundheit im Auftrag des Bundesrates* (Start im Jahr 2002, verlängert bis 2017) [16]. Eine migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention impliziert im Verständnis des Bundes, dass Personen mit Migrationshintergrund durch ihren Migrationshintergrund nicht benachteiligt werden dürfen, ein gesundes Leben zu führen und Zugang zu Präventionsprogrammen und medizinischer Versorgung zu haben [17].

Von den Fachpersonen verlangt eine migrationsorientierte G&P transkulturelle Kompetenz, d.h. „die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ [18, S. 174]. Da die sprachlichen Zugangsbarrieren ein Hauptmerkmal gesundheitlicher Ungleichheiten sind, sind in einer migrationsorientierten G&P interkulturell Übersetzende (ikÜ) bzw. interkulturell Vermittelnde (ikV) von Bedeutung. IkÜ sind qualifizierte Dolmetschende (mit eidgenössischem Fachausweis oder Zertifikat der schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln, INTERPRET), die mündlich von einer Sprache in die andere dolmetschen, unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der Beteiligten. IkV eignen sich neben den sprachlichen Kenntnissen zusätzlich Wissen aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich an und können Personen mit Migrationshintergrund begleiten und beraten [19]. Eine Studie zum Einsatz von ikÜ in Spitälern und Kliniken fand Hinweise, dass sich der Einsatz von ikÜ positiv auf den Gesundheitszustand von Personen mit Migrationshintergrund auswirken kann [20]. Der Kanton Thurgau hat sich 2012 der Verdi Vermittlungsstelle von fachlich qualifizierten ikÜ angeschlossen, die im Auftrag von 4 Ostschweizer Kantonen arbeitet [7].

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Studienkonzept

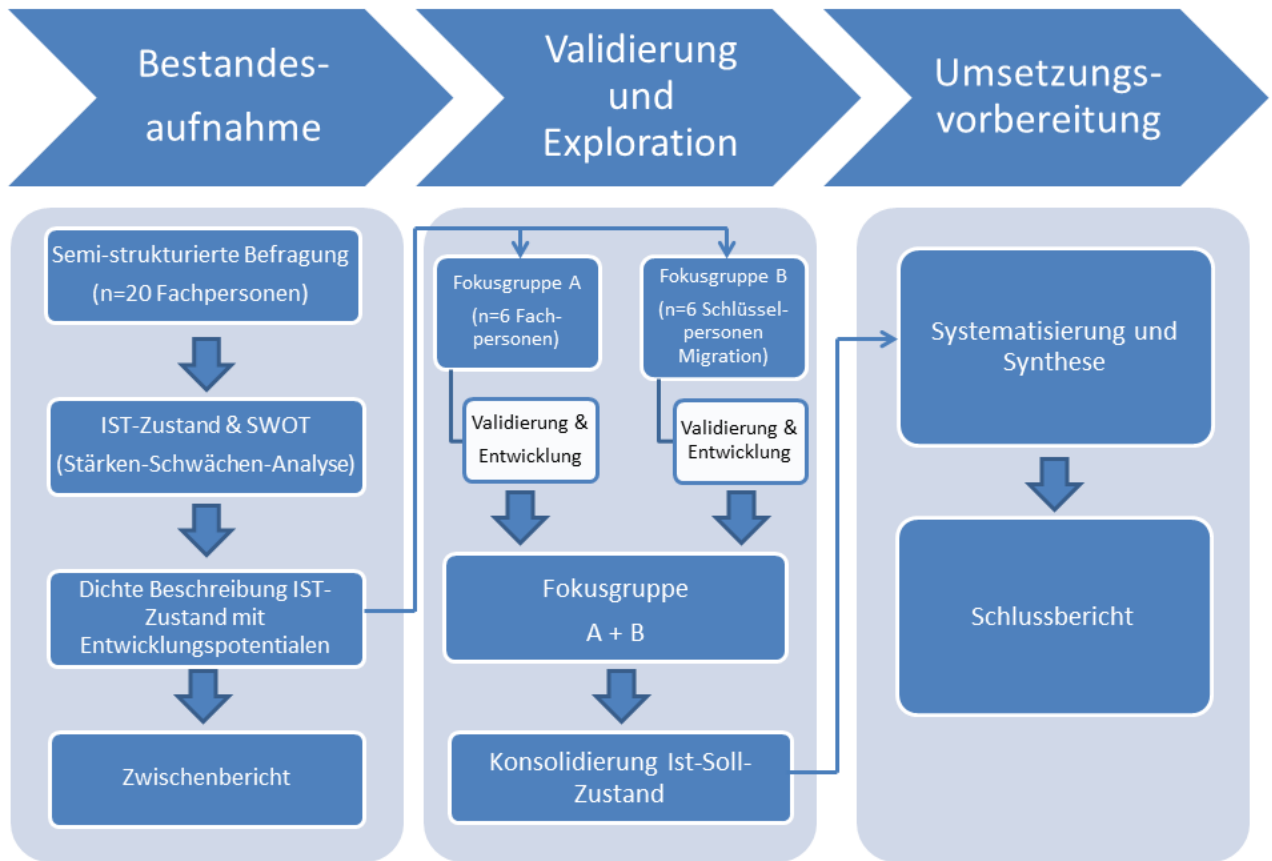
Als Studiendesign wurde eine Querschnittuntersuchung mit dreistufigem Vorgehen gewählt (Abbildung 2.1). Die Dreiteilung folgt dabei unterschiedlichen konzeptionellen und methodischen Vorgehensweisen, die sich aus den unterschiedlichen Fragestellungen ergeben.

In einer ersten Phase, der Bestandsaufnahme, wurden die kantonalen Angebote an Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Sucht und psychische Gesundheit erfasst. Im Zentrum standen hier der Ist-Zustand und eine erste Dokumentation möglicher Versorgungslücken (Kapitel 3.1 und 3.2). Forschungstechnisch kamen in dieser Phase primär standardisierte und semi-standardisierte Befragungsmethoden und Sekundäranalysen von Struktur- und Registerdaten (Falldaten) zur Anwendung.

In der zweiten Phase, Validierung und Exploration, setzten sich Fachpersonen aus dem Bereich G&P sowie Schlüsselpersonen aus dem Umfeld verschiedener Migrationsgruppen mit den Erkenntnissen aus der Analyse des Ist-Zustands auseinander, brachten Korrekturen an und schlugen alternative Lösungsvorschläge vor (Fokusgruppen-Methode). Am Ende dieses Prozesses stand ein konsolidiertes Verständnis des Ist-Soll-Zustands, der die Perspektive aller involvierten Akteure berücksichtigt (Kapitel 3.3).

In der Phase der Umsetzungsvorbereitung wurden die Ergebnisse der vorgängigen Phasen systematisch aufgearbeitet und synthetisiert und entsprechende Umsetzungsvorschläge dargelegt (Kapitel 4).

Abbildung 2.1: Studienkonzept



Nachfolgend werden die eingesetzten Methoden der einzelnen Phasen näher beschrieben.

2.2 Befragung

Im Zentrum der Bestandaufnahme standen Befragungen von Fachpersonen aus Institutionen, welche im Kanton Thurgau in erheblichem Mass G&P Leistungen in den Bereichen Sucht und psychische Gesundheit anbieten. Die Auswahl der Fachpersonen bzw. Institutionen folgte einem Nominationsverfahren, wobei Personen sowohl direkt vom Auftraggeber wie auch von bereits nominierten Fachpersonen vorgeschlagen werden konnten. Bei der Nomination wurde die räumliche Verteilung sowie die Grösse der Anbieter entsprechend berücksichtigt. Im Vorfeld der Untersuchung wurden mögliche Studienteilnehmende zunächst im Zeitraum von Juli bis August 2013 schriftlich über die Ziele der Studie informiert und anschliessend telefonisch kontaktiert, um den Ablauf der Studie zu erörtern und einen Interviewtermin für eine semi-standardisierte Befragung zu vereinbaren. Insgesamt erklärten sich 21 angefragte Institutionen bereit, an der Studie teilzunehmen (siehe Tabelle 2.1). Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) Thurgau und der Spitex Verband Thurgau wurden ebenfalls für eine Befragung angefragt, gaben aber an, keine Angebote im Bereich G&P zu haben bzw. nicht die geeignete Stelle für eine Befragung zu sein. Institutionen mit relevanten G&P Angeboten bzw. Fachpersonen aus diesen Institutionen wurden zusätzlich gebeten, vor dem eigentlichen Interviewtermin einen Kurzfragebogen mit Angaben zu den vorhandenen Angeboten und einer Beurteilung hinsichtlich der Migrationsorientierung dieser Angebote auszufüllen und zu retournieren. Von den insgesamt 16 verschickten Kurzfragebogen wurden 12 retourniert und damit 54 G&P Angebote dokumentiert. Mit insgesamt 20 der 21 Institutionen konnte im Zeitraum zwischen August und November

2013 eine semi-standardisierte Befragung durchgeführt werden, wobei teilweise mehrere Fachpersonen in einem Gruppeninterview gleichzeitig befragt wurden.

Tabelle 2.1: Liste der befragten Institutionen

Nr	Befragte Institutionen	Experten-interview	Kurzfragebogen verschickt	retourniert
1	Blaues Kreuz Beratungsstelle Weinfelden	ja	nein	-
2	Blaues Kreuz G&P	nein	ja	ja
3	Caritas Thurgau	ja	nein	-
4	Clenia Littenheid	ja	ja	ja
5	Conex familia Amriswil, Mütter- und Väterberatung (MVB)	ja	ja	ja
6	Conex familia Amriswil, Paar- Familien- und Jugendberatung (PFJB)	ja	ja	ja
7	Fachstelle für Kinder-, Jugend- und Familienfragen Frauenfeld	ja	nein	-
8	(Kantonale) Fachstelle Integration Frauenfeld	ja	nein	-
9	Lungenliga Thurgau	ja	ja	ja
10	Perspektive Thurgau (PTG), G&P, Bereich Spielsucht	ja	ja	ja
11	PTG G&P FemmesTische	ja	ja	ja
12	PTG PFJB	ja	ja	ja
13	PTG MVB	ja	ja	ja
14	PTG Suchtberatung (SB)	ja	ja	ja
15	Psychiatrische Dienste Thurgau (PDT), Psy Klinik Münsterlingen, Abt Abhängigkeitserkrankungen & Forensik	ja	ja	ja
16	PDT, Psy Klinik Münsterlingen, AAZ	ja	ja	nein
17	PDT, Psy Klinik Münsterlingen, ICM & PSÜB	ja	ja	nein
18	PDT, Psy Klinik Münsterlingen, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	ja	ja	ja
19	PDT, Psy Klinik Münsterlingen, Klinikdirektion	ja	ja	nein
20	PDT, Psy Klinik Münsterlingen, Pflegedirektion	ja	ja	nein
21	Sozialamt Weinfelden	ja	nein	-

2.2.1 Standardisierter Kurzfragebogen

Im Vorfeld der Experteninterviews wurden die Fachpersonen gebeten, für alle vorhandenen Angebote einen standardisierten Kurzfragebogen (siehe Anhang) auszufüllen und eine Selbsteinschätzung ihrer Angebote vorzunehmen. Der Fragebogen orientiert sich an für die Evaluation von migrationsorientierten Angeboten konstruierten Instrumenten von Gesundheitsförderung Schweiz und dem Schweizerischen Roten Kreuz [21-24]. Auf der Grundlage der Angaben im Kurzfragebogen konnten so gezielt Fragen aus dem Basis-Fragenkatalog (siehe unten Kapitel 2.2.2) vorbereitet werden. Der Fragebogen umfasst unter anderem Dimensionen der Bedürfnisorientierung (ist ein Angebot migrationspezifisch?), der Kulturorientierung (Einsatz von ikÜ, Fachpersonen mit Migrationshintergrund), der Vernetzung (mit der Migrationsbevölkerung und Fachorganisationen der Migrationsbevölkerung) und der Evaluation (wie wird das Angebot insgesamt und spezifisch von der Migrationsbevölkerung genutzt?).

Zur Auswertung des Kurzfragebogens wurden die oben genannten Faktoren der Migrationsorientierung deskriptiv ausgewertet. Hier ist anzumerken, dass die Items die subjektive Einschätzung der Befragten repräsentieren.

2.2.2 Semi-standardisierte persönliche/telefonische Befragung

Zur Durchführung der semi-standardisierten Interviews wurde ein entsprechender Interviewleitfaden erstellt (siehe Anhang), wobei das Instrument auf der Basis von Gesundheitsförderung Schweiz entworfen wurde [17, 22-24] (siehe auch Kapitel 2.2.1). Der Interviewleitfaden deckt drei Hauptthemenfelder ab: Im ersten Themenfeld, *Konzept der Gesundheitsförderung und Projektbegründung* wurde erfragt, inwiefern der Migrationshintergrund bei der Ausarbeitung des Angebots eine Rolle spielte und ob allenfalls eine diesbezügliche Bedarfsanalyse durchgeführt wurde. Im zweiten Themenfeld *Strukturen, Qualifikation, Vernetzung* geht es darum, wie mit sprachlichen Verständigungsproblemen umgegangen wird, wie häufig ikÜ/ikV zum Einsatz kommen und welche Erfahrungen damit gemacht wurden. Die Fragen des dritten Themenfelds *Monitoring und Evaluation der Nachfrage* adressieren die Datenerfassung zur Nutzung der

Angebote bzw. eine Schätzung der Fachperson zur Nutzung der Angebote. Aufgrund der Heterogenität der Angebote und Institutionen wurde auf der Grundlage der Ergebnisse der standardisierten Kurzbefragung und im Vorfeld durchgeführter Recherchen gezielt Fragen für die persönlichen oder telefonischen Interviews aus dem erstellten Basis-Leitfaden ausgewählt. Die Interviews wurden zur besseren Auswertbarkeit elektronisch aufgezeichnet, wenn die Fachperson(en) damit einverstanden war(en).

Zur Auswertung wurden die Interviews zusammengefasst und den Interviewpartnern für mögliche Ergänzungen oder Änderungen vorgelegt. Die offenen Fragen wurden qualitativ mittels einer thematischen und klassifikatorischen Inhaltsanalyse sowie mit Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse (Themenanalyse) ausgewertet [17]. Die Interviews mit den Fachpersonen lieferten das wichtigste Ausgangsmaterial für eine inhaltliche Beschreibung der Angebote.

2.3 Register- und Strukturdaten

Im Folgenden werden alle Datensätze bzw. Quellen beschrieben, die sonst noch Verwendung fanden:

2.3.1 Fallstatistik

Die Fachpersonen wurden angefragt, Daten zur allgemeinen und zur migrationspezifischen Nutzung der Angebote zur Verfügung zu stellen. Von insgesamt 9 Angeboten wurden die folgenden Daten von den Fachpersonen übermittelt:

- Blaues Kreuz: Anzahl Fälle nach Nationalitäten 2012
- Conex familia PFJB: Anzahl Fälle nach Nationalitäten 2012
- PTG, femmesTische: Anzahl Teilnehmerinnen Migrantinnen/Schweizerinnen 2012
- Miges Balù: Anzahl Familien mit ikV Beratungen (nach Sprache) im Jahr 2012 (Zahlen zur Verfügung gestellt von der Caritas TG)
- PTG SB: Anzahl Fälle nach Nationalität und Suchtmittel (18 Monate, 1.4.2012 bis 30.9.2013)
- PTG G&P: Anzahl telefonische Beratungen SOS-Spielsucht im Jahr 2012
- PTG G&P: Schätzungen zu Ausländeranteilen der Veranstaltungen Midnight Sports/Open Sunday

Die Fälle nach Nationalitäten der PTG PFJB wurden dem Jahresbericht der PTG 2012 entnommen.

2.3.2 Populationsdaten

Zur Berechnung von Nutzungsraten von Suchtangeboten nach Schweizer/innen und ausländischer Wohnbevölkerung wurden Populationsdaten der Dienststelle für Statistik des Kantons Thurgau (www.statistik.tg.ch) sowie des Bundesamtes für Statistik (www.bfs.admin.ch) herangezogen (siehe Tabellen in Kapitel 3.1.3.1).

2.3.3 Hypothetischer Nutzungskoeffizient

Ein hypothetischer Nutzungskoeffizient wurde für alle Angebote errechnet, wo bekannt war, wie viele Fälle auf Ausländer entfallen. Der Nutzungskoeffizient ergibt sich dabei aus dem logarithmierten Quotienten der tatsächlichen Fallzahl, dividiert durch die auf der Basis des Populationsanteils erwarteten Anzahl an Fällen aus der Migrationsbevölkerung (22.4%) (siehe Tabelle 2.2). Die erwarteten Fälle im Divisor unterstellen damit, dass die Nutzung der Angebote in der Migrationsbevölkerung entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung erfolgt, was indirekt auch die Annahme einer homogenen Prävalenz bei der Migrationsbevölkerung und der Schweizer Bevölkerung beinhaltet.

Tabelle 2.2 Berechnungsgrundlagen Nutzungskoeffizient

Variable	Beschreibung
A_{POP}	Ständige ausländische Wohnbevölkerung TG
T_{POP}	Ständige Wohnbevölkerung TG
$\omega = \frac{A_{POP}}{T_{POP}} = 0.224$	Ausländeranteil an der ständigen Wohnbevölkerung TG
F_T	Total der bearbeiteten Fälle
F_A	Bearbeitete Fälle mit ausländischer Nationalität (IST)
$E_A = \omega \cdot F_T$	Erwartete Fälle mit ausländischer Nationalität (SOLL)
$\psi = \ln \left(\frac{F_A}{E_A} \right)$	Nutzungskoeffizient

2.4 Synthese des Ist-Zustands

Die Beschreibung des Ist-Zustands ergibt sich aus den Ergebnissen der standardisierten und semi-standardisierten Befragung, den Informationen aus Register- und Strukturdaten sowie deren Kombination und wechselseitigen Ergänzung.

2.5 Stärken-Schwächen-Analyse

Die Resultate der Befragung bildeten die Basis für eine systematische Analyse von Stärken und Schwächen (SWOT). Wurden potentielle Versorgungslücken identifiziert – etwa wenn Angebote von der Migrationsbevölkerung nicht oder kaum in Anspruch genommen werden –, so wurden auf der Grundlage der einschlägigen Fachliteratur sowie Referenzprojekten Vorschläge zur Schliessung der identifizierten potentiellen Versorgungslücken erarbeitet [17, 25-31]. Die Darlegung der Stärken und Schwächen erfolgte einerseits aufgrund von Anregungen und Aussagen der involvierten Fachpersonen und wurden direkt aus dem vorhandenen Interviewmaterial abgeleitet. Andererseits widerspiegeln die Einschätzungen der Stärken und Schwächen aber auch die Sicht der Forschenden. Als Endpunkt der Bestandsaufnahme lag der Zwischenbericht als eine erste dichte Beschreibung des IST-Zustands mit potentiellen Entwicklungspotentialen im Bereich der migrationspezifischen Angebote vor.

2.6 Fokusgruppen

In der Projektphase Validierung und Exploration bestand das Untersuchungsziel darin, die Ergebnisse der Bestandsaufnahme durch unterschiedliche Stakeholder kritisch prüfen und weiter entwickeln zu lassen. Als methodisches Instrument kamen in dieser Phase Fokusgruppensitzungen zum Tragen. Eine Fokusgruppe ist eine moderierte Gruppendiskussion von 6-12 Personen, die ein im Voraus festgelegtes Thema zielgerichtet bearbeitet. Die Diskussion dauert in der Regel 1-2 Stunden. Die Stärke der Fokusgruppe ist, dass sich ein Projekt in relativ kurzer Zeit über die Sicht der Zielgruppe informieren und dabei auch Einblicke in die Lebenswelt der Zielgruppe gewinnen kann. Die Fokusgruppe ist eine Methode aus der

Marktforschung, die inzwischen auch im Gesundheitswesen breite Anwendung findet – nicht zuletzt bei der Feststellung des Bedarfs einer Zielgruppe oder beim Testen eines Projektkonzepts.

Für die vorliegende Studie wurden zwei Gruppen gebildet: Eine Gruppe mit Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der Migrationsbevölkerung und eine weitere Gruppe mit Fachpersonen.

Die Rekrutierung der Stakeholder erfolgte, analog der Bestandsaufnahme, nach dem Nominationsverfahren. Dabei konnten 6 Fachpersonen rekrutiert werden, die teilweise bereits in der ersten Phase als Interviewpartner involviert waren. Neben den 6 Fachpersonen wurden 6 Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der Migrationsbevölkerung nominiert und eingeladen. Die Nominierung der Schlüsselpersonen erfolgte massgeblich durch die regionalen Fachstellen für Integration in Amriswil, Kreuzlingen, Weinfelden und Frauenfeld sowie die verantwortliche Fachperson für das *femmesTische* Projekt der PTG.

Die Teilnehmenden der beiden Fokusgruppen erhielten im Vorfeld der Fokusgruppensitzung den vollständigen Zwischenbericht, um sich mit den Resultaten vertraut zu machen und sich entsprechend auf die Diskussion vorbereiten zu können. Die Teilnehmenden hatten ebenfalls Gelegenheit, allfällige Themen, welche in den Gruppen diskutiert werden sollten, vorzuschlagen. Die moderierten Gruppendiskussionen fanden am 24. Januar 2014 in Frauenfeld statt und dauerten jeweils zwischen 2 und 3 Stunden. Die Gruppendiskussionen wurden von einer Forscherin bzw. einem Forscher moderiert. Eine weitere Person protokollierte stichwortartig das Geschehen. Zusätzlich wurde die gesamte Gruppendiskussion elektronisch aufgezeichnet.

Die beiden Fokusgruppengespräche wurden anschliessend verschriftlicht und die diskutierten Hauptthemen qualitativ herausgearbeitet. Anschliessend wurden die Resultate der Fokusgruppensitzungen und der Bestandsaufnahme einander gegenübergestellt und die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Problemwahrnehmung und den Lösungsansätzen herausgearbeitet.

2.7 Umsetzungsvorbereitung

Im Bereich der Umsetzungsvorbereitung wurden die Ergebnisse der vorgängigen Phasen systematisch aufgearbeitet und synthetisiert, wobei besonderes Augenmerk auf die Darlegung der Umsetzungsvorschläge gelegt wurde.

3 Resultate

3.1 Ist-Zustand

3.1.1 Vorbemerkung

Die nachfolgend beschriebene Bestandsaufnahme präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote im Bereich Sucht und psychische Gesundheit erhebt keineswegs den Anspruch, alle Angebote im Kanton Thurgau lückenlos zu dokumentieren. Vielmehr basiert die Bestandsaufnahme auf der Dokumentation von Angeboten einer begrenzten, aber für den Kanton Thurgau bedeutsamen Anzahl Institutionen, welche im Rahmen eines Nominationsverfahrens ermittelt wurden.

3.1.2 Übersicht

Die Dokumentation des Ist-Zustands von präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten im Bereich Sucht und psychische Gesundheit basiert auf Angeboten, die im Jahr 2013 im Kanton Thurgau verfügbar sind oder waren. Die Darstellung der Angebote erfolgt dabei zunächst unabhängig von ihrem Migrationsbezug oder ihrer Migrationsorientierung, d.h. es werden alle Angebote präsentiert, unabhängig von ihrer spezifischen Zielgruppe. Die Erfassung des Ist-Zustands stützt sich auf Angebote von sechs Organisationen mit Standorten im Kanton Thurgau. Zwei der sechs Organisationen sind im Bereich der psychiatrischen Versorgung angesiedelt (Psychiatrische Dienste Thurgau und Clenia Littenheid). Die verbleibenden vier bieten Beratungsdienstleistungen mit spezifischem und/oder unspezifischem Bezug zu

den Themenfeldern Sucht und psychische Gesundheit an (Blaues Kreuz, Conex familia, Lungenliga, PTG). Der Begriff „unspezifisch“ kennzeichnet in diesem Zusammenhang Angebote, deren Ziele und Massnahmen nicht unmittelbar und direkt auf Prävention oder Gesundheitsförderung im Bereich Sucht und psychische Gesundheit ausgerichtet sind, sondern deren Massnahmen eher indirekt präventive oder gesundheitsförderliche Wirkung in diesen Bereichen entfalten können. So etwa zielt das aufsuchende Pilotprojekt *Spiel mit mir* (MVB Weinfelden) ganz allgemein auf die „Ermöglichung einer gesunden Entwicklung und eines guten Starts in den Kindergarten und die Schule“ [32], ist also mit Blick auf psychische Gesundheit und Sucht zunächst unspezifisch. Allerdings zeigt die Resilienzforschung, dass eine gezielte frühe Förderung von Kindern (aus risikobelasteten Familien) dazu beitragen kann, den Kindern zu helfen, altersspezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und dadurch die Gefahr, eine psychische Störung zu entwickeln, abzuwenden oder zu reduzieren [33-36].

In der Übersicht zeigt sich, dass die Mehrheit der Angebote (n=54) zu etwa gleichen Teilen entweder unspezifisch ist oder sich auf den Bereich Sucht bezieht (Tabelle 3.1). Weitere 13 der insgesamt 67 Angebote betreffen Prävention oder Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit.

Tabelle 3.1: Übersicht Angebote Prävention und Gesundheitsförderung

Thematischer Bezug	Anzahl Anbieter (inklusive Unterorganisationen)	Anzahl Angebote
Sucht	8	29
Psychische Gesundheit	4	13
Unspezifisch	8	25

Im Bereich psychische Gesundheit reicht das Angebotsspektrum von der allgemeinen Informationsvermittlung, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen bis zu sehr spezifischen innovativen, poststationären Übergangsbehandlungen für psychisch kranke Menschen (Tabelle 3.2). Auffällig ist, dass die hier ermittelten Angebote zum einen stark auf direktbetroffene Personen oder ihr unmittelbares Umfeld bezogen sind (sekundäre und tertiäre Prävention und Gesundheitsförderung). Zum anderen zeigt sich, dass Angebote, die sich an die allgemeine Bevölkerung richten, eher auf Sensibilisierung und Enttabuisierung psychischer Krankheit im Allgemeinen ausgerichtet sind und weniger auf spezifische, weit verbreitete psychische Störungen oder Symptome wie Depression, Angststörungen oder Suizid zielen.

Die wichtigsten, aktuellen Angebote im Bereich psychische Gesundheit werden nachfolgend kurz vorgestellt.

Mit dem Projekt *lebensART* wurde eine Kunstaussstellung, die vom Bereich G&P der PTG in Zusammenarbeit mit den drei kantonalen psychiatrischen Kliniken organisiert wurde (14.5.-10.11.2013), realisiert. Die Kunstobjekte stammen von Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Kliniken und sollen die Besucherinnen und Besucher anregen, sich mit dem Thema psychische Gesundheit auseinanderzusetzen und sich über die vielfältigen Angebote der psychiatrischen Kliniken zu informieren.

Eine Selbsthilfegruppe türkischer Frauen zum Thema Depression befindet sich momentan im Aufbau (Stand September 2013) und wird vom Bereich G&P der PTG in Kooperation mit Selbsthilfe Thurgau durchgeführt. Selbsthilfe Thurgau unterstützt eine weitere Selbsthilfegruppe für Depression ohne geschlechter- und migrationsspezifische Ausrichtung. Mit der Ausrichtung auf Depression ist dies das einzige störungsspezifische Angebot der vorliegenden Bestandsaufnahme.

Unter der zentralen Telefonnummer 0848 41 41 41 besteht im Kanton Thurgau für die Bevölkerung ein niederschwelliges Angebot, sich von den Psychiatrischen Diensten Thurgau zur psychischen Gesundheit Rat zu holen und Informationen zu erhalten. Weiterhin besteht ein sehr breites und umfangreiches Angebot an Flyern und Informationsbroschüren, häufig von Drittanbietern und in unterschiedlichen Sprachen (Pro Mente Sana, Sucht Schweiz u.a.), das vor Ort behändigt werden kann bzw. bei entsprechenden Informationsveranstaltungen (Tag der offenen Tür, Vorträge usw.) aufgelegt wird.

Das Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ) der Psychiatrischen Dienste Thurgau übernimmt eine zentrale Triagefunktion innerhalb des psychiatrischen Versorgungsnetzes und steht für Abklärungen, Aufnahmen, Kriseninterventionen, Beratungen und Informationen aller Art im Kanton zur Verfügung. Patientinnen und Patienten, aber auch Angehörige und Freunde erhalten hier die Möglichkeit, unkompliziert, niederschwellig und rasch Hilfe zu erhalten.

Das Intensive Case Management (ICM) ist ein aufsuchendes Angebot der Psychiatrischen Dienste Thurgau, das sich an lang anhaltend schwer psychisch kranke Personen richtet, die temporär oder längerfristig eine integrale Behandlung und Betreuung benötigen. Das ICM-Team besucht schwer psychisch erkrankte Menschen zu Hause und bestärkt sie in ihren Ressourcen und in ihrer Eigenverantwortung. Die Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB) ist ein aufsuchendes Angebot der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, die einen gelingenden Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung unterstützen und ermöglichen soll. Das Team besucht entlassene Patientinnen und Patienten in den ersten drei Monaten. Grosses Augenmerk wird auf das Umfeld gelegt, sodass alle involvierten Personen mit der Erkrankung besser umgehen können. Es wird auch hier an den Ressourcen und den Stärken gearbeitet.

Tabelle 3.2: Angebote G&P im Bereich psychische Gesundheit

Nr.	Anbieter (Koordination)	Intervention	Zielgruppe
P01	Clenia Littenheid	AZUBI Vertiefungsarbeiten	Lehrlinge aller Berufsgruppen
P02	Clenia Littenheid	Seitenwechsel	Allgemeine Bevölkerung (Teilnahme Stationsalltag)
P03	Clenia Littenheid	Interessenten stationäre Therapie	Direktbetroffene
P04	Conex familia MVB	Beratung bei Kindern mit Essproblemen/Übergewichtsrisiko	Eltern mit Kindern (0-5 Jahre)
P05	PTG G&P	Kunstaussstellung lebensART	Allgemeine Bevölkerung
P06	PTG G&P	Selbsthilfegruppe Depression	Direktbetroffene Türlinnen & Angehörige
P07	Psychiatrische Dienste Thurgau	Informationen zu psychischer Gesundheit (084 841 41 41)	Allgemeine Bevölkerung
P08	Psychiatrische Dienste Thurgau	Angehörigengruppe	Angehörige mit Gesundheitsrisiko
P09	Psychiatrische Dienste Thurgau	Abklärungs- und Aufnahmezentrum	Direktbetroffene, Angehörige
P10	Psychiatrische Dienste Thurgau	Modellprojekt Intensive Case Management	Direktbetroffene
P11	Psychiatrische Dienste Thurgau	Modellprojekt Poststationäre Übergangsbehandlung	Direktbetroffene
P12	Psychiatrische Dienste Thurgau	Triolog	Direktbetroffene, Angehörige, Fachpersonen
P13	Psychiatrische Dienste Thurgau	Peers	Direktbetroffene
INSGESAMT: 4 Anbieter und 13 Angebote			

Im Trialog begegnen sich zweimal vier Abende pro Jahr Fachpersonen, Angehörige und Psychose- oder Borderline-Betroffene auf Augenhöhe. Sie sprechen über Bewältigungsstrategien, die helfen, sich selber gesund zu erhalten oder wieder gesund zu werden.

Peers sind Psychiatrieerfahrene, die anderen Patientinnen und Patienten ihre eigenen Bewältigungsstrategien vermitteln und die Hoffnung erhalten, dass auch schwere psychische Krisen zu meistern sind. Im Beirat der drei Modellprojekte (AAZ, ICM, PSÜB) ist jetzt schon ein Betroffener tätig, der hilft, die Angebote zu überprüfen. Er beteiligt sich auch an Referaten und Kongressen und trägt so zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen bei. Angehörigengruppen sind spezielle Angebote für Angehörige, die selber gesundheitlich gefährdet sind. Sie sprechen sich gegenseitig Mut zu und berichten, wie man lernen kann, sich selber besser Sorge zu tragen und auch für sich selber Hilfe anzufordern

Im Bereich der Suchtprävention und Gesundheitsförderung besteht ein relativ umfangreiches Informations- und Beratungsangebot für substanzgebundenes wie nichtsubstanzgebundenes Suchtverhalten (Tabelle 3.3). Durch die Angebote abgedeckt werden insbesondere auch die am weitesten verbreiteten Substanzen: Nikotin, Alkohol und Tetrahydrocannabinol. Dies manifestiert sich in den Zahlen des grössten Anbieters für SB im Kanton Thurgau (PTG, Bereich SB): Rund 60% der Neuanmeldungen für Beratungen entfielen 2012 auf Personen mit Alkoholproblemen (n=232) und 20% auf solche mit Cannabis-Konsum (n=72). Neuanmeldungen für Beratungen für nichtstoffgebundene Sucht (n=32) umfassten rund 8% aller Neuanmeldungen im Jahr 2012. Die Fachstelle Beratung des Blauen Kreuzes Thurgau betreute mit Stichtatum 31.12.2012 insgesamt 48 Personen mit Alkoholproblemen. Zusätzlich besteht für alle Personen im Kanton Thurgau die Möglichkeit einer Online-Beratung (www.alcorisk.ch) sowie der Nutzung eines Online-Selbsthilfe-Tools, welches durch das Blaue Kreuz Schweiz angeboten wird. Wie viele Personen aus dem Kanton Thurgau dieses Angebot direkt nutzen ist nicht bekannt.

Der grösste Teil der Angebote der Suchtberatungsstellen (Fachstelle Beratung Blaues Kreuz und PTG, Bereich SB) ist auf sekundäre und tertiäre Prävention und Direktbetroffene zugeschnitten, die bereits mit einer mehr oder minder entwickelten Suchtproblematik konfrontiert sind (riskanter Konsum, schädlicher Konsum, Abhängigkeit). Einige der Beratungsangebote, etwa Sensibilisierungsgespräche und der Erstverzeigtenkurs für Cannabis, können im Rahmen behördlicher Auflagen festgelegt werden und müssen von den Klientinnen und Klienten wahrgenommen werden.

Informationszentrierte Angebote der primären Prävention und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Alkohol und illegale Drogen bestehen im Rahmen von Projektwochen an Schulen, Schulbesuchen oder Klinikbesuchen durch Schulen sowie Suchtpräventionsvorträgen und Diskussionsrunden (Bereiche SB sowie G&P der PTG, Psychiatrische Dienste Thurgau, Blaues Kreuz Fachstelle G&P). Eher auf Verhältnisprävention setzten die Blue Cocktail Bar und die Alkoholtestkäufe des Blauen Kreuzes, welche darauf abzielen, gemeinsam mit Behörden und Veranstaltern Strukturen zu schaffen, welche den Alkoholkonsum für klar umrissene Gruppen temporär einschränken oder verbieten (Jugendliche, Veranstaltungsbesucher, ...). In gewissem Mass fallen hierunter alle Angebote, welche Multiplikatoren wie Veranstalter, Schulen, Behörden oder Arbeitgeber als primäre Zielgruppe definieren. Die Beratung von Behörden bei der Umsetzung des Jugendschutzes ist hier vermutlich das offensichtlichste Beispiel. Jedoch kann auch die Beratung von Unternehmenskader betriebliche Strukturen schaffen und eine Kultur etablieren helfen, welche beispielsweise einen risikoreichen Alkoholkonsum durch Mitarbeitende früh thematisieren und entsprechende Hilfsangebote machen (Suchtprävention in Betrieben, betriebliches Gesundheitsmanagement).

Im Bereich Tabakprävention führte die Lungenliga 2012 insgesamt 163 Beratungsgespräche im Kanton Thurgau durch, wobei 83 auf allgemeine Informationsgespräche entfielen und 32 Personen eine Rauchstoppberatung erhielten. Im Bereich der primären Prävention und Gesundheitsförderung konnte die Lungenliga 2012 im Kanton Thurgau 134 Schulklassen für das *Experiment Nichtrauchen* gewinnen, 20 Schulen besuchen und Lektionen zum Thema Rauchen abhalten. Für das Projekt *Rauchfreie Lehre* meldeten sich im gleichen Zeitraum 302 Lernende an. Weiterhin führt die Lungenliga periodisch kostenlose Lungenfunktionsmessungen an Messen und Veranstaltungen durch und betreibt eine Lungensportgruppe. In Kürze werden zwei Projekte anlaufen, die wichtige Lücken in der Tabakprävention schliessen sollen: Im Jahr 2014 startet das Kantonale Tabakpräventionsprogramm im Thurgau mit dem Ziel, die verschiedenen Programme zur Tabakprävention besser zu koordinieren und Synergien zu nutzen.

Ebenfalls 2014 startet das Projekt *Rauchfreie Luft - gesunde Kinder*, welches sich an Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status, unter anderem auch an Menschen mit Migrationshintergrund, richtet.

Tabelle 3.3: Angebote Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Sucht

Nr.	Anbieter (Koordination)	Intervention	Zielgruppe
S01	Blaues Kreuz Beratungsstelle Weinfelden	Suchtberatung	Direktbetroffene
S02	Blaues Kreuz Beratungsstelle Weinfelden	(Sucht) Gesprächsgruppen	Direktbetroffene, Angehörige
S03	Blaues Kreuz Beratungsstelle Weinfelden	(Sucht) Gesprächsgruppen spez. Frauen	Direktbetroffene Frauen
S04	Blaues Kreuz G&P	Blue Cocktail Bar (mobile alkoholfreie Bar)	Allgemeine Bevölkerung
S05	Blaues Kreuz G&P	Suchtpräventionsvortrag	Allgemeine Bevölkerung
S06	Blaues Kreuz G&P	Alkoholtestkäufe (Jugendschutz)	Kinder- und Jugendliche
S07	Blaues Kreuz Schweiz	Online Suchtberatung (www.alcorisk.ch)	Direktbetroffene
S08	Lungenliga Thurgau	Tabakpräventionsprojekte	Schülerinnen und Schüler/ Lernende
S09	Lungenliga Thurgau	Informationsvermittlung Rauchen	Allgemeine Bevölkerung
S10	Lungenliga Thurgau	Rauchstoppperatung	Direktbetroffene
S11	PTG G&P	Suchtprävention in Betrieben	Geschäftsleitung, Kader
S12	PTG G&P	(Sucht) Früherkennung und Frühintervention in Schulen	Lehrpersonen
S13	PTG G&P	(Sucht) Beratung Umsetzung Jugendschutz	Gemeinden/Organisationen
S14	PTG G&P	(Sucht) Round Table	Allgemeine Bevölkerung
S15	PTG G&P	Informationsvermittlung Spielsucht, <i>SOS-Spielsucht</i>	Direktbetroffene & Angehörige
S16	PTG G&P	Beratung Spielsucht, <i>SOS-Spielsucht</i>	Direktbetroffene & Angehörige
S17	PTG SB	(Sucht) thematische Einsätze (Freizeit, Schulen, etc.)	Allgemeine Bevölkerung
S18	PTG SB	(Sucht) Telefonberatung	Allgemeine Bevölkerung und Direktbetroffene
S19	PTG SB	(Sucht) E-Mail-Beratung	Allgemeine Bevölkerung und Direktbetroffene
S20	PTG SB	(Sucht) Informationsvermittlung	Allgemeine Bevölkerung und Direktbetroffene
S21	PTG SB	(Sucht) Elternberatung	Eltern von Kindern/Jugendlichen, die psychoaktive Substanzen konsumieren
S22	PTG SB	(Sucht) Sensibilisierungsgespräche	Jugendliche Direktbetroffene
S23	PTG SB	(Sucht) Erstverzeigtenkurs Cannabis	Jugendliche Direktbetroffene mit Auflage
S24	PTG SB	Suchtberatung	Allgemeine Bevölkerung und Direktbetroffene
S25	PTG SB	(Sucht) Abklärung	Direktbetroffene
S26	PTG SB	(Sucht) Begleitung	Direktbetroffene
S27	Psychiatrische Dienste Thurgau, Psy Klinik Münsterlingen, Abt Abhängigkeitserkrankungen & Forensik	(Sucht) Informationsveranstaltungen an Schulen	Schülerinnen und Schüler
S28	Psychiatrische Dienste Thurgau, Psy Klinik Münsterlingen, Abt Abhängigkeitserkrankungen & Forensik	(Sucht) Klinikbesuch von Schulklassen (Drogentherapie-Station u.ä.)	Schülerinnen und Schüler
S29	Psychiatrische Dienste Thurgau, Psy Klinik Münsterlingen, Kinder-und Jugendpsychiatrischer Dienst	(Sucht) Aufsuchende Familiensuchttherapie	Jugendliche Direktbetroffene mit Eltern und Geschwister
INSGESAMT: 8 Anbieter und 29 Angebote			

Der Bereich G&P der PTG beteiligt sich am interkantonalen Glückspielsuchtprojekt *SOS-Spielsucht*. Die Projektaktivitäten erstrecken sich auf 16 Deutschschweizer Kantone. Innerhalb des Projekts sind zwei Angebote vorhanden, die auch, aber nicht ausschliesslich, von Personen aus dem Kanton Thurgau genutzt werden können. Einerseits werden über unterschiedliche Kanäle Informationen zu Spielsucht angeboten

(Webseite www.sos-spielsucht.ch, Flyer, Broschüren, Kampagnen), andererseits bestehen anonyme und kostenlose Beratungsangebote (Online und über die Helpline 0800 040 080).

Tabelle 3.4: Angebote Gesundheitsförderung und Prävention mit unspezifischem Bezug zu Sucht und/oder psychischer Gesundheit

Nr.	Anbieter (Koordination)	Intervention	Zielgruppe
U01	Blaues Kreuz G&P	Be my ANGEL tonight (Angel-Stand an Events/Partys)	Fahrzeuglenker
U02	Blaues Kreuz G&P	Igelgruppe - "therapeutische Kindergruppe"	Kinder 8-15 Jahre aus alkoholbelastetem Familiensystem
U03	Blaues Kreuz G&P	KiSeel - Therapeutische Kinder-/Jugendberatung	Kinder und Jugendliche 6-20 Jahre
U04	Conex familia MVB	Elternberatung (Kinder 0-5), inklusive Miges Balù	Eltern mit Kindern (0-5 Jahre)
U05	Conex familia PFJB	Paarberatung	Paare und Eheleute
U06	Conex familia PFJB	Elternberatung (Früh-/Kleinkinderberatung)	Eltern mit Klein- und Vorschulkindern
U07	Conex familia PFJB	Jugendberatung	Jugendliche
U08	Conex familia PFJB	Entwicklungs-, Erziehungs- u. Familienberatung	Eltern und Elternteile
U09	Conex familia PFJB	Erwachsenenberatung (Lebensberatung)	Allgemeine Bevölkerung
U10	Conex familia PFJB	Fit in den Kindergarten	Migrationsbevölkerung mit Kindern kurz vor Kindergarteneintritt
U11	idée:sport ("Thurgau bewegt")	Open Sunday	Primarschüler
U12	idée:sport ("Thurgau bewegt")	Midnight sports	Jugendliche ab Oberstufe bis 18 Jahre
U13	PTG G&P	<i>femmesTische</i> Diskussionsrunden	Allgemeine Bevölkerung
U14	PTG G&P	<i>femmesTische</i> Informationsmaterial	Allgemeine Bevölkerung
U15	PTG G&P	<i>femmesTische</i> Fachreferate/Veranstaltungen	Allgemeine Bevölkerung
U16	PTG MVB	Elternberatung (Kinder 0-5), inkl. Miges Balù	Eltern mit Kindern (0-5 Jahre)
U17	PTG MVB	Spiel mit mir (Aufsuchende frühe Förderung; Pilotprojekt im Bezirk Weinfelden)	Risikogruppen aus der Migrationsbevölkerung
U18	PTG MVB	Mit Eltern lernen (Elterncoaching durch Elterntainerinnen, Pilotprojekt Stadt Frauenfeld)	Familien mit Kinder bis 2 Jahre mit besonderen Herausforderungen
U19	PTG PFJB	Elternberatung (Kinder 0-5)	Eltern mit Babys und Kleinkindern
U20	PTG PFJB	Elternberatung (Kindergarten-/Schulkinder)	Eltern mit Kindergarten- und Schulkindern
U21	PTG PFJB	Jugendberatung	Jugendliche, Angehörige, Ausbildungsverantwortliche, Lehrer
U22	PTG PFJB	Erwachsenenberatung	Allgemeine Bevölkerung
U23	PTG PFJB	Paarberatung	Paare und Eheleute
U24	PTG PFJB	Mediation bei Trennung/Scheidung	Personen in Trennungs-/Scheidungssituationen
U25	Psychiatrische Dienste Thurgau Psy Klinik Münsterlingen, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	Aufsuchende Familientherapie bei Kindwohlgefährdung	Kinder und Jugendliche mit direktbetroffenen Eltern
INSGESAMT: 8 Anbieter und 25 Angebote * „unspezifisch“ in diesem Zusammenhang verweist darauf, dass die Angebote und Programme nicht primär und explizit auf Sucht oder psychische Gesundheit ausgerichtet sind, sondern sich präventive und gesundheitsförderliche Effekte aus den Angeboten indirekt ergeben können.			

Die Auswertungen der schriftlichen und telefonischen Beratung von *SOS-Spielsucht* für das Jahr 2012 weisen insgesamt 52 schriftliche und 115 telefonische Beratungen aus (Anrufe aus allen Kantonen; Tendenz steigend).

Der Bereich der unspezifischen Angebote ist sehr heterogen und reicht von Informationsvermittlung und Beratung im Bereich frühkindlicher Betreuung und Erziehung über Diskussionsrunden der *femmesTische* bis zu Projekten wie *Be my ANGEL tonight*, wo junge Fahrzeuglenker an Anlässen dazu motiviert werden, keinen Alkohol zu konsumieren, um ihre Kolleginnen und Kollegen später sicher nach Hause fahren zu können (Tabelle 3.4). Gemeinsamkeit dieser Angebote ist, dass sie unspezifisch in Bezug auf den Bereich Sucht und psychische Gesundheit sind, das heisst, sie tragen lediglich allgemein oder indirekt dazu bei, dass die Gesundheit erhalten bzw. gesundheitsrelevantes Verhalten gestärkt werden kann. Allgemein helfen Beratungsgespräche mit, die Psychohygiene zu verbessern und Stress abzubauen, was sich beispielsweise positiv auf die Leistungsbereitschaft in der Schule und eine grössere Bereitschaft zur Integration in das Berufsleben und in gesellschaftliche und soziale Kontexte auswirken kann. Beratungsgespräche können auch nützlich sein, den Betroffenen andere oder geeignetere Hilfsangebote aufzuzeigen (Suchtberatung, Psychologen, Psychiater) und damit zusätzliche gesundheitsrelevante Ressourcen zu mobilisieren. Präventiv auf den Konsum von Alkohol oder Drogen kann sich auswirken, wenn Eltern in der Beratung lernen, wie sie Jugendlichen Grenzen setzen und Regeln für den Ausgang und den Umgang mit Alkohol durchsetzen. Im Bereich der unspezifischen Angebote sind nicht zuletzt Projekte wie *Spiel mit mir* (Weinfelden), *Mit Eltern lernen* (Frauenfeld), *Fit in den Kindergarten* (Amriswil) oder *Guter Start ins Kinderleben* (abgeschlossen) wichtig, da sie bereits früh in der kindlichen Entwicklung auf die Ermöglichung einer gesunden Entwicklung und eines guten Starts in den Kindergarten und die Schule hinwirken. Wie die Resilienzforschung zeigt, trägt eine solche gezielte frühe Förderung von Kindern dazu bei, dass Kinder altersspezifische Entwicklungsaufgaben bewältigen können und dadurch die Gefahr, eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit zu entwickeln, reduziert wird [33-36].

3.1.3 Migrationsorientierung der Angebote

3.1.3.1 Quantitative Perspektive

Bevor die Angebote mit Blick auf ihre Ausrichtung auf die Migrationsbevölkerung verhandelt werden, soll an dieser Stelle kurz die Bevölkerungsstruktur des Kantons Thurgau dargestellt werden [1]. Am 31.12.2012 belief sich die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau auf 254'528 Personen (Tabelle 3.5).

Tabelle 3.5: Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau nach Nationalität, Geschlecht und Bezirk*

	Bevölkerung am 31.12.2012	Nach Nationalität		Nach Geschlecht			
		Schweiz	Ausland		Frauen		
			absolut	in %	absolut	in %	
Kanton Thurgau	254'528	197'597	56'931	22.4	127'629	126'899	49.9
Bezirk Arbon	52'894	39'923	12'971	24.5	26'357	26'537	50.2
Bezirk Frauenfeld	62'950	51'355	11'595	18.4	31'366	31'584	50.2
Bezirk Kreuzlingen	43'945	27'453	16'492	37.5	21'937	22'008	50.1
Bezirk Münchwilen	43'381	36'335	7'046	16.2	21'958	21'423	49.4
Bezirk Weinfelden	51'358	42'531	8'827	17.2	26'011	25'347	49.4

* Quelle: Dienststelle für Statistik des Kantons Thurgau (Kantonale Bevölkerungserhebung)
http://www.statistik.tg.ch/xml_8/internet/de/application/d10460/d10631/f11025.cfm#Tabellen

Davon stammten 22.4% (56'931) aus dem Ausland, was in etwa dem schweizerischen Durchschnitt (23.3%) entspricht. Der Ausländeranteil variiert stark nach Bezirk: Im Bezirk Münchwilen fällt er mit 16.2% am tiefsten, im grenznahen Bezirk Kreuzlingen mit 37.5% am höchsten aus. Auch die Zusammensetzung der ausländischen Wohnbevölkerung ist sehr heterogen (Tabelle 3.6). Die mit Abstand grösste Gruppe stellen Personen aus Deutschland mit einem Anteil von über einem Drittel an der Migrationsbevölkerung. Dahinter

rangieren Personen aus Italien (15%), Mazedonien (11%), Portugal (7%) sowie der Türkei und Serbien mit jeweils 5%.

Tabelle 3.6: Ständige ausländische Wohnbevölkerung im Kanton Thurgau, nach Staatsangehörigkeit*

Staatsangehörigkeit	Im Ganzen			in der Schweiz geboren		
	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen
Deutschland	19'219	10'906	8'313	1'887	1'012	875
Italien	8'498	4'857	3'641	4'123	2'323	1'800
Mazedonien	6'512	3'361	3'151	2'021	1'025	996
Portugal	4'112	2'344	1'768	966	512	454
Türkei	2'817	1'463	1'354	1'152	650	502
Serbien	2'638	1'372	1'266	762	413	349
Kosovo	1'973	986	987	665	325	340
Österreich	1'712	957	755	324	191	133
Spanien	1'143	641	502	456	258	198
Bosnien-Herzegowina	1'077	581	496	286	164	122
Kroatien	939	472	467	284	149	135
Polen	714	427	287	42	21	21
Slowakei	587	283	304	21	12	9
Sri Lanka	577	292	285	249	127	122
Ungarn	519	279	240	21	6	15
Niederlande	424	240	184	86	45	41
Thailand	243	30	213	7	3	4
Brasilien	242	51	191	8	6	2
Grossbritannien	236	148	88	32	19	13
Frankreich	208	112	96	20	8	12
Tschechien	204	80	124	19	11	8
Rumänien	188	86	102	5	2	3
Eritrea	179	94	85	16	7	9
Slowenien	177	91	86	36	19	17
Griechenland	167	112	55	52	38	14
Irak	150	90	60	35	19	16
Dominik. Republik	115	33	82	10	5	5
Vereinigte Staaten	113	58	55	7	5	2
Russland	112	18	94	5	2	3
Übrige	1'954	828	1'126	213	109	104
Total	57'749	31'292	26'457	13'810	7'486	6'324

* Quelle: Bundesamt für Migration, Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS) am 31.12.2012, Ausländergruppen mehr als 100 Personen
http://www.statistik.tg.ch/xml_8/internet/de/application/d10460/d10631/f10490.cfm#Tabellen

3.1.3.1.1 Nutzung der Angebote

Die verhältnismässig geringe Anzahl an Personen mit ausländischer Nationalität (56'931) und ihre nationale Fragmentierung schränken die Auswertungsmöglichkeiten von Angeboten im Bereich der

Migrationsbevölkerung in gewissem Mass ein. Dies gilt insbesondere dann, wenn Angebote auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Störungsbilder oder Gefährdungslagen mit relativ geringer Prävalenz ausgerichtet sind und/oder auf sehr spezifische Gruppen der (Migrations-)Bevölkerung fokussiert sind. Ein Beispiel: Gemäss einer Studie von Sucht Schweiz beläuft sich die Prävalenz von chronisch risikoreichem Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren in der Schweiz auf 4.1% [37]. Im Kanton Thurgau wären damit potentiell 8'911 Personen betroffen, 1'996 davon Personen mit ausländischer Nationalität, wenn unterstellt wird, dass Autochthone und Migrationsbevölkerung im Aggregat die gleiche Prävalenz von chronisch risikoreichem Alkoholkonsum aufweisen (Tabelle 3.7). Da nicht alle, sondern nur wenige Betroffene Hilfsangebote der SB in Anspruch nehmen, reduziert sich die Fallzahl – also die Nutzerinnen und Nutzer von Suchtberatungsangeboten – nochmals: So etwa betreute der grösste Anbieter im Bereich SB (PTG) 592 der potentiell von chronisch risikoreichem Alkoholkonsum betroffenen Personen, d.h. die Nutzungsrate auf der Grundlage der Prävalenz von chronisch risikoreichem Alkoholkonsum beläuft sich hier auf 6.64%.

Tabelle 3.7: Tabakkonsum und chronisch risikoreicher Alkoholkonsum: Prävalenz und Nutzungsrate

SUCHTVERHALTEN (Bevölkerung 15 Jahren und älter) ²						
POPULATION	Rauchen (täglich oder gelegentlich)			Alkohol: chronisch risikoreicher Konsum		
	Prävalenz (%)	Prävalenz (N)	Nutzungsrate der Angebote in % (Anzahl Nutzende ³ /N)	Prävalenz (%)	Prävalenz (N)	Nutzungsrate der Angebote in % (Anzahl Nutzende/N)
SCHWEIZ (Bevölkerungsstand 31.12.2012: 6'838'457)	25.9%	1'771'160		4.1%	280'377	
<i>KANTON THURGAU</i>						
Ganzer Kanton (Bevölkerungsstand 31.12.2012: 217'343)	25.9%	56'292	0.03% (16/56'292)	4.1%	8'911	6.64% (592/8'911)
Schweizer	25.9%	43'682	0.03% (12/43'682)	4.1%	6'915	6.48% (448/6'915)
Ausländische Wohnbevölkerung (22.4%)	25.9%	12'609	0.01% (2/12'609)	4.1%	1'996	5.41% (108/1'996)
Deutschland (33%)	25.9%	4'196	-	4.1%	664	7.68% (51/664)
Italien (15%)	25.9%	1'856	0.09% (2/2215)	4.1%	294	4.08% (12/294)
Mazedonien (11%)	25.9%	1'422	-	4.1%	225	0.39% (1/257)
Portugal (7%)	25.9%	898	-	4.1%	142	6.34% (9/142)
Türkei (5%)	25.9%	615	-	4.1%	97	3.09% (3/97)
Serbien (5%)	25.9%	576	-	4.1%	91	2.20% (2/91)

Die Nutzungsrate von Schweizerinnen und Schweizern liegt mit 6.48% (448 Personen) etwas höher als bei der Migrationsbevölkerung (5.41%, 108 Personen). Dabei machen Personen aus Deutschland (51) fast die Hälfte der Fälle aus. Wie sich unschwer erkennen lässt, schrumpft die Anzahl der realen und erwarteten Fälle differenziert nach Nationalität aufgrund der geringen absoluten Bevölkerungszahlen dramatisch: 12 betreute Fälle aus Italien, 9 aus Portugal, 3 aus der Türkei, 2 aus Serbien und ein Fall aus Mazedonien. Die Problematik der geringen Fallzahlen und der damit einhergehenden beschränkten Aussagekraft der

² Zahlen und Definitionen nach Suchtmonitoring Schweiz [4].

³ Anzahl Beratungen der SB PTG vom 01.04.2012-30.09.2013.

Resultate würde sich auch dann nicht substantiell ändern, wenn Prävalenzen nach Nationalität differenziert verwendet würden. Im Gegenteil: Die Problematik könnte sich gar akzentuieren, etwa bei Nationalitäten mit bekannt höherer Alkoholabstinenz, was beispielsweise für Personen aus der Türkei zutrifft [2, 3].

Die hier für die SB der PTG ausgewiesenen Nutzungsraten in den Bereichen Tabak, Alkohol, Cannabis und Kokain sind dementsprechend mit der notwendigen Zurückhaltung zu interpretieren (Tabelle 3.7, Tabelle 3.8). Bei Tabak und Kokain sind die Fallzahlen sogar so gering, dass eine sinnvolle Interpretation kaum möglich ist. Bei Alkohol und Cannabis zeigt sich, dass die Nutzungsraten der Suchtberatungsangebote bei Autochthonen leicht höher sind als bei der Migrationsbevölkerung (6.48% vs 5.41% und 4.78% vs 4.49%).

Tabelle 3.8: Cannabis- und Kokainkonsum: Prävalenz und Nutzungsrate

SUCHTVERHALTEN (Bevölkerung 15 Jahre und älter)						
POPULATION	Cannabis: Konsum mind. 4 Tage pro Monat			Kokain: Konsum in den letzten 30 Tagen		
	Prävalenz (%)	Prävalenz (N)	Nutzungsrate der Angebote in % (Anzahl Nutzende/N)	Prävalenz (%)	Prävalenz (N)	Nutzungsrate der Angebote in % (Anzahl Nutzende/N)
SCHWEIZ (Bevölkerungsstand 31.12.2012: 6'838'457)	1.6%	109'415		0.1%	6'838	
<i>KANTON THURGAU</i>						
Ganzer Kanton (Bevölkerungsstand 31.12.2012: 217'343)	1.6%	3'478	4.97% (173/3'478)	0.1%	217	24.42% (53/217)
Schweizer	1.6%	2'699	4.78% (129/2'699)	0.1%	169	18.34% (31/169)
Ausländische Wohnbevölkerung (22.4%)	1.6%	779	4.49% (35/779)	0.1%	48	43.75% (21/48)
Deutschland (33%)	1.6%	259	5.79% (15/259)	0.1%	16	25.00% (4/16)
Italien (15%)	1.6%	115	5.22% (6/115)	0.1%	7	28.57% (2/7)
Mazedonien (11%)	1.6%	88	2.28% (2/88)	0.1%	5	60.00% (3/5)
Portugal (7%)	1.6%	55	5.45% (3/55)	0.1%	3	66.66% (2/3)
Türkei (5%)	1.6%	38	2.63% (1/38)	0.1%	2	100.00% (2/2)
Serbien (5%)	1.6%	36	0%	0.1%	3	100.00% (3/3)

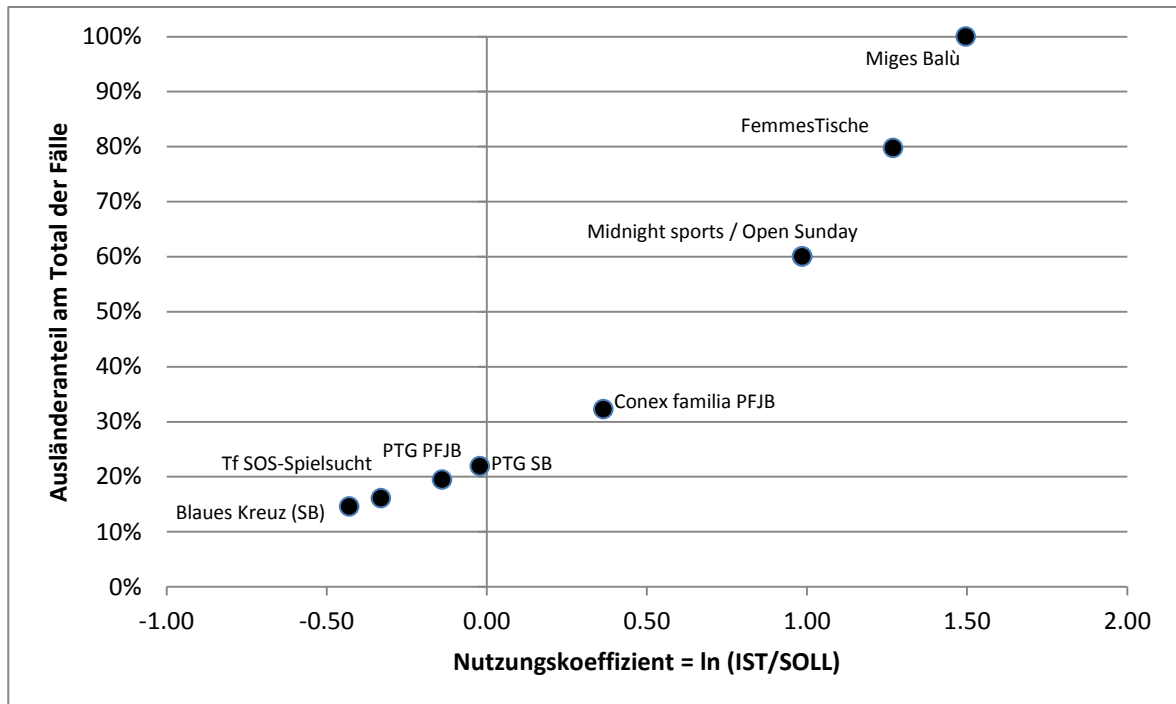
Da für die Mehrzahl der untersuchten Angebote keine oder keine verlässlichen Prävalenzen sowie Prävalenzen nach Nationalitäten vorliegen, wurde als weiteres, krudes Mass für die Nutzung der Angebote durch die Migrationsbevölkerung ein Nutzungskoeffizient für diejenigen Angebote bzw. Dienstleister bestimmt, für welche die Anzahl der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtzahl der Fälle erhoben wurde (siehe Kapitel 2.3.3.). Ein Nutzungskoeffizient von null zeigt an, dass die Anzahl betreuter Fälle aus der Migrationsbevölkerung dem Anteil entspricht, der auf der Grundlage des Ausländeranteils in der Gesamtbevölkerung erwartet wurde. Ein Nutzungskoeffizient grösser null verweist auf eine grössere, ein solcher kleiner null auf eine geringere Nutzung des Angebots durch die Migrationsbevölkerung.

Wenig erstaunlich ist, dass spezifisch für die Migrationsbevölkerung entwickelte Angebote wie *femmesTische* oder *Miges Balù* insbesondere von der Migrationsbevölkerung genutzt werden (Abbildung 3.1). Ebenfalls eine hohe Nutzung durch die ausländische Wohnbevölkerung erfahren die beiden auf Jugendliche zugeschnittenen Programme *Midnight sports* und *Open Sunday*, die von *idée:sport* in

Kooperation mit dem Bereich G&P der PTG angeboten werden (*Thurgau bewegt*). Eine über dem Erwartungswert liegende Nutzung zeigen auch die Angebote der PFJB von Conex familia, während jene der PFJB der PTG etwas unter dem Erwartungswert liegen.

Die Telefonberatung von *SOS-Spielsucht*, die SB des Blauen Kreuzes und die Suchtberatungsangebote der Perspektive liegen unter bzw. nur geringfügig unter ihren jeweiligen Erwartungswerten, d.h. die Angebote werden tendenziell (etwas) weniger von Ausländerinnen und Ausländern genutzt.

Abbildung 3.1: Angebotsnutzung durch die Migrationsbevölkerung



3.1.3.1.2 Einschätzung der Angebote durch verantwortliche Fachpersonen

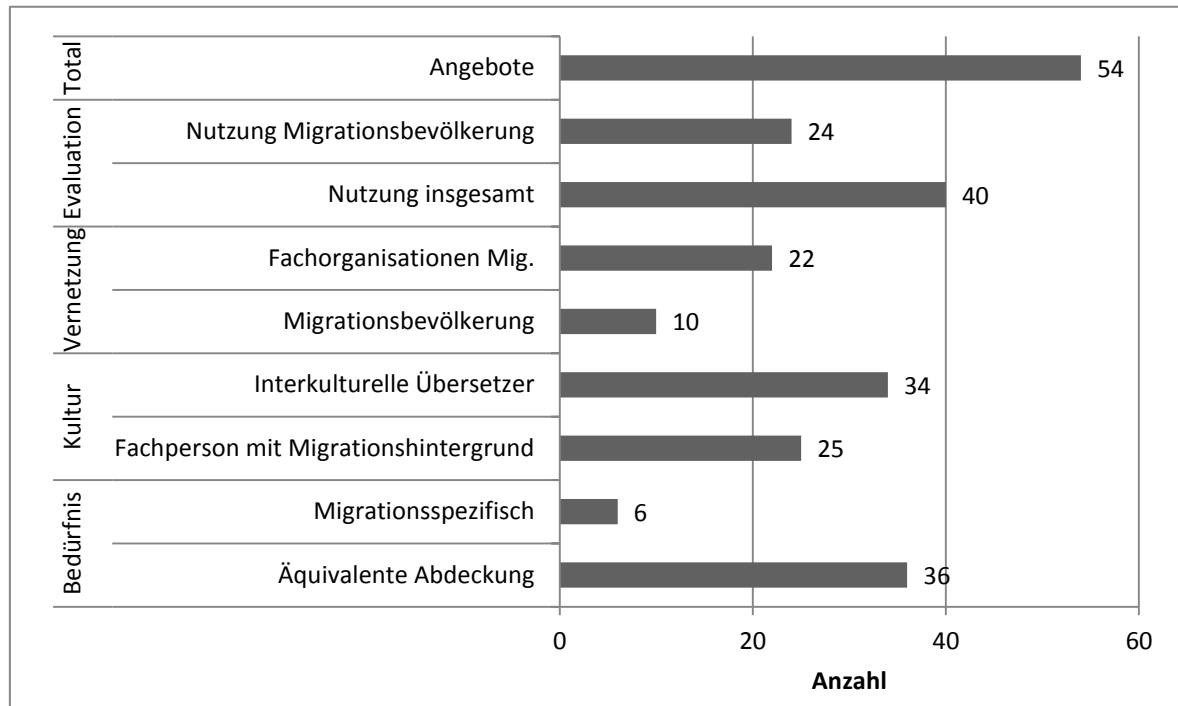
Für 54 der 67 Angebote wurden Kurzfragebogen retourniert, wobei für folgende Organisationen und Bereiche Daten vorliegen: Blaues Kreuz (Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung des Regionalverbands Thurgau/Schaffhausen), Clenia Littenheid, Conex familia (MVB und PFJB), Lungenliga Thurgau, PTG (G&P, SB, PFJB, MVB), Psychiatrische Dienste Thurgau (Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen & Forensik sowie KJPD).

Im Bereich der Bedürfnisabdeckung wurden zwei Drittel der Angebote als gleichermassen geeignet für alle Segmente der Zielpopulation, Autochthone wie Migrationsbevölkerung, eingeschätzt (Abbildung 3.2). Lediglich sechs der 54 Angebote richten sich ausschliesslich oder mehrheitlich an die Migrationsbevölkerung, wobei drei Angebote (Informationsmaterial, Diskussionsrunden, Fachreferate) auf die *femmesTische* entfallen. Die verbleibenden drei migrationspezifischen Angebote sind: Selbsthilfegruppe Depression für türkische Frauen sowie die Programme *Miges Balù* und *Fit in den Kindergarten*.

Bei mehr als 60% der Angebote kann bei Bedarf auf ikÜ oder ikV zurückgegriffen werden, falls Verständigungsprobleme auftreten sollten und bei 25 der 54 Angebote verfügt mindestens eine für das Angebot zuständige Person selbst über einen Migrationshintergrund.

Bei unter 20% der Angebote (10) wird eine systematische Vernetzung mit Schlüsselpersonen in der Migrationsbevölkerung betrieben. Mit 22 von 54 Angeboten liegt die Vernetzung mit Fachorganisationen aus dem Migrations- und Integrationsbereich deutlich höher. Eine systematische Erfassung der Nutzung (aller Nutzerinnen und Nutzer) wird für annähernd 75% der Angebote durchgeführt, wobei eine differenzierte Erfassung von Autochthonen und Migrationsbevölkerung bei weniger als der Hälfte der Angebote (24) durchgeführt wird.

Abbildung 3.2: Dimensionen der Migrationsorientierung⁴



3.1.3.2 Qualitative Perspektive

3.1.3.2.1 Angebote

Der Bereich Sucht wird im Kanton Thurgau durch die untersuchten Akteure, Angebote und Dienstleistungen breit abgedeckt. Die Angebote reichen von der medizinisch-therapeutischen Versorgung, Betreuung und Begleitung suchtkranker Personen über sekundäre und tertiäre Prävention und Gesundheitsförderung spezifischer Risikogruppen, bis zu Angeboten der primären Prävention und Gesundheitsförderung, welche die allgemeine Bevölkerung adressieren. Ebenso existieren Dienstleistungsangebote für Betriebe, Schulen und Gemeinden, etwa bei der Umsetzung des Jugendschutzes oder der Implementierung von Suchtpräventionsprogrammen. Spezifisch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtete Angebote wurden

⁴ Nur Angebote und Programme für die ein Kurzfragebogen ausgefüllt wurde. Die Grafik zeigt die Zustimmung („trifft zu“) zu den folgenden Fragen. **Bedürfnisorientierung:** 1) Spezifische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund werden ebenso gut berücksichtigt wie die Anliegen der Zielgruppen. 2) Das Angebot richtet sich ausschliesslich an Menschen mit Migrationshintergrund. **Kulturorientierung:** 1) Eine oder mehrere für das Angebot zuständige Fachpersonen haben selbst einen Migrationshintergrund. 2) Für das Angebot zuständige Fachpersonen können bei Bedarf interkulturell Übersetzende und/oder interkulturell Vermittelnde beiziehen. **Vernetzung:** 1) Für das Angebot zuständige Fachpersonen stehen in regelmässigem Kontakt mit Schlüsselpersonen der Migrations-Communities. 2) Für das Angebot zuständige Fachpersonen arbeiten mit relevanten Organisationen und Fachstellen aus dem Migrations- und Integrationsbereich zusammen. **Evaluation:** 1) Es wird systematisch erfasst, wie viele Menschen insgesamt das Angebot nutzen bzw. durch das Angebot erreicht werden. 2) Es wird systematisch erfasst, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund das Angebot nutzen bzw. durch das Angebot erreicht werden.

von keiner der befragten Organisationen im Untersuchungszeitraum angeboten. Allerdings bedeutet dies nicht generell, dass die ausländische Wohnbevölkerung nicht (gleich gut) durch die bestehenden Angebote erfasst wird. Zum einen erfassen Angebote der Verhältnisprävention (Umsetzung Jugendschutz, Blue Cocktail Bar, Suchprävention und Gesundheitsförderung in Betrieben) die gesamte Zielpopulation, indem Strukturen und Anreize geschaffen werden, die unerwünschte Verhaltensweisen einschränken oder verunmöglichen. Zum anderen richten sich viele Angebote der primären Prävention und Gesundheitsförderung an ein eher junges Publikum, beispielsweise die Tabakpräventionsprojekte *Rauchfreie Lehre* und *Experiment Nichtrauchen*, das Suchtpräventionsprogramm *freelance* für Oberstufenschüler/-innen (Projektwoche), die Referate an Schulen durch Mitarbeitende der Drogentherapiestation K2 bzw. die organisierten Klinikbesuche für Schüler/-innen sowie die Suchtpräventionsvorträge des Blauen Kreuzes an Schulen. Aufgrund des institutionellen Settings (Schule, Lehrbetriebe) kann davon ausgegangen werden, dass zumindest innerhalb von Klassenverbänden oder Lehrbetrieben Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund gleich gut erreicht werden⁵. Ausserhalb institutioneller Settings wie Schulen oder (Lehr-)Betrieben wird den Bedürfnissen von Personen mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen dadurch Rechnung getragen, dass Informationsangebote vielfach in unterschiedlichen Sprachen verfügbar sind (DVD *Stark für das Leben – Suchtprävention in der Familie* sowie Tabakprävention [*femmesTische*], Online-Plattform *SOS-Spielsucht*, Diverse Broschüren und Flyer u.a. von Sucht Schweiz). Daneben besteht bei einer Reihe von Angeboten die Möglichkeit, ikÜ beizuziehen (Details hierzu in 3.1.3.2.2).

Die untersuchten Angebote an Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit sind deutlich weniger umfangreich als im Bereich Sucht. Seitens der psychiatrischen Versorger wird neben der medizinisch-therapeutischen Versorgung psychisch kranker Personen gezielt sekundäre und tertiäre Prävention und Gesundheitsförderung betrieben, die auch das soziale Umfeld einbezieht (AAZ, ICM, PSÜB, Peers, Trialog, Angehörigengruppen). Daneben leisten die Psychiatrischen Dienste Thurgau und die Clenia Littenheid durch öffentliche Referate, allgemein zugängliche Informationen (0848 41 41 41, Broschüren, Flyer) oder Projekten wie *Seitenwechsel* oder *AZUBI Vertiefungsarbeiten* einen wichtigen Beitrag zur Enttabuisierung psychischer Krankheiten. Zudem besteht in der Weiterbildung von jungen Lehrkräften eine Zusammenarbeit der KJPD mit der Pädagogischen Hochschule Thurgau, wo es insbesondere darum geht, für Depressionen und Angststörungen zu sensibilisieren, da diese weniger auffällig sind als beispielsweise ADHS und deshalb oft nicht wahrgenommen werden. Weiterhin existieren Angebote für Kinder mit Essproblemen (MVB der Conex familia), eine temporäre Kunstaustellung mit Bildern von Psychiatrie-Patientinnen und -Patienten, die für die Thematik psychische Gesundheit und Krankheit sensibilisiert sowie eine Selbsthilfegruppe Depression für türkische Frauen (PTG G&P in Zusammenarbeit mit Selbsthilfe Thurgau). Die Selbsthilfegruppe für depressive türkische Frauen ist das einzige, spezifisch auf die Migrationsbevölkerung bzw. eine spezifische Migrationsgruppe ausgerichtete Angebot. Für Personen mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen liegen Informationsmaterialien (Broschüren, Flyer) bei verschiedenen Dienstleistern in unterschiedlichen Sprachen vor. Mehrheitlich handelt es sich um die Broschüren von Pro Mente Sana⁶ (oder Sucht Schweiz, s.o.), welche im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008-2013 erstellt wurden. Daneben besteht bei einer Reihe von Angeboten die Möglichkeit, ikÜ beizuziehen (Details hierzu in 3.1.3.2.2). Für den Bereich psychische Gesundheit fällt allgemein und unabhängig von der Migrationsorientierung auf, dass im Untersuchungszeitraum und bei den

⁵ Allerdings darf nicht vergessen werden, dass diese Angebote auf Freiwilligkeit basieren. Zumindest hypothetisch könnte die Inanspruchnahme solcher Angebote durch unterschiedliche Faktoren, wie die Einstellungen und das Problembewusstsein von Lehrpersonen oder die Art und soziale Durchmischung des Schulbetriebs, mitbeeinflusst werden. Sollten diese Faktoren gleichzeitig mit migrationspezifischen Merkmalen korrelieren, wäre mit einer ungleichen Inanspruchnahme dieser Angebote, in Abhängigkeit der migrationspezifischen Merkmale, zu rechnen. Schulen mit einem geringen oder hohen Ausländeranteil könnten beispielsweise weniger oder vermehrt Suchtpräventionsreferate organisieren.

⁶ Pro Mente Sana hat in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Roten Kreuz und mit finanzieller Unterstützung von migesplus im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008 - 2013 des Bundesamtes für Gesundheit eine migrationsgerechte Broschüre erstellt. Sie beruht auf den bereits bestehenden Informationsblättern von Pro Mente Sana Nr. 1 *Seelische Krise - was tun?*, Nr. 2 *Psychotherapie, Psychopharmaka - die passende Behandlung finden*, *Rat & Information* sowie Nr. 6 *Selbst bestimmt leben mit einer psychischen Erkrankung*. Die Broschüre ist in den Sprachen Türkisch, Albanisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Portugiesisch, Spanisch, Italienisch, Französisch und Englisch erhältlich.

untersuchten Akteuren keine oder sehr wenige Angebote vorhanden waren, welche die breite Öffentlichkeit oder Multiplikatoren (Spitex, Hausärzte, Schulärzte, Lehrpersonal) für vergleichsweise häufige Probleme wie Depression, Angststörungen und Suizid sensibilisierte.

Im für Sucht und psychische Gesundheit unspezifischen Bereich finden sich die meisten Angebote, welche spezifisch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet sind. Hierunter fallen die Diskussionszirkel der *femmesTische* sowie die Projekte *Spiel mit mir* (Weinfelden), *Fit in den Kindergarten* (Amriswil) und *Miges Balù*. Mit Ausnahme der *femmesTische* zielen diese Angebote auf die frühe Förderung von Kindern sowie die Unterstützung von Familien mit besonderen Herausforderungen und werden von der MVB angeboten (PTG und Conex familia). Ein Grund für die Häufung von migrationspezifischen Angeboten im Bereich der MVB liegt vermutlich darin begründet, dass die Zielpopulation hier auf der Grundlage von biografischen oder demografischen Charakteristika klar identifiziert und proaktiv kontaktiert werden kann (Geburt eines Kindes; Erreichung des Kindergartenalters o.ä.). Keine spezifisch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichteten Programme werden hingegen von der PFJB angeboten (PTG und Conex familia). Dass damit, aus unterschiedlichen Gründen, nicht alle Teile der Migrationsbevölkerung erreicht werden können, dem ist man sich bewusst. Innerhalb der bestehenden Angebotsstrukturen besteht in der Wahrnehmung der PFJB der PTG allenfalls im Kleinkinderbereich ein Bedarf, das Angebot spezifisch auf die Migrationsbevölkerung auszurichten. Dies hat einerseits damit zu tun, dass das Segment, das hier beraten wird, sich unmittelbar auf die Kernfamilie beschränkt und es daher sehr wichtig ist, den spezifischen kulturellen Hintergrund zu verstehen. Zum anderen kommt es häufiger vor, dass Personen im Rahmen einer behördlichen Anordnung zu Beratungsgesprächen verpflichtet werden, u.a. wenn häusliche Gewalt im Spiel ist. Hierunter sind viele Personen mit Migrationshintergrund. Für Personen mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen liegen in unterschiedlichem Mass Informationsmaterialien (Broschüren, Flyer) vor. In ausgeprägtem Mass ist dies bei den *femmesTische* und *Miges Balù* der Fall. Daneben besteht, wie schon in den Bereichen Sucht und psychische Gesundheit, bei einer Reihe von Angeboten die Möglichkeit, ikÜ oder ikV beizuziehen (Details hierzu in 3.1.3.2.2).

3.1.3.2.2 Interkulturelle Übersetzung und interkulturelle Vermittlung

Generell ist bei allen untersuchten Organisationen ein hoher Grad an Sensibilisierung für migrationspezifische Aspekte und Probleme vorhanden. Dies zeigt sich einerseits darin, dass Mitarbeitende in vielen Organisationen bei Bedarf auf ikÜ zurückgreifen können. Andererseits sind Bestrebungen migrationspezifische Angebote und Dienstleistungen weiter zu institutionalisieren zu verzeichnen. So etwa verfügen die Psychiatrischen Dienste Thurgau über eine Arbeitsgruppe Migration und gehören zum Spitalverbund der *Migrant Friendly Hospitals*, die Clenia Littenheid verfügt über einen internen Übersetzungsdienst sowie einen Migrationsverantwortlichen, welcher Übersetzungsdienstleistungen koordiniert und Mitarbeitende für migrationspezifische Themen sensibilisiert und die MVB der PTG sowie von Conex familia haben die Konzepte von *Miges Balù* in ihre Angebotsstrukturen integriert.

Der allgemeine Eindruck darf aber nicht darüber hinweg täuschen, dass nicht bei allen Angeboten sprachliche und kulturelle Barrieren gleichermassen abgebaut werden können. Zwar bieten mit Ausnahme des Blauen Kreuzes alle Dienstleister prinzipiell die Möglichkeit, ikÜ oder ikV einzusetzen. In der Praxis zeigt sich aber, dass unterschiedliche strukturelle Hindernisse bestehen, welche deren Einsatz verhindern oder einschränken können.

Zum einen betrifft dies die kritische Anzahl an Fällen: Im interkantonalen Glückspielsuchtprojekt *SOS-Spielsucht* sind Informationen in acht unterschiedlichen Sprachen im Internet verfügbar. Flyer, Broschüren sowie das Beratungsangebot (telefonisch und online) sind momentan aber ausschliesslich in deutscher Sprache verfügbar. Da aus der Erfahrung der G&P der PTG ein namhafter Anteil von Betroffenen und Angehörigen mit Migrationshintergrund über eher geringe Deutschkenntnisse verfügt, wäre ein entsprechendes Beratungsangebot in verschiedenen Fremdsprachen prinzipiell wünschenswert, würde jedoch lediglich Sinn machen, wenn entsprechende Nachfolgeprodukte in den jeweiligen Fremdsprachen angeboten würden und diese eine kritische Masse erreichen. Inwiefern diese kritische Masse erreicht werden kann, ist momentan unklar.

Zu anderen wirken sich Art und Umfang der Finanzierung mehr oder weniger direkt auf die Angebote aus. So etwa können ikÜ von der Conex familia PFJB nur dann beigezogen werden, wenn es sich um Fälle handelt, welche von der Schule zugewiesen wurden; bei anderen Fällen besteht diese Möglichkeit nicht, da dies von der Trägerschaft nicht finanziert wird. Bei den psychiatrischen Versorgern müssen Übersetzungsdienstleistungen aus den Fallpauschalen finanziert werden. Bei den Psychiatrischen Diensten Thurgau und der Clenia Littenheid fallen dadurch erhebliche jährliche Kosten für ikÜ an, die nicht gedeckt sind⁷. Bei Clenia Littenheid unterhält man zusätzlich einen internen Dolmetscherdienst aus Mitarbeitenden, die eine Zweitsprache beherrschen. Erst wenn die Sprache durch den internen Dolmetscherdienst nicht abgedeckt werden kann, werden externe ikÜ beigezogen.

Auch bei der PTG müssen ikÜ im Allgemeinen durch ein Globalbudget (Bereichsbudget) finanziert werden. Dies schränkt den Handlungsspielraum, wenn es um die Finanzierung von projektbezogenen Übersetzungen geht (Broschüren, Filme u.a.), stark ein, wie die Erfahrungen des Bereichs G&P zeigen. Vergleichsweise selten werden auch die Dienste von ikÜ bei Angeboten in Anspruch genommen, die nicht wie *Miges Balù*, *Spiel mit mir*, *femmesTische* oder der *Selbsthilfegruppe Depression für türkische Frauen* spezifisch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet sind. Konkret kommt es bei der SB der PTG zu etwa zwei ikÜ-Einsätzen pro Jahr. Dagegen kommt es eher häufiger vor, dass die Betroffenen selbst eine Begleitperson mitbringen, die übersetzt. In der Regel sind das Familienangehörige oder Freunde, was nicht immer unproblematisch ist. Ob die geringe Anzahl der ikÜ-Einsätze der Selbstselektion der Klientinnen und Klienten geschuldet ist oder sich aus einer eher zurückhaltenden ikÜ-Einsatzpraxis ergibt, lässt sich an dieser Stelle nicht abschliessend sagen. Gleiches gilt für den Einsatz von ikÜ bei der Rauchstoppperatung der Lungenliga, wo bislang lediglich bei einer Beratung mit ikÜ gearbeitet wurde und die PFJB der PTG, wo ikÜ ebenfalls sehr selten eingesetzt werden.

Für das Argument der Selbstselektion spricht das Indiz, dass die Angebote der SB insgesamt (*SOS-Spielsucht*, Blaues Kreuz und Bereich SB der PTG) von Personen mit ausländischer Nationalität weniger genutzt werden und sich letztere eher aus der (sprachlich) sehr gut integrierten Migrationsbevölkerung rekrutieren. Schon im Vorfeld eines Beratungsgesprächs, beim Erstkontakt und der Sichtbarkeit der Angebote, sind Deutschkenntnisse essentiell. Abgesehen von ganz wenigen Ausnahmen sprechen die Personen am Telefon prinzipiell Deutsch. Für die Migrationsbevölkerung mit geringen Deutschkenntnissen ist dies eine Hürde, die überwunden werden muss und zwar zusätzlich zum Mut, den es braucht, überhaupt eine Suchtberatungsstelle zu kontaktieren. Für das Argument einer eher zurückhaltenden ikÜ-Einsatzpraxis bei der SB der PTG sprechen die Finanzierungsmöglichkeiten solcher Einsätze aus dem Bereichsbudget sowie eine eher skeptische Haltung gegenüber der Möglichkeit eine hohe Dienstleistungsqualität, insbesondere bei Begleitungen und Therapien, zu erbringen, wenn keine direkte Kommunikation mit den Klientinnen und Klienten möglich ist.

3.1.3.2.3 Vernetzung

Die Art und der Umfang der Vernetzung mit verschiedenen Akteuren aus dem Migrationsbereich fallen sehr heterogen aus. Bei den untersuchten psychiatrischen Versorgern ist der migrationspezifische Vernetzungsgrad nur gering ausgeprägt (Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung, Fachorganisationen im Bereich Migration). Dies hängt einerseits damit zusammen, dass das Kernangebot auf Personen ausgerichtet ist, die direkt von einer psychischen Krankheit betroffen sind, deren Leidensdruck so gross ist, dass eine stationäre oder ambulante Behandlung notwendig wird. Dementsprechend handelt es sich bei der überwiegenden Mehrheit an präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten um solche der sekundären und tertiären Prävention, die sehr stark auf den Einzelfall und sein direktes Umfeld ausgerichtet sind. Punktuell werden aber durchaus Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung beigezogen, beispielsweise Imame. Auch haben die

⁷ In der klassischen ambulanten und tagesklinischen Arbeit des KJPD werden oft ikÜ hinzugezogen, was aber schwierig ist, weil Übersetzer fast so viel kosten, wie der KJPD für den entsprechenden Patienten vergütet bekommt. Deutsch, Italienisch, Französisch, Portugiesisch und Englisch werden klinikintern durch Mitarbeitende abgedeckt werden. Bei einer intensiven Therapie wie MST, wo es 3-4 wöchentliche Sitzungen gibt, ist es nicht mehr möglich, mit ikÜ zu arbeiten.

Psychiatrischen Dienste Thurgau mit der Peregrina-Stiftung⁸ einen Erfahrungsaustausch darüber vereinbart, wie Menschen aus Eritrea optimaler ambulant eingebettet werden könnten, da diese Gruppe von Menschen häufig sozial sehr isoliert ist und nur wenig Vertrauenspersonen vorhanden sind. Andererseits dürfen Einrichtungen mit stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten Prävention nicht generell als Aufgabenbereich geltend machen. Angebote, die sich an eine breitere Öffentlichkeit richten (Referate, Schulbesuche, Klinikbesuche), werden daher in der Regel kostenlos, auf freiwilliger Basis und häufig auf Anfrage erbracht. Diese Konstellation macht es vermutlich schwierig, aufwendige Vernetzungsarbeit an die Hand zu nehmen.

Beim Blauen Kreuz (Kantonverband Thurgau und Regionalverband Thurgau-Schaffhausen) sowie bei der Lungenliga Thurgau ist die Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung und Fachorganisationen aus dem Bereich Migration nicht oder kaum vorhanden. Dies scheint primär ein Ressourcenproblem zu sein. Da es für kleine Organisationen ohne spezifische Migrationsorientierung finanziell und personell kaum möglich ist, ausserhalb von Kooperationen⁹ migrationsorientierte Angebote wie fremdsprachiges Informationsmaterial oder Beratungen mit ikÜ bereitzustellen, macht eine intensive Vernetzung in diesem Bereich wenig Sinn.

Die Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung und Fachorganisationen aus dem Migrationsbereich ergibt sich im Bereich G&P der PTG auf unterschiedlichen Ebenen. Bei *femmesTische* sind dies in erster Linie die Moderatorinnen aufgrund ihrer Vernetzung und Akzeptanz innerhalb der Migrationsbevölkerung. Darüber hinaus bestehen mannigfaltige Kontakte zu Fachpersonen mit Migrationshintergrund, die für Referate engagiert wurden oder zu Exponenten religiöser Gemeinschaften, Vertreterinnen und Vertreter der Fachstellen für Integration auf Ebene Kanton und Gemeinden, Kulturvermittlern usw. Die Vernetzung wird von der G&P der PTG systematisch in dem Sinne betrieben, als dass sie bedarfsorientiert, themen- und auftragszentriert vorangetrieben wird. Vernetzungstreffen ohne konkreten Anlass sind daher eher die Ausnahme.

Bei der PFJB der PTG wie auch der Conex familia bestehen primär Kontakte zu Fachorganisationen aus dem Migrationsbereich, nicht aber zu Schlüsselpersonen aus dem Migrationsbereich. Dies mag damit zusammenhängen, dass sich die bestehenden Angebote an sämtliche Bevölkerungsteile richten, d.h. es existieren keine spezifisch auf die Migrationsbevölkerung zugeschnittenen Angebote. Dass damit, aus unterschiedlichen Gründen, nicht alle Teile der Migrationsbevölkerung erreicht werden können, dem ist man sich bewusst.

Bei der MVB der PTG und Conex familia ergeben sich Kontakte zur Migrationsbevölkerung mit Kindern im Säuglingsalter durch proaktive Kontaktaufnahme mit den Müttern nach der Geburt. Der Kontakt zur (Migrations-)Bevölkerung wird hier direkt und ggf. durch ikÜ und weniger über Schlüsselpersonen oder Fachorganisationen und Fachstellen hergestellt. Grundsätzlich wird es aber von der MVB der PTG als sehr wichtig erachtet, dass man sich auf die Suche nach Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung macht und über diese Multiplikatoren die Angebote der MVB breiter streut. Wichtig wäre auch ein intensivierter Austausch mit den Integrationsbehörden, die selbst unterschiedliche Kontakte zur Migrationsbevölkerung unterhalten und als Türöffner hilfreich sein könnten. Dieser Austausch ist aber erst im Aufbau begriffen.

Bei der SB der PTG ist das Alltagsgeschäft der SB bereits jetzt sehr vernetzungsintensiv: Sozialdienste, Justiz und Kliniken müssen eingebunden werden. Daneben besteht die Erwartung, dass möglichst viele Ressourcen in die Beratungstätigkeit fließen. Unter diesen Vorzeichen ist kaum an eine Vernetzung mit weiteren Akteuren zu denken. Bislang bestehen denn auch keine Netzwerke zu Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung sowie migrationspezifischen Fachstellen oder Organisationen, mit Ausnahme des

⁸ Die Peregrina-Stiftung Flüchtlingsbegleitung betreut im Auftrag des Kantons Thurgau Personen, welchen Asyl gewährt wird (Art. 40 AsylG) oder die als Flüchtlinge vorläufig aufgenommen wurden. Das Ziel der Betreuung und Begleitung ist soziale, wirtschaftliche und kulturelle Integration in den schweizerischen Alltag. (<http://www.solidaritaetsnetz.ch/regionen/thurgau/>)

⁹ Beispielsweise die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz

Migrationsamtes. Auch seitens der Trägerschaft besteht momentan kein expliziter Auftrag in dieser Richtung aktiv zu werden.

Insgesamt ergibt sich folgendes Bild: Eine systematische Vernetzung mit Fachorganisationen und Fachstellen aus dem Migrationsbereich besteht beim Bereich G&P der PTG und bei der MVB sowie der PFJB von Conex familia und PTG. Eine systematische Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung wurde lediglich von der G&P der PTG berichtet. Der moderate bzw. geringe Grad an migrationspezifischer Vernetzung lässt sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen. Diese umfassen:

1. Fehlende Leistungsaufträge
2. Mangelnde personelle und/oder finanzielle Ressourcen
3. Überlastung
4. Vernetzung erst im Aufbau begriffen

3.1.3.2.4 Angebotsnutzung und Erreichbarkeit

Generell existiert nur in beschränktem Mass statistisches Zahlenmaterial, welches eine differenzierte Betrachtung der Angebotsnutzung zulässt. Dies liegt einerseits darin begründet, dass solche Daten von den Dienstleistern nicht oder nur in sehr beschränktem Mass erfasst werden. Dies betrifft vor allem – aber nicht nur – Angebote, die sich an eine breitere Öffentlichkeit richten (primäre Prävention und Gesundheitsförderung). Andererseits wird in den meisten Fällen lediglich die Nationalität erfasst. Dies betrifft vor allem fallbezogene Daten wie sie routinemässig von Kliniken oder Beratungsstellen erhoben werden. Dies ist für eine differenzierte migrationspezifische Analyse in doppeltem Sinn problematisch: Erstens ist die Migrationsbevölkerung sehr heterogen. Personen gleicher *und* verschiedener Nationalität können sich bezüglich ihres Migrationshintergrunds, ihrer Migrationsbiografie und ihres Migrationsstatus sehr stark unterscheiden. Zweitens wird das Merkmal Nationalität jeweils auf *einen* Fall, d.h. eine konkrete Person bezogen und damit isoliert betrachtet. Damit bleibt unberücksichtigt, dass sich Problemlagen erst aus der systemischen Interaktion von Personen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen oder Migrationsbiografien ergeben können. Gleichzeitig ist es relativ arbiträr, welche Person bzw. welche Nationalität in solchen Fällen durch das System erfasst wird (Beispiel: PFJB). Eine vorsichtige Interpretation der quantitativen Resultate dieses Berichts ist also auch vor diesem Hintergrund und nicht nur aufgrund der geringen Fallzahlen angezeigt.

Aufgrund der sehr eingeschränkten Verfügbarkeit von Zahlenmaterial, wurden die Fachpersonen um eine subjektive Einschätzung der Angebotsnutzung gebeten; dies auch mit Blick auf die Identifizierung von besonders schwer erreichbaren Teilen der Migrationsbevölkerung.

Zu allfälligen Unterschieden in der Prävalenz von psychischen Störungen zwischen Teilen der Migrationsbevölkerung und/oder Autochthonen, welche das AAZ aufsuchen, können momentan keine Aussagen gemacht werden. Um dies zu klären müssten allenfalls Registerdaten des AAZ herangezogen werden. Unterschiede in der Häufigkeit und Länge von stationären Aufenthalten lassen sich auf der Grundlage vergangener Basisauswertungen zwischen Migrationsbevölkerung und Autochthonen auch nicht abschliessend klären. Zudem ist es heikel und schwierig in diesem Kontext Abgrenzungen zwischen Migrationsbevölkerung und Autochthonen vorzunehmen, insbesondere, wenn hierzu lediglich die Nationalität als Indikator herangezogen wird. Am ehesten lässt sich die Migrationsbevölkerung in der Psychiatrie noch anhand ihres biografischen Verlaufs charakterisieren.

Aus dem klinischen Alltag des Bereichs Abhängigkeitserkrankungen & Forensik heraus, fallen keine Unterschiede in der Prävalenz des substanzgebundenen Suchtverhaltens zwischen der Schweizer Bevölkerung und Menschen mit Migrationshintergrund auf. Die Prävalenz von Spielsüchtigen hingegen ist bei Menschen mit Migrationshintergrund deutlich höher.

Aus Sicht der G&P der PTG ist insbesondere die portugiesische Migrationsbevölkerung sehr schwierig zu erreichen. Gleiches gilt für die tamilische Migrationsbevölkerung. Dies mag damit zusammenhängen, dass

diese beiden Migrationsgruppen einerseits sehr stark berufstätig sind und nur noch wenig Zeit für andere Aktivitäten übrig bleibt. Andererseits wäre es möglich, dass diese Migrationsgruppen ihren Aufenthalt in der Schweiz nur als vorübergehend wahrnehmen und die Vorstellung von der Rückkehr ins Herkunftsland einen hohen Stellenwert im Alltags- und Selbstverständnis einnimmt. Auch die albanisch sprechende Bevölkerung ist eher schwierig zu erreichen. Gut erreichbar sind Türkinnen und Türken.

Bei der PFJB der Conex familia werden grundsätzlich viele Zuweisungen seitens der Schule vorgenommen. Insbesondere Personen aus dem Kosovo suchen die Beratungsstelle kaum selbst auf. Diese werden eigentlich immer von der Schule zugewiesen, damit abgeklärt wird, was in der Erziehung fehlt und wo Unterstützung notwendig ist. Diese spezifische Migrationsgruppe nimmt daher fast ausschliesslich Angebote im Erziehungsbereich wahr. Andere Angebote, etwa bei Paarproblemen, werden nicht in Anspruch genommen. Dies mag damit zusammenhängen, dass einerseits die Angebote unbekannt oder fremd sind, andererseits aber auch andere Lösungsstrategien bestehen. Eine Verbesserung der Zugänglichkeit zu dieser Migrationsgruppe scheint schwierig. Auch aus dem Austausch mit den verdi-ikÜ ergeben sich kaum Lösungsansätze. Eher schwierig erreichbar sind auch Personen aus Portugal.

Aus den Erfahrungen der PFJB der PTG sind Personen aus dem portugiesischen Kulturkreis, die tamilische Bevölkerung und – bei gewissen Themen – Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien nicht einfach zu erreichen.

Bei der MVB der PTG gelten Personen aus Mazedonien, Albanien und dem Kosovo als besonders schwierig zu erreichen. Bei diesen Migrationsgruppen wird eine grössere Anzahl von Vätern der zweiten Generation wahrgenommen, welche Frauen direkt aus ihren Herkunftsländern heiraten. Diese Frauen können kein oder nur schlecht Deutsch. Parallel dazu besteht die „Schwiegermutter-Problematik“¹⁰. Manchmal führt dies dazu, dass ein oder zwei Beratungen mit ikV stattfinden und der Kontakt dann abbricht. Als schwierig zu erreichen gelten auch Familien aus Portugal, wobei mit Blick auf die Stellung der Schwiegermutter offenbar ähnliche Mechanismen wirksam sind, wie bei den erstgenannten Migrationsgruppen. Häufig gehen die portugiesischen Mütter sehr früh schon wieder zu 100 Prozent einer Erwerbsarbeit nach und die Betreuung der Kinder wird aus Kostengründen an wechselnde Verwandte aus Portugal delegiert, die temporär in der Schweiz weilen. Diese Situation ist auch für das Kind schwierig, das sich an immer neue Bezugspersonen gewöhnen muss. Auch über die *femmesTische* sind die Portugiesinnen aus der Erfahrung der MVB kaum erreichbar, da sie offenbar auch dort nicht teilnehmen (können).

In der Einschätzung der SB der PTG sind Migranten der ersten Generation vermutlich am schwierigsten zu erreichen. Nicht nur aufgrund potentieller Sprachprobleme, sondern auch weil ihr Fokus primär auf Dinge des alltäglichen (Über-) Lebens ausgerichtet ist. Mangelnde Deutschkenntnisse tragen dazu bei, dass einerseits die Hemmschwelle, Kontakt mit der SB aufzunehmen, apriori höher liegt. Andererseits ist zu vermuten, dass gerade Migrationsgruppen mit schlechten Deutschkenntnissen nicht oder nur ungenügend über die Angebote der SB Bescheid wissen. Möglich ist auch, dass das Problembewusstsein und die Sensibilisierung für Sucht bei Teilen der Migrationsbevölkerung nur schwach ausgeprägt sind. Erschwerend kommt hinzu, dass Sucht allgemein ein stark tabuisiertes Thema ist und Scham und Angst hervorrufen kann. Zudem ist der Umgang mit Sucht und die Vorstellung wie die Gesellschaft mit Sucht umgeht in hohem Grad kulturell überfrachtet. All diese Faktoren können die Erreichbarkeit spezifischer Teile der Migrationsbevölkerung entscheidend beeinflussen. Aus der Erfahrung der SB der PTG spielt auch der Grad an familialer und ethnischer Abgrenzung eine Rolle. Insbesondere Personen aus Asien scheinen sich über

¹⁰ Wo Familien mit Migrationshintergrund zusammen mit den Schwiegereltern im selben Haushalt wohnen, haben die Mütter oft wenig zu sagen. Hier muss vielfach die Zustimmung der Schwiegermutter eingeholt werden, was auch den vermehrten Einsatz von ikV zur Folge hat, da die Schwiegermütter häufig nur geringe Deutschkenntnisse haben. In solchen Konstellationen werden manche Probleme erst thematisiert bzw. thematisierbar, wenn die Schwiegermutter nicht beim Gespräch dabei ist. Aus der Erfahrung der MVB der PTG ist dies gehäuft bei Familien aus Mazedonien der Fall. Allerdings muss auch akzeptiert werden, dass sich Teile der Migrationsbevölkerung selbst organisieren, um sich bei der Kinderbetreuung zu entlasten. Gerade im erweiterten Familienverband läuft nach den Erfahrungen der MVB der PTG teilweise sehr gut, weil entsprechend familiäre Ressourcen und Entlastungsstrukturen vorhanden sind. Teile der Migrationsbevölkerung sind aus diesem und anderen Gründen schwierig zu erreichen.

mehrere Generationen hinweg in relativ geschlossenen, ethnisch-nationalen Kreisen zu bewegen, die kaum Hilfe von ausserhalb in Anspruch nehmen. Ein weiterer Indikator dafür, dass manche Teile der Migrationsbevölkerung eher schwierig zu erreichen sind, zeigt sich darin, dass Migrantinnen und Migranten vermehrt über das Sozialamt vermittelt werden. Aus den Erfahrungen der SB ist dies beispielsweise bei Personen aus Portugal der Fall.

Insgesamt wurden von Fachpersonen aus fünf Institutionen die Erreichbarkeit von Personen aus Portugal als eher schwierig eingeschätzt. Auch von verschiedenen Fachpersonen als schwer erreichbar bezeichnet wurden Personen aus dem Kosovo, Albanien, Mazedonien sowie generell aus dem Raum Ex-Jugoslawien. Von einer Institution jeweils genannt wurden Personen aus dem tamilischen Kulturkreis und Personen aus Asien. Zwei Institutionen sahen noch allgemein die Gruppe von Migranten der ersten Generation bzw. im Alter 40 plus als schwer zu erreichen an. Bei dieser Gruppe erachten die Fachpersonen vor allem die mangelnden Deutschkenntnisse und damit zusammenhängend den oft schlechten Informationsstand bezüglich vorhandener Beratungsangebote als problematisch.

3.1.3.2.5 Bedarf an migrationsorientierten Angeboten und Entwicklungspotentiale

Zwei Institutionen sehen nicht primär einen Bedarf an migrationsorientierten Angeboten, sondern einen generellen Bedarf an gesundheitsfördernden und präventiven Projekten im Bereich Sucht und psychische Gesundheit, die insbesondere auch Primärversorger (Spitex, Hausärzte, Pädiater, Schulärztlicher Dienst) und Bildungsfachpersonen miteinbeziehen (KITA, Kindergarten, Schule). Der KJPD benennt folgende konkrete Lücken in der Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im Bereich Sucht und psychische Gesundheit:

1. *Bereich 0-5 Jahre:* Impftermine und Hüftdysplasie werden bei den pädiatrischen Kontrolluntersuchungen von allen mitgetragen, ein Screening von psychischen Auffälligkeiten fehlt jedoch.
2. *Kita/Kindergarten:* Kitapersonal und Kindergartenpersonal sollten auffällige Kinder melden.
3. *Schule/Lehrer:* Die schulärztliche Untersuchung sollte ein Screening auf psychische Erkrankungen beinhalten. Psychische Erkrankungen sollten zudem prominenter sein in der Weiterbildung von Lehrpersonen.
4. *Jugendliche:* Kritischer Bereich im Alter zwischen 12-25: die grossen psychiatrischen Erkrankungen manifestieren sich in diesem Alter. Früherkennung ist sehr wichtig, damit der Verlauf gemildert werden kann.
5. *Koordination:* Schnittstelle zwischen niederschwelliger Prävention und psychiatrischer Abklärung/Behandlung kann noch verbessert werden.

Eine Fachperson aus dem Bereich Sucht sieht klare Defizite bei Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen für Personen über 40 mit geringen Deutschkenntnissen. Generell ist die Gesundheitskompetenz (health literacy) bei dieser Gruppe oft gering ausgeprägt und der Zugang zu Suchtberatung oder Suchttherapie schwierig. Die Fachperson ist der Ansicht, dass diese Personengruppe spezifisch angesprochen werden sollte.

Eine Lücke besteht bei Suchtpatienten mit Migrationshintergrund bezüglich Anschlussprogrammen an den stationären Aufenthalt, z.B. bei Suchtgesprächsgruppen. Wegen sprachlicher Probleme können sie sich in regulären deutschsprachigen Gruppen nicht ausdrücken und profitieren kaum davon.

Im Bereich der Tabakprävention besteht nach Ansicht der Lungenliga Thurgau ein Bedarf nach migrationspezifischen Programmen. Durch Studien ist belegt, dass vor allem Männer aus der Türkei, Kosovo und Portugal mehr rauchen als Schweizer Männer. An diese Gruppe kommt man schlecht heran, da die Ressourcen fehlen, um z.B. Broschüren oder Flyer zu übersetzen und auf diese Gruppe auszurichten. Ebenso wäre die Schwelle zum Einstieg in ein Rauchstoppprogramm vermutlich tiefer, wenn Informationen in der eigenen Sprache verfasst wären.

Mehrere Fachpersonen wiesen darauf hin, dass Pilotprojekte, welche die Migrationsbevölkerung (auch) als Zielgruppe haben, weitergeführt werden bzw. auf den ganzen Kanton Thurgau ausgedehnt werden sollten (*Spiel mit mir, Mit Eltern lernen, Guter Start ins Kinderleben*). Zwei andere Stellen sehen ebenfalls im vorgeburtlichen bzw. Kleinkindbereich spezifischen Bedarf, die Angebote gezielt auf die Migrationsbevölkerung auszurichten. Ebenfalls genannt wurde der problematische Medienkonsum von Kindern von Migrationsfamilien.

Für verschiedene Fachpersonen wäre ein intensivierter Austausch mit den Integrationsbehörden (Fachstelle Integration auf Ebene Kanton und Gemeinden), die selbst unterschiedliche Kontakte zur Migrationsbevölkerung unterhalten, wichtig. Dieser Austausch ist aber erst im Aufbau begriffen. Von diesem Austausch erhofft man sich insbesondere, dass die Integrationsbehörden als Türöffner fungieren und Kontakte zu Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung erleichtern könnten – was wiederum der Vernetzung dienlich ist.

Ein ähnliches Anliegen besteht bei der Lungenliga: Dort fände man es hilfreich, Richtlinien zu haben, wie man auf die Migrationsbevölkerung zugehen kann; ebenso wäre eine zentraler Ansprechpartner wünschbar, falls man Unterstützung für die Durchführung eines Präventionsprojektes braucht.

Generell wäre es aus Sicht der G&P der PTG sinnvoll, vermehrt Leute mit einem Migrationshintergrund zu beschäftigen, um kulturspezifisches Wissen zu mehren und die Angebote ggf. noch besser auf die Migrationsbevölkerung abzustimmen. Bei *femmesTische* besteht der Wunsch, die Diskussionsleiterinnen auch finanziell zu entschädigen. Dies würde es den Frauen erlauben, nicht so sehr in ihrer privaten Rolle, sondern vielmehr in einer professionellen Rolle als Moderatorin aufzutreten und auch so wahrgenommen zu werden.

Im Bereich der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen erachten es einige Fachpersonen als hilfreich, Abstand zu nehmen, von den sehr edukativen Ansätzen der G&P und mehr erfahrungsorientiert und verhaltensorientiert zu arbeiten. Im Bereich psychischer Gesundheit ist das Thema Stigmatisierung sehr wichtig und vieles liegt hier im Argen. Gerade bei Suiziden spielt die Stigmatisierung eine grosse Rolle. Hier wäre es wichtig, einmal mit Betroffenen in Kontakt zu treten und aus erster Hand zu erfahren, wie es ist, eine Depression durchzumachen. Auch bei Suizid ist eine generelle Empfehlung: Sprecht miteinander! In der Praxis ist es aber für Betroffene wie das soziale Umfeld oft schwierig, dieses Thema anzusprechen – seien dies nun Familienangehörige, Freunde, Bekannte oder Personen aus dem Arbeitsumfeld. Angebote, die solche Gespräche zu führen für Betroffene und ihr soziales Umfeld leichter machen, wären daher wünschbar.

Verschiedene Fachpersonen wiesen darauf hin, dass es primär in der Eigenverantwortung der Personen mit Migrationshintergrund liegt, Deutsch zu lernen, und sich damit Zugang zu adäquaten Informationen und Angeboten zu verschaffen. Aus dieser Perspektive wäre es für eine bedarfsgerechte Angebotsnutzung zielführender, Anreize zu setzen, welche die sprachliche und kulturelle Integration der Migrationsbevölkerung fördern (Integrationsvereinbarungen o.ä.).

3.1.3.3 Fazit

Nachfolgend werden die wichtigsten Resultate der Angebotsübersicht, der quantitativen Auswertungen und den semi-standardisierten Interviews mit unterschiedlichen Fachpersonen verdichtet dargestellt. Dort wo sinnvoll und möglich, wurden die quantitativen Resultate im Sinne einer Triangulation in Bezug zu den Erkenntnissen aus der thematischen Inhaltsanalyse der Experteninterviews gesetzt und ergänzt.

1. Ausschliesslich oder weitgehend auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtete Angebote der G&P existieren fast nur im unspezifischen Bereich und dort vorwiegend in der frühen Förderung von Kindern bzw. der MVB (*Miges Balù, Fit in den Kindergarten, Pilotprojekte Spiel mit mir und femmesTische*). Im Bereich psychische Gesundheit ist mit der Selbsthilfegruppe Depression für türkische Frauen ein

- migrationspezifisches Angebot dokumentiert. Im Bereich Sucht konnte für die Untersuchungsperiode kein ausschliesslich für die Migrationsbevölkerung konzipiertes Angebot eruiert werden.
2. Die untersuchten Angebote an Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit sind insgesamt deutlich weniger umfangreich als im Bereich Sucht. Allgemein und unabhängig von der Migrationsorientierung fällt auf, dass im Untersuchungszeitraum und bei den untersuchten Akteuren keine oder sehr wenige Angebote vorhanden waren, welche die breite Öffentlichkeit oder Multiplikatoren (Spitex, Hausärzte, Schulärzte, Lehrpersonal) für vergleichsweise häufige Probleme wie Depression, Angststörungen und Suizid systematisch sensibilisierten.
 3. Bei einer Vielzahl von Angeboten besteht grundsätzlich die Möglichkeit bei sprachlichen oder kulturell bedingten Verständigungsschwierigkeiten ikÜ oder ikV beizuziehen. Dies gilt auch für die Erstellung fremdsprachiger Informationsangebote (Online Inhalte, Broschüren, Flyer usw.). In der Praxis zeigt sich, dass unterschiedliche strukturelle Hindernisse bestehen, welche den Einsatz von ikÜ einschränken. Hierzu gehören das Fehlen kritischer Fallzahlen infolge geringer Inanspruchnahme oder Erreichbarkeit sowie fehlende oder ungenügende Finanzierung durch Bereichsbudgets oder Fallkostenpauschalen.
 4. Eine systematische Vernetzung mit Fachorganisationen und Fachstellen aus dem Migrationsbereich besteht bei mehreren Institutionen. Demgegenüber ist die systematische Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung nur sehr gering ausgeprägt. Gründe hierfür sind fehlende Leistungsaufträge, personelle und finanziell Ressourcen, Überlastung oder im Aufbau begriffene Vernetzungsarbeit.
 5. Fachpersonen aus fünf verschiedenen Institutionen schätzten die Erreichbarkeit von Personen aus Portugal als eher schwierig ein. Auch von verschiedenen Fachpersonen als schwer erreichbar bezeichnet wurden Personen aus dem Kosovo, Albanien, Mazedonien sowie generell aus dem Raum Ex-Jugoslawien. Von einer Institution jeweils genannt wurden Personen aus dem tamilischen Kulturkreis und Personen aus Asien. Zwei Institutionen bezeichneten allgemein die Gruppe von Migranten der ersten Generation bzw. im Alter 40 plus als schwer zu erreichen an. Bei dieser Gruppe erachten die Fachpersonen vor allem die mangelnden Deutschkenntnisse und damit zusammenhängend den oft schlechten Informationsstand bezüglich vorhandener Beratungsangebote als problematisch.
 6. Eine differenzierte quantitative Erfassung der Angebotsnutzung durch die Migrationsbevölkerung erfolgt bei einer Minderheit der Angebote. Die Angebotsnutzung insgesamt (Autochthone und Migrationsbevölkerung) wird für etwa 75% der Angebote dokumentiert.
 7. Suchtberatungsangebote (Blaues Kreuz, PTG SB, SOS-Spielsucht) werden von der Migrationsbevölkerung etwas bzw. leicht weniger genutzt, als sich dies auf der Grundlage der Bevölkerungsverteilung im Kanton Thurgau erwarten lässt. Da aus dem klinischen Alltag heraus keine Unterschiede in der Prävalenz des substanzgebundenen Suchtverhaltens zwischen Schweizer/-innen und Menschen mit Migrationshintergrund auffallen und die Prävalenz von spielsüchtigen Menschen in der Migrationsbevölkerung deutlich höher liegt (Psychiatrische Dienste Thurgau, Abteilung Abhängigkeitserkrankungen & Forensik), muss damit gerechnet werden, dass die Migrationsbevölkerung durch diese Angebote eher weniger gut als Autochthone erreicht werden. Dies gilt nicht zuletzt auch für (poststationäre) Gesprächs- und Selbsthilfegruppen, da diese in der Regel auf Deutsch abgehalten werden.
 8. Im Bereich psychische Gesundheit liess sich aufgrund fehlender oder nicht vorhandener Daten die migrationspezifische Angebotsnutzung nicht quantifizieren.
 9. Angebote im unspezifischen Bereich ohne primäre Ausrichtung auf die Migrationsbevölkerung werden sehr unterschiedlich genutzt, wobei die Erwartungswerte teilweise sehr deutlich übertroffen werden (*Midnight sports, Open Sundays*).
 10. Die geringen absoluten Bevölkerungszahlen sowie die oft geringen tatsächlichen oder aufgrund epidemiologischer Befunde erwartbaren Fallzahlen setzen einer differenzierten quantitativen Analyse nach Nationalität oder Migrationsstatus enge Grenzen. Die dokumentierten Nutzungsraten und Nutzungskoeffizienten müssen daher mit der nötigen Vorsicht interpretiert werden.

11. Die befragten Fachpersonen sehen sowohl einen generellen Bedarf an gesundheitsfördernden und präventiven Projekten im Bereich Sucht und psychische Gesundheit (Unter Einbezug von Primärversorgern und Bildungsfachpersonen) wie auch einen Bedarf an migrationspezifischen Projekten.

3.2 Stärken-Schwächen-Analyse (SWOT)

Wo liegen die Stärken der vorhandenen Angebote, wo die Schwächen? Welche Entwicklungspotentiale sind prinzipiell vorhanden und welche Faktoren stellen Entwicklungshemmnisse dar? Nachfolgend werden die zentralen Resultate aus der Bestandsaufnahme entlang dieser vier Leitfragen systematisch geordnet und mit Einschätzungen der Forschenden ergänzt. Das Resultat stellt gleichsam das Ausgangsmaterial für eine kritische Validierung und ggf. Erweiterung im Rahmen der Fokusgruppen dar.

Stärken

1. Generell hoher Grad an Sensibilisierung für migrationspezifische Aspekte und Probleme.
2. Bei vielen, aber nicht allen Angeboten, können prinzipiell ikÜ oder ikV beigezogen werden.
3. Die Psychiatrischen Dienste Thurgau gehören zum Spitalverbund der *Migrant Friendly Hospitals*.
4. Der Bereich Sucht wird im Kanton Thurgau durch unterschiedliche Akteure, Angebote und Dienstleistungen breit abgedeckt.
5. Im Bereich der frühen Förderung von Kindern sind Pilotprojekte wie *Guter Start ins Kinderleben* (abgeschlossen), *Spiel mit mir* (Weinfelden) oder *Mit Eltern lernen* (Frauenfeld) wichtig für die Vernetzung unterschiedlicher Akteure und die Unterstützung von Kindern und Familien mit besonderen Herausforderungen (u.a. auch Familien mit Migrationshintergrund).

Schwächen

1. Finanzierung von ikV, ikÜ aus Globalbudgets (Bereichsbudget, Fallkostenpauschalen) deckt die Kosten nicht und schafft ggf. Anreize auf Übersetzungsdienstleistungen zu verzichten oder auf informelle Übersetzer/-innen zurückzugreifen.
2. Vernetzung mit der Migrationsbevölkerung ist teilweise schwach oder gar nicht vorhanden.
3. Sprachliche Barrieren bei der (Erst-)Kontaktaufnahme (Telefon, Online).
4. Einige Migrationsgruppen sind gar nicht oder nur schwer erreichbar. Als schwierig zu erreichen gelten insbesondere Personen aus Portugal, Sri Lanka und die Albanisch sprechende Bevölkerung (Albanien, Kosovo, Mazedonien).
5. Aktuell existieren nur wenige Angebote für die allgemeine Bevölkerung im Bereich psychischer Gesundheit, welche konkrete und weit verbreitete psychische Störungen und Probleme zum Inhalt haben (Sensibilisierung/Enttabuisierung und Aufklärung über Depression, Angststörungen, Suizid).
6. Systematische Screenings auf psychische Auffälligkeit im Kinder- und Jugendalter im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen fehlen.
7. Migrationspezifische Evaluation von Angeboten nicht vorhanden bzw. differenzierte Aussagen aufgrund sehr kleiner Fallzahlen schwierig.
8. Migrationspezifische Nutzung der Angebote nur selten oder ungenügend statistisch erfasst (Nationalität als Kriterium ist problematisch).

Entwicklungspotentiale

1. Zentrale Informationsvermittlung mit aufsuchender Arbeit für die schwer erreichbare Migrationsbevölkerung: Unterschiedliche staatliche und nicht-staatliche Dienstleister können die Streuung von Informationen über ihre Angebote delegieren.
2. Fachstelle(n) Integration als Drehscheibe für die Koordination und Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung.

3. Übergreifender Aufbau von relativ kleinräumigen Netzwerken (Vorbild: *femmesTische*).
4. Weniger edukative Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung, mehr erfahrungsorientierte und verhaltensorientierte Arbeit.
5. Zukunft des Projekts *Guter Start ins Kinderleben* ist für Fachpersonen unklar. Das Projekt sollte aber unbedingt weitergeführt werden (KJPD).
6. Auch das migrationsspezifische Projekt *Spiel mit mir*, das momentan evaluiert wird, sollte bei positivem Evaluationsentscheid weitergeführt werden.
7. Primärversorger (Hausarztpraxen, Spitex) vermehrt für Themenfelder Sucht und psychische Gesundheit sensibilisieren.
8. Systematisches Screening von psychischen Auffälligkeiten im Rahmen schulärztlicher Untersuchungen und pädiatrischer Kontrolluntersuchungen.
9. Kita-, Kindergarten- und Schulpersonal sollten auffällige Kinder melden.
10. Bei der Aus- und Weiterbildung von Kita-, Kindergarten- und Schulpersonal könnten psychische Erkrankungen prominenter vertreten sein.
11. Vermehrt auch Mitarbeitende mit Migrationshintergrund einstellen, um kulturspezifisches Wissen zu akquirieren.
12. Sprachliche und kulturelle Integrationsangebote stärken und damit die Gesundheitskompetenz (health literacy) generell verbessern.
13. Förderung interkantonaler Projekte (Vorbild *SOS-Spielsucht*) und interkantonaler Zusammenarbeit, beispielsweise mit der Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) Zürich.

Entwicklungshemmnisse

1. Finanzierung allgemein.
2. Entwicklung von selbsttragenden Netzwerken (Freiwilligenarbeit) wird durch die Weiträumigkeit des Kantonsgebiets erschwert. Dies gilt insbesondere für Netzwerke mit kleinen Populationen.
3. Allgemeine Überlastung der Primärversorger im Gesundheitssystem (Übernahme zusätzlicher Aufgaben im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung schwierig).
4. Allgemeine Überlastung der Fachpersonen im Bildungs- und Betreuungssystem (Kita, Kindergarten, Schule) macht Übernahme zusätzlicher Aufgaben schwierig.
5. Fallkostenpauschale deckt die Kosten für ikÜ oder ikV im Rahmen psychiatrischer Behandlungen nicht (Psychiatrische Dienste Thurgau und Clenia Littenheid).
6. Vernetzung mit Fachorganisationen und Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung zu zeitintensiv und auch ausserhalb des Leistungsauftrages von Institutionen.
7. Klinischer Bereich: Rein präventive Angebote werden durch Krankenkassen, IV und den Kanton nicht vergütet.
8. Vergütungen für ikÜ und ikV müssen aus dem Globalbudget gedeckt werden (PTG) oder sind nur für eine sehr beschränkte Klientel verfügbar (Conex familia). Der Einsatz von ikÜ und ikV ist vermutlich daher ausserhalb spezifischer Programme wie *Miges Balù* oder der *femmesTische*, welche auf Freiwilligenarbeit von fremdsprachigen Frauen basieren, eher selten.
9. Zielpopulationen sind oft sehr klein. Kritische Masse für die „Rechtfertigung“ migrationspezifischer Programme und Interventionen ist schwierig.
10. Psychische Krankheiten sind hochgradig stigmatisiert; ebenso damit assoziierte Folgeprobleme wie Schulden infolge Spielsucht.

3.3 Fokusgruppen

3.3.1 Zielsetzung

Die Fokusgruppengespräche waren primär darauf ausgerichtet, die Stärken-Schwächen-Analyse um fehlende Elemente zu ergänzen bzw. solche Elemente zu identifizieren, welche aus der Perspektive der Fachpersonen und Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung anders wahrgenommen und bewertet werden. Zudem sollen Entwicklungspotentiale und Entwicklungshemmnisse vertieft herausgearbeitet werden.

3.3.2 Fachpersonen

3.3.2.1 Entwicklungspotentiale

3.3.2.1.1 Einbezug von Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der Migrationsbevölkerung

Eine zentrale Rolle nahm in der Diskussion der Fachpersonen die Etablierung eines Pools von Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der Migrationsbevölkerung ein. Solche Schlüsselpersonen kennen die Bedürfnisse von spezifischen Migrationsgruppen und verstehen die kulturellen Gegebenheiten. Die Expertengruppe sieht die Aufgabe von Schlüsselpersonen darin, als Multiplikatoren in der Migrationsbevölkerung Informationen zu streuen und Kontakte zu etablieren. So könnten spezifische Migrationsgruppen besser erreicht und deren Kenntnisse über und die frühzeitige Inanspruchnahme von Beratungsangeboten verbessert werden (v.a. im Suchtbereich). Schlüsselpersonen könnten auch dazu motivieren, Deutsch zu lernen und andere Integrationsangebote in Anspruch zu nehmen.

Bei Projekten, die Personen mit Migrationshintergrund betreffen, sollten Schlüsselpersonen bereits in der Phase der Projektplanung miteinbezogen werden. Dass eine frühe Involvierung von Schlüsselpersonen wirkungsvoll ist, hat eine Fachperson bereits erlebt: Mit der Unterstützung eines Imams war der Vortragssaal bei einer Informationsveranstaltung über Depression voll.

3.3.2.1.2 Zentrales Adressregister von Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung

Als hilfreich erachten die Fachpersonen die Schaffung einer zentralen Adressdatei von Schlüsselpersonen, die bei Bedarf kontaktiert werden können. So müsste nicht jede Institution selbst ein Netzwerk etablieren. Organisatorisch wäre es aus Sicht der Fachpersonen am sinnvollsten, wenn die Koordination und Pflege der Liste auf Ebene Kanton erfolgen würde.

3.3.2.1.3 Inhaltszentrierte Vernetzung, Förderung und Stärkung niederschwelliger Angebote

Für die Schaffung von Kontakten zu Schlüsselpersonen ist es wichtig, Vertrauen aufzubauen. Kontakte zu Schlüsselpersonen entstehen durch Beziehungen und aufgrund von konkreten Anlässen. Laut der Erfahrung einer Fachperson ist inhaltsloses vernetzen nicht zielführend. Für den Erstkontakt muss ein Thema oder ein Projekt mit starkem inhaltlichem Bezug und Aktualität zu drängenden Problemen der spezifischen Migrationsbevölkerung vorgeschlagen werden.

Nicht nur Respektspersonen aus den Bereichen Kultur, Religion, Politik, Wissenschaft oder der Wirtschaft sollten als Schlüsselpersonen einbezogen und rekrutiert werden, sondern auch „gewöhnliche“ Personen aus anderen Wirkungskreisen mit entsprechend guter Vernetzung oder Vernetzungspotentialen. Dass Schlüsselpersonen gezielt aufgebaut werden können, zeigen die Erfahrungen einer Fachperson: Man muss auf potentielle Schlüsselpersonen zugehen und sie stärken. Nicht alle trauen sich diese Rolle sofort zu. Das braucht viel Zeit und muss gut überlegt sein.

Als potentielle Schlüsselpersonen sehen die Fachpersonen die Beraterinnen der MVB. Die MVB ist ein sehr wichtiges, niederschwelliges Angebot, das alle anspricht. Das Angebot sollte aufrechterhalten und gestärkt werden.

3.3.2.1.4 Frühe Förderung, Kinderbetreuung und Ausbildung

Die Fachpersonen betonen die Wichtigkeit der frühen Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund. Durch die finanziell bedingte Berufstätigkeit beider Eltern werden die Kinder häufig sich selbst überlassen, was zu diversen Problemen führen kann. Wenn Kindern mit Migrationshintergrund ermöglicht wird, eine Kindertagesstätte zu besuchen, erleichtert das ihre Integration und wirkt sich positiv auf schulische Leistungen aus. Daher sollten finanzielle Strukturen geschaffen werden, damit Familien mit Migrationshintergrund ihre Kinder in eine Kindertagesstätte geben können.

Ebenso sollten aus Sicht der Fachpersonen lokale Elternorganisationen gefördert werden. Denkbar wäre in diesem Kontext etwa die Unterstützung von Projekten wie Elternapéros, um jedes Neugeborene als Bürger zu empfangen. Hier besteht aber möglicherweise das Problem, dass es in manchen Kulturen nicht üblich ist, nach der Geburt das Haus zu verlassen. In der Konsequenz könnten diese Personen durch ein solches Angebot nicht erreicht werden.

Das niederschwellige Projekt *Spiel mit mir* ist aus Sicht der Fachpersonen erfolgreich. Die Familien nehmen das Angebot rege wahr. Hilfreich dabei ist, dass die Mütter bereits eine Beziehung zur Mütterberaterin aufgebaut haben. Momentan wird das Projekt von der Pädagogischen Hochschule Thurgau evaluiert.

Mit Eltern lernen erreicht auch viele Eltern mit Migrationshintergrund. Solche Projekte sollten eine gute Durchmischung aufweisen, damit sich alle Personen angesprochen fühlen. Das erfordert viel Informationsarbeit. Zudem entsteht eine Signalwirkung, wenn jemand aus der Projektleitung selbst einen Migrationshintergrund hat. Diese Aspekte müssen bei der Projektplanung berücksichtigt werden.

3.3.2.1.5 Angebote im Bereich Depression, Angststörungen und Suizidprävention

In den Jahren 2011 bis 2012 wurde im Rahmen des Projekts *Bündnis gegen Depression* viel in Qualitätszirkel, Medienarbeit sowie Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit investiert. Es ist fraglich und schwierig nachzuweisen, ob diese Aktionen einen Effekt hatten. Nach Ansicht der Fachpersonen gibt es bei diesen Krankheitsbildern sehr gute Therapiemöglichkeiten. Gleichzeitig orientiert sich der Markt daran, wo ein Bedarf vorhanden ist, z.B. portugiesische Therapeuten, die vermehrt Sprechstunden in Portugiesisch anbieten.

Die Zuständigkeit für präventive und gesundheitsfördernde Angebote für Angst und Depression liegt bei der PTG. Darüber hinaus gibt es aber kein kantonales Konzept. Das macht es schwierig, eine Kampagne zu starten. Das Problem ist, dass solche Kampagnen bei schwer Erreichbaren nicht greifen. Der Kanton sollte hinterfragen, ob das Thema bei der PTG am richtigen Ort bzw. die verwendeten Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention der richtige Ansatz sind.

Generell sollten die Angebote sehr niederschwellig und zugänglich sein, ohne noch lange Formulare auszufüllen.

3.3.2.1.6 Konzeptionelle Perspektive

Nach Ansicht der Fachpersonen wird die Thematik Migration häufig eindimensional betrachtet. Migration sollte viel umfassender verstanden werden. Daher könnte es einerseits nützlich sein, ein übergeordnetes Projekt in Form einer Arbeitsgruppe im Kanton Thurgau ins Leben zu rufen, welches unter Einbezug von Schlüsselpersonen der Migration konzeptionelle Fragen klärt, etwa: Was ist Migration? Was bedeutet dies? Andererseits sollte man die bestehenden Projekte optimieren und ausbauen. Kompetenzen von Menschen mit Migrationshintergrund werden häufig nicht genügend beachtet. Auch besteht die Gefahr, dass man die in der Schweiz üblichen Gesundheitsnormen direkt auf Menschen mit Migrationshintergrund überträgt und sie damit pathologisiert.

3.3.2.2 Entwicklungshemmnisse

3.3.2.2.1 Finanzierung

Die Fachpersonen bekräftigen mehrheitlich, dass die herrschende Finanzierungsmodalität (Fallkostenpauschale, Bereichs- oder Globalbudget) den Einsatz von ikÜ/ikV in der Praxis behindern kann. Gewichtige Gründe, warum ikÜ nicht beigezogen werden, sind aber auch der organisatorische Aufwand, um externe ikÜ anzubieten sowie, gelegentlich, die Klientinnen und Klienten selbst, die sich gegen den Einsatz von ikÜ wehren, weil sie der Meinung sind, selbst genug Deutsch zu sprechen.

Sobald die Finanzierung von Projekten wie *Spiel mit mir* oder *Mit Eltern lernen* nicht mehr von den Gemeinden getragen wird, dürfte die Projektbeteiligung drastisch sinken, da die Eltern oft nur über geringe finanzielle Mittel verfügen oder sich prinzipiell nicht an den Kosten beteiligen wollen.

3.3.2.2.2 Mangelnde Koordination

Verschiedene Informationen fliessen nicht zusammen und jedes Helfersystem versucht Zugang zu den Eltern von „problematischen“ Kindern mit Migrationshintergrund zu finden. Es gibt noch kein übergreifendes Case Management. *Guter Start ins Kinderleben* macht interdisziplinäre Zusammenarbeit vor. Dieses Netzwerk kann genutzt werden.

3.3.2.2.3 Überlastung

Eine Fachperson weist darauf hin, dass es auch Personen mit Migrationshintergrund schwer fallen könnte, Personen aus ihrem Kulturkreis auf heikle Themen anzusprechen. Man sollte hier die Grenzen des Machbaren sehen und auch aufpassen, dass Schlüsselpersonen nicht überlastet werden. Zudem muss darauf geachtet werden, dass Institutionen wie die MVB keinen Vertrauensverlust erleiden, wenn zu viele Projekte über sie abgewickelt werden. Konkret: Die Mütter- und Väterberaterinnen dürfen nicht instrumentalisiert werden.

3.3.3 Migrationsbevölkerung

3.3.3.1 Psychische Gesundheit und Sucht bei Menschen mit Migrationshintergrund

Die Fokusgruppen Teilnehmerinnen (FGT) weisen darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund die Migration oft als Bruch, teilweise auch als Trauma oder Kulturschock erleben. Die FGT kennen in ihrem Umfeld viele Migrantinnen und Migranten, die an Depressionen und Ängsten leiden. Migranten aus dem Balkan sind aufgrund von sozialer Isolation und Heimweh oftmals depressiv. Die Vereinsamung ist vor allem in den Städten ein Problem. Die Strukturen der Grossfamilie und der Nachbarschaftshilfe, die in der Heimat noch stark verwurzelt sind, fehlen hier. Mit der Zeit werden die Menschen mit Migrationshintergrund zu doppelten Fremden: sowohl in der Schweiz als auch im Heimatland fühlen sie sich fremd.

Die FGT bestätigen, dass die portugiesische Bevölkerung schwer zu erreichen ist. Sie kommen primär in die Schweiz, um zu arbeiten und haben teilweise mehrere Jobs gleichzeitig. In ihrer freien Zeit gehen die Männer in den portugiesischen Verein und die Frauen schauen fern. Sie leben nach Ansicht der FGT sehr isoliert und sind durch die grosse Arbeitsbelastung besonders gesundheitsgefährdet. Eine der FGT erzählt, dass sie erfolglos versucht hat, ihre portugiesischen Nachbarinnen zu einem Kaffeetreff mitzunehmen.

Die FGT berichten auch von kriegstraumatisierten Männern aus dem Balkan, die Schlafstörungen und Alkoholprobleme haben.

Des Weiteren erwähnten die FGT, dass in manchen Migrantenfamilien die Kinder einen problematischen Medienkonsum aufweisen. Da die Eltern infolge von Berufstätigkeit oder Haushaltsarbeit keine Zeit haben, werden die Kinder mit dem Fernseher unterhalten, teilweise schon beim Frühstück. Die FGT merken an, dass es auch pädagogisch wertvolle Sendungen gibt, die den Kindern Wissen vermitteln und sie dabei unterstützen können, Deutsch zu lernen. Der Medienkonsum sollte eigentlich von den Eltern kontrolliert

werden. Viele Kinder von Menschen mit Migrationshintergrund sind jedoch Schlüsselkinder und oft allein zu Hause. Dies macht sie besonders anfällig für einen problematischen Medienkonsum.

Bei Migrantinnen und Migranten der ersten Generation, insbesondere bei Personen ab 40 Jahren, ist nach Ansicht der FGT nur ein gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein vorhanden. Entsprechend gering ausgeprägt sind Kenntnisse zu Gesundheitsthemen wie Rauchen, Bewegung oder Ernährung.

Die FGT erwähnen auch Spielsucht und Gewalt als weitere Problemfelder.

3.3.3.2 *Entwicklungspotentiale*

3.3.3.2.1 *Allgemeine Aspekte der migrationsorientierten Gesundheitsförderung und Prävention*

Die FGT weisen darauf hin, dass Prävention im Vergleich zu kurativen Massnahmen für das Gesundheitssystem kostengünstiger wäre. Präventionsmassnahmen sind jedoch aus Sicht der FGT derzeit vor allem auf physische Beschwerden ausgerichtet. Prävention im Bereich psychische Gesundheit ist fast nicht vorhanden, insbesondere für die in der Schweiz häufigen Suizide. Hier macht es nach Ansicht der FGT aber prinzipiell keinen Unterschied, ob jemand einen Migrationshintergrund hat oder nicht. Probleme ergeben sich allenfalls aufgrund von Sprachbarrieren.

Als Idee kam auf, Menschen mit Migrationshintergrund gleich beim Eintreffen in der Schweiz bei Bedarf zu unterstützen und ihnen zu helfen, die Migration zu verarbeiten, z.B. in Form eines Workshops. So können Ängste und Depressionen gemildert oder gar verhindert werden.

Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere solche die auf psychische Probleme zielen, sollten nicht primär die Krankheit ins Zentrum stellen, sondern versuchen, die Ressourcen zu fördern. Einen Psychologen aufzusuchen, ist für viele Menschen mit Migrationshintergrund ein Tabu, da man dann gleich als verrückt gilt. Besonders die Männer sind nach den Erfahrungen der FGT weniger offen für psychische Probleme und verhindern teilweise sogar, dass ihre Frauen psychologische Hilfe wahrnehmen.

Generell empfehlen die FGT, man solle die Migrationsbevölkerung dort ansprechen, wo sie ihre Freizeit verbringen (Vereine, Feste, Veranstaltungen, religiöse Zentren) und nicht erwarten, dass sie Beratungsstellen aufsuchen. Aufsuchende Angebote zu Hause sind für den Erstkontakt weniger empfehlenswert, da dies als invasiv empfunden werden könnte.

3.3.3.2.2 *Mediatorinnen und Mediatoren*

Wenn es um konkrete Hilfestellungen und Informationsvermittlung geht, finden es die FGT sehr wichtig, dass Migrantinnen und Migranten jemanden mit dem gleichen kulturellen Hintergrund ansprechen können. Beispielsweise sind in der Albanischen Gemeinschaft die Menschen untereinander sehr offen und erzählen sich alle Probleme, auch wenn sie sich nicht näher kennen. Eine albanische Frau kann aufgrund des gemeinsamen kulturellen Hintergrunds eine andere albanische Frau besser verstehen. Die Hausfrauen treffen sich jeweils am Nachmittag zum Kaffee und besprechen alles. Die Männer treffen sich in Vereinen (z.B. Fussballclub) und besprechen ihre Probleme. Für die Schweizer Bevölkerung sind sie kaum sichtbar, da sie eher unter sich bleiben. Auch über soziale Netzwerke unterstützt sich die Albanische Gemeinschaft: Eine FGT hat eine Facebook Gruppe gegründet, bei der Personen Rat finden, u.a. auch solche, die psychische Probleme haben. In der Gruppe können sie sich darüber austauschen und das hilft ihnen sehr.

Eine andere FGT macht im Projekt *Spiel mit mir* Hausbesuche bei serbischen Eltern und arbeitet in einem Kaffeetreff. Wenn sie im Rahmen ihrer Hausbesuche problematische Verhaltensmuster entdeckt, etwa beim Alkoholkonsum, versucht sie zu helfen, indem sie mit der Frau spricht und ihr Ehemann mit dem betroffenen Mann. Auch besteht ein enger Austausch mit der Mütterberaterin, mit der sie sich in solchen Fällen bespricht. Durch diese eher informelle Unterstützung wird schon viel abgedeckt. Für die FGT stimmt daher die Aussage nicht, dass es schwierig sei, die serbische oder albanische Migrationsbevölkerung zu

erreichen. Insgesamt finden die FGT, dass für Menschen mit Migrationshintergrund offizielle Beratungsstellen oft der falsche Rahmen sind. Beratungsstellen klingen nach Behörden und Kosten. Viele Frauen haben Angst, die Mütterberatung aufzusuchen. Sie nehmen sie als Kontrollinstanz wahr, welche überprüfen will, ob die Eltern das Kind angemessen versorgen und befürchten, dass ihnen bei Problemen das Kind weggenommen werden könnte. Es fehlt auch das Wissen darüber, dass die Mütterberatung kostenlos ist und für Kinder bis zu 5 Jahren in Anspruch genommen werden kann. Deswegen ist es von grosser Bedeutung, wenn es Mediatorinnen und Mediatoren gibt, das heisst, Menschen mit Migrationshintergrund, die Personen aus ihrem Kulturkreis an eine Mütterberatung weiterverweisen können oder auf andere Angebote aufmerksam machen. Sie sind eine Brücke zwischen den Fachstellen und den Familien mit Migrationshintergrund. Die FGT haben erlebt, dass Hemmungen und Ängste, eine Beratungsstelle aufzusuchen oder eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, abgebaut werden, wenn sie diese empfehlen und von ihren eigenen Erfahrungen berichten.

Die FGT rufen dazu auf, dass die Arbeit der Mediatorinnen und Mediatoren, welche heute im Hintergrund und auf freiwilliger Basis tätig sind (v.a. Frauen) – zum Beispiel im Rahmen von *femmesTische* – offiziell anerkannt und vergütet wird. Dies ist umso wichtiger, da es gerade die Frauen sind, die mehrfachen Rollenanforderungen gerecht werden müssen – als Mutter, Hausfrau, Berufstätige und Pflegerin/Haushälterin von Eltern oder Schwiegereltern.

3.3.3.2.3 Angebote in der eigenen Sprache und Dolmetschen

Den FGT ist es ein Anliegen, dass Angebote in der eigenen Sprache vorhanden sind. Zum Beispiel wurde ein Referat für türkische Frauen mit dem türkischem Psychiater und Psychologen Dr. Osman Tezayak über Depression organisiert. Die Frauen waren sehr zufrieden und ein weiteres Referat zum Thema Angst ist bereits geplant. Aus Sicht der FGT wäre es generell wichtig, fremdsprachige Beratungsangebote bei psychischen Problemen bereitzustellen. Besonders wichtig ist dabei, dass die Angebote auch von Personen ohne Auto und mit Kinderbetreuungspflichten niederschwellig wahrgenommen werden können.

Eine der FGT war der Ansicht, dass Dolmetscher am vertrauenswürdigsten wirken, wenn sie auf Augenhöhe mit den Klientinnen und Klienten sind und unkompliziert organisiert werden können. Sie selbst hat während eines längeren Spitalaufenthalts regelmässig für andere Patientinnen übersetzt und von ihren eigenen Erfahrungen erzählt.

Eine andere FGT berichtet, dass es von allen Beteiligten oft als lästig empfunden wird, jemanden fürs Dolmetschen beizuziehen. Es besteht dann die Tendenz, das Gespräch rasch zu erledigen, was die Gefahr von Missverständnissen birgt.

3.3.3.2.4 Allgemeine Gesundheitsförderung, Präventions- und Integrationsangebote

Neben spezifischen Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund würdigen die FGT auch Präventionsangebote, die sich an die ganze Bevölkerung richten, etwa *Schweiz bewegt*. Aus ihrer Erfahrung nehmen viele Menschen mit Migrationshintergrund daran teil. Es ist gratis, ungezwungen, „normal“ und ein gemeinsames Erlebnis für die gesamte Bevölkerung, unabhängig von der Herkunft. Solche Aktionen sollten nach Ansicht der FGT mehr als einmal pro Jahr stattfinden. Ebenso wären mehr kostenlose Sportangebote in den Gemeinden wünschenswert.

Die FGT vertreten die Ansicht, dass das wechselseitige Verständnis zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Autochthonen gefördert werden sollte. Einerseits leisten Schulungen über kulturelle Besonderheiten von Menschen mit Migrationshintergrund, wie sie für Fachpersonen angeboten werden, gute Dienste. Andererseits sind die FGT engagiert in der Organisation von Deutschkursen für Ausländerinnen und Ausländer, wobei besonders darauf geachtet wird, dass die Kurse nach Nationalitäten gut durchmischt sind.

3.3.3.2.5 Frühe Förderung, Kinderbetreuung

Ebenfalls thematisiert wurde die frühe Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund. Diese sollte schon im Kindergartenalter einsetzen und nicht erst dann, wenn sich Probleme bereits manifestiert haben. Pilotprojekte wie *Spiel mit mir* sollten etabliert werden.

Entwicklungspotentiale bestehen bei Kinderbetreuungsangeboten. So wäre es etwa wünschbar, dass bei Kindern einkommensschwacher Familien der Besuch der Spielgruppe durch die Gemeinde stärker finanziell unterstützt wird. Die FGT erachten es als zentral, dass Kinder mit Migrationshintergrund regelmässig Kontakt zu Schweizer Kindern haben.

3.3.3.2.6 Spezifische Angebote für Männer

Die FGT erachten es als sinnvoll, für Männer mit Migrationshintergrund analoge Strukturen wie bei *femmesTische* zu etablieren und an die spezifischen Bedürfnisse von Männern anzupassen. Nach einer Schulung könnten die Männer ebenso Treffen organisieren. Dabei müsste dem Umstand Rechnung getragen werden, dass sich in einigen Kulturkreisen die Männer eher in Vereinen und weniger zu Hause treffen. Es wäre auch wichtig, den Männern Achtung und Wertschätzung für Frauen zu vermitteln.

3.3.3.2.7 Angebote für schwer erreichbare Gruppen

Die FGT schlagen für schwer erreichbare Teile der Migrationsbevölkerung vor, Zugang, insbesondere zur ersten Generation, mit Hilfe der zweiten oder dritten Generation zu finden. Letztere haben mehr Wissen über Gesundheitsthemen, sind in der Schweiz gut integriert und oft sensibilisiert auf Themen der Migrationsbevölkerung. Ein solches Vorgehen könnte spezifisch die Erreichbarkeit der portugiesischen Migrationsbevölkerung verbessern.

3.3.3.3 Entwicklungshemmnisse

Generell schätzen die FGT die Kosten eines Angebotes als zentralen Faktor ein, der darüber entscheidet, ob ein Angebot wahrgenommen wird oder nicht. Bereits eine geringe Kostenbeteiligung von wenigen Franken pro Monat würde viele von der Nutzung abhalten. Die Angebote sollten daher, wo immer möglich, kostenlos sein.

Auch zeitliche Ressourcen spielen eine bedeutende Rolle. Da Menschen mit Migrationshintergrund oftmals beruflich gering qualifiziert sind und daher weniger Einkommen erzielen können, ist eine Teilzeitarbeit aus finanziellen Erwägungen nicht möglich. Dies kam etwa im Rahmen des Projektes *Spiel mit mir* dadurch zum Ausdruck, dass die Hausbesucherin angefragt wurde, die Kinder zu hüten, anstatt - wie im Projekt vorgesehen - zusammen mit Eltern und Kind zu spielen.

Als weiteres allgemeines Hemmnis wurde von den FGT die Berichterstattung über Ausländer in den Medien thematisiert. Diese sei oft tendenziös, populistisch und produziere Ressentiments gegenüber der Migrationsbevölkerung im Allgemeinen. Positive Berichte über Menschen mit islamischen Glauben gibt es kaum.

4 Diskussion

4.1 Die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Zentrale Unterschiede zwischen den beiden Fokusgruppen traten insbesondere bei der Wahrnehmung möglicher Bewältigungsstrategien im Falle von belastenden oder gar krisenhaften Lebensereignissen oder Situationen zutage. Während in der Fachpersonengruppe in solchen Fällen primär die Rolle und Nutzung der professionalisierten Beratungsangebote im Vordergrund standen, verwiesen die FGT aus der Migrationsbevölkerung besonders auf die Funktion informeller sozialer Netzwerke: Vor allem bei Menschen aus dem Balkanraum wird offenbar eine grosse Offenheit gelebt. Frauen und Männer erzählen sich untereinander alle Probleme, auch wenn sie nicht eng miteinander befreundet sind. Die hieraus

erwachsende informelle Unterstützung erübrigt aus der Sicht der Frauen in den meisten Fällen eine professionelle Hilfeleistung durch Beratungsstellen. Entsprechend unterschiedlich fallen die Erwartungen an die Schlüsselpersonen (Mediatorinnen und Mediatoren) aus der Migrationsbevölkerung aus. Während die Fachpersonen-FGT die Rolle und Funktion von Schlüsselpersonen als Türöffner und Multiplikatoren für Beratungsangebote und deren Nutzung thematisieren, betonen die FGT aus der Migrationsbevölkerung die zentrale Rolle der Schlüsselpersonen als Dreh- und Angelpunkt sozialer (Selbsthilfe-)Netzwerke. Aus letzterer Perspektive heraus besteht also nicht primär die Notwendigkeit, dass Schlüsselperson den Zugang zu Beratungsstellen verbessern, wie es von den Fachpersonen wahrgenommen wird, sondern dass in erster Linie die informellen Hilfeleistungen der Schlüsselpersonen gestärkt und anerkannt werden. Dies kann mitunter dadurch erfolgen, dass die Beratungsstellen die Schlüsselpersonen in ihrer Unterstützungstätigkeit unterstützen, wie es bereits heute von der MVB praktiziert wird. Die MVB genießt denn auch nach Aussagen der FGT ein hohes Mass an Legitimation in der Migrationsbevölkerung.

Die oben beschriebene Bedeutung sozialer Netze für Menschen aus dem Balkanraum bleibt auch für die Beurteilung der Erreichbarkeit dieser Personen nicht folgenlos. In Kontrast zu den Befunden der Bestandsaufnahme und SWOT, welche auf den Aussagen von Fachpersonen beruhen, nehmen die FGT aus der Migrationsbevölkerung Personen aus dem Balkanraum keineswegs als schwer erreichbar wahr, was damit zusammenhängt, dass einige der FGT selbst aus Serbien, dem Kosovo oder Mazedonien stammen. Demgegenüber gelten Personen aus Portugal, auch bei den FGT aus der Migrationsbevölkerung, als eher schwierig zu erreichen.

Die FGT aus der Migrationsbevölkerung waren im Vergleich zu den Fachpersonen-FGT zudem dezidiert der Ansicht, dass eine Schlüsselperson denselben kulturellen Hintergrund haben sollte, wie die Population, für die sie Hilfeleistungen erbringt.

Akuter Bedarf an professionellen Angeboten besteht aus der Sicht der FGT aus der Migrationsbevölkerung eher im therapeutischen Bereich. Psychologische oder psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen, ist einerseits in vielen Kulturen hochgradig tabuisiert und schambesetzt. Hier sind spezifische Sensibilisierungs- und Enttabuisierungsmassnahmen wünschbar. Andererseits möchten Frauen aus der Migrationsbevölkerung gemeindenaher psychologische Hilfe in der eigenen Sprache aufsuchen können. Schliesslich fehlt es nach Ansicht der FGT aus der Migrationsbevölkerung auch an ressourcenstärkenden Angeboten, die nicht mit Krankheit, Abweichung oder Schwäche besetzt sind und vor allem auch neu zugewanderte Personen mit Migrationshintergrund bei Bedarf in der Verarbeitung der Migration unterstützen könnten.

Ein weiterer Punkt, der nur von den FGT aus der Migrationsbevölkerungsgruppe erwähnt wurde, ist, dass Personen mit Migrationshintergrund gut auf allgemeine Gesundheitsförderungsangebote ansprechen, die die ganze Bevölkerung als Zielgruppe haben und bei denen konkret und kostenlos gemeinsame Freizeitaktivitäten gefördert werden.

In beiden Fokusgruppen wurde die Wichtigkeit von Schlüsselpersonen, von früher Förderung und subventionierten Kinderbetreuungsangeboten für Kinder mit Migrationshintergrund betont. Beide Gruppen unterstützten auch Projekte der frühen Förderung wie *Spiel mit mir* und *Mit Eltern lernen*. Weiterhin stimmten die FGT überein, dass kulturellen und sprachlichen Integrationsangeboten ein hoher Stellenwert zukommt.

4.2 Identifizierte Handlungsfelder und mögliche Umsetzungsmassnahmen

4.2.1 Vernetzung und Stärkung von Schlüsselpersonen

Wie bereits die Bestandsaufnahme und die SWOT-Analyse gezeigt haben, ist die Vernetzung von Institutionen aus dem Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereich mit Schlüsselpersonen aus dem Umfeld der Migrationsbevölkerung schwach oder erst im Aufbau begriffen. Auch die Fokusgruppengespräche heben die Intensivierung dieser Vernetzung und die Stärkung von vorhandenen Netzwerken im Kreis der Migrationsbevölkerung durch die Anerkennung von Schlüsselpersonen hervor.

Unterschiedliche Sichtweisen bestehen jedoch hinsichtlich des Zeitpunkts der Vernetzung (bedarfszentrierte Vernetzung versus strategische Vernetzung) und der konkreten Rolle und Funktion der Schlüsselpersonen (Multiplikatoren für die Bekanntmachung und Nutzung professioneller Angebote versus Mediatorinnen und Mediatorinnen in Selbsthilfe-Netzwerken). Entsprechend unterschiedliche Optionen bieten sich an, wenn es um die Verbesserung der Vernetzung geht. Alle möglichen Optionen aufzuzeigen, würde den Rahmen dieser Studie sprengen. Wir beschränken uns daher nachfolgend auf die Darlegung einiger weniger möglicher Umsetzungsmassnahmen.

4.2.1.1 Zentralisierte Kontaktliste von Schlüsselpersonen

Um eine rasche Kontaktaufnahme und Vernetzung mit Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung zu ermöglichen, wurde von den Fachpersonen-FGT das Führen einer zentralen Liste mit entsprechenden Kontaktdaten vorgeschlagen, welche dann von diversen Akteuren bei Bedarf konsultiert werden kann. Eine mögliche Stelle für die Führung einer solchen Kontaktliste ist die Fachstelle Integration des Kantons Thurgau.

Bei der Erstellung der Kontaktliste kann an bereits etablierte Kontakte angeknüpft werden: *femmesTische* Moderatorinnen oder Mitarbeiterinnen des Projektes *Spiel mit mir* sowie andere Personen mit Migrationshintergrund, die bereits informelle Unterstützungs- und Vernetzungsaktivitäten ausüben. Diese könnten ggf. auch weitere Kontakte vermitteln. Die Kontaktliste sollte eine gute Durchmischung von Personen aus verschiedenen Wirkungskreisen und mit unterschiedlichem sozialem Status aufweisen, denn je nach Anlass eignet sich eine Respektsperson besser oder schlechter als eine Person auf Augenhöhe.

4.2.1.2 Rekrutierung von Mediatorinnen und Mediatoren und Stärkung informeller sozialer Netzwerke

Durch den Ausbau von *femmesTische* Netzwerken und anderen informellen sozialen Netzwerken im ganzen Kanton könnten zusätzliche Schlüsselpersonen aufgebaut und Kontakte zur Migrationsbevölkerung hergestellt werden. Mediatorinnen und Mediatoren könnten in solchen Netzwerken bedarfsgerecht Informationen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention streuen sowie, subsidiär, auf die professionellen Hilfsangebote aufmerksam machen. Um Männer zu erreichen, empfiehlt sich ebenfalls der Aufbau von Netzwerken à la *femmesTische*. Hier müsste zuerst ein Konzept entwickelt werden, wie solche Gesprächsrunden an die Bedürfnisse von Männern adaptiert werden können. Als Vorbild könnte das Väter-Forum¹¹ der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich dienen. Die Väter in diesem Projekt wurden über *femmesTische* Moderatorinnen rekrutiert.

4.2.1.3 Rollen und Funktionen klären

Um Missverständnisse zu vermeiden, sollten Rollen und Funktionen von Kontaktpersonen geklärt werden. Ebenso sollte geklärt werden, wann es opportun ist, eine Person zu kontaktieren. Dies sollte gemeinsam und in Absprache mit den Personen aus der Migrationsbevölkerung geschehen. Zudem könnte es nützlich sein, eine differenzierte Terminologie zu erarbeiten, welche den unterschiedlichen Rollen und Funktionen Rechnung trägt. Denn wie sich gezeigt hat, verknüpfen sich mit dem Begriff „Schlüsselperson“ höchst unterschiedliche Erwartungen.

4.2.2 Migrationsorientierte G&P im Bereich psychische Gesundheit

Dauerhafte und durchgängige Angebote der G&P in den Bereichen Angststörungen, Depression und Suizid sind bislang nicht vorhanden, obwohl deren Prävalenz sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Personen mit Migrationshintergrund vergleichsweise hoch ist. Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion mit Personen aus der Migrationsbevölkerung verweisen darauf, dass G&P Angebote spezifisch für die

¹¹ Weitere Informationen zum Väter-Forum unter:

https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/suchtpraevention/familie_freizeit/vaeterforum.secure.html

Migrationsbevölkerung wichtig wären. Dies betrifft insbesondere die Vermittlung von Informationen in der eigenen Sprache sowie Massnahmen zur Sensibilisierung für psychische Probleme.

4.2.2.1 *Internet-Informationsplattform zu Angststörungen, Depression, Suizid*

Aufgrund der hohen Prävalenz von Angststörungen, Depression und Suizid in der ständigen Wohnbevölkerung insgesamt, könnte die Schaffung einer dauerhaft verfügbaren Internet-Plattform, welche über diese psychische Störungen informiert und auf konkrete Hilfsangebote verweist, nützlich sein. Als Umsetzungsvorbild könnte SOS-Spielsucht dienen, wo bereits heute in einem kantonalen Verbundsystem Informationen zum Thema Spielsucht in unterschiedlichen Sprachen angeboten werden.

4.2.2.2 *Sensibilisierung am Rande von Freizeitanlässen*

Punktuelle Informationsvermittlung zu psychischer Gesundheit kann auch im Rahmen von Grossanlässen im Stil von *Schweiz bewegt* erfolgen. Solche Anlässe werden offenbar auch von der Migrationsbevölkerung rege besucht und bilden damit eine gute Voraussetzung, um Kurzinformationen zum Thema psychische Gesundheit zu streuen.

4.2.2.3 *Gezielte Informationsvermittlung im Rahmen etablierter und neuer migrationsspezifischer Netzwerke*

Bereits heute werden punktuell migrationsspezifische Informationsveranstaltungen (Vorträge, Diskussionen) zu Themen der psychischen Gesundheit von den *femmesTische* organisiert und durchgeführt. Diese Aktivitäten sollten weiter unterstützt und ausgebaut werden (Streuung in weiteren informellen sozialen Netzen). So etwa wäre es für die Planung und Umsetzung von Informationsveranstaltungen nützlich, zu wissen, welche Fachpersonen über entsprechende Sprach- und Kulturkenntnisse verfügen und bereit wären, an solchen Veranstaltungen mitzuwirken (vgl. auch 4.2.1)

4.2.3 **Frühe Förderung und Betreuungsangebote für Kinder**

Die frühe Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund — und damit auch die frühe Stärkung von gesundheitsrelevanten Ressourcen (Resilienz) — wird von beiden Fokusgruppen besonders betont. Projekte der frühen Förderung, die spezifisch für Kinder aus Familien mit einem Migrationshintergrund zugeschnitten sind, sind im Kanton Thurgau zwar vorhanden, aber teilweise nur lokal verfügbar, weil sie sich in einer Pilotphase befinden bzw. durch spezifische Gemeinden getragen werden.

4.2.3.1 *Bedürfniszentrierte Massnahmen der frühen Förderung*

Die Bestandsaufnahme und deren Validierung zeigen einen Pool von Massnahmen der frühen Förderung auf, die sich auf weitere Gemeinden ausdehnen liessen. Dies sollte in Abhängigkeit der jeweiligen Bedürfnisse der örtlichen Zielgruppen erfolgen [14], da die Bevölkerungsstruktur im Kanton Thurgau stark variiert (siehe Kapitel 3.1.3.1, Tabelle 3.5).

Die Erfahrungen aus bereits durchgeführten oder laufenden (Pilot-)Projekten wie *Spiel mit mir*, *Mit Eltern lernen* oder *Fit in den Kindergarten* bieten eine gute Ausgangsbasis, um spezifische Massnahmen der frühen Förderung im gesamten Kanton Thurgau weiter zu verbreiten und abzustützen. Die Fokusgruppengespräche haben jedoch gezeigt, dass solche Projekte für Personen mit Migrationshintergrund oft nur dann attraktiv sind, wenn sie kostenlos sind oder höchstens einen minimalen Elternbeitrag vorsehen. Dies dürfte vor allem auf die besonders vulnerable Migrationsbevölkerung zutreffen.

Vor allem für die Zielgruppe von berufstätigen Eltern mit Migrationshintergrund besteht eine weitere Möglichkeit der frühen Förderung darin, Betreuungsplätze in Kindertagesstätten oder andere Formen der frühen Kinderbetreuung verstärkt zu subventionieren.

4.2.3.2 *Stärkung der MVB*

Ein zentraler Pfeiler der frühen Förderung und des Kontakts zur Migrationsbevölkerung stellen die Angebote der MVB dar. Durch die niederschweligen und gemeindenahen Angebote sowie die

Kontaktetablierung gleich bei der Geburt eines Kindes, besteht eine ausserordentlich gute Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Sowohl die allgemeinen Angebote als auch das migrationspezifische Angebot *Miges Balù* sollten daher weiter gestärkt werden.

4.2.3.3 *Übernahme von Guter Start ins Kinderleben in den Courant Normal*

Das Projekt *Guter Start ins Kinderleben* sollte weitergeführt werden. Hier wurden bereits wichtige Vernetzungen zwischen Fachpersonen aufgebaut, die weiter genutzt werden können.

4.2.4 **Schwer erreichbare Gruppen**

Auf der Grundlage der Interviews mit Fachpersonen wurden unterschiedliche Migrationsgruppen als schwer erreichbar identifiziert, etwa Personen aus dem Balkan, aus Portugal oder Sri Lanka. Auch Migranten und Migrantinnen der ersten Generation, mit eher schlechten Deutschkenntnissen und unterdurchschnittlicher Health Literacy, sind nach Ansicht der Fachpersonen schwer zu erreichen. Die Fokusgruppendifkussion mit Personen aus der Migrationsbevölkerung legten demgegenüber nahe, dass Menschen mit Migrationshintergrund über andere Problemlösungsstrategien verfügen können, d.h. Hilfe primär über informelle soziale Netzwerke einfordern und wahrnehmen und sich weniger auf professionalisierte Hilfsangebote verlassen, die oft mit staatlicher Kontrolle und Einflussnahme gleichgesetzt wird.

4.2.4.1 *Einsatz von Mediatorinnen und Mediatoren*

Für die als schwer erreichbar geltenden Teile der Migrationsbevölkerung empfiehlt sich aufsuchende Arbeit durch Mediatorinnen und Mediatoren (vgl. 4.2.1). Diese könnten im Rahmen ihrer sozialen Netzwerke informelle Hilfeleistungen anbieten sowie subsidiär und bedarfsorientiert auf professionelle Hilfsangebote aufmerksam machen.

4.2.5 **Beratungsangebote und therapeutische Angebote**

Bei den Beratungsangeboten und den therapeutischen Angeboten dürften die problematische Finanzierung (Globalbudget, Fallkostenpauschale) sowie organisatorische Hürden dazu beitragen, dass ikÜ weniger oft nachgefragt werden, als dies eigentlich angezeigt wäre.

4.2.5.1 *Erwägung alternativer Finanzierungsmodelle für ikÜ*

Um informellen Übersetzungen oder gar das Wegfallen von indizierten Übersetzungen bei heiklen Beratungsgesprächen oder Therapien zu verhindern, wäre es wünschbar, Beratungs- und Behandlungskosten sowie Übersetzungskosten strikte zu trennen. Denkbar wäre etwa die Schaffung eines kantonalen Übersetzungsfonds, welcher für klar umrissene Angebote Mittel für den Einsatz von ikÜ bereitstellt. Damit könnte gleichzeitig gewährleistet werden, dass Personen aus der Migrationsbevölkerung auch Beratungsangebote von freiwilligen Organisationen, etwa dem Blauen Kreuz, wahrnehmen können.

4.2.5.2 *Förderung und Unterstützung fremdsprachiger Selbsthilfegruppen*

Initiativen, wie die im Aufbau begriffene Selbsthilfegruppe türkischer Frauen zum Thema Depression, sollten systematisch unterstützt und gefördert werden. Als hilfreich könnten sich solche Initiativen auch bei Anschlussprogrammen an den stationären Aufenthalt erweisen, etwa bei Suchtgesprächgruppen, wenn aufgrund sprachlicher Probleme eine Teilnahme bei deutschsprachigen Gruppen nicht möglich ist.

4.2.5.3 *Gezielte Rekrutierung fremdsprachiger Fachpersonen*

Allenfalls kann geprüft werden, ob Fachpersonen aus dem Bereich psychische Gesundheit für die bevölkerungsstärksten Migrationsgruppen im entsprechenden Heimatland rekrutiert werden können und Ihnen die Einrichtung einer Praxis erleichtert werden kann.

4.3 **Fazit**

Auf der Grundlage der Bestandsaufnahme und den daran anschliessenden Fokusgruppengesprächen konnten eine Reihe von potentiellen Handlungsfeldern mit möglichen Umsetzungsmassnahmen identifiziert werden. Im vorangehenden Kapitel 4.2 waren wir bestrebt, diejenigen herauszuarbeiten, die uns am

praktikabelsten erschienen. Weitere Handlungsfelder und mögliche Umsetzungsmassnahmen finden sich insbesondere in den Kapiteln 3.2 (Stärken-Schwächen-Analyse) und 3.3 (Fokusgruppen); so etwa wird dort auf das Fehlen systematischer Screenings auf psychische Auffälligkeiten im Rahmen schulärztlicher Untersuchungen hingewiesen.

Weiterhin legen sowohl die Bestandsaufnahme wie auch die Fokusgruppendifkussionen nahe, dass die frühe Förderung einen zentralen Stellenwert innerhalb einer migrationsorientierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie in den Bereichen Sucht und psychische Gesundheit einnehmen sollte. Einerseits ist die Erreichbarkeit der Zielgruppe im Kinder- und Jugendalter potentiell am grössten, da die Kontaktstellen durch den institutionellen Rahmen weitgehend vorstrukturiert sind (Geburtskliniken, Spielgruppen, Kindergarten, Schulen). Andererseits dürfte der Nutzen professioneller Angebote hier am grössten ausfallen, da zu einem sehr frühen Zeitpunkt präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen ergriffen werden können, um eine gesunde physische, psychische und soziale Entwicklung der Kinder zu begünstigen.

Für die erwachsene Migrationsbevölkerung bietet sich insbesondere die Unterstützung von weitgehend selbsttragenden Netzwerken im Stil der *femmesTische* sowie ggf. aufsuchende Arbeit für schwer erreichbare Gruppen an. Merkmal solcher informeller sozialer Netzwerke ist, dass sie es Menschen eines spezifischen Kulturkreises ganz allgemein erlauben, in sozialen Austausch zu treten und die für sie drängenden Probleme und Fragen zu besprechen. Dies schliesst gelegentlich, aber nicht ausschliesslich, Themen aus dem Bereich Gesundheit ein. Dementsprechend wichtig ist die Rolle von Schlüsselpersonen oder Mediatorinnen und Mediatoren in solchen Netzwerken. Sie können bei Bedarf, insbesondere bei integrationsrelevanten Themen, als Übersetzer fungieren; dies schliesst ein, dass sie ihren Landsleuten auch professionelle Hilfsangebote im Bereich Gesundheit näher bringen und so Vertrauen schaffen können, damit diese Angebote im Bedarfsfall wahrgenommen werden.

Literatur

1. Egloff N: **Bevölkerung wächst erneut kräftig. Wohnbevölkerung der Gemeinden am 31. Dezember 2012.** In: *Statistische Mitteilungen*. Dienststelle für Statistik des Kantons Thurgau; 2013.
2. Rommel A, Weilandt C, Eckert J: **Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Wohnbevölkerung. Endbericht.** Bonn: Wissenschaftlicher Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD); 2006.
3. Guggisberg J, Volken T, Ackermann S, Gardiol L, Ruesch P, Abel T, Graf I, Oesch T, Künzi K, Müller C: **Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht.** In. Bern: Bundesamt für Gesundheit & Bundesamt für Migration; 2011.
4. Volken T, Ruesch P: **Risk of overweight and obesity among migrants in Switzerland.** *Health* 2012, **4(8):**514-521.
5. Volken T, Ruesch P, Guggisberg J: **Fruit and vegetable consumption among migrants in Switzerland.** *Public health nutrition* 2013, **16(1):**156-163.
6. Althaus F, Paroz S, Renteria S, Rossi I, Gehri M, Bodenmann P: **Gesundheit von Ausländern in der Schweiz.** *Schweiz Med Forum* 2010, **10(4):**59-65.
7. Lind O, Vincenz B: **Integrationsbericht: Situation der Ausländerinnen und Ausländer im Kanton Thurgau. Bestandes- und Bedarfsanalyse im Jahr 2011/2012.** In.: Department Justiz und Sicherheit des Kantons Thurgau, Migrationsamt, Fachstelle Integration; 2012.
8. Kaba-Schönstein L: **Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien.** In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* edn. Edited by (BZgA) BfgA. Gamburg Verlag für Gesundheitsförderung; 2011: 137-144.
9. Antonovsky A: **Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit.** Tübingen: dgvt-Verlag; 1997.
10. Franzkowiak P: **Prävention und Krankheitsprävention.** In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* edn. Edited by (BZgA) BfgA. Gamburg Verlag für Gesundheitsförderung; 2011: 179-180.
11. Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J: **Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung.** Bern: Verlag Hans Huber; 2010.
12. Hafen M: **Die Begrifflichkeit in der Prävention - Verwirrung auf allen Ebenen. Abhängigkeiten - Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung** 2001, **1/01:**33-49.
13. Hafen M: **Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung.** *Prävention* 2004, **1:**8-11.
14. ISPM-ZH: **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.** Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin; 2004.
15. Caplan G: **Principles of preventive psychiatry.** New York/London: Basic Books; 1964.
16. **Nationales Programm Migration und Gesundheit** [www.miges.admin.ch]
17. Kaya B, Efonayi-Mäder D: **Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten.** Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2008.
18. Domenig D: **Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.** Bern: Hans Huber; 2007.
19. **Glossar zum interkulturellen Dolmetschen und Vermitteln** [<http://www.interpret.ch/was-ist-eigentlich.html>]
20. Gehrig M, Calderón R, Guggisberg J, Gardiol L: **Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Schlussbericht.:** <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12532/13449/index.html> (27.5.2013); 2012.
21. Ackermann G: **Besser mit Methode.** *focus* 2006, **26:**18-21.
22. www.quint-essenz.ch: **Checkliste zur Berücksichtigung der Migrationsperspektive (Version 1.1 vom 15.6.2007).** Bern: Gesundheitsförderung Schweiz; 2007.
23. www.quint-essenz.ch: **Qualitätskriterien, Version 5.1 (28.2.2012).** Bern: Gesundheitsförderung Schweiz; 2012.

24. SRK: **Qualitätskriterien für migrationsgerechte Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen. Eine Orientierungshilfe für Institutionen und Projektverantwortliche.** Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz; 2010.
25. König M: **Suchtangebote für Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund in der Schweiz.** *abhängigkeiten* 2011, **3**:128-147.
26. König SM, Bernhardt KA: **Migrationsgerechte Suchtarbeit. Texte von der Praxis für die Praxis.** Bern: Infodrog; 2009.
27. Oggier J: **Sich gegenseitig respektieren.** *laut & leise* 2008, **3**:5-7.
28. Pfluger T, Biedermann A, Salis Gross C: **Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen.** Herzogenbuchsee: Public Health Services; 2008.
29. Rusch M: **Migration und Suchtfragen. Eine Bedarfs- und Bedürfnisabklärung bei der Migrationsbevölkerung zu Angeboten der Suchtberatung und Suchtprävention Zug.** Zug: Fachstelle für Suchtfragen und Prävention; 2003.
30. Salis Gross C, Schnoz D, Cangatin S: **(Nicht-)Rauchen wie ein Türke.** *SuchtMagazin* 2009, **4**:30-34.
31. Schu M, Martin M: **Bestandesaufnahme zu transkulturellen Kompetenzen in der Sucht Hilfe in NRW.** Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht; 2012.
32. **Programm Spiel Mit Mir** [<http://www.periurban-weinfeld.ch/index.php/fruehe-foerderung>]
33. Rutter M: **Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications.** In: *Handbook of early childhood interventions.* edn. Edited by Schonkoff J, Mesels S; 2000: 651-682.
34. Grünbeck M: **Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen.** Zürich: Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich; 2009.
35. Holtmann M, Schmidt M: **Resilienz im Kinder- und Jugendalter.** *Kindheit und Entwicklung* 2004, **13**(4):195-200.
36. Meschke L, Patterson J: **Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention.** *Journal of Primary Prevention* 2003, **23**(4):483-514.
37. Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C., R. F: **Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegaler Drogen in der Schweiz im Jahr 2012.** Lausanne: Sucht Schweiz; 2013.

Anhang

Interviewleitfaden zum semi-standardisierten Interview mit Fachpersonen



Interviewleitfaden migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention

Interviewleitfaden migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Sucht und psychische Gesundheit

Anmerkungen

Die Leitfragen sind nach Themengebieten geordnet und dienen lediglich als grobe Orientierungshilfe. D.h. spezifische Fragen werden in Abhängigkeit des vorgängig ausgewerteten standardisierten Fragebogens ausgewählt. Ebenso können weitere Fragen gestellt werden, um Ergänzungen oder Präzisierungen zu einzelnen Punkten einzuholen.

Konzept der Gesundheitsförderung und Projektbegründung (Chancengleichheit, Bedarfsanalyse, Bedarfsgerechtigkeit)

- 1) Können Sie mir schildern, welchen Einfluss der Faktor Migrationshintergrund bei der Ausgestaltung Ihrer Angebote hat(te)?
- 2) Warum ist/war der Migrationshintergrund für die Angebotsgestaltung wichtig oder unwichtig?
- 3) Gab/Gibt es allgemeine Erfahrungen aus der Praxis, spezifische Abklärungen, wissenschaftliche Befunde oder anderes Vorwissen, welches den Einbezug des Migrationshintergrunds bei spezifischen Angeboten nahe legt(e)? oder nicht – d.h. ein spezifischer Bedarf für ein Angebot festgestellt werden konnte oder nicht festgestellt werden konnte.
- 4) Können Sie das näher ausführen?
 - a. Unterschiede innerhalb/zwischen Migrationsgruppen und/oder Autochthonen? Welche Gruppen konkret? (Nationalität, Aufenthaltsstatus, Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, etc.)
 - b. Wie wurde die Bedarfsabklärung durchgeführt?
 - c. Allgemeine Felderfahrung? Erfahrung aus ähnlichen Angeboten/Projekten? Spezifische Abklärung im Feld? ...
 - d. Wer hat die Bedarfsabklärung durchgeführt?
 - e. Waren Menschen mit Migrationshintergrund bei der Projektarbeit/Bedarfsabklärung beteiligt? Wie genau? (Spektrum: Betroffene mit Migrationshintergrund, ikÜ, ikV, Schlüsselpersonen aus dem Integrations- und Migrationsbereich etc.).
- 5) Für welche Migrationsgruppen (ggf. Nationalitäten, Aufenthaltsstatus, ...) wurde ein spezifischer Bedarf ermittelt? Und für welche Angebote?

Strukturen, Qualifikation, Vernetzung (Projektplanung und Projektorganisation)

- 1) Können Sie mir schildern, wie konkret die Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund umgesetzt worden sind? Am besten ist, sie schildern mir kurz, was geschieht, wenn Menschen mit Migrationshintergrund ein spezifisches Angebot wahrnehmen (beispielsweise eine Beratung).
 - a. Angebote, die sich nur an Menschen mit Migrationshintergrund richten
 - b. Umgang mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten

Fortsetzung Interviewleitfaden zum semi-standardisierten Interview mit Fachpersonen



Interviewleitfaden migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention

- c. Berücksichtigung des Migrationskontexts
- d. Unterschiedliche kulturelle Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster (Gesundheit/Krankheit; Tabuisierung von Sucht und psychischen Störungen usw.)
- 2) Für welche spezifischen Migrationsgruppen sind Angebote verfügbar?
- 3) Welche Mittel kommen/kamen dabei zum Einsatz? – um Angebote migrationsgerecht zu gestalten (Bsp. ikÜ, ikV, transkulturelle Kompetenz, Vernetzung mit Migrations-Communities, Organisationen/Fachstellen aus dem Integrations- und Migrationsbereich).
- 4) Welche Bedeutung und welchen Stellenwert haben die einzelnen Mittel?
 - a. Für die Organisation
 - b. Für die Migrationsgruppen
- 5) Welche Erfahrungen wurden gemacht? (Planungsphase und operativer Betrieb)
 - a. Wie läuft die Zusammenarbeit zwischen ikÜ/ikV und Fachpersonen in Beratungen? Wo liegen die Vorteile, wo die Nachteile?
 - b. Welche Vor- und Nachteile ergeben sich für die Klientinnen und Klienten aus dem spezifischen Setting? Was könnte verbessert werden?
 - c. Vernetzung: Stellenwert, Vor- und Nachteile.
 - d. Welche Weiterbildungsmassnahmen wären ggf. wünschbar?
 - e. Welche Weiterbildungsmassnahmen haben sich bereits bewährt?
- 6) Achtung! NICHT für STATISCHE INFORMATIONSANGEBOTE (Flyer, Broschüren, Ton- und Bildträger etc.): Wie häufig kommt es in der Praxis etwa vor, dass bei Gesprächen mit und Begleitung oder Beratung von Klientinnen und Klienten ikÜ oder ikV eingesetzt werden?
- 7) Welche Migrationsgruppen nutzen ikÜ, ikV besonders ausgeprägt? (Nationalität, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer, Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status,...)
- 8) KEINE migrationsgerechten ANGEBOTE vorhanden: Sind Ihnen aus der Praxis Fälle bekannt, wo es wünschbar gewesen wäre, wenn man auf ikÜ, ikV, übersetzte Informationsbroschüren usw. hätte zurückgreifen können, um die Kommunikation bzw. das gegenseitige Verständnis zu verbessern? Können Sie mir einige Beispiele aus der Praxis erzählen? Was passierte genau? Wo lag das Problem? Konnten Lösungen gefunden werden? – und welche?

Monitoring und Evaluation der Nachfrage, der Zufriedenheit der Akteure und der Zielerreichung (Projektsteuerung und Wirkungen)

Falls systematisch Daten erfasst wurden (standardisierter FB-Teil):

- 1) Sie erfassen ja systematisch Daten zur Nutzung unterschiedlicher Angebote. Können Sie mir schildern, welche Daten konkret erfasst werden?
- 2) Wie werden die Daten erfasst?
 - a. Wie sieht der Prozess aus?
 - b. Wer macht was, wo, mit welchen Hilfsmitteln?
 - c. Wie sieht es mit der Periodizität aus?
- 3) Welchen Stellenwert haben die Daten?
 - a. Dienen Sie primär statistischen Zwecken?
 - b. Werden sie in Prozesse der Angebotsevaluation einbezogen? [-> potentielle Unterversorgung erkennen].
 - c. Was wird evaluiert?
- 4) Können Sie mir sagen, wie häufig die einzelnen Angebote genutzt werden?
- 5) Gibt es Unterschiede in der Nutzung der Angebote?
 - a. innerhalb und zwischen Menschen mit Migrationshintergrund/Autochthonen.
- 6) Wie lassen sich allfällige Unterschiede erklären?

Fortsetzung Interviewleitfaden zum semi- standardisierten Interview mit Fachpersonen



Interviewleitfaden migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention

- a. [Hier insbesondere Augenmerk auf die Unterschiede Autochthone/Migrationsbevölkerung richten].
- 7) Wurden allfällige Unterschiede dokumentiert?
 - a. [Hier insbesondere Augenmerk auf die Unterschiede Autochthone/Migrationsbevölkerung richten].
- 8) Gibt es Zahlenmaterial über die Nutzung der Angebote, welches Sie mir mitgeben oder zusenden könnten (Statistiken oder Rohdaten)?
 - a. [Auch fragen, falls Frage nach konkreten Zahlen momentan nicht beantwortet werden kann].

Falls Daten nicht systematisch erfasst wurden (standardisierter FB-Teil):

- 1) Bislang erfassen Sie Daten zur Nutzung unterschiedlicher Angebote nicht systematisch. Können Sie als praxiskundige Fachperson eine grobe Einschätzung der Nutzung vornehmen?
- 2) Was meinen Sie, gibt es Unterschiede in der Nutzung zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen?
 - a. Welche Gruppen wären das?
- 3) Und wie sieht es in Ihrer Einschätzung mit Unterschieden zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Schweizerinnen und Schweizern aus?
- 4) Ist eine systematische Erfassung der Nutzung von Angeboten in Planung? Falls nicht: Was ist Ihrer Ansicht nach der Grund dafür?

Diverses

- 1) Gibt es für die Angebote, welche wir diskutiert haben, einen „offiziellen“ Dienstleistungsbeschrieb, den Sie mir mitgeben oder zusenden könnten?
- 2) Können Sie mir weitere Personen nennen, die Ihrer Ansicht nach unbedingt zum Thema befragt werden sollten? Dies können Fachpersonen, Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung oder Personen aus dem Integrations- und Migrationsbereich sein. Könnten Sie mir die Kontaktdaten dieser Personen nennen?
- 3) Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas zum Thema, das wir bislang nicht angesprochen haben? Was wäre das?
- 4) Im Verlauf dieses Jahres werden wir auf der Grundlage unserer Interviews eine Bestandsaufnahme der migrationsgerechten Angebote erstellen. Zu Beginn des nächsten Jahres ist ein Fokusgruppen-Gespräch mit unterschiedlichen Stakeholdern geplant, wo die Resultate diskutiert werden. Wären Sie grundsätzlich bereit, daran teilzunehmen?

Kurzfragebogen zur Bedarfsanalyse für Fachpersonen

Kurzfragebogen migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention



Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Sucht und psychische Gesundheit

Im Auftrag des Kantonsärztlichen Dienstes Thurgau (Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht) führt die Fachstelle Gesundheitswissenschaften der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) im Zeitraum 2013-2014 eine Studie durch.

Die Studie verfolgt das Ziel, Angebote öffentlicher und privater Dienstleister im Kanton Thurgau zu dokumentieren, welche auf Gesundheitsförderung und Prävention in den Feldern Sucht und psychische Gesundheit zielen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Frage, inwiefern die vorhandenen Angebote spezifische Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung berücksichtigen (müssen) bzw. ein Bedarf an migrationsgerechten Angeboten besteht.

Die Systematisierung bestehender Angebote im Rahmen einer Bedarfsanalyse und der Einbezug unterschiedlicher Stakeholder sollen im Resultat helfen, zukünftige Angebote optimal auf spezifische Zielgruppen auszurichten.

Für die Studie relevant sind alle verfügbaren Angebote - inklusive Beratungen, jedoch exklusive ambulante oder stationäre Therapieangebote.

Angebote im Feld Sucht können sowohl stoffgebundene wie nicht stoffgebundene Abhängigkeit aus dem legalen oder illegalen Bereich zum Thema haben (Alkohol, Tabak, Medikamente, Cannabis, Heroin, Glücksspiel usw.).

Angebote im Bereich psychische Gesundheit können sich auf spezifische psychische Störungen beziehen – beispielsweise Informations- und Gesprächsangebote zur Enttabuisierung von und Sensibilisierung für depressive Störungen oder Beratungsangebote für Angehörige von Menschen mit depressiven Störungen.

Angebote können im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes aber auch auf die Stärkung von Ressourcen zielen, welche spezifische oder unspezifische psychische Störungen zum Thema haben – ersteres wären beispielsweise Stressbewältigungskurse, in denen Teilnehmende den Umgang mit Stress erlernen, um einem potentiellen Burnout vorzubeugen; letzteres können Massnahmen sein, die darauf abzielen, Kindern möglichst gute Lebens- und Entwicklungsbedingungen zu bieten, um psychische Störungen allgemein zu verhindern.

Im Vorfeld des vereinbarten persönlichen Interviews möchten wir Sie bitten, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen, damit wir uns auf das Gespräch vorbereiten können.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum 28. August 2013 an thomas.volken@zhaw.ch zurück.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

Fortsetzung Kurzfragebogen zur Bedarfsanalyse für Fachpersonen

Kurzfragebogen migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention



Zunächst einige wenige Fragen zu Ihrem Arbeitsumfeld:
Bei welcher Organisation/Institution sind Sie tätig? <input type="text"/>
In welchem Bereich bzw. in welcher Abteilung sind Sie tätig? <input type="text"/>
An welchem Standort sind Sie tätig? <input type="text"/>
Welche Funktion üben Sie aus? <input type="text"/>

Fortsetzung Kurzfragebogen zur Bedarfsanalyse für Fachpersonen



Kurzfragebogen migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention

Nachfolgend geht es um **Gesundheitsförderung und Prävention** in den Feldern **Sucht und psychische Gesundheit**. Bitte tragen Sie **alle Angebote – inklusive** ambulante und stationäre **Therapieangebote** -, welche ihre Organisation/ihr Bereich in diesen Feldern im **Jahr 2013** erbringt, in die untenstehende Tabelle ein. Bitte tragen Sie die Zielgruppe, an die sich das Angebot richtet, auch ein.

Angebote und Zielgruppen sind beispielsweise:

- Bereitstellung und Abgabe von Informationsmaterial (Flyer, Broschüren, Web, Soziale Medien, Filme, Videos, ...) für/an
 - die allgemeine Bevölkerung
 - gefährdete oder betroffene soziale Gruppen
 - gefährdete oder betroffene Personen oder deren Angehörige
- Begleitung/Betreuung von
 - gefährdeten oder betroffenen Personen oder deren Angehörige
- Beratung von
 - gefährdeten oder betroffenen Personen oder deren Angehörige
 - Schulen, Unternehmen, Ämtern und weiteren kollektiven Akteuren

Angebot	Zielgruppe und Angebot in Stichworten
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	

Fortsetzung Kurzfragebogen zur Bedarfsanalyse für Fachpersonen



Kurzfragebogen migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention

Bitte füllen Sie für jedes Dienstleistungsangebot, das Sie auf Seite 2 erfasst haben, eine separate Beurteilungsseite aus.

Angebot A

Kurzbezeichnung des Angebots:

Bitte beurteilen Sie nun für dieses spezifische Angebot, ob die folgenden Aussagen zutreffen oder nicht zutreffen. (Falls eine Aussage keine Bedeutung für dieses spezifische Angebot hat, kreuzen Sie bitte ‚nicht relevant‘ an.)

		trifft zu	trifft nicht zu	nicht relevant	weiss nicht
A.1	Das Angebot fördert die gesundheitliche Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.2	Spezifische Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund werden ebenso gut berücksichtigt wie die Anliegen der Zielgruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.3	Das Angebot richtet sich ausschliesslich an Menschen mit Migrationshintergrund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.4	Eine oder mehrere für das Angebot zuständige Fachpersonen verfügen über eine Weiterbildung in transkultureller Kompetenz. (Transkulturelle Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit, anderen Menschen in ihrer individuellen Lebens- und Gesundheitssituation vorurteilsfrei begegnen zu können.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.5	Eine oder mehrere für das Angebot zuständige Fachpersonen haben selbst einen Migrationshintergrund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.6	Für das Angebot zuständige Fachpersonen können bei Bedarf interkulturell Übersetzende und/oder interkulturell Vermittelnde beiziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.7	Für das Angebot zuständige Fachpersonen stehen in regelmässigem Kontakt mit Schlüsselpersonen der Migrations-Communities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.8	Für das Angebot zuständige Fachpersonen arbeiten mit relevanten Organisationen und Fachstellen aus dem Migrations- und Integrationsbereich zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.9	Es wird systematisch erfasst, wie viele Menschen insgesamt das Angebot nutzen bzw. durch das Angebot erreicht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.10	Es wird systematisch erfasst, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund das Angebot nutzen bzw. durch das Angebot erreicht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.11	Es ist notwendig, das Angebot spezifisch auf Menschen mit Migrationshintergrund auszurichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>