

«Mainstreaming Migration» der Massnahmen der Strategien Sucht und NCD

Schlussbericht

Zuhanden von

Karin Gasser, Sabina Hösli (Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit)

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern

Olten, den 22. September 2017

Holger Schmid
Lucy Bayer-Oglesby
Wim Nieuwenboom
Felix Wettstein
Claude Isofa Nkanga Bokembya

© Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Zusammenfassung	3
1 Einleitung	5
1.1 Ausgangslage	5
1.2 Modelle von Migration und Gesundheit.....	6
1.3 Bezug zu aktuellen Strategien des Bundes	9
1.4 Ziel und Fragestellungen der Untersuchung.....	10
1.5 Vorgehensweise und Methodik.....	11
2 Sichtung der Massnahmen der Strategien Sucht und NCD	13
2.1 Bildung von vier Massnahmen-Cluster	13
2.2 Massnahmen Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention.....	14
2.3 Massnahmen Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung.....	16
2.4 Massnahmen Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung.....	17
2.5 Massnahmen Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung	18
3 Literaturanalyse zu «Mainstreaming Migration» der Massnahmen der Strategien Sucht und NCD.....	19
3.1 Ergebnisse zu Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention	19
3.1.1 Anpassung allgemeiner Konzepte an die Zielgruppensituation.....	19
3.1.2 Aspekte der Zusammenarbeit	20
3.2 Ergebnisse zu Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung.....	21
3.2.1 Zugangsbarrieren und Erreichbarkeit.....	21
3.2.2 Krankheitsmanagement	22
3.2.3 Prävention im Rahmen von Beratung.....	22
3.3 Ergebnisse zu Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung.....	23
3.3.1 Schadensminderung.....	23
3.3.2 Risikoverhalten	24
3.4 Diskussion der Literaturanalyse zu den Massnahmen-Clustern	25
4 Online-Befragung der Expertinnen und Experten im Migrationsbereich	26
4.1 Ergebnisse zu Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention	26
4.2 Ergebnisse zu Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung.....	27
4.3 Ergebnisse zu Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung.....	29
4.4 Ergebnisse zu Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung	30
5 Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten im Migrationsbereich.....	31
5.1 Ergebnisse zu Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention	31
5.2 Ergebnisse zu Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung.....	37
5.3 Ergebnisse zu Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung.....	41
5.4 Ergebnisse zu Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung	45
6 Abschliessende Bemerkungen.....	47
7 Literatur	50

8	Anhang	56
8.1	Methodik der Literaturanalyse	56
8.2	Methodik der Online-Befragung.....	60
8.3	Methodik der Fokusgruppen	62
8.4	Definition der Massnahmen-Cluster 1-4 aus der NCD-Strategie und aus der Strategie Sucht 2017-2024	65
8.5	Tabellarische Darstellung der Literaturübersicht zum Projekt «Mainstreaming Migration»	69
8.6	Fragebogen der Online-Befragung	81
8.7	Offene Angaben im Rahmen der Online-Befragung	88
8.8	Teilnehmende der Fokusgruppen in alphabetischer Reihenfolge	96
8.9	Projektteam des Bundesamtes für Gesundheit	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	<i>Erklärungsmodell des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit (nach Schenk, 2007)</i>	<i>7</i>
Abbildung 2:	<i>Life-Course Perspektive auf die Entwicklung von Migration und Gesundheit (nach Spallek & Razum, 2008)</i>	<i>8</i>
Abbildung 3:	<i>Ablauf der Untersuchung mit der Sichtung der Massnahmen, der Literaturanalyse, der Online-Befragung und der Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten im Migrationsbereich sowie der Workshop mit Mitarbeitenden des Bundesamtes für Gesundheit BAG.....</i>	<i>12</i>
Abbildung 4:	<i>Flow Chart des Selektionsprozesses für die Literaturübersicht zum Projekt «Mainstreaming Migration»</i>	<i>59</i>
Abbildung 5:	<i>Anzahl Nennungen der Befragten in der Online-Befragung nach Arbeitsfeld</i>	<i>64</i>

Zusammenfassung

In der Schweiz werden im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten während der kommenden sieben Jahre im Wesentlichen zwei nationale Strategien umgesetzt, welche ihrerseits aus den gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats «Gesundheit 2020» abgeleitet sind: Die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie) sowie die Nationale Strategie Sucht 2017–2024.

Eines von vier Handlungsfeldern von «Gesundheit 2020» ist Chancengleichheit für alle Gruppen der Bevölkerung. Insbesondere sollen die Gesundheitschancen von verletzlichen Bevölkerungsgruppen verbessert sowie ihre Risiken minimiert werden. Zu den vulnerablen Gruppen in der Bevölkerung gehören Migrantinnen und Migranten, zumindest ein bedeutender Teil unter ihnen. Es ist erklärtes Ziel, für Migrantinnen und Migranten den Zugang und die Orientierung im Gesundheitssystem zu gewährleisten sowie ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Die beiden nationalen Strategien sollen zu diesem Ziel wesentlich beitragen. Der vorliegende Bericht bietet eine Grundlage dafür.

Als Migrantinnen und Migranten gelten alle in der Schweiz wohnhaften Personen, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden oder nicht. Das ist rund ein Viertel der Bevölkerung. Es ist offensichtlich, dass die Migrationsbevölkerung keine homogene Gruppe darstellt.

Der Ansatz des «Mainstreaming Migration» steht für Zugangsweisen und Massnahmen, dank derer die Dimension «Migration» bei Überlegungen und Handlungen von Akteuren der Gesellschaft systematisch einbezogen wird. Im konkreten Fall geht es darum, diese Dimension bei allen Bestrebungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit zu berücksichtigen. Basis für erfolgreiches «Mainstreaming Migration» ist die Vernetzung und Kommunikation unter den zahlreichen beteiligten Akteurinnen und Akteuren, die im Rahmen der beiden nationalen Strategien handeln. Die Tatsache, dass die Migrationsbevölkerung sehr heterogen ist, macht den Anspruch des «Mainstreaming Migration» komplex.

Erster methodischer Schritt für den vorliegenden Bericht war eine systematische Literaturanalyse. Die wichtigste Erkenntnis daraus: Es ist entscheidend, dass die Bedürfnisse der verschiedenen Migrationsgruppen von Beginn an Berücksichtigung finden. Bereits bei der Planung von Aktivitäten sollen partizipative Strukturen gebildet werden, in denen Migrationsorganisationen und -Communities vertreten sind. Eine weitere Bedingung für den Erfolg ist die Schulung von Fachpersonen in transkultureller Kompetenz, spezifisch bezüglich Gesundheitsfragen, epidemiologischem Wissen und dessen Konkretisierung im Kontext von Migration.

Sodann wurden die Massnahmenpläne der NCD-Strategie und der Strategie Sucht in Bezug auf ihre Bedeutung für die Migrationsbevölkerung hin gesichtet. Dabei wurden Einzelmassnahmen zu vier Clustern gruppiert: Cluster 1 umfasst Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, Cluster 2 beinhaltet Massnahmen der Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung, Cluster 3 berücksichtigt Risikoverhalten und Schadensminderung und Cluster 4 die Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung.

In einem nächsten Schritt wurden Expertinnen und Experten aus dem Migrationsbereich in zwei Phasen befragt und um ihre Bewertungen der Massnahmen in den vier Clustern gebeten: Zuerst mit Hilfe einer Online-Befragung, anschliessend in Fokusgruppendifkussionen. Die insgesamt fünf Fokusgruppen waren jeweils nach Arbeitsfeldern homogen, oder nahezu homogen, zusammengesetzt. Passend zu Cluster 1, Gesundheitsförderung und Prävention, wurden in den Fokusgruppengesprächen die Bedingungen einer guten Information und Sensibilisierung reflektiert und die Bedeutung von strukturellen Massnahmen in den Feldern (Schul-)Bildung und Arbeitswelt hervorgehoben. Die Hauptfrage des Clusters 2, wie die Prävention in der Gesundheitsversorgung gestaltet werden könne, wurde relativiert, denn bereits der Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt für viele Migrantinnen und Migranten ein Problem dar und muss umfassend gewährleistet werden. Im Versorgungssystem an sich braucht es eine patientenzentrierte Betreuung. Der persönliche Kontakt macht es möglich, Risikoverhalten anzusprechen. In der Perspektive von Cluster 3 braucht es Massnahmen der Schadensminderung, insbesondere zur Früherkennung und Frühintervention. Schliesslich sind Ausbildung, Weiterbildung und Forschung die Grundlagen für alle Massnahmen, die im Cluster 4 umschrieben sind.

Abschliessend erfolgte ein zusammenfassender Überblick über die Massnahmen in den Clustern und eine Relativierung der möglichen Schlüsse aus der vorliegenden Untersuchung.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Schweiz gehört zu den europäischen Ländern, in denen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl am meisten Ausländerinnen und Ausländer wohnen. Der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung betrug 24,3 % im Jahr 2014 (Bundesamt für Statistik, 2015). Die Nationen, deren Staatsangehörigkeiten zurzeit am häufigsten vorkommen, sind Italien (15,3 %), Deutschland (14,9 %), und Portugal (13,1 %). Die verbleibenden 56,7 % der ausländischen Wohnbevölkerung verteilen sich auf über 200 Staatsangehörigkeiten. Diese Anteile, verteilt auf viele Gruppen, unterstreichen, wie vielfältig die Wohnbevölkerung der Schweiz insgesamt ist (Balthasar, Müller, & Oetterli, 2009).

«Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht». (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2006). Die Migrationsbevölkerung umfasst, neben der offiziell registrierten ausländischen Wohnbevölkerung, auch die eingebürgerten Personen der ersten und zweiten Generation sowie die offiziell nicht erfassten Personen ohne Aufenthaltsbewilligung (Sans-Papiers) (Pfluger, Biedermann, & Salis Gross, 2008) und Asylsuchende. Die Migrationsbevölkerung, genauer definiert als in der Schweiz wohnhafte Personen, die bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden oder nicht (BAG Bundesamt für Gesundheit, 2007), ist keine homogene Gruppe, die der einheimischen Bevölkerung problemlos gegenübergestellt werden kann. Dies wird insbesondere dann augenfällig, wenn versucht wird, die Gesundheit der Migrationsbevölkerung der Schweiz zu beschreiben (vgl. Pfluger et al., 2008, p. 28), die in vielen Indikatoren eine grosse Variation aufweist. Im vorliegenden Bericht wird zur Beschreibung dieser Gruppe die Umschreibung «Migrantinnen und Migranten» bzw. «Menschen mit Migrationshintergrund» verwendet.

Die Schweiz verfügt über einige Forschungsergebnisse und wissenschaftliche Grundlagenkenntnisse zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2016). Insbesondere zeigt das bisher zweimal durchgeführte Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG, 2010), dass diese den eigenen Gesundheitszustand im Vergleich zur Restbevölkerung weniger gut einschätzt. Mit zunehmendem Alter der Befragten akzentuiert sich diese Differenz, und sie ist bei Frauen ausgeprägter als bei Männern. Hinzu kommt eine teilweise häufige Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung, vor allem durch Hausärzte und Hausärztinnen und ein problematisches Gesundheitsverhalten in Bezug auf das Rauchen, die Bewegung und die Ernährung. Der Vergleich zur einheimischen Bevölkerung zeigt aber auch geringe Unterschiede in der Aufnahme in Notfallstationen und Spitalambulatorien

Die Migrationsbevölkerung umfasst die in der Schweiz wohnhaften Personen, die bei ihrer Geburt keine Schweizer Staatsangehörigkeit besaßen.

Migrantinnen und Migranten bilden eine äusserst heterogene Gruppe der Bevölkerung der Schweiz. Allgemeine Aussagen zu ihrer gesundheitlichen Situation sind dadurch erschwert. Im groben Vergleich zur einheimischen Bevölkerung zeigt sich dennoch ein insgesamt schlechterer Gesundheitszustand.

sowie weniger Alkoholkonsum. Die Asylbevölkerung zeigt im Vergleich zu den anderen befragten Gruppen eine eher tiefe Gesundheitskompetenz.

Es gibt auch eine enorme Variation in den Indikatoren verschiedener sozialer Bedingungen, unter denen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz leben. Dass ein Migrationshintergrund meist mit sozialer Benachteiligung assoziiert wird, hat u.a. damit zu tun, dass bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung häufig unter schwierigen sozioökonomischen Bedingungen leben (Kaya, 2007). Familien mit Migrationshintergrund haben durchschnittlich mehr Kinder und die Geburtsziffer liegt bei Ausländerinnen leicht höher als bei Schweizerinnen (1.84 gegenüber 1.56) (Bundesamt für Statistik, 2016), was das Armutsrisiko bei Ausländerinnen erhöht. Die Armutsquote der ständigen Wohnbevölkerung ab 16 Jahren liegt bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bei 6.3 %, während sie bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei 7.7 % ausmacht (Bundesamt für Statistik, 2014). Weiterhin ist eine höhere Erwerbslosigkeit bei Ausländerinnen und Ausländern (17.2 %) als bei Schweizerinnen und Schweizern (14.9 %) festzustellen (Bundesamt für Statistik, 2014). Damit bekommen ausländische Arbeitskräfte die Auswirkungen wirtschaftlich schwieriger Situationen deutlicher zu spüren als ihre Schweizer Kolleginnen und Kollegen (Bundesamt für Statistik, 2008).

Viele Migrantenfamilien sind einer Kumulation von Risiken (vor allem sozioökonomischer Art) ausgesetzt. Kinder aus Familien, die besonders stark von Risikofaktoren betroffen sind, zeigen wiederum häufiger Entwicklungsschwierigkeiten. Dies gilt vor allem für Migrantinnen und Migranten der ersten Generation mit einem niedrigen Bildungsniveau und aus ländlichen Gebieten.

Migrantinnen und Migranten sind im Durchschnitt häufiger von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

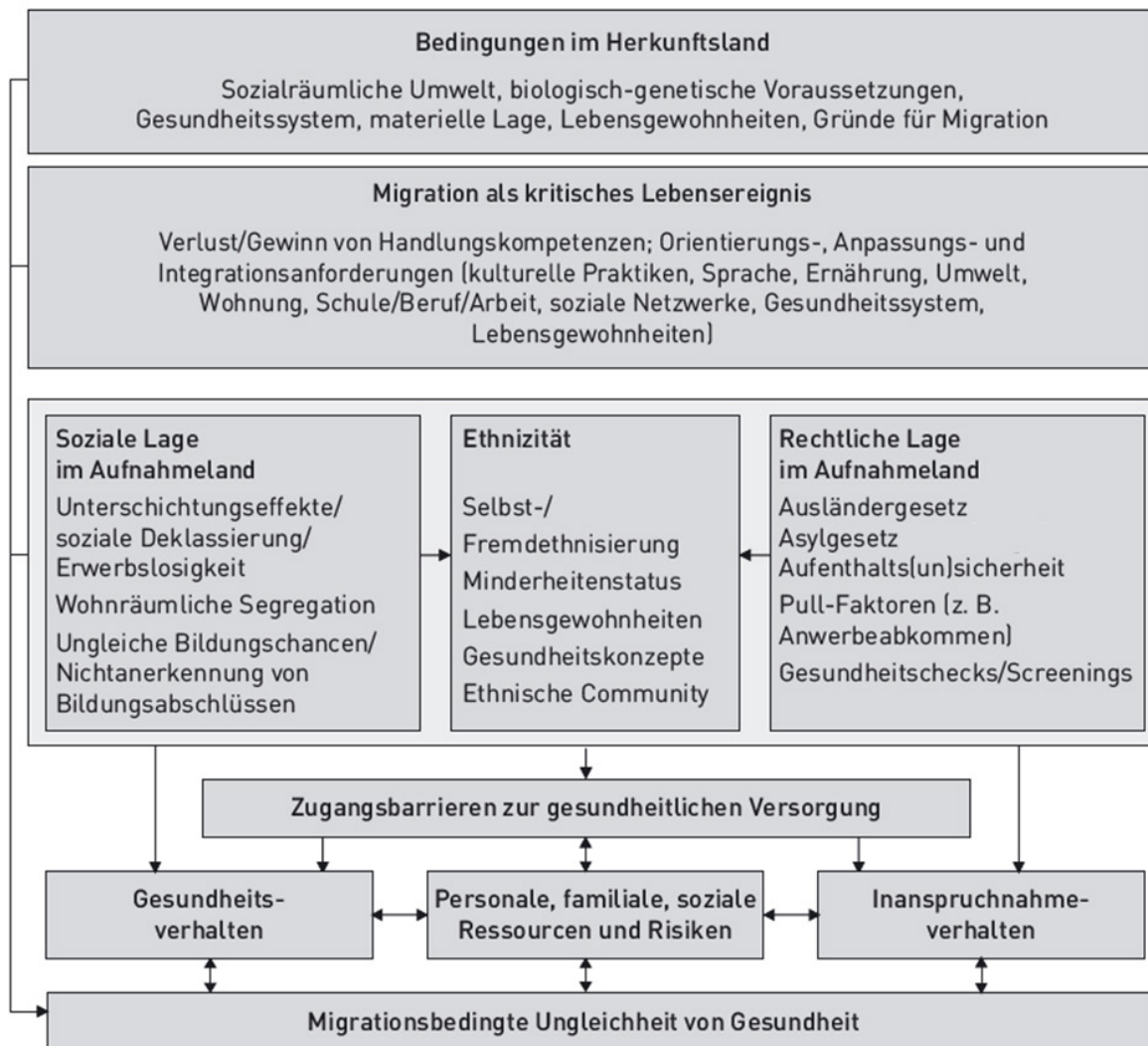
Wenn es um Fragen der Gesundheit geht, gebührt sozial benachteiligten Migrantinnen und Migranten, und insbesondere Asylsuchenden und Sans-Papiers, besondere Aufmerksamkeit, da der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit gut belegt ist und sozioökonomische Benachteiligung stark mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist (Bachmann, 2014). Im Bericht zur Gesundheit in der Schweiz werden die Migrationsumstände, der Aufenthaltsstatus sowie die mangelnde Integration als migrationspezifische Einflussfaktoren auf die Gesundheit zusammen gefasst (Bachmann, Burla, & Kohler, 2015). Im folgenden Kapitel wird ein Modell vorgestellt, das die sozioökonomischen Verhältnisse und Differenzierungen berücksichtigt.

1.2 Modelle von Migration und Gesundheit

Die Daten zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung lassen sich besser einordnen, wenn deren Betrachtung und Interpretation auf Erklärungsmodellen basiert und nicht auf nachträglich gesuchten Erklärungen. Schenk (2007) schlägt ein Modell zur Erklärung und Analyse des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit vor, welches die verschiedenen Bedingungen sichtbar macht. Migrationsbedingte Ungleichheit von

Gesundheit wird in enger Wechselwirkung mit dem Gesundheitsverhalten, den personalen, familialen, sozialen Ressourcen und Risiken sowie dem Inanspruchnahme-Verhalten gesehen. Diese Faktoren wiederum hängen mit Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung zusammen. Weiter spielen Ethnizität, die Bedingungen im Aufnahme- und Herkunftsland sowie die Migration als kritisches Lebensereignis eine wichtige Rolle in Bezug auf die migrationsbedingte Ungleichheit von Gesundheit.

Abbildung 1: Erklärungsmodell des Zusammenhangs zwischen Migration und Gesundheit (nach Schenk, 2007)

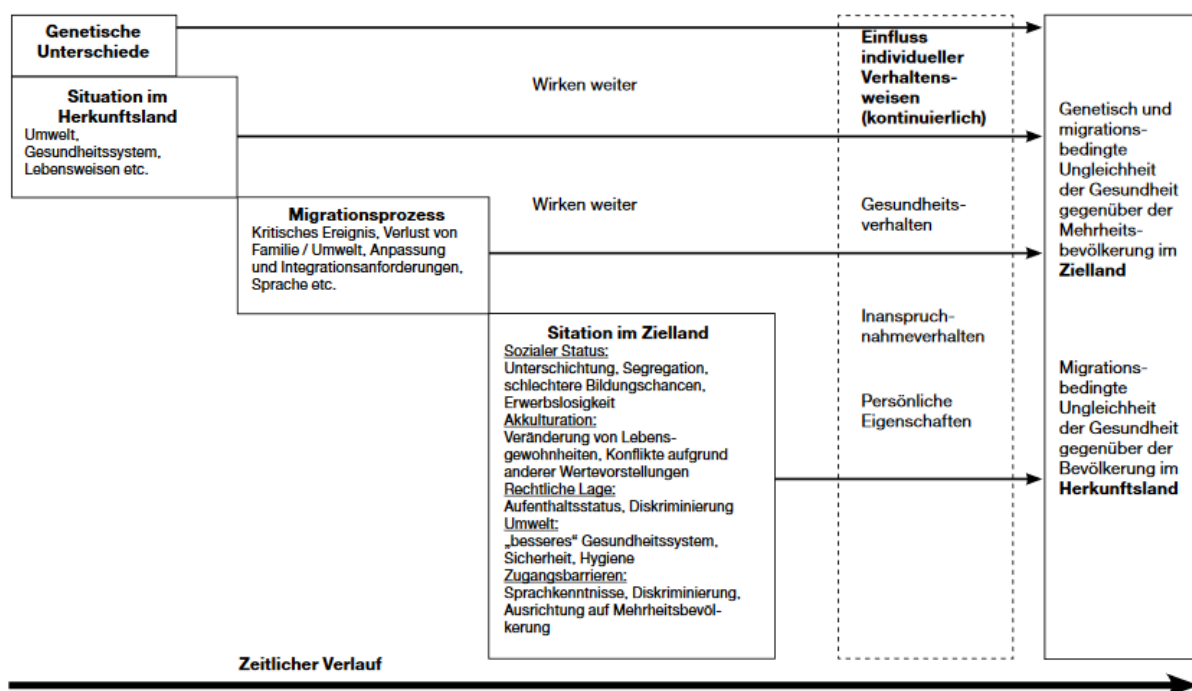


Spallek und Razum (2008) erweitern dieses Modell, indem sie die Ungleichheit gegenüber der Mehrheitsbevölkerung im Ankunftsland und im Herkunftsland unterscheiden und eine Lebenslaufperspektive hinzufügen, die über die Betrachtung von kritischen Lebensereignissen hinausgeht. Viele Migrantinnen und Migranten waren während der Kindheit im Herkunftsland einflussreichen Umweltbedingungen und Lebensweisen ausgesetzt. Dies kann zu bestimmten,

teilweise unerwarteten, Mustern des Auftretens von insbesondere chronischen Krankheiten führen. Für die Entstehung von Herz-Kreislaufkrankungen beispielsweise, sind verschiedene Risikofaktoren verantwortlich. Der Risikofaktor Rauchen kommt in bestimmten Gruppen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund häufig vor. Sie unterscheiden sich aber von der autochthonen Bevölkerung in den vergleichsweise niedrigeren Mengen an über die Lebenszeit konsumierten Zigaretten, da vergleichsweise spät mit dem regelmässigen Rauchen begonnen wurde. Dies ist nur ein Beispiel dafür, wie Faktoren der frühen Kindheit einen wichtigen Unterschied ausmachen, insbesondere dann, wenn diese Faktoren erst nach einer beträchtlichen Latenzzeit zu bestimmten Krankheiten führen. Um die Effekte zwischen genetischen Einflüssen, Situation im Herkunftsland auf der einen Seite und dem Migrationsprozess sowie der Situation im Ankunftsland auf der anderen Seite abschätzen zu können, braucht es Vergleichsgruppen der Bevölkerung des Ankunftslands und des Herkunftslands. Genetische Unterschiede und die Situation im Herkunftsland machen dabei den Unterschied zur Mehrheitsbevölkerung im Ankunftsland aus. Die Situation im Zielland hingegen erklärt den Unterschied zur Bevölkerung im Herkunftsland. Auch beim Life-Course Modell muss allerdings kritisch angemerkt werden, dass die Unterschiede zur Bevölkerung nicht nur negativ, sondern durchaus auch positiv ausfallen können.

Um die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten gut beschreiben zu können, bräuchte es Vergleichsgruppen der Bevölkerung des Ankunftslands und des Herkunftslands.

Abbildung 2: *Life-Course Perspektive auf die Entwicklung von Migration und Gesundheit (nach Spallek & Razum, 2008)*



1.3 Bezug zu aktuellen Strategien des Bundes

Mit der Agenda Gesundheit 2020 (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2013) will der Bundesrat die Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren und die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern. Im Handlungsfeld 2 werden Massnahmen zur Chancengleichheit und zur Stärkung der Selbstverantwortung vorgesehen. Bei vulnerablen Gruppen, zu denen auch gewisse Migrantinnen- und Migrantengruppen gezählt werden, stehen Massnahmen des Zugangs, der Orientierung im Gesundheitssystem und der Erhöhung der Gesundheitskompetenz im Vordergrund.

Ebenfalls mit dieser Agenda verbunden ist die Entwicklung von zwei Strategien: die Nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten und die Nationale Strategie für eine umfassende und kohärente Suchtpolitik (Bruhin, 2014). Der Bundesrat hat am 11.11.2015 die Nationale Strategie Sucht verabschiedet und den Auftrag erteilt, einen Massnahmenplan zur Umsetzung der strategischen Überlegungen zu entwickeln. Am 06.04.2016 haben der Bundesrat und die Kantone die Nationale Strategie zur Vorbeugung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten (non-communicable diseases NCD) verabschiedet. Parallel zur Verabschiedung erteilte der Bundesrat auch hier dem Eidgenössischen Departement des Innern (Bundesamt für Gesundheit BAG) den Auftrag, einen entsprechenden Massnahmenplan abzuleiten. Die Federführung für die Erarbeitung der Massnahmen lag beim BAG, der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), die gemeinsam und unter Einbezug von Fachorganisationen sowie Expertinnen und Experten, die Massnahmen des Bundes, der GDK sowie von GFCH festlegten. Der Massnahmenplan wurde am 16. November 2016 vom Bundesrat und am 24. November 2016 vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik verabschiedet. Die Massnahmen sollen zwischen 2017–2024 umgesetzt werden. Auf einen identischen Zeithorizont blickt der Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024, der vom Bundesrat am 02.12.2016 genehmigt wurde.

Unter «Mainstreaming Migration» werden Aktivitäten verstanden, die ein klares Ziel verfolgen und verschiedene Zielgruppen umfassen. Mit dem im Rahmen des Mainstreaming-Ansatzes getroffenen Massnahmen wird letztlich beabsichtigt, die Chancengleichheit zwischen der autochthonen und der Migrationsbevölkerung zu fördern, indem die Akteurinnen und Akteure aus Politik, Verwaltung und der Gesellschaft dazu bewegt werden, die Migrationsdimension systematisch in ihre Überlegungen und Handlungen mit einzubeziehen. Hierfür ist es notwendig, alle Ebenen der Planung, Umsetzung und Evaluation – sei es im Rahmen von politischen Programmen, Projekten oder Massnahmen – mit zu berücksichtigen (BAG, 2008b, S. 9).

Mit «Mainstreaming Migration» ist gemeint, dass die Aspekte der Migration bei politischen Programmen, Projekten und Massnahmen systematisch mitgedacht werden, um Chancengleichheit zwischen der autochthonen und der Migrationsbevölkerung zu fördern.

Für die Erarbeitung des «Mainstreaming Migration» der Massnahmen der Strategien Sucht und NCD lagen die Massnahmenpläne zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 und zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer

Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 in den jeweiligen Vorversionen vor. Die Pläne umfassen 69 Einzelmassnahmen in der Strategie Sucht und 66 Einzelmassnahmen in der NCD-Strategie. Die Massnahmen sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt.

1.4 Ziel und Fragestellungen der Untersuchung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist wie folgt umschrieben:

- Die Massnahmenpläne der NCD- und der Suchtstrategie auf Bundesebene sind dahingehend analysiert und kommentiert, dass sie auch migrationsspezifische Faktoren einbeziehen und den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung gerecht werden. Dabei wird ein thematischer Fokus bei den Themen Sucht und den NCD-Risikofaktoren Alkohol und Tabak gelegt.

Die Massnahmenpläne der Strategien nichtübertragbare Krankheiten und Sucht werden gesichtet mit dem Ziel, migrationsspezifische Faktoren gebührend einbeziehen zu können.

Es stellt sich zudem die Frage nach dem «Wie»: Wie können die NCD-Strategie und die Strategie Sucht aus Sicht der Bundeszuständigkeit konkretisiert werden, so dass bei der Umsetzung der Massnahmen die spezifischen Ansprüche des Anwendungsfeldes «Migration» zum Tragen kommen, obwohl die Umsetzung vorwiegend dezentral verantwortet wird: in Kantonen, Gemeinden sowie bei nichtstaatlichen Akteurinnen und Akteuren.

Eine weitere Frage zielt auf die Ergebnisebene ab: Geht es darum, die spezifischen Aspekte von Migration bei der Verwirklichung von Einzelmassnahmen zu berücksichtigen, oder geht es um Veränderungen von Einflussgrössen, welche sich ihrerseits auf die Gesundheitsdeterminanten auswirken, oder geht es gar um Veränderung der Gesundheitsdeterminanten selbst? Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung (Cloetta et al., 2004) legt nahe, die Wirkketten zwischen Einzelmassnahmen, Einflussgrössen und Gesundheitsdeterminanten zu reflektieren. Zu berücksichtigen sind Wechselwirkungen, denn die Zugehörigkeit zu einer bestimmten (Migrations-)Gruppe ist eine Variable der Lebenslage und somit per se als Gesundheitsdeterminante aufzufassen.

Bezogen auf die Themen der nationalen Strategien bedeutet dies: Bei der Entstehung einer nichtübertragbaren Krankheit sind psychosoziale Prozesse mit im Spiel und mit den körperlichen Prozessen untrennbar verflochten (Bachmann, 2015). Auch beim Thema Suchtmittelkonsum spielen die Variablen der Lebenslage – darunter ethnische Zugehörigkeit – eine bedeutende Rolle. Ähnliches gilt für andere Formen von Sucht. Ein Forschungsprojekt zum Glücksspielbereich (Häfeli, Lischer, & Villiger, 2012) deutet beispielsweise darauf hin, dass insbesondere Personen aus dem Raum des ehemaligen Jugoslawien, aus der Türkei und aus Italien überproportional gefährdet sind.

Um angesichts derartiger Zusammenhänge wissenschaftlich gestützte Massnahmen ins Auge fassen zu können braucht es theoriegestütztes Wissen zu zwei unterschiedlichen Zusammenhängen: (1) Welche Faktoren sind für die

Entstehung von negativen Auswirkungen auf die Gesundheit verantwortlich (Ätiologietheorie)? und (2) Wie können diese Faktoren durch spezifische Massnahmen verändert werden (Interventionstheorie)? (vgl. Schmid, 2008).

1.5 Vorgehensweise und Methodik

Die Vorgehensweise und die Methodik der einzelnen Arbeitsschritte sind im Anhang (Kapitel 9) detailliert beschrieben (9.1 Methodik der Literaturanalyse, 9.2 Methodik der Online-Befragung und 9.3 Methodik der Fokusgruppen). Dieser Abschnitt soll einen Überblick über das methodische Vorgehen, den zeitlichen Ablauf der Untersuchung sowie die Berichtstruktur geben.

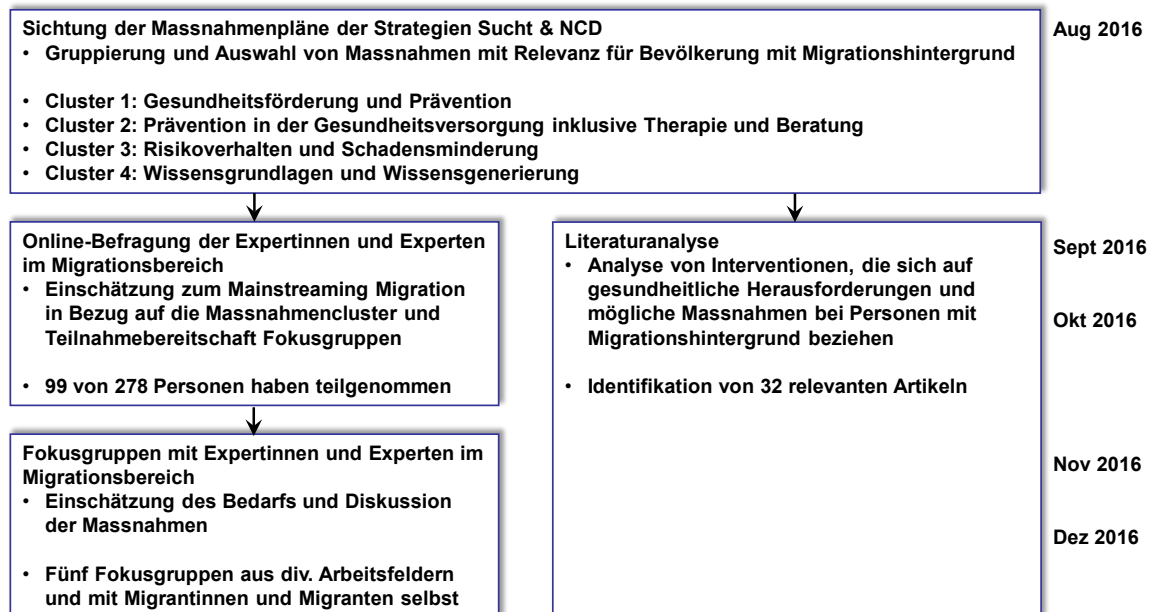
Grundlage für die vorliegende Untersuchung sind die folgenden strategischen Dokumente.

- Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit2020 (BAG, 2013):
- Nationaler Gesundheitsbericht 2015 mit dem Fokus auf chronische Erkrankungen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015)
- Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) (BAG & GDK, 2016):
- Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 (BAG et al., 2016):
- Nationale Strategie Sucht 2017–2024 (BAG, 2015):
- Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 (BAG, 2016):
- Nationales Programm Migration und Gesundheit:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit/programm-migration-und-gesundheit.html>
- Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen (BAG, 2008a)

Zunächst wurden die Massnahmenpläne der Suchtstrategie und der NCD-Strategie gesichtet, wobei Massnahmen auf Bundesebene mit dem thematischen Fokus Sucht bzw. den NCD-Risikofaktoren, insbesondere dem Konsum von Tabak und Alkohol, im Zentrum standen. Die Sichtung der Massnahmen wurde mit einer Literaturanalyse im Hinblick auf das «Mainstreaming Migration» unterstützt und vertieft. Es wurden Massnahmen ausgewählt und gruppiert. Anhand der Literaturanalyse wurden die ausgewählten und gruppierten Massnahmen durch Good Practice-Empfehlungen im In- und Ausland illustriert. Die Auswahl der gruppierten Massnahmen war zudem die Basis für die Online-Befragung von Expertinnen und Experten im Migrationsbereich und für die Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten im Migrationsbereich.

Die Untersuchung gliedert sich in (i) eine Sichtung der Massnahmenpläne der Strategien Sucht und NCD, (ii) eine Literaturanalyse, (iii) eine Online-Befragung und (iv) Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten im Migrationsbereich.

Abbildung 3: *Ablauf der Untersuchung mit der Sichtung der Massnahmen, der Literaturanalyse, der Online-Befragung und der Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten im Migrationsbereich*



Der vorliegende Bericht beschreibt in Kapitel 2 die Sichtung der Massnahmenpläne der Strategien Sucht und NCD und die daraus abgeleiteten vier Cluster. In Kapitel 3 wird die unterstützende Literaturanalyse beschrieben. Kapitel 4 zeigt die Ergebnisse der Online-Befragung und Kapitel 5 beschreibt die Ergebnisse der Diskussion in den Fokusgruppen. Der Bericht wird in Kapitel 6 mit einigen grundlegenden Bemerkungen abgeschlossen. Für die schnelle Leserin bzw. den schnellen Leser empfiehlt sich die Zusammenfassung und die Marginalien, welche Hauptpunkte des Textes hervorheben.

2 Sichtung der Massnahmen der Strategien Sucht und NCD

Der Massnahmenplan zur NCD-Strategie 2017–2024 umfasst 66 Einzelmassnahmen; der entsprechende Plan zur Strategie Sucht 2017–2024 umfasst 69 Einzelmassnahmen. Basis für die Sichtung waren 26 Haupt- und Querschnittsmassnahmen in der NCD-Strategie (vgl. BAG et al., 2016 S. 10 und 31) und 24 themen- und steuerungsorientierte Massnahmen der Strategie Sucht (vgl. BAG, 2016 S. 10-11). Diese Massnahmen sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt und haben unterschiedliche Bedeutung für die gesundheitliche Chancengleichheit in Bezug auf die Migrationsbevölkerung. Für die unterstützende Literatursuche, die Online-Befragung und die Fokusgruppen mit den Expertinnen und Experten im Migrationsbereich wurden Massnahmen ausgewählt und in vier Massnahmen-Cluster gruppiert, die für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund relevant sind.

2.1 Bildung von vier Massnahmen-Cluster

Die Auswahl geeigneter Massnahmen fand anhand von zwei Hauptkriterien statt: (i) migrationsspezifische Faktoren sind bei der Massnahme einzubeziehen und (ii) den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung ist bei der Massnahme Rechnung zu tragen.

In einem Workshop mit vier Fachpersonen aus dem Bundesamt für Gesundheit BAG und zwei Fachpersonen der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW wurde die Sichtung durchgeführt. Im Anhang ist die Liste aller Massnahmen aus beiden Strategien aufgeführt (Abschnitt 9.4). Die Sichtung führte zum Ausschluss von Massnahmen, die mit Fragen der Finanzierung, Qualitätsförderung, Regulierung und internationaler Zusammenarbeit sowie mit spezifischen Massnahmen in Wirtschaft und Arbeitswelt zu tun haben. Die verbleibenden Massnahmen wurden zu den folgenden vier Clustern gruppiert.

- Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention
- Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung
- Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung
- Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung

Die Sichtung der Massnahmen der Strategien NCD und Sucht führte zu vier Massnahmen-clustern.

Die vier Cluster können mit den Begriffen der universellen, selektiven und indizierten Prävention näher umschrieben werden. Sie beziehen sich auf die Zielgruppen, an die sich eine Massnahme richtet (Gordon, 1983). Sie lösen zunehmend die Konzepte der primären, sekundären und tertiären Prävention (Caplan, 1964) ab, welche von der Vorstellung eines eindimensionalen Krankheitsverlaufs von gesund zu krank ausgehen.

Cluster 1 «Gesundheitsförderung und Prävention» umfasst hauptsächlich Ansätze der universellen Prävention, die sich an die gesamte Bevölkerung richten. Als Massnahmen universeller Prävention werden z. B. massenmediale Kampagnen verstanden, Gesetze und deren Umsetzung, Schulreglemente, Informationen, Lebenskompetenzprogramme, Prävention in der Familie und gemeindenahe Prävention sowie Korrekturen normativer Überzeugungen. Cluster 2 «Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung» umfasst präventive Massnahmen für Zielgruppen, die sich im Versorgungssystem befinden und die einem erhöhten Risiko der Erkrankung ausgesetzt sind. Hier kommen hauptsächlich Ansätze der selektiven Prävention zum Einsatz. Selektive Prävention richtet sich an gefährdete (vulnerable) Personen. Niederschwellige Einrichtungen, alternative Angebote in Sport und Freizeit, Zugang über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Peers oder Sozial- und Gassenarbeit zählen hierzu sowie Massnahmen der Schadensbegrenzung und Screeningverfahren. Cluster 3 «Risikoverhalten und Schadensminderung» beinhaltet hauptsächlich Ansätze der indizierten Prävention, bei denen Personen, die sich risikoreich verhalten, im Zentrum stehen. Neben der medizinischen oder pharmakologischen Behandlung zählen zur indizierten Prävention auch Massnahmen zur Rückfallprävention, der Beratung oder Krisenintervention sowie zur Früherkennung und -intervention. Cluster 4 «Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung» kann als Voraussetzung und Grundlage für die universelle, selektive und indizierte Prävention interpretiert werden.

2.2 Massnahmen Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention richten sich an die gesamte Bevölkerung und berücksichtigen die Strukturen, Bedingungen und Lebenswelten der Menschen über die gesamte Lebensspanne. Es werden Politikbereiche ausserhalb der Gesundheitspolitik einbezogen und es wird eine einfache Wahl eines gesunden Lebensstils ermöglicht.

Massnahmen	
NCD 1.1	Tabak- und Alkoholprävention sowie die Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung ausbauen
NCD 1.2	Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen spezifisch ansprechen
NCD D.1	Über NCD informieren und zu NCD sensibilisieren
NCD D.3	Die Ernährungskompetenzen in der Schweizer Bevölkerung stärken
NCD E.2	Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Sinne einer multisektoralen Gesundheitspolitik stärken
Sucht 1.1	Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen
Sucht 1.2	Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention bei Erwachsenen
Sucht 1.3	Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen
Sucht 4.2	Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Sinne einer umfassenden Gesundheitspolitik fördern
Sucht 5.1	Vernetzung der Akteurinnen und Akteure des Suchtbereichs im Rahmen der Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht (KDS) und weiterer Plattformen
Sucht 7.1	Sensibilisierung und Information der Bevölkerung zu Sucht

Für die Fragestellung des «Mainstreaming Migration» wurden im Cluster 1 sechs Leitfragen formuliert.

Leitfrage 1.1: Was sind die **Bedürfnisse** der Migrationsbevölkerung in Bezug auf Gesundheitsförderung, Prävention und Migration?

Leitfrage 1.2: Wie kann man **Gesundheitsförderung und Prävention** für Migrantinnen und Migranten **stärken**? Was braucht es dafür? Welche konkreten Ideen gibt es?

Leitfrage 1.3: Was könnte der **Bund tun** bzw. wie kann der Bund Akteurinnen und Akteure im Feld (z. B. die Kantone bei den kantonalen Präventionsprogrammen) dabei unterstützen?

Leitfrage 1.4: Gibt es gute **Praxisbeispiele**? Braucht es mehr Wissen darüber, wie man ein wirkungsvolles Projekt für diese Zielgruppe ausgestalten könnte?

Leitfrage 1.5: Welche **Settings** müssten angegangen werden, um Migrantinnen und Migranten zu erreichen und wie kann ein Projekt möglichst niederschwellig ausgestaltet werden?

Leitfrage 1.6: Welche **Kommunikationskanäle** eignen sich, um Migrantinnen und Migranten für diese Themen zu sensibilisieren und informieren?

2.3 Massnahmen Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung

Prävention in der Gesundheitsversorgung richtet sich an Menschen, die in Kontakt stehen mit dem Gesundheitssystem, weil sie erhöhte Erkrankungsrisiken aufweisen oder bereits erkrankt sind. Die Gesundheitsversorgung wird koordiniert. Das Selbstmanagement von gesundheitlich belasteten Menschen und die Nutzung von Neuen Medien (eTools, Apps, Online-Plattformen, Online-Beratung, Youtube, Facebook etc.) werden unterstützt. Es wird neben der Koordination der Professionellen der Gesundheitsversorgung die Stärkung der Sozialen Netzwerke, der sozialen Unterstützung, der Angehörigen, der Verwandten und der kulturellen Mediatorinnen und Mediatoren berücksichtigt.

Massnahmen	
NCD 2.1	Grundlagen und Qualitätskriterien erarbeiten
NCD 2.2	Projekte zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung fördern
NCD 2.5	Das Selbstmanagement bei chronisch Kranken und ihren Angehörigen stärken
NCD 2.6	Die Nutzung neuer Technologien fördern
Sucht 2.1	Förderung und Weiterentwicklung der psychosozialen ambulanten und der sozialtherapeutischen stationären Suchthilfe
Sucht 2.2	Nutzung neuer Technologien für Prävention und Beratung optimieren und fördern
Sucht 2.5	Entwicklung, Verbreitung und Implementierung von fachlichen Standards für die Suchtbehandlung in der medizinischen Grundversorgung

Für das Cluster 2 stellen sich im Zusammenhang mit Migration folgende vier Leitfragen:

- Leitfrage 2.1: Wie können **Leistungserbringer der Grundversorgung** (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte) für die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten einen Beitrag zur **Prävention** leisten?
- Leitfrage 2.2: Was sind die **Bedürfnisse** der Migrationsbevölkerung in Bezug auf die **koordinierte** Suchthilfe bzw. wie muss diese ausgestaltet sein, um die Bedürfnisse der Zielgruppe zu berücksichtigen? Welche **Schnittstellen mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Migrations- und Sozialbereich** müssen berücksichtigt werden?
- Leitfrage 2.3: Braucht es andere Herangehensweisen, um das **Selbstmanagement** von chronisch Kranken Migrantinnen und Migranten und ihren Angehörigen zu stärken?
- Leitfrage 2.4: Sind **neue Technologien** (mHealth-Applikationen, Portale etc.) auch für die Migrationsbevölkerung zugänglich? Wie könnten sie zugänglich ausgestaltet werden?

2.4 Massnahmen Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung

Die Früherkennung und Frühintervention bei allen Altersgruppen wird verstärkt. Es werden Angebote der Schadensminderung bereitgestellt und koordiniert. Die bereichsübergreifende Zusammenarbeit, Koordination und Kooperation mit Polizei- und Justizbehörden wird gefördert. Es werden Risikogruppen sensibilisiert.

Massnahmen	
NCD D.2	Menschen in vulnerablen Situationen sensibilisieren
Sucht 1.4	Förderung der Früherkennung und Frühintervention (F&F) über alle Lebensphasen
Sucht 3.1	Konzeptuelle Weiterentwicklung und Koordination der Angebote der Schadensminderung im Suchtbereich
Sucht 4.1	Unterstützung der Kantone betreffend wirksamer Regulierungen
Sucht 5.2	Förderung der handlungsfeld- und fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit
Sucht 5.3	Koordination und Kooperation mit Polizeibehörden
Sucht 7.2	Sensibilisierung von Risikogruppen

Im Zusammenhang mit Migration wurden im Cluster 3 folgende fünf Leitfragen formuliert:

Leitfrage 3.1: Was sind die **Bedürfnisse** der Migrationsbevölkerung in Bezug auf die Erkennung und Verminderung von **Risikoverhalten und Schadensminderung**?

Leitfrage 3.2: Sind die heutigen **Angebote der Schadensminderung** so ausgestaltet, dass sie auch Migrantinnen und Migranten erreichen? Wie müssten sie angepasst werden? Welche Unterstützung benötigen die Betreiber der **Schadensminderung**, um ihr Angebot **migrationsgerecht anzupassen**? Welchen Beitrag kann das BAG dazu leisten?

Leitfrage 3.3: Gibt es bei der Methode **Früherkennung und Frühintervention** migrationspezifische Aspekte, die berücksichtigt werden müssen?

Leitfrage 3.4: Was ist zu Migration und Verminderung von Risikoverhalten sowie Schadensminderung zu tun? Welche **konkreten Ideen** gibt es?

Leitfrage 3.5: Über **welche Kanäle** (Fachstellen, Angebote, Informationsgefässe...) können Risikogruppen der Migrationsbevölkerung **sensibilisiert** werden?

2.5 Massnahmen Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung

Die Wissensvermittlung an Fachpersonen (u.a. mittels Internet) und die Etablierung von fachlichen Standards von Gesundheitsfachpersonen wird verstärkt. Es werden Veränderungen und Trends beobachtet und erfasst.

Massnahmen	
NCD 2.4	Gesundheitsfachpersonen aus- und weiterbilden
NCD C.1	Veränderungen und Trends bei NCD-relevanten Indikatoren beobachten
NCD C.2	Forschung, Monitoring und Evaluationen im Zusammenhang mit der Schweizerischen Ernährungsstrategie durchführen sowie Wissenstransfer gewährleisten
NCD C.3	Finanzierte Projekte evaluieren
Sucht 6.1	Aufbau und Weiterentwicklung eines Monitoringsystems im Bereich Sucht
Sucht 6.3	Weiterbildung im Bereich Sucht

Für die Fragestellung des «Mainstreaming Migration» wurden im Cluster 4 drei Leitfragen formuliert.

Leitfrage 4.1: Haben Fachpersonen im Präventions- und Suchtbereich genügend **Kompetenzen**, um mit Menschen verschiedener Herkunft umzugehen und auf ihre Bedürfnisse einzugehen?

Leitfrage 4.2: Welche **Wissensgrundlagen** in Bezug zur Migrationsbevölkerung wären für Sie wichtig, um Ihre Arbeit in diesem Bereich verbessern zu können? Wo gibt es Wissenslücken?

Leitfrage 4.3: Was ist zu Migration und Wissensgrundlagen sowie Wissensgenerierung zu tun? Welche **konkreten Ideen** gibt es?

3 Literaturanalyse zu «Mainstreaming Migration» der Massnahmen der Strategien Sucht und NCD

Im Rahmen des Projektes wurde eine Literaturanalyse durchgeführt, die im Anhang (Abschnitt 10.1) detailliert beschrieben ist. Der thematische Fokus entspricht dem Fokus des Projektes "Mainstreaming Migration" und liegt auf den Themen Sucht und den NCD-Risikofaktoren Alkohol und Tabak.

Die Literaturrecherche erfolgte entlang den vier beschriebenen Massnahmen-Clustern. Es wurden 32 relevante Artikel identifiziert, die im Anhang (Abschnitt 9.2) tabellarisch zusammengefasst sind. Es werden jeweils das Studiendesign, das Thema und die Art der Intervention, die Zielgruppe und die Teilnehmenden, das Hauptresultat in Bezug auf die Migration sowie weitere relevante Resultate und Diskussionspunkte beschrieben. Zudem ist vermerkt, für welche Massnahmen-Cluster die Artikel relevant sind.

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Erkenntnisse aus der Literaturanalyse für die Massnahmen-Cluster 1 (Abschnitt 3.2), Massnahmen-Cluster 2 (Abschnitt 3.3) und Massnahmen-Cluster 3 (Abschnitt 3.4) zusammengefasst. Keiner der Artikel beschreibt Interventionen zum Massnahmen-Cluster 4.

3.1 Ergebnisse zu Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention

3.1.1 Anpassung allgemeiner Konzepte an die Zielgruppensituation

Ein erster Themenkreis in Cluster 1 befasst sich mit der Anpassung allgemeiner Präventionskonzepte an die spezifischen Bedürfnisse bestimmter Migrationsgruppen. In Deutschland wurde in einer Cluster-randomisierten und kontrollierten Studie ein allgemeines Präventionskonzept zur Prävention von Alkoholerkrankungen (APK) mit einem Transkulturellen Präventionskonzept (TPK), das sich an ältere Personen mit Migrationshintergrund richtet, verglichen (Isaac Bermejo et al., 2015). Im Rahmen des TPK wurden die kulturell angepassten Broschüren von den Migrantinnen und Migranten aus der Türkei, Spanien, Italien sowie Russland (Aussiedler) signifikant häufiger gelesen (73 % vs. 21 %, $p=0.0001$) als im Rahmen des APK und die Teilnehmenden der Veranstaltungen des TPK reduzierten den Alkoholkonsum signifikant häufiger (49 % vs. 17 %, $p=0.004$). Teilnehmende der TPK-Gruppen gaben zudem eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der Intervention an als Personen mit Migrationshintergrund, die an einer APK-Gruppe teilnahmen. Hingegen zeigten sich lediglich geringe Effekte bezüglich veränderten Wissens und Einstellungen. Die Autoren betonen, dass für die Umsetzung von solchen TPK eine Kooperation zwischen der Migrations- und der Suchthilfe zwingend notwendig ist.

Kulturell angepasste Präventionskonzepte versprechen Effekte auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe und auf deren Verhalten – hier die Reduktion des Alkoholkonsums. Für die Umsetzung ist die Kooperation zwischen Migrations- und Suchthilfe zwingend notwendig, und es wird eine ausreichende Intensität der Programme vorausgesetzt.

In Norwegen wurde ein Edukationsprogramm zur Änderung von Gesundheitsverhalten in Bezug auf Ernährung und Bewegung an die spezifischen Bedürfnisse von Frauen aus Pakistan angepasst. Diese weisen ein allgemein erhöhtes Risiko für Diabetes und für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms (MetS) auf (Telle-Hjellset et al., 2013). In der Interventionsgruppe zeigte sich über einen Zeitraum von sieben Monaten eine Verbesserung des Risikoprofils für Diabetes Typ 2 (gemessen u.a. anhand der Blutzucker- und Insulinwerte). Zudem wirkte die kulturell angepasste Intervention bei den pakistanischen Frauen präventiv auf die Entwicklung eines MetS. Ein zweites Follow up zwei bis drei Jahre nach der Baseline-Erhebung zeigte, dass die erreichten Konsumänderungen in der Interventionsgruppe (mehr Früchte und Gemüse sowie weniger Softdrinks) auch längerfristig beibehalten wurden (Helland-Kigen et al., 2013).

In Amsterdam (NL) wurde ein allgemeiner Geburtsvorbereitungskurs an die Bedürfnisse von türkischen schwangeren Frauen angepasst (Hesselink, van Poppel, van Eijdsen, Twisk, & van der Wal, 2012). Das kulturell adaptierte Programm «Happy Mothers, Happy Babies (HMHB)» wurde in ausgewählten Hebammenpraxen umgesetzt und umfasste, nach der Rekrutierung mit türkischen «community health workers», acht Gruppenlektionen, zwei individuelle Beratungen und zwei Heimbesuche. Die Kontrollgruppe erhielt eine normale Betreuung in den Hebammenpraxen und das Angebot, an einer Standard-Geburtsvorbereitung teilzunehmen. Die Intervention hatte einen signifikanten Effekt auf das Wissen über das Rauchen (adj. OR 2.44, 95%CI 1.54-3.32), jedoch keinen Effekt auf das Rauchen während der Schwangerschaft. Die Autoren diskutieren, dass das Programm zu wenig intensiv war, um eine Änderung des Gesundheitsverhaltens zu erreichen.

3.1.2 Aspekte der Zusammenarbeit

Ein zweiter Themenkreis in Cluster 1 bezieht sich auf kommunale Koalitionen zur Reduktion von gesundheitlicher Ungleichheit. Eine internationale, systematische Review dokumentiert 58 Studien, in denen mindestens zwei kommunale Organisationen (z. B. kommunale Gesundheits- und Sozialdienste) und mindestens eine Minoritäten-Organisation zusammenarbeiten, um eine Intervention zu implementieren (Anderson et al., 2015). 52 der Interventionen wurden in den USA durchgeführt, zwei in Australien und lediglich vier in Europa. Als Outcome wurden Änderungen im Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsstatus erfasst. Es wurden vier Strategie- respektive Interventions-Typen unterschieden. Strategien, die Änderungen auf der Gemeindeebene umfassten (z. B. lokale Initiativen betreffend Wohnraum, Grünflächen oder Nachbarschaftssicherheit) ergaben kleine, inkonsistente Effekte. Breit angelegte Strategien in Bezug auf das Gesundheits- und Sozialhilfe-System (z. B. Programme, welche auf das Verhalten des Personals oder auf die Zugänglichkeit von Diensten abzielen) zeigten konsistent positive, kleine Effekte. Ziemlich konsistente positive Effekte wurden mit Interventionen erreicht, die Laien für aufsuchende Gesundheitsarbeit in den

Kommunale Koalitionen sollten mindestens die Gesundheits- und Sozialdienste umfassen und die Migrantinnen und Migranten mit einbeziehen. Aufsuchende Soziale Arbeit zeigt konsistent positive Effekte.

Gemeinden einsetzten (sog. «lay community health outreach workers»), sowie mit Gruppenkursen, die von Fachleuten geleitet werden. Von Peers geleitete Gruppenkurse hingegen ergaben inkonsistente Effekte. Die Autoren schliessen aus dieser umfassenden Review zu kommunalen Koalitionen, dass sich aus der Verbindung von lokalen Gesundheits- und sozialen Diensten mit den Minoritätengruppen sowohl ein positiver Effekt auf individueller Ebene (Verhalten und Gesundheitszustand) wie auch für das Gesundheitssystem (z. B. Gemeinschaftsaktionen oder Empowerment-Strategien) ergeben kann.

3.2 Ergebnisse zu Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung

3.2.1 Zugangsbarrieren und Erreichbarkeit

Ein erster Themenkreis im Cluster 2 betrifft Barrieren beim Zugang zur Versorgung und bei der Wirksamkeit von Gesundheitsleistungen. Im Rahmen einer cluster-randomisierten Interventionsstudie (Bermejo et al., 2015) wurden ältere Migrantinnen und Migranten aus der Türkei, Spanien, Italien und Russland (Aussiedler), die in Deutschland leben, zu subjektiven Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen befragt (Bermejo, Holzel, Kriston, & Harter, 2012). Die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme unterschieden sich dabei zwischen den Gruppen. Innerhalb der spanischen und italienischen Gruppe wurden Alternativstrategien angegeben, wie die Suche nach Hilfe in der Familie respektive im sozialen Umfeld, welche die Nutzung von Gesundheitsmassnahmen reduzieren. Bei der Gruppe aus Russland wirkten primär Sprachprobleme und fehlende Kenntnisse über das Angebot als Hindernisse und bei der türkischen Gruppe wurden das Gefühl, die Fachkräfte wussten zu wenig über ihre Kultur sowie Sprachprobleme als hinderlich genannt. Nur selten als Hindernisse genannt wurden in allen Gruppen das Gefühl der Diskriminierung, Ängste vor aufenthaltsrechtlichen Folgen sowie die Angst, ausgegrenzt zu werden.

Es sind Barrieren beim Zugang zum Versorgungssystem festzustellen. Die Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme unterscheiden sich je nach Migrationshintergrund deutlich. Auf Seiten der Leistungserbringenden wird eine mangelnde Sensibilität für die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung festgestellt.

Ebenfalls in Deutschland wurde die Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung und Migration untersucht (Brzoska & Razum, 2015; Brzoska, Sauzet, Yilmaz-Aslan, Widera, & Razum, 2016). Personen mit Migrationshintergrund nahmen rehabilitative Angebote seltener in Anspruch als Nichtmigrantinnen und Nichtmigranten. Gleichzeitig wiesen Migrantinnen und Migranten, die die Rehabilitation nutzen, eine geringere Versorgungszufriedenheit und ungünstigere rehabilitative Ergebnisse auf, was sich im subjektiv wahrgenommenen Behandlungsergebnis und in der beruflichen Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation zeigte. Sozioökonomische, demografische und gesundheitliche Faktoren konnten diese Zusammenhänge nur teilweise erklären. Die Autoren schliessen, dass es Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren gibt und sehen als Gründe einerseits Kommunikationsprobleme (Sprache, Health Literacy, Informationsdefizite) und andererseits eine mangelnde Sensibilität der

Leistungserbringer für die kulturellen und religiösen Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung.

Eine weitere Studie zur Thematik Zugang zur Versorgung untersuchte in Italien Konsultationen aufgrund von illegalen Drogen (Pavarin, 2014). Im Ausland geborene Personen suchten im Vergleich zu Einheimischen beim Erstkontakt mit dem Versorgungssystem wegen des Drogenkonsums häufiger eine Notfallstation (46 % vs. 36 %), weniger häufig eine Drogeninstitution (38 % vs. 49 %) und gleich häufig ein Spital (16 % vs. 15 %) auf ($p=0.0001$). Hingegen wurden zwischen den zwei Gruppen keine Unterschiede in Bezug auf die konsumierten illegalen Drogen und auf die Inzidenzrate festgestellt.

3.2.2 Krankheitsmanagement

Mehrere Studien befassen sich mit dem Thema Krankheitsmanagement bei Migrationsgruppen. In einer qualitativen Studie zu Diabetes Typ 2 wurden Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die in der Schweiz leben, zum subjektiven Erleben ihrer Erkrankung befragt (Wenger & Mischke, 2015). Als zentrales Phänomen wurde das Spannungsfeld des Lebens in zwei Kulturen identifiziert, da sich die Betroffenen regelmässig längere Zeit im Herkunftsland aufhalten. Die zwei Lebensalltage unterscheiden sich in Bezug auf den Tagesrhythmus und die soziale Rolle, was sich auf das Ernährungs- und Therapieverhalten auswirkt. Die Autoren schliessen daraus, dass für diese Gruppe beide Alltagswelten in ein erfolgreiches Selbstmanagement-Programm integriert werden müssen.

In einer Studie in Italien, die das Management von Diabetes Typ 2 bei italienischen Staatsangehörigen und bei verschiedenen Migrationsgruppen verglich, wiesen Migrantinnen und Migranten aus Nordafrika und Südasien eine höhere altersadjustierte Diabetes-Prävalenz auf als die italienische Bevölkerung (Ballotari et al., 2015). Insgesamt nutzten die Migrationsgruppen Diabetes-Kliniken gleich häufig wie die Einheimischen, wurden jedoch seltener auf HbA1c getestet. Dieses Glykohämoglobin gibt Auskunft über die Blutzuckerwerte der letzten acht Wochen und wird umgangssprachlich als Blutzuckergedächtnis bezeichnet. Wenn HbA1c getestet wurde, wiesen Diabetes-Patientinnen und Patienten aus Nordafrika und Südasien höhere Werte auf, was auf eine schlechtere Compliance hinweist. Übereinstimmend fand eine dänische Studie zum Krankheitsmanagement bei COPD, dass Migrantinnen und Migranten die verschriebene Medikation häufiger nicht regelmässig oder gar nicht einnehmen als die Einheimischen und somit die Compliance bei einer COPD-Erkrankung schlechter ist (Tottenborg et al., 2016).

Das Krankheitsmanagement bestimmter Gruppen von Migrantinnen und Migranten kann problematisch sein: Studien weisen auf eine schlechte Compliance im Sinne des Einhaltens der Anweisungen medizinischer Fachpersonen.

3.2.3 Prävention im Rahmen von Beratung

Weitere Studien im Themenbereich des Clusters 2 befassen sich mit Rauchstoppberatungen in der Grundversorgung (Hamilton et al., 2016; Hamilton, Laverty, Vamos, Majeed, & Millett, 2013; von dem Knesebeck et al., 2012). Bei Konsultationen in Londoner Hausarztpraxen wurde nach Einführung eines

finanziellen Anreizprogrammes für Rauchstoppperatungen signifikant häufiger der Raucherstatus erfasst, es wurden signifikant mehr Rauchstoppperatungen durchgeführt und die Raucherprävalenz bei den Patientinnen und Patienten nahm signifikant ab (Hamilton et al., 2016). Paradoxerweise wurden ethnische Gruppen, die eine tiefere Raucherprävalenz aufweisen als Weisse, häufiger nach dem Raucherstatus gefragt als Weisse. Insgesamt profitierten jedoch alle Patientengruppen vom Anreizsystem, vorhandene Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Ethnie bei den Raucherberatungen blieben jedoch bestehen (Hamilton et al., 2016, 2013).

In einer experimentellen Studie mit gefilmten Szenarien (Patienten und Patientinnen mit verschiedenen Symptomen und Ethnien) wurden rund 400 Grundversorger in Deutschland, Grossbritannien und den USA gefragt, ob sie jeweils den Raucherstatus erheben und eine Rauchstoppperatung durchführen würden (von dem Knesebeck et al., 2012). In Bezug auf die Ethnie der Patientinnen und Patienten wurden keine Unterschiede im Beratungsverhalten beobachtet; in den USA gab es gewisse Unterschiede beim Frageverhalten. Auffallend war, dass in den USA und in Grossbritannien insgesamt deutlich häufiger nach dem Raucherstatus gefragt und auch beraten wurde als in Deutschland. Im Gegensatz zu Deutschland kennen beide Länder finanzielle Anreizsysteme für Raucherberatungen.

Finanzielle Anreizsysteme für Rauchstoppperatungen führen zu mehr Beratungen und zu mehr Rauchstopps bei der Zielgruppe. Bei Konsultationen werden Personen bestimmter Ethnien weniger auf ihr Rauchverhalten angesprochen, obwohl diese Bevölkerungsgruppe eine im Mittel hohe Prävalenz des Rauchens ausweist. Diesen Spielraum gilt es in der Prävention in der Gesundheitsversorgung zu nutzen.

3.3 Ergebnisse zu Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung

3.3.1 Schadensminderung

Im Themenbereich Schadensminderung des Clusters 3 befassen sich mehrere Artikel mit der Nutzung von Rauchstoppprogrammen durch Migrationsgruppen (Kasza et al., 2013; Schnoz, Schaub, Schwappach, & Gross, 2011; Urban et al., 2015). In der Schweiz wurde für türkisch sprechende Personen ein Rauchstoppprogramm (Tailored Smoking Cessation Program TSCP) entwickelt und evaluiert (Schnoz et al., 2011). Dazu wurden die Materialien eines regulären Rauchstoppprogramms (SCP) angepasst und ein türkisch-sprechender Migrant wurde als Coach ausgebildet. Zwölf Monate nach Abschluss des TSCP-Programms lag die Abstinenzrate bei 38 % und war damit höher als bei allen Teilnehmenden des regulären SCP (max. 30 %). Das Leben in einer Partnerschaft und die Nutzung einer Nicotin-Replacement-Therapy (NRT) hatten einen positiven Effekt auf die Abstinenz. Insbesondere für die Compliance mit der NRT war die Interaktion mit dem Coach wichtig. Die türkische Zielgruppe hatte eine Präferenz für Gruppenangebote und die Teilnehmenden berichteten von einem starken Peer-Effekt.

Eine weitere Studie untersuchte in Österreich den Einfluss des Migrationshintergrundes auf Rauchverhalten und Rauchstopp (Urban et al., 2015). Befragt wurden Raucher und Raucherinnen der ersten und zweiten Generation der

bosnischen und türkischen Migrationsbevölkerung sowie eine österreichische Vergleichsgruppe. Im Vergleich zur österreichischen zeigte die bosnische und türkische Rauchergruppe eine signifikant stärkere Nikotinabhängigkeit, gab eine grössere Bereitschaft an, mit dem Rauchen aufzuhören und sie hatten auch schon mehr Rauchstoppversuche hinter sich. Bevorzugte Sprache für eine Beratung war bei der grossen Mehrheit der Rauchenden die Muttersprache. In Übereinstimmung mit dem in der Schweiz evaluierten TSCP (Schnoz et al., 2011) bevorzugte die Mehrheit der Rauchenden aus der Türkei Gruppenberatungen, während bei jenen aus Bosnien und Österreich die Mehrheit eine Präferenz für Einzelberatungen angab.

In einer prospektiven Studie wurde der Gebrauch von Medikamenten zur Unterstützung von Rauchstopp-Versuchen in Grossbritannien, den USA und in Kanada untersucht (Kasza et al., 2013). Dabei zeigte sich, dass der Gebrauch von Medikamenten zu einer höheren Abstinenzrate führt, dass aber Minoritäten-Gruppen signifikant seltener von diesen Medikamenten Gebrauch machen.

Insgesamt unterstreichen die Studien zu Rauchstopp und Migration, dass Migrationsgruppen von massgeschneiderten Rauchstoppprogrammen profitieren, insbesondere von Coaches mit gleichem kulturellem Hintergrund und von Peers in Gruppenkursen.

3.3.2 Risikoverhalten

Zwei Studien zu Risikoverhalten thematisieren die Risikoreduktion von problematischem Alkoholkonsum bei Jugendlichen. Die erste Studie untersuchte die Teilnahmebereitschaft an einer SMS-basierten Intervention in Berufs- und Mittelschulen in der Schweiz (Haug, Paz Castro, & Schaub, 2015). Auf Klassenebene war die Teilnahmebereitschaft der Jugendlichen in Klassen mit einem höheren Anteil von Schülern mit Migrationshintergrund tiefer. Auf der Individualebene wurde der Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Teilnahmebereitschaft nicht ausgewiesen. Allgemein hatten weibliche und jüngere Jugendliche eine höhere Teilnahmebereitschaft als Jungen und ältere Jugendliche. Zudem war die Teilnahmebereitschaft höher bei Jugendlichen mit stärkerem Risikoverhalten (grössere Anzahl Standardgetränke pro Gelegenheit).

Die zweite Studie untersuchte in Schweden den Einfluss der elterlichen Haltung zu Alkoholkonsum auf den problematischen Alkoholkonsum von Jugendlichen der 7. Klasse (Ozdemir & Koutakis, 2016). Über einen Beobachtungszeitraum von 18 und 30 Monaten wurde in der Interventionsgruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine geringere Zunahme von "Betrunkenheit" und ein späterer Beginn von "monatlicher Betrunkenheit" beobachtet. Änderungen der elterlichen Haltung verstärkten den Effekt der Intervention. Sowohl der Programm-Effekt wie der Effekt der elterlichen Haltung waren jedoch gleich bei Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund.

Migrationsgruppen profitieren von auf sie zugeschnittenen Rauchstoppprogrammen. Soziale Unterstützung durch Coaches mit entsprechendem kulturellen Hintergrund und durch Peers in Gruppenprogrammen sollten vermehrt genutzt werden.

Zur Prävention des Risikoverhaltens eines problematischen Alkoholkonsums braucht es besondere Anstrengungen in Schulklassen mit einem hohen Anteil an Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund. Der Einbezug der Eltern ist in allen Gruppen lohnenswert.

3.4 Diskussion der Literaturanalyse zu den Massnahmen-Clustern

Die Diskussion der Literaturanalyse erfolgt im Hinblick auf die Erarbeitung von möglichen Vorhaben innerhalb der bestehenden Massnahmenpläne NCD und Sucht zugunsten der Migrationsbevölkerung oder ausgewählter Gruppen.

Als erster wichtiger Punkt geht aus der Literaturanalyse hervor, dass Aktivitäten im Rahmen der Strategien Sucht und NCD an die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Migrationsgruppen angepasst werden sollten respektive diese Bedürfnisse von Beginn weg berücksichtigen sollten. Dies betrifft sowohl Programme zu Gesundheitsförderung und Prävention (Cluster 1) wie auch das Krankheitsmanagement von NCD-Krankheiten (Cluster 2) und auch Programme zur Schadensminderung und Risikoverhalten (Cluster 3). Transkulturelle Konzepte für solche Aktivitäten berücksichtigen soziokulturelle Praktiken wie auch den Lebensstil sowie Präferenzen und Hemmnisse spezifischer Gruppen.

Ein weiterer relevanter Punkt betrifft die Bildung von Netzwerken. Hier weist die Literatur darauf hin, dass insbesondere Koalitionen auf kommunaler Ebene, die sowohl Gesundheits- und Sozialdienste wie auch Migrationsorganisationen respektive Migrations-Communities (Vereine etc.) miteinbeziehen, bei Aktivitäten zu Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich sein können. Die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung für die verschiedenen Aktivitäten kann insbesondere mit aufsuchender Sozialarbeit und kommunalen Gesundheitsfachleuten erhöht werden.

Verschiedene Migrationsgruppen, aber nicht alle, bevorzugen bei den Aktivitäten Gruppenkurse, u.a. da diese auch den sozialen Aspekt abdecken. Zudem können in der Gruppe Peer-Effekte genutzt werden. Die Schulung von Coaches mit gleichem kulturellem Hintergrund kann ebenfalls positiv wirken, sei es bei der Rekrutierung oder der Durchführung von Programmen.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Schulung von Ärztinnen und Ärzten sowie weiterer Gesundheitsfachpersonen zu Migrationsaspekten. Dies können einerseits Schulungen zu Unterschieden bei den Prävalenzen von NCD-Erkrankungen und beim Substanzkonsum von spezifischen Migrationsgruppen sein. Andererseits können relevante soziokulturelle Spezifika in Bezug auf das Krankheitsmanagement, z. B. bezüglich Bewegung und Ernährung bei Diabetes-Patientinnen und Patienten, vermittelt werden. Die Erhöhung der Sensibilität auf Institutionsebene für soziokulturelle Spezifika der Patienten und Patientinnen ist ebenfalls relevant für die Prävention in der Gesundheitsversorgung.

4 Online-Befragung der Expertinnen und Experten im Migrationsbereich

Das Ziel der Online-Befragung von Expertinnen und Experten im Migrationsbereich war es, eine Einschätzung zum «Mainstreaming Migration» in Bezug auf die Massnahmencluster zu erhalten und damit Vorinformationen für die Fokusgruppen zu generieren sowie die Bereitschaft und die Möglichkeit zur Teilnahme an den Fokusgruppen zu erfragen. Es wurden 278 Expertinnen und Experten im Migrationsbereich zur Teilnahme an der Online-Befragung eingeladen, davon haben 99 Personen an der Befragung teilgenommen und diese beendet (Teilnahmequote 36 %). Das methodische Vorgehen und die Zusammensetzung der Stichprobe ist im Detail im Anhang beschrieben (Abschnitt 9.2).

4.1 Ergebnisse zu Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention

Für Cluster 1 Gesundheitsförderung und Prävention wurden drei Thesen formuliert und die Teilnehmenden um eine Einschätzung gebeten. Tabelle 4 zeigt die Zustimmung in Bezug auf die Thesen.

Tabelle 1

Zustimmung zu den Thesen im Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention

	stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme teilweise zu (3)	stimme eher zu (4)	stimme voll zu (5)	Gesamt	Mittelwert	Missing
Migrantinnen und Migranten wissen selbst am besten, was ein gesunder Lebensstil ist	4.08% (4)	22.45% (22)	54.08% (53)	15.31% (15)	4.08% (4)	98	2.93	18
Migrantinnen und Migranten werden bei präventiven oder gesundheitsfördernden Massnahmen ungenügend erreicht	4.04% (4)	6.06% (6)	13.13% (13)	45.45% (45)	31.31% (31)	99	3.94	17
Die mangelnde Vernetzung verschiedener Politikbereiche ausserhalb der Gesundheit trifft besonders die Migrantinnen und Migranten	2.15% (2)	7.53% (7)	32.26% (30)	31.18% (29)	26.88% (25)	93	3.73	23

Am meisten Zustimmung erhält die Aussage, dass Migrantinnen und Migranten bei präventiven und gesundheitsförderlichen Massnahmen ungenügend erreicht

werden. Die mangelnde Vernetzung verschiedener Politikbereiche erhält ebenfalls vergleichsweise viel Zustimmung, wobei hier viele Personen nicht geantwortet haben (n=23). Die Aussage, dass Migrantinnen und Migranten selbst am besten wissen, was ein gesunder Lebensstil ist, trifft auf eine sehr geteilte Zustimmung. Die Mehrheit der Antwortenden stimmt der Aussage «teilweise» zu.

Aus den offenen Angaben (vgl. Anhang 9.7) wird deutlich, dass die Expertinnen und Experten die grosse Heterogenität der Migrationsbevölkerung unterstreichen. Man kann nicht von einer homogenen Gruppe ausgehen und andere Merkmale sind entscheidender, wenn man an Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention denkt. Armut, mangelnde Bildung und soziale Isolation sind Merkmale, die unabhängig vom Migrationsstatus die Zugänglichkeit für Gesundheitsförderung und Prävention erschweren. Die Erreichbarkeit der Zielgruppe durch Kommunikation wird als ein Hauptproblem gesehen, welches nicht allein im Zusammenhang mit der Sprachkompetenz genannt wird. Einige Expertinnen und Experten haben die Aussage zur mangelnden Vernetzung verschiedener Politikbereiche ausserhalb der Gesundheit nicht verstanden, bzw. bemängelt, dass es gerade dazu zu wenig Daten gibt.

Armut, mangelnde Bildung und soziale Isolation sind Charakteristika der Zielgruppe, die bei Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigt werden sollten.

4.2 Ergebnisse zu Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung

Für das Cluster 2 Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung wurden wiederum drei Thesen formuliert und die Teilnehmenden um eine Einschätzung gebeten. Tabelle 5 zeigt die Zustimmung in Bezug auf die Thesen.

Tabelle 2

Zustimmung zu den Thesen im Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung

	stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme teilweise zu (3)	stimme eher zu (4)	stimme voll zu (5)	Gesamt	Mittelwert	Missing
Chronisch kranke Migrantinnen und Migranten werden von professioneller Seite genügend unterstützt	5.68% (5)	38.64% (34)	31.82% (28)	21.59% (19)	2.27% (2)	88	2.76	22
Die Nutzung von neuen Medien (eTools, Apps, Online-Plattformen, Online-Beratung usw.) ist für die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten nicht ausgeschöpft	3.33% (3)	6.67% (6)	28.89% (26)	44.44% (40)	16.67% (15)	90	3.64	20
Der Zugang von Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitsversorgungssystem und die Teilhabe an dessen Leistungen ist nicht optimal	4.30% (4)	6.45% (6)	17.20% (16)	44.09% (41)	27.96% (26)	93	3.85	17

Die Aussage, dass chronisch kranke Migrantinnen und Migranten von professioneller Seite genügend unterstützt werden, wird eher abgelehnt. Neue Medien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind hingegen nicht ausgeschöpft und der Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem ist für die Mehrheit der befragten Expertinnen und Experten nicht optimal.

Die Kommentare der offenen Angaben (vgl. Anhang 9.7) zeigen, dass die Kommunikation in der Gesundheitsversorgung als nicht optimal eingeschätzt wird. Dies zum einen durch die geringe Sprachkompetenz auf Seiten der Migrantinnen und Migranten, zum anderen aber auch durch die mangelhafte Kommunikation auf Seiten der Professionellen. Zusätzlich werden administrative Hürden und finanzielle Probleme beim Zugang genannt. Der Einsatz Neuer Medien wird für die Zielgruppe als eher schwierig eingeschätzt, wobei auch hier eine grosse Heterogenität im Umgang mit Neuen Medien wahrgenommen wird. Besonders schwierig erscheint der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Problemen. Aus den Kommentaren wird deutlich, dass der Zugang an und für sich schon problematisch ist und Präventionsmassnahmen in der

Der Zugang zum Gesundheitssystem wird als teilweise eingeschränkt beschrieben. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Beteiligten im System selbst ist problematisch, und die Forderung nach mehr Prävention in der Versorgung tritt gegenüber diesem Problem in den Hintergrund.

Gesundheitsversorgung dadurch schon erschwert, wenn nicht gar verunmöglicht sind.

4.3 Ergebnisse zu Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung

Das Cluster 3 Risikoverhalten und Schadensminderung beinhaltet weitere drei Thesen. Tabelle 6 zeigt die Zustimmung in Bezug auf die Thesen.

Tabelle 3

Zustimmung zu den Thesen im Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung

	stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme teilweise zu (3)	stimme eher zu (4)	stimme voll zu (5)	Gesamt	Mittelwert	Missing
Früherkennung und Frühintervention bei Risikoverhalten muss bei Migrantinnen und Migranten verstärkt werden	1.09% (1)	4.35% (4)	18.48% (17)	39.13% (36)	36.96% (34)	92	4.07	13
Angebote der Schadensminderung sind für Migrantinnen und Migranten besonders wichtig	2.22% (2)	12.22% (11)	23.33% (21)	31.11% (28)	31.11% (28)	90	3.77	15
Sensibilisierung von Risikogruppen für Suchtproblematik ist bei Migrantinnen und Migranten eine besondere Herausforderung	2.22% (2)	6.67% (6)	24.44% (22)	40.00% (36)	26.67% (24)	90	3.82	15

Alle drei Thesen erhalten eine hohe Zustimmung und zeigen, dass Massnahmen der indizierten Prävention von den Expertinnen und Experten als bedeutsam eingeschätzt werden. In den offenen Angaben (vgl. Anhang 9.7) wird präzisiert, dass die Zielgruppe insbesondere für Suchterkrankungen vulnerabel ist und Wechselwirkungen mit psychischen Erkrankungen auftreten. Kompetente Fachpersonen werden gefordert, die insbesondere die Methoden der Früherfassung und Frühintervention beherrschen. Es wird auch bei den Massnahmen der indizierten Prävention ein gesundheitsförderlicher Ansatz vorgeschlagen. D.h. konkret, dass den Personen mit Migrationshintergrund Perspektiven aufgezeigt werden, ihnen neue Möglichkeiten eröffnet werden und sie eine sinnvolle Aufgabe erhalten.

Es wird für einen ressourcenorientierten Ansatz bei Personen mit Risikoverhalten, wie beispielsweise einem Suchtverhalten, votiert.

4.4 Ergebnisse zu Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung

Für das Cluster 4 Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung wurden drei weitere Thesen formuliert. Tabelle 7 zeigt die Zustimmung in Bezug auf die Thesen.

Tabelle 4

Zustimmung zu den Thesen im Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung

	stimme gar nicht zu (1)	stimme eher nicht zu (2)	stimme teilweise zu (3)	stimme eher zu (4)	stimme voll zu (5)		Gesamt	Mittelwert	Missing
Das Wissen und die Berücksichtigung von migrationsspezifischen Aspekten im Suchtbereich ist bei Fachpersonen zu wenig verbreitet	1.14% (1)	9.09% (8)	31.82% (28)	36.36% (32)	21.59% (19)		88	3.68	16
Bei der Aus- und Weiterbildung von Fachleuten sollten interkulturelle Aspekte vermehrt berücksichtigt werden	1.05% (1)	2.11% (2)	8.42% (8)	28.42% (27)	60.00% (57)		95	4.44	9
Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten sollte vertieft erforscht werden	1.06% (1)	7.45% (7)	18.09% (17)	37.23% (35)	36.17% (34)		94	4.00	10

Die Aussagen zu Aus- und Weiterbildung sowie zur Forschung erhalten breite Zustimmung. In den offenen Angaben (vgl. Anhang 9.7) wird spezifischer darauf hingewiesen, dass es eine sektorenübergreifende Weiterbildung braucht, die auch eine kritische Haltung u.a. gegenüber der eigenen Stereotypen fördert. Die Forschung sollte nicht immer weitere Daten erheben, sondern sie muss Ursachenmodelle berücksichtigen. Für Forschung und Weiterbildung braucht es genügend finanzielle Ressourcen.

Forschung und Weiterbildung sollten sich auf fundierte Ursachenmodelle für Risikoverhalten und Krankheit beziehen. Weiterbildung sollte verstärkt und verbreitert werden, im Sinne, dass Fachpersonen aus verschiedenen Sektoren zusammenkommen. Es müssen ausreichende Mittel für Forschung und Weiterbildung bereitgestellt werden.

5 Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten im Migrationsbereich

Nach der Sichtung der Massnahmen der Strategien Sucht und NCD im Hinblick darauf, ob die Massnahmen migrationspezifische Faktoren einbeziehen und den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung gerecht werden, wurden die vier Massnahmen-Cluster in Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten im Migrationsbereich diskutiert. Basis hierfür war auch die in Kapitel 4 beschriebene Online-Befragung.

In Bezug auf die Zusammensetzung der Fokusgruppen wurde darauf geachtet, dass diese innerhalb der Gruppen möglichst homogen sind, zwischen den Gruppen jedoch Heterogenität erreicht wird. Es wurden Ansprechpersonen aus der französischsprachigen und der deutschsprachigen Schweiz zur Teilnahme eingeladen, um die sprachregionalen Eigenheiten der Schweiz zu berücksichtigen und diese angemessen in die Überlegungen zu schweizweiten Massnahmen einfließen zu lassen. Es wurden fünf thematisch homogene Fokusgruppen durchgeführt, die den folgenden strukturellen Arbeitsfeldern zugeordnet werden können:

1. Regelstrukturen im Gesundheitsbereich / Fachstellen Sucht und Gesundheit (Romandie)
2. Regelstrukturen im Gesundheitsbereich / Fachstellen Sucht und Gesundheit (Deutschschweiz)
3. Regelstrukturen der Sozialhilfe
4. Niederschwellige Anlaufstellen
5. Personen mit Migrationshintergrund

Eine geplante Gruppe zum Arbeitsfeld Polizei und Strafvollzug konnte mangels Teilnehmenden nicht durchgeführt werden.

Das methodische Vorgehen, die Rekrutierung und die Zusammensetzung der Fokusgruppen ist im Detail im Anhang beschrieben (Abschnitt 9.3). Die nachfolgenden Erläuterungen pro Teilfrage basieren auf den Protokollen, welche von den Fokusgruppendifkussionen erstellt wurden.

5.1 Ergebnisse zu Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention

Leitfrage 1.1: Was sind die **Bedürfnisse** der Migrationsbevölkerung in Bezug auf Gesundheitsförderung, Prävention und Migration?

Diskussionsergebnisse: Als wichtiger Bedarf wird in den Fokusgruppen durchgehend genannt: Die Migrationsbevölkerung muss sich **Wissen** darüber **aneignen** können, wie das Gesundheitssystem in der Schweiz und das Staatswesen überhaupt funktionieren. Die sprachlichen Fähigkeiten der Immigrierten (in den hiesigen Landessprachen) sind zwar eine Bedingung für diese Wissensaneignung, aber nicht die einzigen: Es geht um Bildung in einem umfassenderen Sinne. Dazu sind unterschiedliche, sich ergänzende Kommunikationsformen und Bildungsangebote sinnvoll.

Das Wissen zum Gesundheitssystem und zum Staatswesen der Schweiz ist für Migrantinnen und Migranten zentral. Verständnis aber auch die Verständigung sind grundlegend.

Der Wunsch z. B. von Asylsuchenden, die Lokalsprache bald und ausreichend zu beherrschen, ist sehr verbreitet. Die Angebote zur **Sprachschulung** werden aber nicht immer als unterstützend und hilfreich erlebt. So lange der künftige Aufenthaltsstatus unsicher ist, spüren Immigrierte, dass ihre Integration nicht gewollt ist.

Moniert wird, dass die **Behörden** nicht immer in der Lage sind, ausreichend zu kommunizieren. Auch von ihnen werden Kommunikationskompetenzen erwartet. Zudem wird Kritik an Behörden geäussert, etwa am Migrationsamt und an den Sozialdiensten: Für sie hätten die Ansprüche der Schweizer Bevölkerung Vorrang.

Positive Ansätze werden in **gemeindenahen** und partizipativ ausgerichteten Einrichtungen erkannt. Solche würden oft von kirchlichen oder privaten Initiativen abhängen, böten aber geeignete Ansätze, um verschiedenen Anliegen gerecht zu werden.

Kommentar: *Es fällt auf, dass sich die Fokusgruppengespräche zu dieser Leitfrage von der Gesundheitsthematik entfernen. Spezifisch zu Gesundheitsförderung oder zu Prävention werden keine Anliegen geäussert. Vielmehr dreht sich die Diskussion sofort um allgemeine Themen von Verständnis und Verständigung.*

Leitfrage 1.2: Wie kann man **Gesundheitsförderung und Prävention** für Migrantinnen und Migranten **stärken**? Was braucht es dafür?
Welche konkreten Ideen haben Sie?

Diskussionsergebnisse: Kritisiert wird in mehreren Fokusgruppen, dass Gesundheitsförderung zu sehr für sich arbeite und sich tendenziell an die Mittel- und Oberschicht richte. Oft würde die soziale Lage ungenügend berücksichtigt, und Personen in schweren Lebenslagen würden nicht erreicht. Die Akteurinnen und Akteure von **gesundheitsförderlichen Programmen** müssten besser in der Lage sein, mit den faktisch vorhandenen Gesundheitskompetenzen zu arbeiten. Ausserdem seien Gelegenheiten der Begegnung mit der hiesigen Bevölkerung sehr wichtig, da darin viele Lernchancen erkannt werden.

Eine verstärkte Aufmerksamkeit müsse auch den **Erstinformationen** gelten, welche Immigrierte kurz nach ihrer Ankunft bekommen. Hier würden die Gemeinden in der Pflicht stehen. Insgesamt gälte es, die Informationen nicht nur der Sprache, sondern auch dem kulturellen Kontext der Zielgruppen anzupassen. In diesem Zusammenhang wird kritisch angemerkt, dass Piktogramme nicht in jedem Fall funktionieren.

Diskussionsthema ist weiter die **Arbeitssituation**, zum Beispiel die Möglichkeit einer **beruflichen Grundbildung** für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Es müsse die Verordnung über Zulassung, Aufenthalt und Erwerbstätigkeit, Art. 30a (VZAE)¹ umgesetzt werden. Zudem sind insbesondere «Sans-Papiers» oft in der Situation, zu einem tiefen Lohn viel arbeiten zu müssen. Das Risiko ist gross, dass sie unzufrieden, aggressiv oder antriebslos werden.

Die Erreichbarkeit der Zielgruppe und Bildung als Basis für gelingende Integration werden als herausfordernd erlebt.

Kampagnen als methodische Umsetzungsform von Prävention oder Gesundheitsförderung sind ein weiteres Diskussionsthema. Kritisch angemerkt wird, dass etwa die Kampagnen der SUVA nicht auf die Lebensrealitäten von Migrationsgruppen ausgerichtet seien. Als weiteres Beispiel werden Werbebilder genannt, die in Apotheken aufliegen. Sie zeigen blonde Kinder mit blauen Augen und verfehlen die faktische Diversität der Klientinnen und Klienten in den Apotheken. Als löbliche Ausnahmen bei den Kampagnen werden je eine zu Tabak- und zu HIV-Prävention genannt, die aus anderen Ländern übernommen worden sind: «... *exceptés les quelques très rares cas sur l'autisme ou la fumée (tabac) ...*» ou «... *un peu plus ponctuellement et limité sur le VIH/Sida ...*».

Als Vorschläge für die **gezielte Erreichung** der Bevölkerung mit Migrationshintergrund werden genannt: direkte persönliche Kontakte mit Einzelnen und Gruppen, Hausbesuche oder ungewöhnliche Aktionen wie Flashmobs. Denkbar wäre auch, gesundheitsförderliche Inhalte mit der Aktionsform «Smart Mob» zu verbinden. Dabei handelt es sich um einen scheinbar spontanen Menschaufmarsch im öffentlichen Raum, bei denen sich die Teilnehmenden persönlich nicht kennen und ungewöhnliche Dinge tun. Der Aufruf erfolgt über Online-Communities, Weblogs, Newsgroups, E-Mail-Kettenbriefe oder über Mobiltelefon. Es gibt diverse Belege dafür, welche Rolle derartige Aufrufe über soziale Medien im Zusammenhang mit den Protesten beim sogenannten Arabischen Frühling gespielt haben (Salem & Mourtada, 2011).

Kommentar: *Wie bereits bei Leitfrage 1.1 richtet sich ein starker Fokus auf den vergleichsweise tiefen Bildungsstand vieler Migrantinnen und Migranten, insbesondere (wenn auch unausgesprochen) jener, die auf der Flucht in die Schweiz kommen. Die geforderten Massnahmen sind daher nicht so sehr auf Gesundheitsförderung im eigentlichen Sinne ausgerichtet, sondern auf Bildung*

¹ Siehe

(https://www.sem.admin.ch/content/dam/data/migration/rechtsgrundlagen/gesetzgebung/anpass_vzae_sans-papiers/vzae-d.pdf) und (<http://savoirsocial.ch/savoirsocial/stellungnahmen/berufslehre-von-jugendlichen-sans-papiers-art.30a-vzae.pdf>).

generell und auf verbesserte Sprachkompetenz. Ein indirekter Zusammenhang liegt darin, dass Bildung eine Basis für gelingende Integration ist, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirkt.

Leitfrage 1.3: Was könnte der **Bund tun** bzw. wie kann der Bund Akteurinnen und Akteure im Feld (z. B. die Kantone bei den kantonalen Präventionsprogrammen) dabei unterstützen?

Diskussionsergebnisse: Aus den Fokusgruppen wird angeregt, dass die Bundesstellen zur erfolgreichen **Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure** beitragen können, zum Beispiel Fachkreise von Prävention und Gesundheitsförderung einerseits, Integration andererseits. Wichtig sei der Einbezug von Vertretungen aus Kreisen, die nicht der einheimischen Bildungsschicht angehörten. Als gutes Beispiel wird das Multiplikationskonzept des Programms «Femmes Tische» (<https://femmestische.ch/>) genannt. Entscheidend sei, dass die Vertretungen in den Entscheidungsstrukturen zugleich fachlich versiert sind und den direkten Draht zu Gruppen der Migrationsbevölkerung hätten.

Kommentiert wird weiter die **Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen**. Das BAG habe es trotz des guten Gesamtkonzepts «Programm Migration und Gesundheit» nicht geschafft, die Kantone breit einzubeziehen. Auch hier bräuchte es ein Gesamtkonzept, das für die Kantone leitend sein müsste sowie institutionalisierte Gefässe für Wissensaustausch. Zudem sei finanzielle, aber auch ideelle Unterstützung seitens des Bundes für die Nachhaltigkeit von Projekten und Aktionen entscheidend.

Der Bund sollte Plattformen zur Vernetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure unter Einbezug der Migrantinnen und Migranten anbieten.

Kommentar: *In den Diskussionen wird verschiedentlich betont, dass es für konkrete Massnahmen wirkungsvoll sei, nahe an der Zielbevölkerung zu agieren, insbesondere in den Gemeinden. Die Ämter müssten besser miteinander kommunizieren; das fragmentierte Denken solle abgebaut werden. Die Schwierigkeit liegt darin, dass die Bundesbehörden darauf kaum Einfluss nehmen können. Es werden Vorschläge eingebracht, man solle auch in nationale Steuerungsgremien kommunale Beauftragte aufnehmen. Allerdings haben die meisten Gemeinden gar keine spezifisch beauftragten Fachpersonen – weder für Gesundheitsförderung noch für Integration.*

Leitfrage 1.4: Gibt es gute **Praxisbeispiele**? Braucht es mehr Wissen darüber, wie man ein wirkungsvolles Projekt für diese Zielgruppe ausgestalten könnte?

Diskussionsergebnisse: Als Beispiel für ein gutes **Gesamtkonzept** wird in einer

Fokusgruppe das Programm Migration und Gesundheit des BAG hervorgehoben.

Als gutes Beispiel für eine **Netzwerkstruktur** (Verbund) gilt «Swiss Hospitals for Equity – Migrant Friendly Hospitals». Weiter wird ein Netzwerk des Kantons Zürich anerkennend erwähnt: das Gesundheitsnetz 2025² zur integrierten Versorgung. Es ist aus der Erkenntnis heraus entstanden, dass organisationale Netzwerke im Gesundheitswesen nicht selbstverständlich sind und die Kooperation oft Schwierigkeiten bereitet.

Im Bereich von **Regelstrukturen** gelten die interkulturelle Vermittlung bzw. das interkulturelle Dolmetschen als positive Beispiele. Aufsuchende Sozialarbeit wird als nützlich erachtet, ebenso die Nutzung von Kontaktpunkten (z. B. Apotheken), oder Treffpunkte wie das 'Bistrot social' in Lausanne³. Öffentliche Veranstaltungen wie Fussballturniere oder auch der «Bus Santé» der Gesundheitsligen⁴ sind weitere Beispiele für diese Zugänge.

Als Beispiel für ein gutes **Projekt**, in mehreren Kantonen umgesetzt, wird das Projekt „Altum (Alter und Migration) – Zugang in Regelstrukturen“⁵ von HEKS genannt. Es richtet sich an Migrantinnen und Migranten ab 55 Jahren. Diesen droht mit zunehmendem Alter Isolation und Vereinsamung. Ziel des Projektes ist es, sie vorbeugend und frühzeitig auf die Probleme des Älterwerdens aufmerksam zu machen. So erhalten sie zum Beispiel gezielt Informationen zur Altersvorsorge in der Schweiz.

Eine spezifische Herausforderung in der **Arbeit mit Sans-Papiers** liegt in den teilweise divergierenden Interessen von Amtsstellen: Unterstützung versus Datenaustausch. Die Angst, entdeckt zu werden, erschwert es oft, dass die Unterstützungsangebote genutzt werden. Ein Beispiel, das für Personen ohne legalen Aufenthalt möglich wäre, ist aus den USA und aus Kanada bekannt: die Kampagne «Don't ask, don't tell»⁶.

Losgelöst von positiven Einzelbeispielen werden **Leitprinzipien** genannt, die wegleitend sein sollten: zum einen Empowerment, zum anderen eine lösungs- und ressourcenorientierte Haltung (der professionell Tätigen). Die Personen der Zielgruppen wollen einbezogen sein und Anerkennung erfahren. Wenn schriftliche Materialien übersetzt werden, gelingt dies offenbar nicht immer. Diesbezüglich kritisch bewertet wird die Broschüre «Bewegung ist Leben» im Rahmen von

Es gibt gute Praxisbeispiele, die sich insbesondere durch den Ansatz des Empowerment und die Partizipation der Zielgruppe auszeichnen.

² <http://www.gn2025.ch/>

³ <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yDkogWaNAwJ:webapps.lausanne.ch/apps/actualites/Next/serve.php%3Fid%3D2277+&cd=3&hl=de&ct=clnk&gl=ch>

⁴ <http://www.liguesdelasante.ch/le-bus-des-ligues-roule-pour-la-prevention-des-maladies-cardio-vasculaires/>

⁵ <https://www.heks.ch/schweiz/zuerichschaffhausen/heks-altum-alter-und-migration/>

⁶ <http://immigrationwatchcanada.org/2006/02/18/dont-ask-dont-tell-a-local-campaign-in-defence-of-people-without-status-in-toronto-the-new-socialist-magazine/>

«Migesplus»⁷. Zwar gibt es sie offenbar in 18 Sprachen; erwartet wird aber die Übersetzung in weitere Sprachen. Zudem wird kritisiert, dass die Informationen zu wenig auf andere Kulturen ausgerichtet und nicht an die Zielgruppe angepasst seien. Die Texte seien zu umfangreich. Angeregt wird, dass mehr mit Filmen und Bildern gearbeitet wird, insbesondere mit Migrantinnen als Identifikationsfiguren.

Leitfrage 1.5: Welche **Settings** müssten angegangen werden, um Migrantinnen und Migranten zu erreichen und wie kann ein Projekt möglichst niederschwellig ausgestaltet werden?

Diskussionsergebnisse: Unter dem Settingbegriff werden Überlegungen zum **Sozialraum «Gemeinde»** angestellt. Thematisiert werden Räume, die als Treffpunktorte genutzt werden könnten, aber oft ungenutzt bleiben bzw. nicht zur Verfügung gestellt werden. Gemäss Einschätzung von Teilnehmenden der Fokusgruppen ist es oft das Verhalten von Verwaltungsstellen, welches blockierend wirkt, etwa wenn zu sehr auf Formalismen gepocht wird (z. B. Klärungen von Zuständigkeiten).

Weiter angesprochen werden **Sportstätten** bzw. das Sportangebot. Gewünscht wird eine gezielte Förderung von sportlicher Aktivität der Migrationsbevölkerung. Dazu müsste, so die Erwartung, auch das Bundesamt für Sport direkt beitragen können, indem es auf die Migrantinnen und Migranten zugeht.

Für die spezifische Gruppe der Sans-Papiers ist es oft unmöglich, die Angebote der Gemeinde wahrzunehmen bzw. an Aktivitäten teilzunehmen. Üblich ist ein «Leben in einer Parallelgesellschaft». Das wirkt sich auch auf das Gesundheitsverhalten aus, ferner auf die Bereitschaft, sich mit den geltenden Normen auseinanderzusetzen.

Kommentar: *Es wurden in den Fokusgruppen relativ wenige Überlegungen zum Settingbezug angestellt. Möglicherweise ist der Settingansatz (wie er in Gesundheitsförderung und Prävention diskutiert wird, Setting im Sinne von alltäglicher Lebenswelt) nicht allen vertraut. Auffallend ist, wie mehrfach betont wurde, dass der goldene Schlüssel die Migrantinnen selbst seien. Gleichzeitig wird angemerkt, dass es immer die Gleichen sind, die sich engagieren. Diese Personen, so die Forderung, müssten für ihre Arbeit Anerkennung erhalten und bezahlt werden.*

Die alltägliche Lebenswelt der Migrantinnen und Migranten wäre vermehrt einzubeziehen – dort wo sie leben, lieben und arbeiten.

Leitfrage 1.6: Welche **Kommunikationskanäle** eignen sich, um Migrantinnen und Migranten für diese Themen zu sensibilisieren und informieren?

⁷ <http://www.migesplus.ch/publikationen/ernaehrung-bewegung/show/bewegung-ist-leben/>

Diskussionsergebnisse: Genannt werden Migrations-Radios, Plakatkampagnen zu interkulturellen Themen sowie Informationsveranstaltungen, die sich direkt an Migrantinnen und Migranten richten.

Ein spezifisches **Radioprogramm** wie etwa www.migrationsradio.com wird als geeignet eingeschätzt, um Menschen in der Diaspora zu erreichen. Weiter können gut gemachte **Kurzfilme** das Thema Migration auf lockere und augenzwinkernde Weise aufgreifen. Als gutes Beispiel wird ein Werbespot des Autoherstellers OPEL erwähnt (https://www.youtube.com/watch?v=dv_2PlrRrho).

Die Betrachtung der alltäglichen Lebenswelt ist auch für die Wahl von Kommunikationskanälen wichtig.

Informationsveranstaltungen für Migrantinnen und Migranten würden dann gut beachtet, wenn sie sich unmittelbar auf Festtage oder Veranstaltungen beziehen würden, etwa auf Nationalfeiertage, Gesundheitstage usw.

5.2 Ergebnisse zu Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung

Leitfrage 2.1: Wie können **Leistungserbringer der Grundversorgung** (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte) für die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten einen Beitrag zur **Prävention** leisten?

Diskussionsergebnisse: Für einen chancengerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung müssen nach Einschätzung von Diskussionsteilnehmenden im Wesentlichen **drei grundsätzliche Voraussetzungen** erfüllt sein: (i) die kulturellen Spezifika müssen berücksichtigt werden; (ii) es muss eine gute Interaktion zwischen den Teilsystemen der Versorgung, d.h. zwischen den Professionellen stattfinden; (iii) Angehörige und weitere Personen des sozialen Umfelds sind bei der Versorgung zu integrieren.

In den Fokusgruppen wird Wert darauf gelegt, dass die Fachkompetenz nicht nur bei Einheimischen vermutet wird, sondern auch bei immigrierten Personen. Das Potenzial der **Gesundheitsfachpersonen mit Migrationshintergrund** müsste abgeholt und eingebunden werden.

Beiträge zur Prävention, ausgehend von den Akteurinnen und Akteuren der Versorgung, sind nach unterschiedlichen Zielgruppen zu differenzieren. Beispielsweise sind **Mütter** in der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt eine wichtige Zielgruppe.

Bei neu ankommenden Menschen auf der Flucht und während der hängigen Asylverfahren werden nach Einschätzung von Diskussionsteilnehmenden oft die

Krankheiten unterschätzt oder ignoriert. Die Aufmerksamkeit (sowohl der Immigrierten als auch der Behörden) gilt zuerst der Frage der Aufenthaltsberechtigung und nicht dem Gesundheitsstatus. Problematisch sei dies insbesondere bei psychiatrischen Diagnosen (z. B. Traumatisierung), die zwar oft von Fachpersonen der Psychiatrie erkannt würden, allerdings würde keine adäquate Behandlung folgen.

Ob im Rahmen der Versorgung auch präventive Ziele verfolgt oder präventive Wirkungen erreicht werden können, hängt von einer funktionierenden Verständigung ab. **Dolmetscherdienste** sind darum wichtig. Zu beachten ist, dass Regeln der Anonymität und Vertraulichkeit nicht verletzt werden. Es wird beobachtet, dass kranke Migrantinnen und Migranten bisweilen einen Dolmetscherdienst ablehnen. Sie befürchten, dass ihre Gemeinschaft von der Krankheit erfahren wird, was sie jedoch vermeiden wollen.

Hemmnisse sind nicht nur eine Folge möglicher Sprachbarrieren. Je nach Herkunft ist zum Beispiel der **Vorsorgegedanken nicht vertraut**. Nur wenn die Beschwerden manifest sind, geht man zum Arzt oder ins Spital. Damit der Sinn und Nutzen von Vorsorgemassnahmen erkannt wird, welche teilweise im selben Kontext (ambulante Praxis, ev. Spital) wie die Behandlungen selbst angeordnet werden, braucht es Wissensvermittlung, Aufklärung und Überzeugungsarbeit.

Für die Gruppe der **Sans-Papiers** braucht es eigene, anders geartete Antworten als bei anderen Migrationsgruppen auf die Frage, ob und wie die Versorgung zu Prävention beitragen könne. Der Zugang zu den Versorgungsstrukturen ist ganz grundsätzlich gefährdet. Bedingung ist eine Krankenversicherung, aber viele Sans-Papiers sind nicht versichert, weil sie nicht registriert sind und weil ihnen das Geld fehlt. Nur wenige Kantone gewähren bisher Prämienverbilligungen für diese Personengruppe (GE, VD, BS, FR). Wird jemand krank, ist die Gefahr der Chronifizierung gross, da keine Behandlung gesucht wird. Krank sein bedeutet aber auch, nicht länger (schwarz) arbeiten zu können und damit keinen Verdienst zu haben, da der Arbeitsausfall ebenfalls nicht versichert ist.

Zur Idee von Leitfrage 2.1 generell: Skeptisch wird von Fokusgruppenteilnehmenden eingeschätzt, ob es die Bedingungen zulassen, dass in der Grundversorgung zu Prävention beigetragen werden könne: Das **betriebswirtschaftliche Denken** im Versorgungsbereich stünde dem entgegen. Für viele denkbare präventive Leistungen gibt es keine Taxpunkte. Das gilt allerdings nicht allein in der Versorgung der Migrationsbevölkerung, sondern aller.

Eine andere Skepsis bezieht sich auf ein möglicherweise **verkürztes Verständnis von Prävention** in der Gesundheitsversorgung. Wenn darunter alleine verstanden wird, dass die Professionellen ihre Patientinnen und Patienten zur Veränderung ihres Lebensstils anhalten sollten, ist dies problematisch. Damit wird die Botschaft mittransportiert, dass man im Falle von Belastungen und Erkrankungen selber «schuld» ist. Dies bewirkt bei den Betroffenen Gefühle der Ohnmacht und nimmt

Der strategische Hebel, die Prävention in der Gesundheitsversorgung auszubauen, greift für die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten zu kurz. Massnahmen müssen neben der Veränderung des Lebensstils soziale und kulturelle Lebensbedingungen mitberücksichtigen.

alle Überzeugungen der Selbstwirksamkeit.

Kommentar: Es fällt auf und wird in den Fokusgruppen bestätigt, dass das Gesundheitssystem (von Ausnahmen abgesehen) nicht auf Prävention angelegt ist. Die Diskussionen drehen sich meistens um den Behandlungskontext, nicht um Prävention. Hauptproblem scheinen Verständigungsschwierigkeiten zu sein. Dies nährt den Verdacht, dass eine schlechtere Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten auch mit einer nicht-adäquaten Behandlung zu tun haben könnte.

Das Gesundheitssystem, so wird kritisch bemerkt, sei nicht flexibel genug und könne diese vielen Anforderungen nicht erfüllen. Alkoholranke, Personen mit anderen Suchtproblemen, Trauma-Betroffene und insgesamt grosse Public Health-relevante Gruppen würden alleine gelassen.

Kontrovers wurde in einer Fokusgruppe bewertet, ob es für die Verständigung in der Versorgung von Vorteil sein könne, wenn in einem multiprofessionellen Feld wie einem Spital Landsleute zugezogen würden, die jedoch nicht vom Fach sind (Reinigungspersonal wurde als Beispiel genannt). Zum einen wurde die Position vertreten, dass Schulungen dieser fachfremden Personen dazu verhelfen könnten, ihren Status aufzuwerten. Zum andern wurde eine solche Vorstellung als diskriminierend kritisiert, denn niemand käme auf die Idee, Einheimische in diesem Sinne «einzuspannen».

Leitfrage 2.2: Was sind die **Bedürfnisse** der Migrationsbevölkerung in Bezug auf die **koordinierte** Suchthilfe bzw. wie muss diese ausgestaltet sein, um die Bedürfnisse der Zielgruppe zu berücksichtigen? Welche **Schnittstellen mit Akteurinnen und Akteuren aus dem Migrations- und Sozialbereich** müssen berücksichtigt werden?

Diskussionsergebnisse: Die Fokusgruppen stellen fest, dass es im Feld der Suchthilfe grosse lokale Unterschiede gibt, ob und wie gut auf die Bedürfnislage von Migrantinnen und Migranten eingegangen wird und ob zwischen Fachstellen für Sucht und für Migration zusammengearbeitet wird.

Teilweise hätten Migrantinnen und Migranten, die von Sucht betroffen sind, grosse **Hemmungen**, sich an Fachstellen zu wenden, weil sie nachteilige Konsequenzen befürchten. Entlastend wirken persönliche Kontakte.

Teilnehmende der Fokusgruppen wünschen sich sektorenübergreifende Netzwerke unter mehreren Fachstellen. Der Arbeitsfokus soll in einem breiteren Sinne auf die **sozialen Determinanten** von Gesundheit gerichtet sein. Wenn Risikofaktoren mehrerer NCD-Krankheitsgruppen in einem integrativen Sinne bearbeitet würden, sei dies der Rahmen auch für die Thematisierung von Suchtfragen.

Sektorenübergreifende Netzwerke der Fachstellen im Sozial-, Gesundheits- und Migrationsbereich sowie der Betroffenen selbst könnten dem Bedürfnis nach Orientierung im System entgegenkommen.

Zwei **Beispiele** aus Zürich werden explizit als **positiv** eingestuft: Zum einen das «Väterforum»⁸, welches über Bildung, Gesundheit und Sucht informiert und mit einem Multiplikatorenansatz arbeitet. Zum anderen das interkulturelle Netzwerk «Fachstelle Brückenbauer»⁹. Hier treten Personen als Kontaktpersonen zwischen der Polizei und den Menschen aus fremden Kulturkreisen sowie den Institutionen auf.

***Kommentar:** Die genannten positiven Beispiele sind wohl nicht so sehr dem Suchtbehandlungskontext zuzuordnen als vielmehr der Prävention.*

Leitfrage 2.3: Braucht es andere Herangehensweisen um das **Selbstmanagement** von chronisch kranken Migrantinnen und Migranten und ihren Angehörigen zu stärken?

Diskussionsergebnisse: Gemäss Einschätzung in den Fokusgruppen sind Unsicherheit und Unkenntnis verbreitet: Welche Angebote gibt es? Was erweist sich als hilfreich? Es gäbe verschiedene Herangehensweisen, deren **Potenzial nicht ausgeschöpft** ist, wie Patenschaften, Besuche, Aktivitäten, Einbindung etc. Als besonders wichtig wird die Herangehensweise über Netzwerke der Migrantinnen und Migranten eingeschätzt. Diese Netzwerke müssen in der Versorgung, bei den Professionellen und den Spitälern bekannt sein, damit es zu einer integrierten Versorgung kommen kann.

Gefordert wird, dass die Entwicklung von transkulturellen Kompetenzen in der **Ausbildung** des medizinischen Personals einen höheren Stellenwert bekommt. Bedingung dafür ist eine **interkulturelle Öffnung** der Versorgungsinstitutionen als Ganzes: Das Management muss für diese Sichtweise und Haltung gewonnen werden.

***Kommentar:** Die Fokusgruppen-Diskussionen zu dieser Leitfrage drehten sich nicht so sehr um den Aspekt Selbstmanagement als vielmehr um Zugangsweisen der Berufsleute zu den kranken Migranten und Migrantinnen. Dabei blieben Fragen als Fragen bestehen.*

Leitfrage 2.4: Sind **neue Technologien** (mHealth-Applikationen, Portale etc.) auch für die Migrationsbevölkerung zugänglich? Wie könnten sie zugänglich ausgestaltet werden?

⁸ https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/-gesundheit_und_praevention/suchtpraevention/familie_freizeit/vaeterforum.html

⁹ <http://www.kapo.zh.ch/internet/sicherheitsdirektion/kapo/de/paevention/brueckenbauer.html>

Diskussionsergebnisse: Es scheint, dass die meisten Fachpersonen diese Plattformen **nicht kennen**. Die Diskussionsteilnehmenden vermuten auch, dass die Plattformen bei Migrantinnen und Migranten kaum bekannt sind. So gesehen wird ihr Potenzial noch nicht optimal genutzt.

Plattformen wie die erwähnten werden für besser Qualifizierte als geeigneter eingeschätzt. Das kann durchaus sinnvoll sein: Unterstützend für das Gesundheitsfachpersonal und im Sinne einer Multiplikationsfunktion. Für weniger gut Qualifizierte dürften sich derartige Plattformen weniger gut eignen; aufsuchende Soziale Arbeit gilt als Erfolg versprechender. Basierend auf Überzeugungskraft und Vertrauen müssen Themen **persönlich** besprochen werden können.

Neue Technologien sollten ausgebaut und mehr genutzt werden. Für eine personenorientierte Versorgung braucht es parallel dazu auch den Ausbau an aufsuchender Sozialer Arbeit.

Es wird gefordert, dass die Nutzung von neuen Technologien, insbesondere der Social Media, für Familien, Eltern und Personen mit Migrationshintergrund noch weiter untersucht, aber auch ausgebaut werden müsste. **Social Media** werden von Migrantinnen und Migranten vor allem dazu genutzt, um in den eigenen Sprachen (aus der Herkunftsregion) Informationen zu halten. Schweizerische Plattformen erreichen diese Gruppen kaum. Mund-zu-Mund und 'face à face' sind die Hauptkommunikationswege bei der Zielgruppe. Allerdings könnte künftig mit entsprechenden Technologien die individualisierte, personalisierte Behandlung und Begleitung unterstützt werden.¹⁰

5.3 Ergebnisse zu Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung

Leitfrage 3.1: Was sind die **Bedürfnisse** der Migrationsbevölkerung in Bezug auf die Erkennung und Verminderung von **Risikoverhalten und Schadensminderung**?

Diskussionsergebnisse: Die Gesprächsteilnehmenden kommen zum Schluss, dass es sich bei Risikoverhaltensweisen sehr oft um **Tabuthemen** handelt. Was ist Risiko, was nicht? Die Art und Weise, wie sich Personen verhalten, wird teilweise verständlich, wenn man den kulturellen und religiösen Hintergrund einbezieht.

¹⁰ Zur Illustration ein Auszug aus einem Fokusgruppengespräch: « *C'est notamment le cas d'un jeune doctorant migrant de l'Université de Genève, porteur lui-même d'une maladie grave dont il oriente ses recherches sur un modèle d'application mobile pour le suivi et l'autogestion de la drépanocytose à domicile ...* ».

Debattiert wird die Frage des **Zusammenhangs zwischen Migration und Suchtentstehung**. Gemäss Einschätzung von Fachleuten ist Migration nicht per se ein Risikofaktor für die Entwicklung von Suchtproblemen; im Gegenteil, manchmal ist ein Migrationshintergrund ein Schutzfaktor. Entscheidender Risikofaktor dürften eher Armutsverhältnisse sein. Erinnert wird an die grundsätzliche Abstinenzorientierung des Islam gegenüber Alkohol. Genau dieses Ideal kann allerdings innerhalb von Migrationsgruppen oder -familien zu Spannungen führen, zum Beispiel zwischen den Generationen. Missverständnisse in der Erziehung oder divergierende Einstellungen sind oft Themen in der Beratungs- und Vermittlungsarbeit von Fachleuten, die mit Migrantinnen und Migranten arbeiten.

Die indizierte Prävention richtet sich an Personen, die sich risikoreich verhalten. Würde man an den Ursachenfaktoren zur Entwicklung von Risikoverhalten ansetzen wollen, wäre der Migrationshintergrund kein Risikofaktor per se.

Herausfordernd erleben Fachleute die Arbeit mit unbegleiteten **minderjährigen** Flüchtlingen, die schädliche Konsumgewohnheiten mit Suchtmitteln entwickeln. Es braucht Austausch und Aufklärung an verschiedenen Stellen, darunter auch in der offenen Jugendarbeit.

Schliesslich wird auf einen Mythos verwiesen: Es gibt verbreitet unterschwellige Ängste, wonach von Migrantinnen und Migranten eine Gefahr für die Gesundheit der einheimischen Bevölkerung ausgehe, etwa durch **Infektionsübertragung**. Bezweifelt wird, ob man derartigen Mythen mit Kampagnen etwas entgegensetzen könne.

Kommentar und Ergänzung: Es fällt auf, dass die Themen «Risikoverhalten» und «Schadensminderung» mit Blick auf Suchtmittelkonsum diskutiert werden.

Leitfrage 3.2: Sind die heutigen **Angebote der Schadensminderung** so ausgestaltet, dass sie auch Migrantinnen und Migranten erreichen? Wie müssten sie angepasst werden? Welche Unterstützung benötigen die Betreiber der **Schadensminderung**, um ihr Angebot **migrationsgerecht anzupassen**? Welchen Beitrag kann das BAG dazu leisten?

Diskussionsergebnisse: Nach Einschätzung der Gesprächsrunden gibt es wohl **viele kleine Projekte**, die vor Ort, in Spitälern, Sozialdiensten und Schulen stattfinden. Das Angebot ist insgesamt ziemlich verzettelt; manchmal wäre weniger mehr. Und die Projekte müssten besser vernetzt sein. Es gelingt kaum, eine Übersicht zu bekommen bzw. darzustellen. Wichtig wäre, dass nicht stets Neues kreiert wird, sondern dass die Angebote **konsolidiert** und nachhaltig betrieben werden. Es gibt wenig Angebote, die schon lange bestehen. Als positive Ausnahme gilt das Programm «Schritt:weise»¹¹.

Problematisch sind oft auch die **Finanzierungsmechanismen**. Projekte werden

¹¹ <https://www.a-primio.ch/de>

während einer Pilotphase finanziert, aber für den Übergang zu einem Regelangebot – auch und gerade bei bewährten Ansätzen – fehlt dann das Geld. Solches erlebt offenbar aktuell das Programm «Femmes Tische.»

Weiter wird gefordert, dass Programme und Projekte nicht nur auf Verhalten ausgerichtet sein sollten; Schadensminderung meint ebenso Massnahmen auf **struktureller Ebene**.

Migrationsgerechte Massnahmen der Schadensminderung sind vernetzt, konsolidiert, nachhaltig und setzen auch auf struktureller Ebene an.

Bei bestimmten Gruppen, z. B. Tamilen, ist bekannt, dass es Suchtprobleme gibt, aber es gibt wenig Wissen zum Umgang damit. Hier wäre Schadensminderung wichtig – die Tabuisierung steht dem im Wege. Deshalb braucht es Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Sensibilisierungsmassnahmen, z. B. in Vereinen. Es gibt auch Initiativen von Gruppen selber, z. B. in der tamilischen Bevölkerung, die man unterstützen könnte.

In einzelnen Gruppen, so die Beobachtungen, ist Risikoverhalten sehr ausgeprägt und bestand schon vor der Immigration. Das ruft nach Ansätzen der indizierten Prävention. Als Beispiele werden Migrantinnen und Migranten aus Eritrea oder aus Südafrika genannt.

Weiteres Diskussionsthema war die **herausfordernde Aufgabe**, denen sich Fachpersonen stellen müssen. Sie sehen beispielsweise, dass Eltern ihre Kinder mit den Problemen alleine lassen, da sie selbst vollkommen überfordert und hilflos sind. Dies kann zu Frustration führen, besonders dann, wenn sich die Öffentlichkeit schnelle Lösungen erhofft. Es bleibt das Gefühl, man könne ihnen – angesichts der schrecklichen Erlebnisse der Migrantinnen und Migranten – nur allergrösste Anerkennung zollen und dürfe keine Bedingungen stellen. Bei dieser schwierigen Arbeit geht es darum, die Wahrnehmung und das Erleben der Personen anzuerkennen und mit den Realitäten und wissenschaftlichen Befunden zu ergänzen. So kann beispielsweise auch der Hexerei durchaus einen Platz neben der Schulmedizin eingeräumt werden.

Leitfrage 3.3: Gibt es bei der Methode **Früherkennung und Frühintervention** migrationsspezifische Aspekte, die berücksichtigt werden müssen?

Diskussionsergebnisse: Gefordert wird ein Handlungsleitplan für Früherkennung und Frühintervention; ferner müsse die bereichsübergreifende Zusammenarbeit geklärt werden. Darunter fällt auch eine dokumentierte Klärung der Rollen. So versteht zum Beispiel die Polizei unter Früherkennung und Frühintervention etwas Anderes als die Expertinnen und Experten im Migrationsbereich. Es muss eindeutig klar sein, «wer hat was, wie zu tun» und nicht mehr, dass jeder etwas in seiner Ecke macht. Ein grosses Problem entsteht durch die Polizeikontrollen. Insbesondere auf Männer mit Migrationshintergrund würde grossen Druck ausgeübt. Sie nehmen es als ungerecht wahr und reagieren mit Stresssymptomen.

Früherkennung und – intervention beruht auf einem definierten Handlungsprozess mit geklärten Rollen, entlang der Frage: «Wer hat warum was, wie zu tun?»

Leitfrage 3.4: Was ist zu Migration und Verminderung von Risikoverhalten sowie Schadensminderung zu tun? Welche **konkreten Ideen** haben Sie?

Diskussionsergebnisse: Zu dieser Leitfrage kamen in den Fokusgruppen nur wenige Nennungen. Methodisch drehten sich die Vorschläge um Kampagnen. Als Beispiel einer positiven Wirkung wird eine Anti-Rauch-Kampagne angeführt: Über die Kinder seien die Themen in die Familien getragen worden. Etwa zum Thema Passivrauchen: «Wenn Du rauchst, sterben wir alle». Ein Votum bezog sich auf ein Thema, das man mit der Methode «Kampagne» und der Ausrichtung (auch) auf die Migrationsbevölkerung angehen könnte: Zuckerkonsum.

Leitfrage 3.5: Über **welche Kanäle** (Fachstellen, Angebote, Informationsgefässe etc.) können Risikogruppen der Migrationsbevölkerung **sensibilisiert** werden?

Diskussionsergebnisse: Bildung und Arbeit gelten als die entscheidenden Zugangswege. Migrationsealtern seien sich in der Regel sehr bewusst, was Ausbildung bedeutet. Sie ist in fast allen Gesellschaften ein wichtiger Wert.

Die Wahl der Zugangswege sollte an den Werten der Zielbevölkerung anknüpfen. Ein für die Migrationsbevölkerung besonders wichtiger Wert stellt die Bildung dar.

Als Informationskanal bekräftigt wird der Nutzen der **persönlichen Weitergabe** von Informationen und Verhaltenstipps. Eine Chance kann darin liegen, **Secondos und Secondas** gezielt einzubeziehen: Sie sind hier aufgewachsen und haben das Wissen über Werte, Fakten und Risiken eher erworben als die Generation ihrer Eltern. Sie kennen sich möglicherweise mit dem Erkennen von Störungen bzw. Erkrankungen besser aus (z. B. psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen); vor allem wissen sie eher, wo man Information und Unterstützung bekommen kann.

Am Beispiel der Suchtthematik wird eine Verschiebung konstatiert: Betroffen seien zunehmend mehr **ältere Personen** (Alter 55+). Mediatorenprogramme gelten als Erfolg versprechend. Wenn es sich um Personen im Erwerbsleben oder an der Schwelle zur Pension handelt, kann **betriebsinterne Bildung** ein Zugangsweg sein. Anbietende von entsprechenden Programmen stellen allerdings fest, dass sich Vorgesetzte oft schwertun, solche Angebote anzunehmen, weil sie eine Stigmatisierung von Betroffenen befürchten – eventuell auch ein Imageschaden für den Betrieb.

Weiter wird der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund, Arbeitslosigkeit und Sucht thematisiert. **Arbeitslosigkeit** kann eine Suchtentwicklung begünstigen, was oft übersehen wird. Handlungsbedarf ist beispielsweise in der Begleitung von Familien mit Kindern gegeben, die in solchen Konstellationen aufwachsen.

Ergänzender Hinweis: In der Diskussion zu dieser Leitfrage wurde auch vehement

vertreten, man solle keine Sonderangebote für Migrantinnen und Migranten schaffen, sondern die Regelstrukturen ausbauen.

5.4 Ergebnisse zu Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung

Leitfrage 4.1: Haben Fachpersonen im Präventions- und Suchtbereich genügend **Kompetenzen**, um mit Menschen verschiedener Herkunft umzugehen und auf ihre Bedürfnisse einzugehen?

Diskussionsergebnisse: Es gilt als unbestritten, dass es Aus- und Weiterbildung für die erwähnten Berufsgruppen bzw. Funktionen braucht. Als bedeutsam wird auch die Haltung der Institutionen selbst gegenüber Migrantinnen und Migranten eingeschätzt, die sich mit Prävention und Suchtfragen, aber auch mit der Gesundheitsversorgung befassen. Es braucht eine Willkommenskultur, welche die Institution auszeichnet. Das Einfordern und Vorleben einer solchen Haltung ist «Chefsache».

Die Ausbildung von Fachpersonen und die Forschung sind Orte der Weitergabe von Wissen und der Wissensgenerierung.

Leitfrage 4.2: Welche **Wissensgrundlagen** im Bezug zur Migrationsbevölkerung wären für Sie wichtig, um Ihre Arbeit in diesem Bereich verbessern zu können? Wo gibt es Wissenslücken?

Diskussionsergebnisse: Die Teilnehmenden an den Fokusgruppen melden folgenden eigenen Bedarf zum Schliessen von Wissenslücken an:

Sie wollen Wissen zu **psychischen Störungen**. Diese treten häufig auf, insbesondere im Asylbereich, und die Fachpersonen müssen eine Einschätzung leisten können, ob das Verhalten einer Person im Zusammenhang mit einer Erkrankung steht und/oder ob die Person ein bestimmtes Verhalten intentional einsetzt. Bezüglich psychischer Gesundheit wird eine Unterversorgung auch bei Migranten und Migrantinnen vermutet. Als Risiko für eine adäquate Diagnose wird eingestuft, dass es in den Sprechstunden aus Spargründen nur wenig Dolmetschdienste gebe. Derartige Zusammenhänge sollten auch besser beforscht werden, nicht zuletzt, um unerwünschte Folgekosten aufzuzeigen.

Die Grundlagen der transkulturellen Prävention und das Wissen zu psychischen Störungen sollten in der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen einfließen.

Generell spielt beim Bedarf nach Wissensgrundlagen die **Forschung** eine grosse Rolle. Eingewendet wird allerdings, dass bei einer knappen Finanzlage nicht in Forschung, sondern mehr in konkrete Umsetzung und in konkrete Massnahmen investiert werden sollte. Forschung kann auch die Stigmatisierung der

Migrationsbevölkerung fördern. Wenn Mittel in Forschungen fliessen sollen, dann für eine sinnvolle Begleitforschung, z. B. zum Thema Trauma. Dann könnten Massnahmen gezielter umgesetzt werden.

Das **kulturelle Verständnis** ist eine wichtige gegenseitige Grundlage. Dabei ist die Wahrnehmung der Situation aus verschiedenen Perspektiven wichtig. Nur so können Fehlbehandlungen und verspätete Behandlungen vermieden werden. Die **subjektiven Konzepte** von Gesundheit und Krankheit sollten besser berücksichtigt werden. Als Forschungsthema wenig bearbeitet ist die Beziehung zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten.

Ansätze der transkulturellen Prävention müssen in der Grundausbildung der Fachpersonen vermittelt werden. Sinnvoll sind auch spezifische Ausbildungsinhalte zur regionalen Ausbreitung von **Krankheiten in den Herkunftsländern** der Migrantinnen und Migranten (als Beispiele werden Sichelzellanämie und Bilharziose genannt) sowie zur progressiven Entwicklung von chronischen Krankheiten.

Leitfrage 4.3: Was ist zu Migration und Wissensgrundlagen sowie Wissensgenerierung zu tun? Welche **konkreten Ideen** haben Sie?

Diskussionsergebnisse: Erneut bekräftigt wird der Wunsch nach einem besseren, reflektierten Umgang mit den verschiedenen Kulturverständnissen in der Beziehung zwischen Personal sowie Patientinnen und Patienten, namentlich im Spital. Migrantinnen und Migranten würden die Behandlungen und deren Ziele oft nicht verstehen, was auch zu Fehl-Behandlungen führen kann. Zudem sind bessere Dolmetschangebote (L'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle) angezeigt. Vorbildlich geschieht der Einsatz ohne grosse Hürden für das Personal und ohne grosse Formalitäten an den Hôpitaux Universitaires de Genève HUG oder in den niederschweligen Einrichtungen im Kanton Waadt.

Angeregt wird weiter, dass es für Fachpersonen Möglichkeiten geben müsste, transkulturelles Wissen und Kompetenzen im Selbststudium zu erwerben und dazu auch die Einsatzmöglichkeiten von Sozialen Medien zu nutzen.

Kommentar: Weitere konkrete Ideen wurden bereits zuvor, unter Leitfrage 4.2, eingebracht. Die Diskussionen zum gesamten Cluster 4 wurden integrativ geführt, das heisst nur ansatzweise aufgeschlüsselt nach den drei Leitfragen.

6 Abschliessende Bemerkungen

Die folgenden abschliessenden Bemerkungen geben einen zusammenfassenden Überblick für die Massnahmen in den Clustern und es werden die Möglichkeiten der vorliegenden Untersuchung relativiert.

Die Massnahmen im Cluster Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich zunächst an der Frage des Informationsstands und des Wissens des einzelnen Migranten bzw. der einzelnen Migrantin. Es wird deutlich, dass es möglichst frühe, d.h. beim Eintreffen in das Ankunftsland und möglichst diverse, d.h. den kulturellen Bedürfnissen angepasste und möglichst personalisierte Informationen braucht. Geeignet sind über persönliche Kontakte vermittelte Informationen, die sich auf das gesamte Zusammenleben in der Schweiz richten. Weiter braucht es Bildungs- und Arbeitsangebote, die sinnvoll sind und für die Migrantinnen und Migranten selbst Bedeutung haben. Die Vernetzung der Organisationen muss vorangetrieben werden und die Abgrenzung der Stellen für Suchtprävention, für Gesundheitsförderung oder für Integration sollte aufgegeben werden.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung stellt für viele Migrantinnen und Migranten ein Problem dar und dies birgt die Gefahr von Chronifizierung bei nicht behandelten Krankheiten. Dies gilt im Besonderen für die Gruppe der Sans Papiers. Im System selbst ist die Kommunikation zwischen den Fachpersonen und den Betroffenen problematisch. Dabei spielt auch das bestehende finanzielle Anreizsystem eine Rolle, welches wenig Platz für eine nachhaltige und patientenzentrierte Betreuung lässt. Diese kann durch neue Technologien unterstützt und gleichzeitig nicht ersetzt werden. Die Prävention in der Gesundheitsversorgung im engeren Sinne (Cluster 2) darf nicht auf die Prävention problematischen Verhaltens beschränkt sein, sondern sie muss auch die Lebenswelt und die Lebensbedingungen der Betroffenen mit einbeziehen.

Entsprechendes gilt auch für Massnahmen im Cluster 3 des Risikoverhaltens und der Schadensminderung. Die Konzentration auf das Verhalten alleine verstellt den Blick auf Lebensbereiche und Strukturen, die für chronische Krankheiten und für Sucht entscheidend sind. Die Massnahmen der Früherkennung und Frühintervention sollten anhand von definierten Prozessen und geklärten Rollen umgesetzt werden.

Für die Umsetzung aller Massnahmen sind Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren wichtig (Cluster 4). Für die Forschung gilt dies entsprechend – sie ist eine wichtige Grundlage für alle Massnahmen.

Die Sichtung der Massnahmenpläne ergab 26 Haupt- und Querschnittsmassnahmen in der NCD-Strategie und 24 themen- und

steuerungsorientierte Massnahmen in der Strategie Sucht. Die Massnahmen mussten zu Clustern gruppieren werden, um die Literatursuche, die Befragung der Expertinnen und Experten Online und in den Fokusgruppen nicht ausufern zu lassen. Mit den vier Massnahmen-Clustern wurde eine befriedigende und handhabbare Lösung gefunden. Die gruppierten Massnahmen konnten so analysiert und kommentiert werden.

Als herausfordernd erwies sich auf allen Ebenen die Berücksichtigung von Diversität innerhalb der Migrationsbevölkerung. Bei der Formulierung der Massnahmen sowie der Vorhaben zu deren Konkretisierung wurde in aller Regel in einem generellen Sinne von «der Migrationsbevölkerung» gesprochen. Unbestritten ist, dass es im Kontext beider nationaler Strategien weitere Reflexionen zum Bedarf unterschiedlicher Gruppen der Migrationsbevölkerung braucht. Wichtige Differenzierungen sind:

- a) Menschen, die aufgrund von Arbeitsimmigration in die Schweiz gekommen sind, versus Menschen auf der Flucht¹².
- b) Differenzierung nach Aufenthaltsdauer.

Auch wenn es einleuchtet, dass sich Neueinreisende im schweizerischen System weniger gut auskennen und zurechtfinden als Personen, die schon länger in der Schweiz sind: Zwischen Aufenthaltsdauer und erfolgreicher Integration ist der Zusammenhang natürlich nicht linear. Ein weiteres bedeutendes Unterscheidungsmerkmal sind unterschiedliche Herkunftsregionen, namentlich die Gegenüberstellung von Immigration aus einer wohlhabenden Weltgegend vs. Immigration aus einer benachteiligten Weltgegend. Abbild dieser Unterscheidung ist oft auch der Bildungsstatus und die gesellschaftliche Stellung im Ankunftsland. Unter Umständen klappt das heutige und das ursprüngliche Bildungsniveau der Migranten und Migrantinnen auseinander: wegen Nicht-Anerkennung von Bildungsabschlüssen und sprachlichen Defiziten, die erst aufgeholt werden müssen.

Vordergründig ist zu vermuten, dass es sowohl in der NCD-Strategie als auch in der Strategie Sucht für Immigrantinnen und Immigranten aus wohlhabenden Weltgegenden (z. B. Expats) oder/und für jene, die bereits seit langer Zeit in der Schweiz leben, keine spezifischen Massnahmen braucht. Auf den zweiten Blick ist jedoch zu beachten, dass beispielsweise im Suchtbereich die Einstellung zu bestimmten Suchtmitteln und Konsumformen, wie sie in der Herkunftskultur galt, aufrechterhalten wird. Das kann sich als Schutzfaktor erweisen, aber auch als spezifisches Risiko, etwa als Spannung zwischen den Generationen. Auch in der Übergewichtsprävention (als Aspekt der NCD-Strategie) ist nicht zu unterschätzen, dass sich einerseits die körperliche Konstitution und damit der Indikator BMI, andererseits die hergebrachten Einstellungen und Gewohnheiten zu Bewegungs-, Ess- und Trinkverhalten je nach ethnisch-kultureller Herkunft stark unterscheiden.

¹² Darüber hinaus muss dieser Unterschied relativiert werden, wenn berücksichtigt wird, dass auch Menschenhandel unter "Arbeitsimmigration" gefasst werden kann.

Die einheimisch-mittelständischen Ideale (und Lebenschancen) lassen sich nicht immer tel quel auf alle Gruppen der Migrationsbevölkerung übertragen.

Die grosse Heterogenität der Migrationsbevölkerung zog sich als Grundthema durch die gesamte vorliegende Untersuchung. Sie kam bei der Sichtung der Massnahmen und bei der Literatursuche zum Vorschein und wurde in der Online-Befragung und in den Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten im Migrationsbereich besonders häufig thematisiert. Der Versuch, das Thema breit anzugehen und sich nicht im vorneherein auf eine bestimmte Gruppe zu beschränken, führte zu einer gewissen Unschärfe mit recht allgemeinen Aussagen einerseits und punktuelle Erwähnungen von spezifischen Gruppe innerhalb der Migrationsbevölkerung andererseits. Um den Bedürfnissen von spezifischen Gruppen gerecht zu werden, braucht es gezielte Vorgehensweisen und spezifische Fragestellungen.

Die Frage, in wie fern die Massnahmen den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung gerecht werden, kann die Untersuchung mit der verwendeten Methodik nur ansatzweise beantworten. Bei der Entwicklung und Ausformulierung der einzelnen Massnahmen hätten die Bedürfnisse der Betroffenen bereits systematisch einbezogen werden müssen, wie dies beispielsweise in der Methode des Intervention Mapping vorgeschlagen ist (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2011). Eine Bedarfsanalyse als zwingende Grundlage der Entwicklung der Massnahmen konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht stattfinden.

Eine weitere Schwierigkeit der Untersuchung ist, dass die Frage der Zuständigkeit für einzelne Massnahmen schwer zu klären ist. Die Massnahmen und deren Umsetzung sind auf allen Ebenen (Bund, Kantone, Gemeinde) relevant. Politische Entscheidungen müssen aufeinander abgestimmt werden, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und eine effizientere Herangehensweise zu ermöglichen. Dies kann im gemeinsamen Dialog der Akteurinnen und Akteure gelingen, in dem das gemeinsame Ziel der Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung in den Vordergrund gerückt wird. In den Strategien ist der wichtige Prozess der Kooperation und Koordination der verschiedenen Akteurinnen und Akteure angelegt. Zur konkreten Umsetzung der Massnahmen braucht es weiterhin eine Klärung der Zuständigkeit; die allerdings nicht zu viel Raum einnehmen sollte, um Raum für die Arbeit an den dringend notwendigen Massnahmen im Migrationsbereich zu lassen.

7 Literatur

- Alves, L., Azevedo, A., Barros, H., Vollenweider, P., Waeber, G., & Marques-Vidal, P. (2015). Prevalence and management of cardiovascular risk factors in Portuguese living in Portugal and Portuguese who migrated to Switzerland. *BMC Public Health*, *15*(307), 015-1659.
- Anderson, L. M., Adeney, K. L., Shinn, C., Safranek, S., Buckner-Brown, J., & Krause, L. K. (2015). Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*, CD009905.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009905.pub2>
- Avenir Social, Fachverband Sucht, Groupement romand d'études des addictions (GREA), Infodrog, R., Sucht Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), . . . Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF). (2016). *Charta Früherkennung und Frühintervention*. Paper presented at the Tagung «Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen» am 16. Juni 2011 aktualisiert 2016, Olten.
http://www.doj.ch/fileadmin/downloads/themen/grundlagen_studien/charta_Fruherkennung_2.0.pdf
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen in der Schweiz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bachmann, N. (2015). Leben mit chronischen Krankheiten In S. G. OBSAN (Ed.), *Nationaler Gesundheitsbericht 2015* (pp. 149-189). Bern: Hogrefe.
- BAG. (2008a). *Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen. Bundesamt für Gesundheit. Nationales Programm « Migration und Gesundheit 2008–2013 »*. Bern: Bundesamt für Gesundheit Retrieved from
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AFkuneAlnDwJ:https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/programm-migration-und-gesundheit-2014-2017/konzept-migration-mainstreaming-im-gesundheitswesen.pdf.download.pdf/konzept-migration-mainstreaming-gesundheitswesen.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=ch>
- BAG. (2008b). *Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen. Nationales Programm « Migration und Gesundheit 2008–2013 »*. Retrieved from Bern:
- BAG. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit2020*. Bern: Bundesamt für Gesundheit Retrieved from
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>
- BAG. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017-2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG Retrieved from
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
- BAG. (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit Retrieved from
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DHku8AV_RvoJ:https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/Sucht/massna

- [hmnplan-strategie-sucht.pdf.download.pdf/Massnahmenplan%2520zur%2520Nationalen%2520Strategie%2520Sucht.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=ch](#)
- BAG, & GDK. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>)
- BAG, GDK, & GFCH. (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Gesundheitsförderung Schweiz Retrieved from <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h-z1xxGL70cJ:https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-massnahmenplan.pdf.download.pdf/ncd-massnahmenplan.pdf+&cd=3&hl=de&ct=clnk&gl=ch>
- BAG Bundesamt für Gesundheit. (2007). *Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013)*. Retrieved from Bern:
- Ballotari, P., Caroli, S., Ferrari, F., Romani, G., Marina, G., Chiarenza, A., . . . Rossi, P. G. (2015). Differences in diabetes prevalence and inequalities in disease management and glycaemic control by immigrant status: a population-based study (Italy). *BMC Public Health*, *15*. doi:8710.1186/s12889-015-1403-4
- Balthasar, A., Müller, F., & Oetterli, M. (2009). *Evaluationssystem für die Strategie Migration und Gesundheit, Phase II: 2008-2013. Arbeitspapier Stand 30. April 2009*. Retrieved from Luzern:
- Benson, F. E., Nierkens, V., Willemsen, M. C., & Stronks, K. (2015). Smoking cessation behavioural therapy in disadvantaged neighbourhoods: An explorative analysis of recruitment channels. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *10*, 28.
- Bermejo, I., Frank, F., Komarahadi, F., Albicker, J., Ries, Z., Kriston, L., & Harter, M. (2015). [Transcultural prevention of alcohol-related disorders : effects of a culture- and migration-sensitive approach in elderly migrants with respect to attitudes and behavior: a cluster randomized controlled trial]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *58*(7), 738-748.
- Bermejo, I., Holzel, L. P., Kriston, L., & Harter, M. (2012). [Barriers in the attendance of health care interventions by immigrants]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *55*(8), 944-953. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>
- Bruhin, E. (2014). Der Bund entwickelt zwei neue zukunftsweisende Strategien für die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten und Sucht. *spectra*, *107*, 2-3.
- Brzoska, P., & Razum, O. (2015). Accessibility and quality of rehabilitative services among migrants in Germany. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, *58*(6), 553-559. doi:10.1007/s00103-015-2144-3

- Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., & Razum, O. (2016). Self-rated treatment outcomes in medical rehabilitation among German and non-German nationals residing in Germany: an exploratory cross-sectional study. *Bmc Health Services Research*, 16. doi:10.1186/s12913-016-1348-z
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates - Gesundheit 2020*. Retrieved from Bern: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2010). *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010*. Retrieved from Bern:
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2016). *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00572/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2006). *Migrationsbericht 2005*. Retrieved from Nürnberg:
- Bundesamt für Statistik. (2008). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz - Bericht 2008*. Retrieved from Neuchâtel:
- Bundesamt für Statistik. (2015). *Ausländische Wohnbevölkerung - Übersicht*. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic books.
- Cloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp-Stone, U., & Ackermann, G. (2004). Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 3.
- Davidson, E. M., Liu, J. J., Bhopal, R., White, M., Johnson, M. R. D., Netto, G., . . . Sheikh, A. (2013). Behavior change interventions to improve the health of racial and ethnic minority populations: a tool kit of adaptation approaches. *Milbank Quarterly*, 91(4), 811-851. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1468-0009.12034>
- De Bock, F., Breitenstein, L., & Fischer, J. E. (2012). Positive impact of a pre-school-based nutritional intervention on children's fruit and vegetable intake: results of a cluster-randomized trial. *Public Health Nutrition*, 15(3), 466-475. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S136898001100200X>
- Galan, I., Boix, R., Medrano, M. J., Ramos, P., Rivera, F., & Moreno, C. (2014). Individual factors and school-based policies related to adherence to physical activity recommendations in Spanish adolescents. *Prevention Science*, 15(4), 588-599. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11121-013-0407-5>
- Gordon, R. S. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Häfeli, P. J., Lischer, S., & Villiger, S. (2012). *Die Früherkennung von vulnerablen Personengruppen im Glücksspielbereich* Retrieved from Luzern:
- Hamilton, F. L., Lavery, A. A., Huckvale, K., Car, J., Majeed, A., & Millett, C. (2016). Financial Incentives and Inequalities in Smoking Cessation Interventions in Primary Care: Before-and-After Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 341-350. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntv107>
- Hamilton, F. L., Lavery, A. A., Vamos, E. P., Majeed, A., & Millett, C. (2013). Effect of financial incentives on ethnic disparities in smoking cessation

- interventions in primary care: cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 35(1), 75-84. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fds065>
- Haug, S., Paz Castro, R., & Schaub, M. P. (2015). Erreichbarkeit Jugendlicher fuer ein Internet- und SMS-Programm zum Thema Alkohol. Accessibility of adolescents for an Internet- and text message-based program concerning alcohol abuse. *Sucht*, 61(6), 357-365. doi:<http://dx.doi.org/10.1024/0939-5911.a000395>
- Helland-Kigen, K. M., Råberg Kjøllestad, M. K., Hjellset, V. T., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G., & Wandel, M. (2013). Maintenance of changes in food intake and motivation for healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. *Public Health Nutrition*, (1), 113-122. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/358/CN-00874358/frame.html> doi:10.1017/S1368980012002790
- Hesselink, A. E., van Poppel, M. N., van Eijsden, M., Twisk, J. W. R., & van der Wal, M. F. (2012). The effectiveness of a perinatal education programme on smoking, infant care, and psychosocial health for ethnic Turkish women. *Midwifery*, 28(3), 306-313. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.04.005>
- Hoddinott, P., Morgan, H., MacLennan, G., Sewel, K., Thomson, G., Bauld, L., . . . Campbell, M. K. (2014). Public acceptability of financial incentives for smoking cessation in pregnancy and breast feeding: a survey of the British public. *BMJ Open*, 4(7), e005524. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005524>
- Kasza, K. A., Hyland, A. J., Borland, R., McNeill, A. D., Bansal-Travers, M., Fix, B. V., . . . Cummings, K. (2013). Effectiveness of stop-smoking medications: Findings from the International Tobacco Control (ITC) four country survey. *Addiction*, 108(1), 193-202.
- Kaya, B. (2007). *Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung*. Retrieved from Neuenburg:
- Khadjesari, Z., Newbury-Birch, D., Murray, E., Shenker, D., Marston, L., & Kaner, E. (2015). Online health check for reducing alcohol intake among employees: a feasibility study in six workplaces across England. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 10(3), e0121174. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0121174>
- Liu, J., Davidson, E., Bhopal, R., White, M., Johnson, M., Netto, G., . . . Sheikh, A. (2012). Adapting health promotion interventions to meet the needs of ethnic minority groups: mixed-methods evidence synthesis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(44), 1-469. doi:<http://dx.doi.org/10.3310/hta16440>
- Novák, M. (2012). *Migration und Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2010 und 2011* Retrieved from Bern
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2014). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 49(1), 66-78. doi:10.1093/alcalc/agt170
- Ozdemir, M., & Koutakis, N. (2016). Does promoting parents' negative attitudes to underage drinking reduce adolescents' drinking? The mediating process and moderators of the effects of the orebro Prevention Programme. *Addiction*, 111(2), 263-271. doi:10.1111/add.13177

- Pavarin, R. M. (2014). Access to health services for problematic use of illegal psychoactive substances among natives and non-natives: a study in the metropolitan area of Bologna. *Annali Dell'Istituto Superiore di Sanita*, 50(1), 38-43. doi:http://dx.doi.org/10.4415/ANN_14_01_06
- Pfluger, T., Biedermann, A., & Salis Gross, C. (2008). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen*. Retrieved from Herzogenbuchsee:
- Salem, F., & Mourtada, R. (2011). Civil Movements: The Impact of Facebook and Twitter. Dubai School of Government, 1–30.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52(2), 87-96. doi:10.1007/s00038-007-6002-4
- Schmid, H. (2008). One size doesn't fit all. Die Bedeutung von Theorien in der Suchtprävention. *Psychoscope*, 12-15.
- Schnoz, D., Schaub, M., Schwappach, D. L., & Gross, C. S. (2011). Developing a smoking cessation program for Turkish-speaking migrants in Switzerland: Novel findings and promising effects. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(2), 127-134. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntq220>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Ed.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Bern: Hogrefe.
- Shah, S., Ainsworth, H., Fairhurst, C., Tilbrook, H., Sheikh, A., Amos, A., . . . Siddiqi, K. (2015). Muslim communities learning about second-hand smoke: a pilot cluster randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *NPJ Prim Care Respir Med*, 25(15052), 52.
- Spallek, J., & Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer, & M. Richter (Eds.), *Health Inequalities - Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (pp. 271-288). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Tausch, A., & Menold, N. (2015). *Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen?* Retrieved from http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_r eihen/gesis_papers/GESIS-Papers_2015-12.pdf
- Telle-Hjellset, V., Kjollesdal, M. K. R., Bjorge, B., Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M., Birkeland, K. R. I., . . . Hostmark, A. T. (2013). The InnvaDiab-DE-PLAN study: a randomised controlled trial with a culturally adapted education programme improved the risk profile for type 2 diabetes in Pakistani immigrant women. *British Journal of Nutrition*, 109(3), 529-538. doi:10.1017/s000711451200133x
- Teuscher, D., Bukman, A. J., van Baak, M. A., Feskens, E. J. M., Renes, R. J., & Meershoek, A. (2015). Challenges of a healthy lifestyle for socially disadvantaged people of Dutch, Moroccan and Turkish origin in the Netherlands: a focus group study. *Critical Public Health*, 25(5), 615-626. doi:10.1080/09581596.2014.962013
- Tottenborg, S. S., Lange, P., Johnsen, S. P., Nielsen, H., Ingebrigtsen, T. S., & Thomsen, R. W. (2016). Socioeconomic inequalities in adherence to inhaled maintenance medications and clinical prognosis of COPD. *Respiratory medicine*, 160-167. Retrieved from

- <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/743/CN-01208743/frame.html> doi:10.1016/j.rmed.2016.09.007
- Urban, M., Burghuber, O. C., Dereci, C., Aydogan, M., Selimovic, E., Catic, S., & Funk, G. C. (2015). Tobacco addiction and smoking cessation in Austrian migrants: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(6), 2014-006510.
- van Dongen, J. M., van Poppel, M. N. M., Milder, I. E. J., van Oers, H. A. M., & Brug, J. (2012). Exploring the reach and program use of Hello World, an email-based health promotion program for pregnant women in the Netherlands. *BMC Research Notes*, 5, 514. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-5-514>
- von dem Knesebeck, O., Hoehne, A., Link, C., Marceau, L., Adams, A., Roland, M., . . . McKinlay, J. (2012). Talking about smoking in primary care medical practice-Results of experimental studies from the US, UK and Germany. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 51-56. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.04.011>
- Wenger, A., & Mischke, C. (2015). ['A Little Bit of Switzerland, a Little Bit of Kosovo'. Swiss Immigrants from Former Yugoslavia with Type 2 Diabetes. A Qualitative Study' in Analogy to Grounded Theory]. *Gesundheitswesen*, 77(10), 736-741. doi:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1548879>
- World Health Organization, & WHO Commission on Social Determinants of health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization. Retrieved from https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=zc_VfH7wfV8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=%22this+magnitude,+within+and+between+countries,%22+%22on+whether+a+child+can+grow+and+develop%22+%22as+a+result+of%22+%22follow+a+social+gradient:+the+lower+the+socioeconomic+position,%22+&ots=4v9oDpUciN&sig=qrHJK6xru6vm8VRC1f3Cyh1INxw
- Wyssmüller, C., Kaya, B., & Efionayi-Mäder, D. (2009). *Migration & Gesundheit Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2006-2008*. Retrieved from Neuchâtel:
- Wyssmüller, C., Kaya, B., & Efionayi-Mäder, D. (2010). *Migration & Gesundheit Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2009*. Retrieved from Neuchâtel:

8 Anhang

8.1 Methodik der Literaturanalyse

Im Rahmen des Nationalen Programmes "Migration und Gesundheit 2008-2013" wurden bereits drei Literaturübersichten zum Thema "Migration und Gesundheit" erstellt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Stichworte der ersten Recherche von Wyssmüller im Jahr 2009 (Wyssmüller, Kaya, & Efonayi-Mäder, 2009). Für Updates dieser Literaturübersicht in den Jahren 2010 und 2012 wurde die Recherchestrategie jeweils angepasst, die detaillierten Strategien jedoch nicht publiziert (Novák, 2012; Wyssmüller, Kaya, & Efonayi-Mäder, 2010).

Tabelle 5

Stichworte der früheren Literaturübersichten "Migration und Gesundheit"

Themenfelder	Stichworte für Datenbanken
Gesundheitsförderung und Prävention	Preventive health services, Prevention and control, Health promotion, Health services/utilization, Public health, Preventive medicine, Preventive psychiatry, Primary prevention
Gesundheitsversorgung	Health care
Interkulturelles Übersetzen	Communication Barrier, Cultural Competency, Transcultural Nursing, Physician-Patient Relation, Interpreter, Professional-Patient Relations, Cultural Competency
Querschnittsthemen	Epidemiology, Migration Policy
Migration (zur Kombination mit den Themenfeldern notwendig)	Migrants, Ethnic, Race, Asylum seeker, Refugees, Transients, Minority groups, Ethnic groups
Publikationsjahre	2006-2008 (Wyssmüller et al., 2009) 2009 (Wyssmüller et al., 2010): 2010-2011 (Novák, 2012)

Die Stichworte der Literaturübersichten von Wyssmüller und Novak (Tabelle 1) wurden für die aktuelle Literaturrecherche entsprechend der inhaltlichen Ausrichtung der vier Cluster des vorliegenden Projektes "Mainstreaming Migration" ergänzt und mit dem Thesaurus von Psycinfo und den MeSH Terms von Medline abgeglichen. Im Gegensatz zu den früheren Literaturübersichten zum Thema "Migration und Gesundheit" wurden in der vorliegenden Übersicht primär Studien zu Interventionen im Themenbereich berücksichtigt. Die Recherche wurde auf Studien begrenzt, die in Europa durchgeführt wurden (mindestens ein Studienort in Europa, ohne EU-Osterweiterung) und in den Jahren 2012–2016 in den Sprachen Englisch, Deutsch oder Französisch publiziert wurden. Es wurden Stichworte für die Kriterien Migration, Intervention, Sucht und die Cluster 1-4 definiert (Tabelle 2).

Die Online-Recherche erfolgte in den folgenden Datenbanken

- MEDLINE (via OVID)
- PsycINFO (via OVID)

- PSYNDEXplus (via OVID)
- PsycARTICLES (via OVID)
- Web of Science™
- Annual Reviews of Medicine / Psychology / Public Health / Sociology

Tabelle 6

Stichworte für die Literaturanalyse "Mainstreaming Migration"

N°	Kriterium	Stichworte
0	Publikationsjahr	2012-2016
1	Studienort	Switzerland or Swiss or Norway or Norwegian or Austria or Austrian or Belgium or Belgian or Denmark or Danish or Finland or Finnish or France or French or Germany or German or Greece or Greek or Great Britain or British or Irish or Welsh or Italy or Italian or Ireland or Irish or Luxembourg or Luxembourgian or Netherlands or Dutch or Portugal or Portuguese or Spain or Spanish or Sweden or Swedish or Europe or European
2	Sprache	German OR English OR French
3	Migration	Emigrant* or Immigrant* or Transient* or Migrant* or Migration* or Emigration* or Immigration* or Ethnic group* or Race or Minorit* group* or foreign born or racial or refugee* or asylum seeker* or cross cultural communication or cultural sensitivity
4	Intervention	Intervention* or early intervention* or early intervention education or family intervention* or group intervention* or school based intervention* or workplace intervention* or evaluation* or program evaluation* or treatment effectiveness evaluation* or program development or cohort stud* or intervention stud* or program evaluation* or random allocation or clinical trials as topic+ or single-blind method* or double-blind method* or control group*
5	Fokus auf Alkohol / Tabak / Sucht	drug dependency or alcohol addiction or alcohol dependency or substance abuse or drug abuse or alcohol drinking or drinking-behavior or drug-seeking behavior or alcohol-related disorders or tobacco-use disorders or Drinking or Alcohol or Drug-Seeking or Marijuana or Tobacco or Smoking or drug abuse or alcoholism or tobacco-use disorders or substance-related disorders or drug addiction or drug usage or drug therapy or substance-use disorders
6	Cluster 1 Gesundheitsförderung und Prävention	Health promotion or Preventive Health Service* or primary prevention or health education or public health or Preventive medicine or preventive psychiatry or social medicine or prevention or health behavior* or health attitude* or health knowledge or health literacy or drug abuse prevention or early intervention* or health polic* or lifestyle changes
7	Cluster 2 Gesundheitsversorgung	community service* or health care polic* or health care service* or health care utilization or managed care or social casework or evidence based practice or health disparit* or health service need* or primary health care or culturally competent care or integrated delivery of health care or health service* or preventive health service* or secondary prevention or tertiary prevention or rehabilitation or cross-cultural treatment* or medical practice* or patient education or client education or healthcare disparit* or patient compliance* or practice pattern* or patient acceptance or coordinated care or case management or self-management or self-care or health education or patient participation
8	Cluster 3 Risikoverhalten und Schadensminderung	tobacco or marijuana or alcohol or smoking or tobacco-use cessation or smoking cessation or risk-taking or binge drinking or underage drinking or alcohol drinking or drinking-behavior or alcohol abstinence or drug-seeking behavior or harm reduction or risk-reduction behavior or alcoholism or substance-related disorders or alcohol-related disorders or tobacco-use disorders or alcohol intoxication or legislation, drug or drug & narcotic control or acohol addiction or alcohol abuse or alcohol dependency or substance abuse or drug abuse or problem drinking or drug addiction or nicotine withdrawal or detoxification or risk management or driving under influence or safety drug usage or drug therapy
9	Cluster 4 Wissensgrundlagen u. Wissensgenerierung	attitude* or health professional attitude* or counselor* attitude* or therapist* attitude* or training or communication skill* training or personnel training or sensitivity training or social skill* training or education or educational program* or professional-patient relation* or nurse-patient relation* or physician-patient relation* or social skill* or attitude* of health personnel

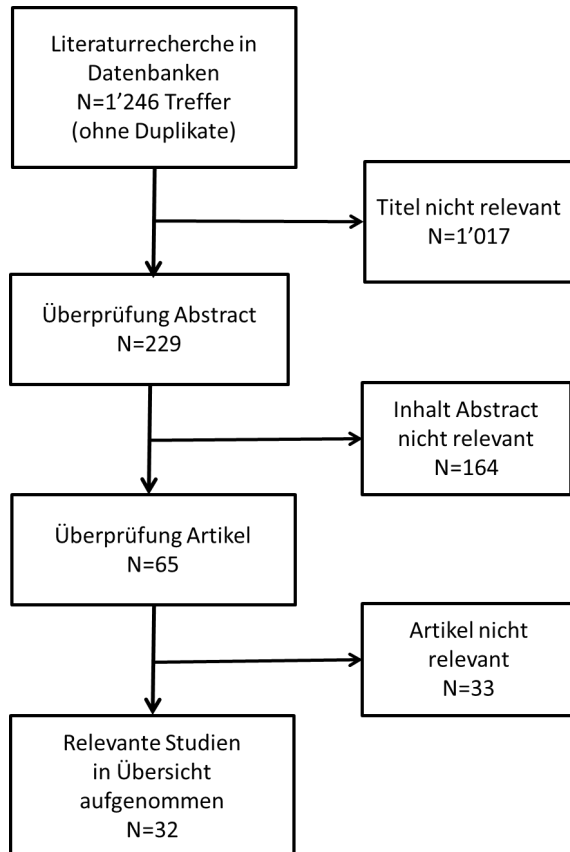
Für die Online-Recherche in den Literaturlatenbanken wurden die Kriterien wie folgt kombiniert:

- Cluster 1 (Gesundheitsförderung und Prävention): 0 AND 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6
- Cluster 2 (Gesundheitsversorgung): 0 AND 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 7
- Cluster 3: (Risikoverhalten/Schadensminderung): 0 AND 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 8
- Cluster 4 (Wissensgenerierung Fachleute): 0 AND 1 AND 2 AND 3 AND 8 AND 9

Die Recherche erfolgte in den Datenbanken zunächst separat für die vier Cluster. Da es jedoch sehr viele Überschneidungen gab, wurden die Treffer aller Recherchen gepoolt und die Duplikate vor dem Selektionsprozess ausgeschlossen.

Die Online-Recherche in den Literaturdatenbanken mit den in Tabelle 2 angegebenen Stichworten ergab insgesamt 1'246 Treffer (ohne Duplikate). Die Artikel wurden in einem 3-stufigen Selektionsprozess auf ihre Relevanz geprüft (vgl. Abbildung 4). Es wurden Studien in die Übersicht aufgenommen, die entweder den Fokus auf Migrationsgruppen haben oder Resultate zu Migrationsgruppen ausweisen. Insgesamt wurden 1'213 Artikel verworfen, da das Thema, das Land, die untersuchten Bevölkerungsgruppen (z. B. Native Americans vs. Afro-Americans), das Studiendesign oder die Resultate (z. B. nur Prävalenzen oder keine Resultate zu Migrationsgruppen) für die vorliegende Literaturübersicht nicht relevant waren. Insgesamt wurden 32 relevante Artikel identifiziert, die in Abschnitt 9.2 zusammengefasst sind.

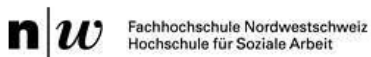
Abbildung 4: Flow Chart des Selektionsprozesses für die Literaturübersicht zum Projekt «Mainstreaming Migration»



8.2 Methodik der Online-Befragung

Im Zeitraum zwischen 07. Oktober 2016 und 20. Dezember 2016 wurde eine Online-Befragung von Expertinnen und Experten im Migrationsbereich durchgeführt. Hierzu wurde das Programm Enterprise Feedback Suite Survey Spring 2016 verwendet, welches von der Firma Questback (<http://www.questback.de/>) entwickelt wurde. Unter dem Namen Unipark (www.unipark.de/) wird ein Lizenzmodell für akademische Einrichtungen angeboten, an dem sich auch die Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz beteiligt.

Der Fragebogen (vgl. Anhang 2) wurde wie folgt thematisch eingeleitet:



10%

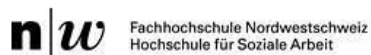
Migration und Gesundheit: Was ist zu tun?

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bedeutet, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zu einem gesunden Leben haben. Was ist von Seiten des Bundes zu tun, damit dies für die Migrationsbevölkerung realisiert wird?

Das Bundesamt für Gesundheit hat die Fachhochschule Nordwestschweiz (Institut Soziale Arbeit und Gesundheit) beauftragt, Fachpersonen und Migrantinnen und Migranten zu der Frage zu Wort kommen zu lassen. Aus Ihren Erfahrungen und Ihrem Wissen sollen Vorschläge abgeleitet werden, wie bei der Umsetzung der NCD- und Suchtstrategie migrationspezifische Aspekte ausreichend zu berücksichtigt werden können. Dabei wird ein thematischer Fokus bei den Themen Sucht und den NCD-Risikofaktoren Alkohol und Tabak gesetzt.

Wir sind uns bewusst, dass es sich bei den Migrantinnen und Migranten um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Wir wollen aber das Thema breit angehen und uns nicht von vornherein auf eine bestimmte Gruppe beschränken. Sie sind herzlich eingeladen anzugeben und ggf. zu spezifizieren, welche Bedürfnisse genau in der Migrationsbevölkerung bestehen und was aus Ihrer Sicht zu tun ist.

Weiter



20%

Migration und Gesundheit: Was ist zu tun?

Sie kennen die Gegebenheiten der Migrationsbevölkerung sehr gut und es würde uns sehr interessieren, Ihre Beobachtungen und Ihre Ideen in Bezug darauf, was zu tun ist, zu erfahren. Wir bitten Sie zunächst deshalb an dieser elektronischen Befragung (per Computer und/oder Smartphone) im Rahmen von ca. 15 Minuten, teilzunehmen. Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und mit dem Link in der Mail ohne Verlust ihrer Angaben wieder neu starten. All Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt.

Mit freundlichen Grüßen

Holger Schmid, Prof. Dr. (Institutsleiter)

Wim Nieuwenboom, Dr.

Institut Soziale Arbeit und Gesundheit
Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Bei Rückfragen: holger.schmid@fhnw.ch oder wim.nieuwenboom@fhnw.ch

Zurück

Weiter

Es wurde eine Liste mit E-Mailadressen bestehend aus Expertinnen und Experten im Migrationsbereich erstellt. Die Liste besteht aus Schlüsselpersonen, die in Verbindung mit dem Bundesamt für Gesundheit und der Hochschule für Soziale Arbeit stehen bzw. an Fachkonferenzen zum Thema Migration und Gesundheit teilgenommen haben. Für die Westschweiz wurden uns von Sucht Schweiz, der Haute école de travail social et de la santé - EESP Lausanne und von der Fondation PROFA in Lausanne weitere Schlüsselpersonen genannt. Die Auswahl der Expertinnen und Experten aus dem Migrationsbereich hat weder Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Repräsentativität. Dies ist auch deshalb nicht möglich, weil eine definierte Grundgesamtheit von Expertinnen und Experten im Migrationsbereich fehlt.

Es wurden 278 Expertinnen und Experten im Migrationsbereich zur Teilnahme eingeladen, und 99 Personen haben an der Befragung teilgenommen und diese beendet (Teilnahmequote 36 %). Die folgende Tabelle 3 zeigt das Geschlecht und die Sprache des Fragebogens nach Teilnahme an der Online-Befragung.

Tabelle 7

Absolute und relative Häufigkeit der Teilnahme an der Online-Befragung nach Geschlecht und Sprache

		Teilnahme		Gesamt	
		Nein	Ja		
Geschlecht	männlich	79	31	110	Chi-Quadrat=4.382, df=1, p<.05
		72%	28%	100%	
	weiblich	100	68	168	
		60%	41%	100%	
Gesamt		179	99	278	
		64%	36%	100%	
Sprache	Deutsch	127	66	193	Chi-Quadrat=0.328, df=1, n.s.
		66%	34%	100%	
	Französisch	51	31	82	
		62%	38%	100%	
Gesamt		178	97	275	
		65%	35%	100%	

Es haben sich mit einer Teilnahmequote von 41 % signifikant mehr Expertinnen an der Befragung beteiligt als Experten, bei denen diese bei 28 % lag (Chi-Quadrat=4.382, df=1, p<.05). Die Teilnahmequote unterscheidet sich nicht nach Sprache.

Die Anzahl Fragen zu den vier Clustern wurden möglichst geringgehalten. Aus den Clustern wurden Thesen abgeleitet und die Zustimmung bzw. Ablehnung zu den

Thesen erfragt. Danach wurden die Teilnehmenden um eine Selbsteinstufung in eines von fünf Arbeitsfeldern gebeten. Zum Abschluss wurde die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Fokusgruppe erfragt und Daten zu deren Durchführung vorgeschlagen. Die geschlossenen Fragen des Fragebogens konnten durch offenen Text in Kommentarfeldern ergänzt werden.

8.3 Methodik der Fokusgruppen

Diskussionen in Fokusgruppen wurden zunächst zum Zweck der Marktforschung entwickelt und sind heute zu einem Standardverfahren der medizinischen Versorgungsforschung geworden. Sie haben den Vorteil, dass die Beteiligten als Akteurinnen und Akteure in Bezug auf die Forschungsfragestellung einbezogen und nicht als blosse Objekte der Forschung gesehen werden. Die Methode der Fokusgruppendifkussion ist eine qualitative Forschungsmethode, die zur Generierung von Hypothesen und weniger zur deren Prüfung herangezogen werden sollte. Es geht bei dieser Methode nicht um Fragen der Generalisierung der Ergebnisse durch eine möglichst zufällige Auswahl der Teilnehmenden, sondern um eine gezielte Auswahl der Teilnehmenden im Hinblick auf deren Wissensfundus in Bezug auf die Fragestellung. Die Fokusgruppen im Rahmen dieses Konzepts wurden nach der Methodik von Tausch und Menold (2015) durchgeführt.

(i) Auswahl, Rekrutierung und Gruppierung der Stichprobe

Grundlage für die Einladung zu den Fokusgruppen war die Liste mit E-Mailadressen der Online-Befragung, bestehend aus Expertinnen und Experten im Migrationsbereich. Anhand der Online-Befragung wurde die Bereitschaft zur Teilnahme allgemein erfragt und die Möglichkeit zur Teilnahme an den vorgeschlagenen Terminen eingegrenzt (vgl. Kapitel 4).

In Bezug auf die Zusammensetzung der Fokusgruppen wurde darauf geachtet, dass diese innerhalb der Gruppen möglichst homogen sind, zwischen den Gruppen jedoch Heterogenität erreicht wird. Es wurden Ansprechpersonen aus der französischsprachigen und der deutschsprachigen Schweiz zur Teilnahme eingeladen, um die sprachregionalen Eigenheiten der Schweiz zu berücksichtigen und diese angemessen in die Überlegungen zu schweizweiten Massnahmen einfließen zu lassen.

Es wurden thematisch homogene Fokusgruppen zu vier strukturellen Arbeitsfeldern und eine Fokusgruppe mit Migrantinnen und Migranten geplant:

1. Regelstrukturen im Gesundheitsbereich / Fachstellen Sucht und Gesundheit.

Hier wurden die Sozialdienste Spitäler, die Sozialdienste psychiatrischer Kliniken mit Angebot Suchtbehandlung und weitere Stellen mit stationären, teilstationären, ambulanten und niederschweligen Angebote einbezogen¹³.

¹³ <http://www.infodrog.ch/suchtindex-suche.html>

Hinzu kamen Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung¹⁴ und Suchtberatungsstellen mit spezifischen Angebot für Migrantinnen und Migranten. Weiter wurden hier auch Sucht Schweiz¹⁵, Radix¹⁶ und Interface¹⁷ vorgesehen.

- 2. Regelstrukturen der Sozialhilfe.** Hier sind beispielsweise die Anlaufstellen für Migrantinnen und Migranten¹⁸, das Schweizerische Rote Kreuz (SRK)¹⁹, welches in sieben Kantonen die Sozialhilfe für Asyl-Suchende ausrichtet, die Asylorganisation Zürich²⁰, und die Sozialhilfe Basel, Abteilung Migration²¹, einbezogen worden.
- 3. Niederschwellige Anlaufstellen.** Es gibt entsprechende Kontakt- und Anlaufstellen z. B. in Basel, Bern, Luzern und Zürich²². Weiter wurden Sans-Papiers-Beratungsstellen²³ und die «Femmes Tische»²⁴ sowie beispielsweise das Väterforum Zürich - transkulturelle Väterbildung, Bereich Gesundheit²⁵ einbezogen. Auch Kriseninterventionszentren (wie z. B. in den Städten Winterthur und Zürich und die Heilsarmee wurden hier zugeordnet.
- 4. Polizei und den Strafvollzug.** Hier wurden die Sozialdienste des Strafvollzugs und der Bewährungshilfe, z. B. Schweizerische Vereinigung Bewährungshilfe und Soziale Arbeit in der Justiz einbezogen²⁶. Auch die Kantonspolizei verfügt über entsprechende Sozialdienste, z. B. in Basel.
- 5. Personen mit Migrationshintergrund.** Die Organisationen, welche bei den anderen Gruppen einbezogen wurden, dienten uns dabei als Vermittelnde für diese Zielgruppe.

Die Teilnehmenden der Online-Befragung konnten sich in Bezug auf die vier oben genannten Arbeitsfelder und den Migrationshintergrund selbst einstufen. Die folgende Abbildung 5 zeigt die Anzahl Nennungen pro Arbeitsfeld.

¹⁴ z. B. in Zürich <http://www.fisp-zh.ch>

¹⁵ <http://www.suchtschweiz.ch/migration/>

¹⁶ <http://www.radix.ch/>

¹⁷ <http://www.interface-politikstudien.ch/>

¹⁸ <http://www.migraweb.ch/de/themen/integration/anlaufstellen-fuer-migranten/>

¹⁹ <https://www.redcross.ch/de/soziale-integration/migration/menschenwuerdiger-aufenthalt>

²⁰ <https://www.stadt-zuerich.ch/content/aoz/de/index.html>

²¹ <http://www.sozialhilfe.bs.ch/asyl.html>

²² <http://www.infodrog.ch/suchtindex-suche.html> (niederschwellige Angebote

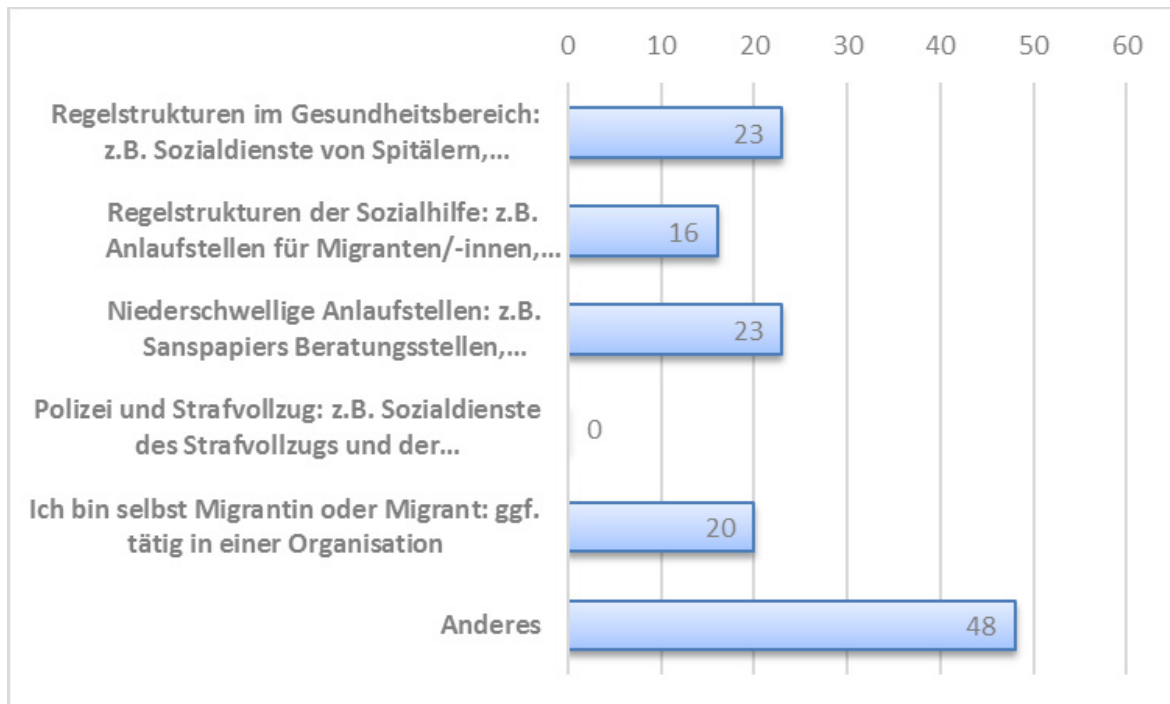
²³ <http://www.sans-papiers.ch/index.php?id=184>, <http://www.sante-sans-papiers.ch/>

²⁴ <https://femmestische.ch>

²⁵ https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/-suchtpraevention/familie_freizeit/vaeterforum.html

²⁶ <http://www.prosaj.ch>

Abbildung 5: Anzahl Nennungen der Befragten in der Online-Befragung nach Arbeitsfeld



Die Selbsteinteilung in die Arbeitsfelder ergab in fast allen Feldern genügend Nennungen zur Bildung einer entsprechenden homogenen Fokusgruppe. Eine Ausnahme bildet allerdings die Polizei und der Strafvollzug, bei der sich keiner der antwortenden Expertinnen und Experten im Migrationsbereich zuordnete, obwohl die Liste der Angeschriebenen auch Personen in diesen Arbeitsfeldern beinhaltete. Viele Personen konnten sich zudem den vorgegebenen Arbeitsfeldern nicht schlüssig zuordnen.

Die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Fokusgruppe (56 Personen (60 %) waren zur Teilnahme bereit und 38 Personen (40 %) waren nicht zur Teilnahme bereit) und die Daten, die für die Durchführung der Fokusgruppen angeboten werden konnten, schränken allerdings die Möglichkeit der Bildung von Fokusgruppen ein, sodass wir insgesamt folgende Fokusgruppen bilden und durchführen konnten:

Tabelle 8

Datum, Ort und Zuordnung zu Arbeitsfeldern der Fokusgruppen nach Anzahl Teilnehmenden

Datum	Ort	Arbeitsfelder	Anzahl Teilnehmende
Donnerstag, 24.11.2016	Olten	Regelstrukturen im Gesundheitsbereich sowie Fachstellen Sucht und Gesundheit	5
Mittwoch, 30.11.2016 (1)	Olten	Niederschwellige Anlaufstellen	6
Mittwoch, 30.11.2016 (2)	Olten	Migrantinnen und Migranten	3
Mittwoch, 07.12.2016	Olten	Regelstrukturen im Sozialbereich	4
Vendredi, 09.12.2016	Lausanne	Regelstrukturen im Gesundheitsbereich sowie Fachstellen Sucht und Gesundheit	7

(ii) Unterstützung der Kommunikation in den Fokusgruppen

Bei der Gestaltung der Kommunikation in den Fokusgruppen wurde auf Zurückhaltung und Neutralität der Moderatorin bzw. des Moderators geachtet. Es galt das Fokusgruppenprinzip der Vorgabe einiger weniger Diskussionsthemen. Hierzu konnten wir auf die Ergebnisse der Online-Befragung zurückgreifen. Die Auswertung der vorrangigen Online-Befragung wurde auf die Teilnehmenden der Fokusgruppe eingeschränkt und die Ergebnisse zur Diskussion gestellt. Falls neue Themen in der Diskussion auftauchten, wurden diese vorrangig vor den bisher gesammelten Grundlagen und Vorüberlegungen behandelt.

(iii) Auswertung von Fokusgruppen

Die gesammelten Themen und die entwickelten Schaubilder wurden zur Dokumentation photographisch festgehalten. Die Aussagen der Teilnehmenden wurden durch Tonaufnahmen dokumentiert. Es wurden Transkripte erstellt und durch Zusammenfassen zentraler Diskussionsaspekte in Hinblick auf die Inhalte analysiert. Pro Massnahmencluster sind im Voraus mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundesamts für Gesundheit Leitfragen definiert worden (vgl. Kapitel 2), zu denen die Fokusgruppen Hinweise lieferten. Die Voten in den Fokusgruppen wurden auf die Leitfragen bezogen.

8.4 Definition der Massnahmen-Cluster 1-4 aus der NCD-Strategie und aus der Strategie Sucht 2017-2024

Cluster 1: Gesundheitsförderung und Prävention

Cluster 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung inklusive Therapie und Beratung

Cluster 3: Risikoverhalten und Schadensminderung

Cluster 4: Wissensgrundlagen und Wissensgenerierung

(gestrichene Massnahmen werde nicht aufgenommen)

NCD-Massnahmenbereiche: Die Hauptmassnahmen
1 Bevölkerungsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
1.1 Tabak- und Alkoholprävention sowie die Förderung von Bewegung und ausgewogener Ernährung ausbauen.
1.2 Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen spezifisch ansprechen.
1.3 Qualitätskriterien und Gesuchsvorgaben vereinheitlichen
1.4 Erfolgsfaktoren für kantonale Präventionsprogramme aufzeigen
2 Prävention in der Gesundheitsversorgung
2.1 Grundlagen und Qualitätskriterien erarbeiten
2.2 Projekte zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung fördern
2.3 Finanzierungsmöglichkeiten von Präventionsleistungen aufzeigen
2.4 Gesundheitsfachpersonen aus- und weiterbilden
2.5 Das Selbstmanagement bei chronisch Kranken und ihren Angehörigen stärken
2.6 Die Nutzung neuer Technologien fördern
3 Prävention in Wirtschaft und Arbeitswelt
3.1 Branchen- oder berufsspezifisches Stressbefragungs-Tool für Erwerbstätige mit relevanten Risiko- und Schutzfaktoren ergänzen
3.2 Bestehende GFCH Tools für Lernende um relevante Risiko- und Schutzfaktoren ergänzen
3.3 Institutionelle Zusammenarbeit im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement etablieren
3.4 actionsanté weiter entwickeln und die gesunde Wahl erleichtern

NCD-Massnahmenbereiche: Die Hauptmassnahmen
Nationale Querschnittsmassnahmen
A Koordination und Kooperation
A.1 NCD-Akteure durch Koordination bestehender und neuer Plattformen und Etablierung einer nationalen NCD-Stakeholderkonferenz vernetzen
B Finanzierung
B.1 Finanzielle Mittel strategisch orientiert einsetzen und die Finanzierung von risikofaktorübergreifenden Projekten erleichtern
C Monitoring und Forschung
C.1 Veränderungen und Trends bei NCD-relevanten Indikatoren beobachten
C.2 Forschung, Monitoring und Evaluationen im Zusammenhang mit der Schweizerischen Ernährungsstrategie durchführen sowie Wissenstransfer gewährleisten
C.3 Finanzierte Projekte evaluieren
D Information und Bildung
D.1 Über NCD informieren und zu NCD sensibilisieren
D.2 Menschen in vulnerablen Situationen sensibilisieren
D.3 Die Ernährungskompetenzen in der Schweizer Bevölkerung stärken
E Rahmenbedingungen
E.1 Gesetzliche Grundlage vollziehen und Kantone unterstützen
E.2 Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Sinne einer multisektoralen Gesundheitspolitik stärken
E.3 Interessen vertreten und Erfahrungen sowie Wissen austauschen im internationalen Kontext
E.4 Die Lebensmittelzusammensetzung verbessern und gesunde Mahlzeiten fördern

Massnahmen Nationale Strategie Sucht 2017-2024	
1	Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung
1.1	Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen
1.2	Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention bei Erwachsenen
1.3	Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen
1.4	Förderung der Früherkennung und Frühintervention (F&F) über alle Lebensphasen
2	Therapie und Beratung
2.1	Förderung und Weiterentwicklung der psychosozialen ambulanten und der sozialtherapeutischen stationären Suchthilfe
2.2	Nutzung neuer Technologien für Prävention und Beratung optimieren und fördern
2.3	Qualitätssicherung in der Suchthilfe
2.4	Empfehlungen zur Finanzierung der Suchthilfe
2.5	Entwicklung, Verbreitung und Implementierung von fachlichen Standards für die Suchtbehandlung in der medizinischen Grundversorgung
3	Schadensminderung und Risikominimierung
3.1	Konzeptuelle Weiterentwicklung und Koordination der Angebote der Schadensminderung im Suchtbereich
4	Regulierung und Vollzug
4.1	Unterstützung der Kantone betreffend wirksamer Regulierungen
4.2	Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Sinne einer umfassenden Gesundheitspolitik fördern
4.3	Vollzugsunterstützung durch die EAV, das BLV und die EZV
5	Koordination und Kooperation
5.1	Vernetzung der Akteure des Suchtbereichs im Rahmen der Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht (KDS) und weiterer Plattformen
5.2	Förderung der handlungsfeld- und fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit
5.3	Koordination und Kooperation mit Polizeibehörden
5.4	Finanzierung von Projekten zur Förderung der Alkoholprävention
6	Wissen
6.1	Aufbau und Weiterentwicklung eines Monitoringsystems im Bereich Sucht
6.2	Analyse der Drogenmärkte und Erstellen von Lageberichten
6.3	Weiterbildung im Bereich Sucht
6.4	Förderung suchtmmedizinischer Lernziele in der Aus- und Weiterbildung von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen auf Tertiärstufe A
7	Sensibilisierung und Information
7.1	Sensibilisierung und Information der Bevölkerung zu Sucht
7.2	Sensibilisierung von Risikogruppen
8	Internationale Politik
8.1	Interessenvertretung sowie Erfahrungs- und Wissensaustausch im internationalen Kontext

8.5 Tabellarische Darstellung der Literaturübersicht zum Projekt «Mainstreaming Migration»

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Outcome (Hauptresultat in Bezug auf Migration)	Weitere Resultate / Diskussion
(Schnoz et al., 2011)	CH	Programmevaluation mit pre- /post-Fragebogen	<u>Rauchstopp (C3)</u> Tailored Smoking cessation Program (TSCP): Ausbildung Coach Anpassung Materialien reguläres Smoking Cessation Program (SCP)	Türkisch-sprechende Migrant/innen (N=63)	Abstinenz TSCP -nach TSCP: 56% -nach 3 Mt.: 46% -nach 12 Mt.: 38% Abstinenz SCP: - nach 12 Mt.: 30% aller Teilnehmenden	Sample: stärkere Raucher als CH Gesamtbevölkerung Mehr Erfolg mit NRT; Interaktion mit Coach wichtig für Compliance mit NRT Präferenz für Gruppen-angebote Starker Peer-Effekt
(Urban et al., 2015)	AT	Befragung zu Rauchverhalten und Präferenzen bei Rauchstop X-sectional	<u>Rauchstopp (C3)</u> Präferenzen Rauchstopp-Strategien	Raucher der 1. und 2. Generation Migrationsbevölkerung: -Bosnier -Türken Vergleichsgruppe: -Österreicher (N=420)	Abhängigkeit: Bosnier > Türken > Österreicher Rauchsstop -Willing to quit: Türken (44%) >> Bosnier (16%) > Österreicher (8%) -Versuche: Türken (72%) >> Bosnier (59%) = Österreicher (58%)	Bosnier/Türken haben Präferenz für Beratung Türken haben Präferenz für Gruppenberatung Bevorzugte Sprache für Beratung ist Muttersprache Bedarf für massgeschneiderte Programme
(Kasza et al., 2013)	UK CND USA	Prospektive Kohorten-Studie (Tobacco Control Four Country Survey ITC-4)	<u>Rauchstopp (C3)</u> Gebrauch von Medikamenten zur Unterstützung Rauch-Stopp- Versuch Minorität als Prädiktor	Erwachsene Raucher 18+ Länder: UK, CND, USA, AUS Random digit dialling (N=7'436)	OR (adjustiert) Minority vs. Majority group -Nicotin gum: 0.85 ns -Nicotin patch: 0.59*** -Bupropion: 0.57** -Varenicline: 0.41***	Minoritäten-Gruppen benutzen signifikant seltener Medikamente zur Unterstützung des Rauch-Stopp- Versuchs

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(Benson, Nierkens, Willemsen, & Stronks, 2015)	NL	Wiederholter Survey	<u>Rauchstopp (C3)</u> Smoking cessation behavioural therapy (SCBT) Vergleich der Rekrutierungskanäle nach Ethnie und SES	Teilnehmende SCBT in benachteiligten Gebieten in zwei Städten n=109 60% Non-Dutch	Rekrutierungskanal variiert nach Ethnie und Sozialstatus: Information v. Hausarzt: -49% Gesamtsample -68% Non-Dutch Überweisung durch Hausarzt -60% Gesamtsample -73% Non-Dutch.	Kleines Sample Auswertung schlecht dokumentiert (Tabellen/Grafiken mit absoluten Zahlen, ohne Prozentangaben)
(Fiona L. Hamilton et al., 2016)	UK	Before - and after study	<u>Rauchstopp (C3)</u> Quality and Outcomes Framework (QOF) = Finanzielles Anreizprogramm für Hausärzte, Rauchstoppberatung durchzuführen. Sekundärprävention	Hausarztpraxen in London Alle Patienten N=28 Praxen N=41'239 Patienten	Signifikante Zunahme Erfassen Raucherstatus: -Männer 56%--> 64% -Frauen 68%-->76% Signifikante Zunahme Rauchstoppberatung -M/F ca. 34%-->54% Signifikante Abnahme Prävalenz Rauchen: -Männer:25%-->21% -Frauen: 16%-->12.5%	Paradox: Ethn. Gruppen mit tieferer Rauchprävalenz werden häufiger nach Raucherstatus gefragt als Weisse, die höhere Prävalenz aufweisen Alle Gruppen profitieren, Ungleichheiten nach Alter / Geschlecht bleiben bestehen
(F. L. Hamilton et al., 2013)	UK	Cross-Sectional	<u>Rauchstopp (C2/C3)</u> Quality and Outcomes Framework (QOF) = Finanzielles Anreizprogramm für Hausärzte, Rauchstoppberatung durchzuführen. Sekundärprävention	Hausarztpraxen, London Patienten-Diagnose: -Kardiovaskuläre -Respiratorische -Depression -keine dieser Diagn. N=29 Praxen N=172'685 Patienten	Unterschiede nach Ethnie: weisse Patienten werden weniger gefragt als andere Ethnien, obwohl Rauch-Prävalenz bei Weissen höher ist als bei meisten Ethnien	Bei CVD wird Raucherstatus häufiger erhoben als bei respiratorischen Erkrankungen, beide Gruppen erhalten aber gleich häufig Beratung. Patienten mit Depression werden weniger häufig gefragt und beraten

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(von dem Knesebeck et al., 2012)	DE UK USA	Experimentelle Studie	<u>Rauchstopp (C2/C3)</u> Gefilmten Szenarios zu Patienten mit versch. Symptomen --> Hausärzte müssen angeben, ob sie Raucherstatus erheben und Raucherberatung machen würden	Hausärzte Patienten-Diagnose: -Kardiovaskuläre -Diabetes Typ 2 N= je 384 Ärzte für Diabetes respektive kardiovaskuläre Diagnose	USA: Unterschiede nach Ethnie Patienten: Nicht-Weisse werden bei CHD häufiger gefragt	Frauen und ältere CHD-Patienten werden weniger häufig gefragt oder beraten USA und UK haben insgesamt deutlich höhere Frage-Raten: beide Länder haben finanzielle Anreiz-Systeme Deutsche Ärzte fragen und beraten insgesamt am wenigsten häufig
(Shah et al., 2015)	UK	Pilot cluster-randomisierte kontrollierte Studie	<u>Passivrauchen (C3)</u> Intervention für rauchfreies zu Hause ("Smoke-free Homes; SFH") 7 Settings mit Intervention vs. 7 Settings ohne Intervention	Setting=Muslimische Communities Familien von Pakistan und Bangladesch N=213 Haushalte mit mind. 1 Raucher und mind. 1 Nichtraucher	Veränderung Cotinine-Level in Saliva bei den Nichtrauchern: bei Follow up kein Unterschied zwischen Settings mit und ohne Intervention	Fragebogen wurde gut ausgefüllt, aber Schwierigkeiten bei Saliva-Sampling (nur 58% bei Follow-up)
(Isaac Bermejo et al., 2015) siehe auch Bermejo et al. 2012	DE	Cluster-randomisierte kontrollierte Studie Programmevaluation	<u>Prävention Alkohol- erkrankungen (C1)</u> Vergleich Transkulturelles Präventionskonzept (TPK) mit angepasster Veranstaltung u. angepassten Materialien vs. allg. Präventionskonzept (APK)	Ältere (≥45 Jahre) Personen mit Migrationshintergrund -türkisch -spanisch - italienisch - Aussiedler (N=310)	TPK wurde sign. besser bewertet als AKP (Broschüre gelesen: 73% vs. 21%, p=0.0001) TPK haben Alkoholkonsum sign. häufiger reduziert (49% vs. 17%, p=0.004)	TPK zeigt eher geringe Effekte bezgl. veränderten Wissens und Einstellungen TPK-Gruppe zeigte sign. höhere Zufriedenheit Für Umsetzung TPK ist Kooperation zwischen Migrations- und Suchthilfe zwingend notwendig

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(Haug et al., 2015)	CH	Programmevaluation	<u>Reduktion problematischer Alkoholkonsum (C3)</u> SMS-basierte Intervention bei Jugendlichen, Rekrutierung in Klassen der Berufs- und Mittelschulen	Berufs- und Mittelschüler N=8 Schulen N=59 Klassen N=712 Teilnehmende	Klassenebene: Je höher der Anteil SchülerInnen mit Migrationshintergrund desto geringer die Teilnahmebereitschaft (TNB). Adj.OR=0.98 (0.97;0.99) Je höher die Anzahl Anwesenden in einer Klasse, desto geringer die TNB Adj.OR=0.92 (0.87;0.99)	Individualebene: Geschlecht: Höhere Teilnahmebereitschaft bei weiblichen Jugendlichen Alter: je älter, desto geringer die Teilnahmebereitschaft Alkoholkonsum: höhere Teilnahmebereitschaft mit grösserer Anzahl Standardgetränke pro Gelegenheit
(Ozdemir & Koutakis, 2016)	SE	Matched-control quasi-experimental trial	<u>Reduktion problematischer Alkoholkonsum (C3)</u> Einfluss der elterlichen Haltung zu Alkoholkonsum auf problematischen Alkoholkonsum (als Mediator) Baseline, 18 Mt, 30 Mt.	Jugendliche 7. Klasse (12-13 Jahre) N = 811 Schüler N= 651 Eltern	Der Programm-Effekt und der Effekt der elterlichen Haltung waren gleich bei Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund (Migrationsstatus kein Moderator)	In der Interventionsgruppe über 18 Mt und 30 Mt. geringere Zunahme von "Betrunkenheit" und späterer Beginn von "monatlicher Betrunkenheit" im Vergleich zu Kontrollgruppe. Änderungen der elterlichen Haltung verstärken den Effekt der Intervention
(O'Donnell et al., 2014)	INT	Systematic Review of Reviews	<u>Brief Alcohol Interventions (BAI) (C3)</u>	Patient/-innen im Primary Care Setting	Ethnische Minoritäten werden entweder nicht einbezogen oder die Resultate werden ungenügend kommuniziert -> Evidenzlücken in Bezug auf die Wirksamkeit von BAI bei diesen Gruppen	Es gibt konsistente Evidenz, dass Brief Alcohol Interventions in der Hausarztpraxis bei Männern mittleren Alters mit problematischem Alkoholkonsum wirksam sind

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(Khadjesari et al., 2015)	UK	Machbarkeitsstudie (Feasibility study)	<u>Reduktion Alkoholkonsum bei Angestellten (C1/C3)</u> Machbarkeit und Akzeptanz eines elektronischen Gesundheitschecks und einer Kurzintervention zu Alkoholmissbrauch	Angestellte in sechs Unternehmen (Verwaltung, Universität, Spital, Industrie) N=1'254 (8% der Angestellten)	95% der Teilnehmenden (TN) sind "White British" ----> geringere Akzeptanz bei ethnischen Minoritäten (aber keine TN-Raten nach Ethnie angegeben) "White British" haben häufiger AUDIT-Score >8 als "Non-White" (26 vs. 15%) Mehr "White British" akzeptieren nach Alkohol gefragt zu werden als "Non-White" (91% vs. 77%) OR 2.59 (1.09,6.18)	"Non-White" geben grössere Bedenken an in Bezug auf: -Angaben persönlicher Daten im Internet -Ausfüllen des Gesundheitschecks während Arbeitszeit Von den 5%, die die empfohlene Website "Down Your Drink" aufgerufen haben, waren alle "White British"
(Galan et al., 2014)	ES	Wiederholter Survey (HBSC-Studie) -Schüler -Schulmanagement Stratifizierte Zufallsstichprobe	<u>Bewegung (C1)</u> Einhaltung von Bewegungsempfehlungen Einfluss von schul-basierten Policies auf Bewegungsverhalten	Adoleszente Schülerinnen und Schüler (11-18 Jahre) Spanier vs. nicht in Spanien geborene N=15'902	Individuelle Ebene: Non-Compliance "Bewegungsempfehlung": Nicht-in-Spanien geborene vs.in Spanien geborene Adj. OR=1.29 (p=0.001) (Multilevel-Modell)	Ebene Schulen: Non-Compliance: Low level of policies vs. high level of policies: Adj. OR=0.76 (p=0.013) Interaktion zwischen Migration u. Policies nicht berichtet
(De Bock, Breitenstein, & Fischer, 2012)	DE	Cluster-randomized trial with waiting-list controls	<u>Gesunde Ernährung (C1)</u> 6 Monate-Intervention in Kindergärten zu Ernährung: 15 Sessions für Kinder, Eltern, Eltern& Kinder, Väter & Kinder	Vorschulkinder und deren Eltern Migrationsstatus wurde als Covariate erfasst N=377 Kinder (80% der Grundgesamtheit)	Im adjustierten Modell keine signifikanten Effektschätzer für Migrationshintergrund	Adj. für Alter, Geschlecht, Migration und SES: Sign. Zunahme des Früchte- und Gemüsekonsums Kein Effekt auf Wasser- und Soft-Drink Konsum, sowie auf anthropometrische Masse (eg. BMI)

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(Davidson et al., 2013) vgl. (Liu et al., 2012)	USA AUS NZ UK NOR	Mixed-Method Program: -Systematic Review -Qualitative Interviews (Forscher, Fachleute) -Synthese	<u>Änderung Gesundheitsverhalten (C1/C3)</u> (Rauchstopp, Bewegungsförderung, Gesunde Ernährung) Adaption von Interventionen an Bedürfnisse von Minoritäten	Minoritäten Gruppen (Rasse/Ethnie)	7 Reviews, 107 Studien (90 zu African American) -Typologie der Anpassungen: N=46 verschiedene -Interventionspfad mit 7 Stufen -RESET= decision-making tool: welche Anpassung ist wann adequat?	Pfad: 1 Konzept-2 Promotion-3 Rekrutierung-4 Implementation-5 Retention-6 Evaluation-7 Outocme-relevant-8 Dissimination Schwierigkeiten, den Effekt der Intervention vom Effekt der Anpassungen zu unterscheiden
(Liu et al., 2012) vgl. (Davidson et al., 2013)	USA AUS NZ UK NOR	Semi-Strukturierte Interviews mit Forschern und Fachleuten	<u>Änderung Gesundheitsverhalten (C1/C3)</u> (Rauchstopp, Bewegungsförderung, Gesunde Ernährung) Adaption von Interventionen an Bedürfnisse von Minoritäten	Minoritäten Gruppen (Rasse/Ethnie)	Drei Schlüsselkonzepte mit Einfluss auf Teilnahme an Intervention: -Intersektionalität: Überschneidung von versch. Diskriminierungsformen in einer Person (z. B. Ethnie, Geschlecht, Klasse) -Repräsentation: Ethnie zu eng gefasst, ebenso Einfluss von religiösen Praktiken, Geburtsland, Sprachniveau -Kontext: Einfluss von früheren Erfahrungen (z. B. systematische Exklusion best. Gruppen)	

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(Anderson et al., 2015)	USA AUS NL UK	Systematic Review Vergleich Intervention vs. keine Intervention oder alternative Intervention	<u>Änderung Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand (C1)</u> Kommunale Koalitionen zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit Einbezug von mind. einer Minoritäten-Organisation und von mind. zwei weiteren kommunalen Organisationen	Minoritäten Gruppen (Rasse/Ethnie), Erwachsene und Kinder	58 Studien (52 USA, 2 Australien, 4 Europa) Change in health behavior Change in health status -Gemeindeebene: kleine inkonsistente Effekte -Gesundheitssystem: konsistent positive kleine Effekte -Laien-Gesundheits-Streetworkers: ziemlich konsistente positive Effekte -Gruppenkurse Fachleute: ziemlich konsistente positive Effekte -Gruppenkurse Peers: ink. Effekt	Detaillierte Dokumentation der 58 Studien Schlussfolgerungen der Autoren: Kommunale Koalitionen ermöglichen eine Verbindung von lokalen Gesundheits- und sozialen Diensten mit Minoritätengruppen. Daraus kann sich ein Benefit auf individueller Ebene (Health outcomes, Verhalten) und für das Gesundheitssystem ergeben. Die zugrundeliegenden Mechanismen der Benefits bleiben jedoch unklar
(Teuscher et al., 2015)	NL	Fokus-Gruppen Interviews	<u>Änderung Gesundheitsverhalten (C1)</u> (Lifestyle Interventions) Bewegungsverhalten Gesunde Ernährung	14 Fokusgruppen: - Türkische - Marokkanische - Holländische	Keine wesentlichen Unterschiede zwischen den ethnischen Gruppen in Bezug auf diskutierte Themen Marokkanische und Türkische Frauen scheinen interessierter an Ratschlägen Holländische Teilnehmer scheinen mehr Unterstützung von ihrem sozialen Netzwerk zu erhalten. Soz. Praktiken und Lebensumstände sind wichtig	-Teilnehmende berichten von Dilemmata aufgrund konkurrierender Werte und Normen der Interventionen und des täglichen Lebens - Der sozialer Aspekt bei Aktivitäten ist wichtig - Neben individuellem Verhalten sollte bei Interventionen der kollektive Charakter von Lebensstilen berücksichtigt werden

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(Telle-Hjellset et al., 2013) vgl. (Helland-Kigen et al., 2013)	NOR	Interventions-Studie Randomised controlled-trial Baseline zu Follow up 1	<u>Änderung Gesundheitsverhalten / Diabetesprävention (C1)</u> Kulturell adaptiertes Edukationsprogramm 6 Sessions zu Blutzucker, Bewegung, Ernährung, inkl. Messung BZ. Entwicklung metabolisches Syndrom MetS	Frauen aus Pakistan (haben erhöhtes Diabetes- Risiko) 25-62 Jahre N=198 -N=97 Kontrolle -N=101 Intervention Gruppen zu 10-12 Frauen	Baseline: gleiche Anteile MetS in Interventions- und Kontrollgruppe (44% vs. 41%) Sign. Zunahme von MetS in Kontrollgruppe Post-Test: Sign. höhere Prävalenz MetS in Kontroll- vs. Interventionsgruppe (42% vs. 57%)	Teilnahme an kulturell adaptierten Interventionen kann führen zu: -Verbesserung bei Risikofaktoren für Diabetes Typ2 -Prävention von MetS bei Pakistanischen Frauen
(Helland-Kigen et al., 2013) (Baseline-to follow-up 1 früher publiziert) vgl. (Telle-Hjellset et al., 2013)	NOR	Interventions-Studie Randomized into control and intervention group Follow-up 1 zu Follow-up 2 "Stages of change" nach transtheoretischem Modell 6 Gruppen-Sessionen	<u>Änderung Gesundheitsverhalten / Diabetesprävention (C1)</u> Ernährung / Bewegung Kulturell adaptierte Lifestyle- Intervention zur Reduktion des Diabetes-Risikos; Berücksichtigung Lebensstil in Norwegen und Pakistan	Frauen aus Pakistan 25-62 Jahre N=198 -N=97 Kontrolle -N=101 Intervention Gruppen zu 10-12 Frauen	In der Interventionsgruppe: Shift bei "Intention to change" von Aktion zu Beibehalten (bei Fett-, Gemüse- und Zuckerkonsum) Konsumänderungen zwischen Baseline und Follow up 1 wurden in Interventionsgruppe beibehalten (+ Früchte/Gemüse, - Softdrinks)	Die kulturell adaptierte Intervention hat das Potenzial, langfristige Veränderungen im Ernährungsverhalten über die Interventionsdauer hinaus zu bewirken Baseline-to follow up 1: sign. Unterschiede zwischen Kontroll-und Interventionsgruppe
(Wenger & Mischke, 2015)	CH	Qualitatives Design (Grounded Theory) Iteratives Sampling bis "Datensättigung" vorliegt Narrative Interviews	<u>Krankheitsmanagement (C2)</u> Diabetes Keine Intervention, aber Voraussetzung war Teilnahme an Diabetesberatung in kantonalem Spital	Migranten mit Diabetes Typ 2 aus ehem. Jugoslawien N=5 (2 Männer, 2 Frauen)	Zentrales Phänomen= Spannungsfeld des Lebens in 2 Kulturen: Leben in der Schweiz mit längeren Aufhalten in Heimat. Unterschiede Krankheitsmanagement in 2 Lebensalltagen: Tagesrhythmus u. soziale Rolle, mit Auswirkung auf Ernährungs- und Therapieverhalten	Für erfolgreiches Selbstmanagementprogramm für Diabetes-Patienten aus ehem. Jugoslawien müssen beide Alltagswelten integriert werden.

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(Ballotari et al., 2015)	IT	Register-Studie (Einwohnerregister und Regionales Diabetes-Register)	<u>Krankheitsmanagement (C2)</u> Diabetes Management und Kontrolle von Diabetes-Patient/innen	Registrierte Diabetes-Patient/innen nach Herkunftsland -N=15'889 Italiener -N=11 Highly Developed Countries HDC -N=1'295 High Migration Pressure Countries (HMPHC):	Personen aus HPMC-Länder haben höhere altersadjustierte Diabetes-Prävalenz als Italiener Kein Unterschied bei Anteil, die in Diabetes-Klinik behandelt werden HPMC-Patienten werden seltener auf HbA1c getestet und haben höhere Werte	Schlechtere Outcomes für HPMC-Frauen im Vergleich zu HPMC-Männern Praktisch kein Unterschied in Bezug auf Zugang, aber schlechtere Compliance bei HPMC Gender-orientierte Aktionen für Prävention und (frühe) Diagnose sind notwendig
(Tottenborg et al., 2016)	DAN	Registerdaten (Gesundheitsregister)	<u>Krankheitsmanagement (C2)</u> COPD Einhalten der medikamentösen Behandlung nach Erstkontakt mit einer ambulanter Klinik	Personen mit tiefem SES, Immigrationsstatus N=13'369 Patienten mit COPD--Diagnose	Signifikant höheres Risiko für Non-Adherence und Non-Use der Medikation bei Immigranten (adj. OR=1.22; CI 1.07-1.38)	Assoziation zwischen Ethnizität und Adherence persistiert nach Kontrolle für Bildung, Anstellung, Einkommen und gesundheitliche Faktoren
(Alves et al., 2015)	CH PT	Cross-Sectional	<u>Krankheitsmanagement (C2)</u> Kardiovaskuläre Risikofaktoren Vergleich von Migranten und Personen, die im Ursprungsland leben, bezüglich Prävalenz und Management kardiovaskulärer Risikofaktoren	Portugiesen in Portugal und Portugiesen in der Schweiz Porto: N=1'150 Lausanne: N=388 35-65 Jahre alt	In der Schweiz sign. höhere Prävalenz-Rate Ratio der Behandlung und Kontrolle von Hypercholesterinämie als in Portugal (PRR 1.91 respektive 3.98) Keine Unterschiede bezügl. Behandlung/Kontrolle bei Bluthochdruck und Diabetes	Keine Unterschiede bezüglich Prävalenzen (Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Diabetes) Portugiesen in der Schweiz haben vergleichbare kardiovaskuläre Risikoprofile, Hypercholesterinämie wird aber in der CH besser gemanaged.

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(van Dongen, van Poppel, Milder, van Oers, & Brug, 2012)	NL	Programmevaluation	<u>Gesundheitsförderung bei Schwangeren (C1)</u> Email-basiertes Programm zur Förderung eines gesunden Lebensstils bei schwangeren Frauen	Schwangere Frauen Rekrutierung über Hebammen und Gynäkologen (Verteilung von Broschüren) N=4'363 (4% der Zielgruppe)	Tiefere Teilnehmerate (Registrierung) bei Immigrantinnen als bei Holländerinnen --> unterrepräsentiert, trotz Anstrengungen, diese zu erreichen, aber ohne spezifischen Anpassungen Immigrantinnen füllten seltener den online-FB aus als Einheimische (19% vs. 31%)	Schlussfolgerung der Autoren: Es wäre wichtig, kulturelle Überzeugungen zu berücksichtigen und für die Rekrutierung die Zusammenarbeit mit den Communities zu suchen
(Hesselink et al., 2012)	NL	Programmevaluation Non-randomised trial Intervention vs. control group	<u>Gesundheitsförderung bei Schwangeren (C1)</u> Rauchen/Kinderpflege/ psychosoziale Gesundh. Angepasster Geburts- vorbereitungskurs für Türkinnen: Happy Mothers, Happy Babies (HMHB)	Türkische schwangere Frauen Rekrutierung in Hebammenpraxen: -HMHB: mit türkischen "community health worker" -Standardprogramm: mit Hebammen	Baseline: HMHB-Gruppe hat geringeres Wissen über Rauchen als Kontrolle Sign. Effekt der Intervention auf Wissen über Rauchen (adj. OR 2.44 (1.54, 3.32) Kein Effekt auf Rauchen während Schwangerschaft: keine Verhaltensänderung	HMHB-Gruppe hatte tieferen SES, häufiger keinen Job und war häufiger nur-Türkisch Insgesamt Zunahme des Wissens, aber keine Änderung des Gesundheitsverhalten: Programm zu wenig intensiv?
(Hoddinott et al., 2014)	UK	Cross-sectional survey	<u>Rauchstopp während Schwangerschaft und Stillen (C3)</u> Akzeptanz von finanziellen Anreizen	Gesamtbevölkerung	Non-White Bevölkerung zeigt höhere Akzeptanz für Vouchers für -Rauchstopp in der Schwangerschaft -Rauchfreie Wohnung	Non-White Bevölkerung zeigt höhere Akzeptanz für Vouchers für -Stillen

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate / Diskussion
(I. Bermejo et al., 2012) siehe auch Bermejo et al. 2015	DE	Querschnittstudie mit schriftlichem Fragebogen Verteilung über Organisationen mit Kontakt zu Migrationsbevölkerung (im Rahmen einer Cluster-randomisierte Interventionsstudie)	<u>Inanspruchnahme (C2)</u> Subjektive Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen	Ältere Migrantinnen und Migranten (Türkei, Spanien, Italien,-Aussiedler Russland) Keine Sucht- oder andere Erkrankungen N=435	Haupt Hindernisse: 1) Sprachprobleme, v.a bei Türken/Aussiedler; 2) suchen Hilfe im soz. Umfeld (Spanier/Italiener) 3) fehlende Infos 4) Personal weiss zu wenig über Kultur; v.a. bei Türken Geringste Rolle: Gefühl, diskriminiert zu werden u. Angst vor rechtl. Folgen	Ausprägung der Hindernisse hängt ab von -kulturellem Hintergrund -subj. Einschätzung Deutschkenntnisse -Wohlfühlen in Deutschland
(Pavarin, 2014)	IT	Vergleich Eintrittsraten Linkage von Daten der Gesundheitsbehörde und der Drogeninstitutionen	<u>Inanspruchnahme (C2)</u> Konsultationen aufgrund illegaler Drogen Vergleich Natives vs. Non-natives bei Erstkontakt mit Spital, Notfallstation oder Drogeninstitution	Konsumenten von illegalen Drogen 15-64 Jahre alt N=3'171	Non-Natives suchen im Vergleich zu Natives häufiger Notfallstationen (46% vs. 36%), weniger häufig Drogeninstitutionen (38% vs. 49%) und gleich häufig ein Spital auf (16% vs. 15%) p=0.0001	Kein Unterschied zwischen Natives und Non-Natives in Bezug auf konsumierte illegale Drogen und die Inzidenzrate Diskussion: Unangemessener Gebrauch von Notfallstation durch Non-Natives
(Brzoska et al., 2016) vgl. (Brzoska & Razum, 2015)	DE	Querschnittstudie mit schriftlicher Befragung Multilevel-Analyse	<u>Rehabilitation - tertiäre Prävention (C2)</u> Selbsteinschätzung des Outcomes medizinischer Rehabilitation	Reha-Patientinnen und Patienten Deutsche, Türken, Ex-Jugoslawien, Südeuropäer, die in DE leben. N=239'811 von 642 Reha-Kliniken	Schlechterer selbsteingeschätzter Outcome bei Nicht-Deutschen, adjustiert u.a. für Klinik-Cluster, SES und Diagnose	Diskussion: Kulturelle und religiöse Bedürfnisse werden von Leistungserbringern (Reha-Kliniken) ungenügend berücksichtigt --> Sensitivität für Bedürfnisse dieser Gruppen sollte erhöht werden

Autor	Land	Studiendesign	Thema / Intervention (Cluster)	Zielgruppe / Teilnehmende	Hauptresultat in Bezug auf Migration	Weitere Resultate
(Brzoska & Razum, 2015) vgl. (Brzoska et al., 2016)	DE	Übersicht empirischer Studien in Deutschland zu Rehabilitation und Migration (Schema zu Zugangs- und Wirksamkeits-barrieren!)	<u>Rehabilitation - tertiäre Prävention (C2)</u> Erreichbarkeit und Ergebnisqualität der Reha bei Menschen mit Migrationshintergrund	Reha-Patientinnen und Patienten Deutsche, Türken, Ex-Jugoslawien, Südeuropäer, die in Deutschland leben	Im Vergleich zu Deutschen: -Sig. häufiger nur geringe berufliche Leistungsfähigkeit (adj. OR Türkei 1.23, Ex-Jugoslawien 1.47) -Sig. häufiger Eintritt in Rente (adj. OR 1.70, 1.41) -sig häufiger schlechtere Selbsteinschätzung Outcome (adj. OR 1.24, 1.68)	Diskussion: Seltenerer Nutzung von Reha's und ungünstigere Outomes bei Migrant/Innen: -Es gibt Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren -Gründe sind Kommunikationsprobleme (Sprache, Health Literacy, Informationsdefizite) und mangelnde Sensibilität in Einrichtungen

8.6 Fragebogen der Online-Befragung

Migration und Gesundheit: Was ist zu tun?

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bedeutet, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zu einem gesunden Leben haben. Was ist von Seiten des Bundes zu tun, damit dies für die Migrationsbevölkerung realisiert wird?

Das Bundesamt für Gesundheit hat die Fachhochschule Nordwestschweiz (Institut Soziale Arbeit und Gesundheit) beauftragt, Fachpersonen und Migrantinnen und Migranten zu der Frage zu Wort kommen zu lassen. Aus Ihren Erfahrungen und Ihrem Wissen sollen Vorschläge abgeleitet werden, wie bei der Umsetzung der NCD- und Suchtstrategie migrationsspezifische Aspekte ausreichend zu berücksichtigt werden können. Dabei wird ein thematischer Fokus bei den Themen Sucht und den NCD-Risikofaktoren Alkohol und Tabak gesetzt.

Wir sind uns bewusst, dass es sich bei den Migrantinnen und Migranten um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Wir wollen aber das Thema breit angehen und uns nicht von vornherein auf eine bestimmte Gruppe beschränken. Sie sind herzlich eingeladen anzugeben und ggf. zu spezifizieren, welche Bedürfnisse genau in der Migrationsbevölkerung bestehen und was aus Ihrer Sicht zu tun ist.

Weiter

Migration und Gesundheit: Was ist zu tun?

Sie kennen die Gegebenheiten der Migrationsbevölkerung sehr gut und es würde uns sehr interessieren, Ihre Beobachtungen und Ihre Ideen in Bezug darauf, was zu tun ist, zu erfahren. Wir bitten Sie zunächst deshalb an dieser elektronischen Befragung (per Computer und/oder Smartphone) im Rahmen von ca. 15 Minuten, teilzunehmen. Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und mit dem Link in der Mail ohne Verlust ihrer Angaben wieder neu starten. All Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt.

Mit freundlichen Grüssen

Holger Schmid, Prof. Dr. (Institutsleiter)

Wim Nieuwenboom, Dr.

Institut Soziale Arbeit und Gesundheit
Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Bei Rückfragen: holger.schmid@fhnw.ch oder wim.nieuwenboom@fhnw.ch

Zurück

Weiter

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Migrantinnen und Migranten wissen selbst am besten, was ein gesunder Lebensstil ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrantinnen und Migranten werden bei präventiven oder gesundheitsfördernden Massnahmen ungenügend erreicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die mangelnde Vernetzung verschiedener Politikbereiche ausserhalb der Gesundheit trifft besonders die Migrantinnen und Migranten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihr Kommentar:

(Bitte eine Zeile pro Anmerkung)

Zurück

Weiter

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Chronisch kranke Migrantinnen und Migranten werden von professioneller Seite genügend unterstützt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Nutzung von neuen Medien (eTools, Apps, Online-Plattformen, Online-Beratung usw.) ist für die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten nicht ausgeschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Zugang von Migrantinnen und Migranten zum Gesundheitsversorgungssystem und die Teilhabe an dessen Leistungen ist nicht optimal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihr Kommentar

(Bitte eine Zeile pro Anmerkung)

Zurück

Weiter

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Früherkennung und Frühintervention bei Risikoverhalten muss bei Migrantinnen und Migranten verstärkt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angebote der Schadensminderung sind für Migrantinnen und Migranten besonders wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilisierung von Risikogruppen für Suchtproblematik ist bei Migrantinnen und Migranten eine besondere Herausforderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihr Kommentar:

(Bitte geben Sie pro Anmerkung einen neue Zeile ein)

Zurück

Weiter

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme teilweise zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Das Wissen und die Berücksichtigung von migrationsspezifischen Aspekten im Suchtbereich ist bei Fachpersonen zu wenig verbreitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei der Aus- und Weiterbildung von Fachleuten sollten interkulturelle Aspekte vermehrt berücksichtigt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten sollte vertieft erforscht werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihr Kommentar:

(Bitte geben Sie pro Anmerkung einen neue Zeile ein)

Zurück

Weiter

Wo (in welcher Organisation) arbeiten Sie und was ist Ihre Tätigkeit und/oder Funktion?

Bitte umschreiben Sie möglichst genau. Benutzen Sie bitte für jede Funktion eine neue Zeile.

Bitte geben Sie an, in welchem Bereich Ihr Arbeitsfeld ist.

Wenn Sie sich nicht sicher sind, können Sie entweder mehrere Bereiche angeben oder Sie setzen ein Häkchen bei der Option "anders, nämlich:". Sie können dort optional eingeben, um welchen Bereich es sich nach Ihrer Meinung handelt.

- Regelstrukturen im Gesundheitsbereich: z.B. Sozialdienste von Spitälern, Sozialdienste Psychiatrische Kliniken, Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention, Suchtberatungsstelle mit Angebot für Migrantinnen
- Regelstrukturen der Sozialhilfe: z.B. Anlaufstellen für Migranten/-innen, Schweizerische Rote Kreuz (SRK), Asylorganisationen, Sozialhilfe
- Niederschwellige Anlaufstellen: z.B. Sanspapiers Beratungsstellen, Femmestische, Väterforum Zürich
- Polizei und Strafvollzug: z.B. Sozialdienste des Strafvollzugs und der Bewährungshilfe, Sozialdienste im Justizbereich
- Ich bin selbst Migrantin oder Migrant: ggf. tätig in einer Organisation
- Anders, nämlich:

Zurück

Weiter

Wären Sie bereit an einer Diskussionsgruppe zu Migration und Gesundheit teilzunehmen?

Die Resultate dieser Umfrage werden anlässlich der Diskussionsgruppe präsentiert und diskutiert

Bitte klicken sie eine Option an

- nein
- ja

Zurück

Weiter

Sie haben angegeben, dass Sie bereit wären, an einer Diskussionsgruppe teilzunehmen. Wir haben für Sie einige Daten und Zeiten aufgelistet. Welche davon kämen für Sie in Frage? Die Diskussionsgruppe (inkl. Apéro) finden jeweils von 16.30 bis 18.30 in Olten statt.

(Sie können mehrere Daten angeben)

- 16. November 2016, 16.30-18.30
- 17. November 2016, 16.30-18.30
- 24. November 2016, 16.30-18.30
- 30. November 2016, 16.30-18.30
- 7. Dezember 2016, 16.30-18.30
- 14. Dezember 2016, 16.30-18.30

(Optional) Ihr Kommentar:

Zurück

Weiter

Vielen Dank für Ihre wertvollen Angaben. Um die Umfrage zu beenden, drücken Sie bitte auf den "Fenster schliessen" Button oder schliessen Sie das Fenster des Browsers.

Freundliche Grüsse

Holger Schmid
Wim Nieuwenboom

Fenster schließen

8.7 Offene Angaben im Rahmen der Online-Befragung

Cluster 1

No		Heterogenität Migrationsbevölkerung	Kulturelle Unterschiede	Erreichbarkeit durch Kommunikation	Kritisches Lebensereignis	Armut	Soziale Isolation	Bildung	Frage unklar	Vernetzung Politikbereiche	Partizipation
82	Es gibt bestimmte Migrantengruppen, die ungenügend erreicht werden von der Gesundheitsförderung, nicht alle.	1		1							
26	Fragestellung nach "Migrantin" zu undifferenziert (Expats nicht gleich Pers. mit F) Migrationshintergrund weniger wichtig als sozioöko. Situation und Bildung. Viele Antworten stimmen auch für arme, schlechtgebildete CH.	1				1		1			
101	de quels migrants parle -on ? les plus précaires, j'imagine !	1				1					
41	"Die Migrantinnen und Migranten" gibt es nicht. Grundsätzlich gilt dasselbe wie auch bei der autochtonen Bevölkerung: Menschen aus bildungsfernen Schichten, eher ländlicher Herkunft verfügen über eher weniger Wissen und Ressourcen. Der Migrationshintergrund kann sich auf die Problematik verschärfend auswirken.	1						1			
10	Es gibt unterschiedliche Gruppen: Ex-pats, Flüchtlinge usw. Die Antworten könnten differenzierter sein.	1									
24	Eigentlich ist es sehr schwierig, über "Migrantinnen und Migranten" allgemein zu sprechen. Ich gehe für die Beantwortung der Befragung davon aus, dass damit Menschen mit geringen lokalen Sprachkenntnissen und/oder niedriger Bildung bzw. hier nicht anerkannter Bildungsabschlüsse gemeint sind.	1									
76	Es kommt ganz darauf an, von welchen Migrant_innen wir reden. Sind es Flüchtlinge oder Expats, von welchem Kontinent stammen sie?	1									
93	Ich beziehe mich ausschliesslich auf Sans-Papiers und nicht allgemein auf Migrantinnen und Migranten	1									
128	Tout dépend des origines de nos bénéficiaires.	1									
21	-nutzen Dienstleistungen und Angebote der offenen Altersarbeit, insbesondere Präventions- und Gesundheitsförderungs-Angebote zu wenig -sind generell schwer zu erreichen und/oder durch kritische Erlebnisse und Situationen besonders belastet (Krieg/Gefängniserfahrungen, getrennt / geschieden /verwitwet, finanziell benachteiligt) -haben eine erhöhte Isolationsgefahr und Armutsrisiko, sowie keine positive Beziehungen (Familie /Freunde /Nachbarschaft)			1	1	1	1				
130	Il y a bien des migrants dont le mode de vie est aussi sain ou plus sain que "le nôtre" à la base, mais la perte de repères et les conditions socio-économiques difficiles sont peu favorables à un mode de vie sain. Ici, l'accès aux informations et possibilités de promotion de la santé et de soutien dans ce domaine est moins aisé pour les migrants.			1		1					
44	Aus meiner Sicht besteht das Problem auf beiden Seiten: die Migranten haben teilweise eine mangelhafte Bildung und kennen sich in Themen der Gesundheit nicht aus und andererseits erreichen unsere Programme aufgrund der ungenügenden Vernetzung mit den Migranten diese nicht			1				1			
18	Die meisten MigrantInnen bringen nur schon kulturell einen sehr gesunden Lebensstil mit (Bsp. Küche aus Sri Lanka). Unsere Geschäfte bieten jedoch sehr günstig genau die Lebensmittel, welche in den Herkunftsländern beworben, aber zu teuer waren. Hier können sie sich		1	1							

N o		Heterogenität Migrationsbevölkerung	Kulturelle Unterschiede	Erreichbarkeit durch Kommunikation	Kritisches Lebensereignis	Armut	Soziale Isolation	Bildung	Frageunklar	Vernetzung Politikbereiche	Partizipation
	diese endlich leisten, warum sollte etwas, das so beworben wird schlecht sein? Meiner Erfahrung nach sind MigrantInnen an gesundheitsfördernden Informationen schon interessiert, besonders, wenn es ihre Kinder betrifft, diese werden jedoch meist schriftlich und einmalig abgegeben. Grössere Verhaltensänderungen oder Anpassungen können nicht so erreicht werden.										
134	Le manque d'information est un obstacle pour l'accès aux soins. Pour être interconnecté à la vie politique il faut savoir la langue, je crois.			1			1				
54	Es fehlt insbesondere in öffentlichen Verwaltungen und Institutionen an Sprachkompetenzen oder gerade bei Neuankommenden vielenorts an adäquaten Übersetzungshilfen und Einführungsangeboten (Willkommenskultur).			1							
144	Une prévention et promotion ciblées et avec interprètes permet de les toucher plus spécifiquement.			1							
78	Problematisch ist nicht unbedingt der Migrationsstatus, sondern der sozioökonomische Status: Je tiefer, desto schlechter die Gesundheit, unabhängig von der Nationalität.					1					
61	Diese Fragen haben aus meiner Sicht weniger mit Migration zu tun als viel mehr damit, ob die Menschen sozial benachteiligt sind. Expats sind gänzlich anders bezüglich der obigen Fragen einzuschätzen als Flüchtlinge aus nicht bildungserreichten und sozial benachteiligten Familien.						1	1			
35	hängt vom Ausbildungsstand/Integration der MigrantInnen ab							1			
11	Kulturell bedingte eigene Vorstellungen von gesundem Lebensstil		1								
91	Frage: was ist eine gesunder Lebensstil? In Africa ist obergewicht gesund, falls man nicht viel arbeiten muss also nur umsitzen - das ist gesund! Gewicht verlieren = disaster (AIDS) wird Mann ausgelacht.		1								
58	Die letzte (3.) Frage ist unverständlich und wird daher nicht beantwortet								1		
67	punkt drei müsste noch genauer untersucht werden. Meines Wissens liegen zu wenig Daten vor, generell ist dies jedoch ein Handikap.									1	
74	Die dritte Frage verstehe ich nicht.								1		
83	Die letzte Frage verstehe ich nicht.								1		
110	La première assertion est fortement nuancée: oui, ils sont seuls capables de décrire leur état ressenti et vécu qui doit être pris en considération.										1
111	Question initiale pas très claire; les migrants peuvent mieux expliquer leur mode de vie et surtout leurs conditions de vie que quiconque d'autre.										1
137	dans beaucoup de domaines de prévention on indique les "migrants" comme Population cible, mais on les néglige totalement dans les investissements de prévention, par. ex. VIH/STI									1	
	Total Nennung (mehrfach)	9	3	8	1	5	3	5	3	2	2

Cluster 2

No		Man geln der Zuga ng	Komm unikat ion im GW	Admi nistra tive Barrie ren	Neue Medi en eher probl emati sch	Psych ische Verso rgung probl emati sch	Finan zielle Pro ble me
21	-Das bestehende Angebot in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung erreicht diese Menschen leider häufig zu wenig, obwohl im Speziellen MigrantInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus – anerkannte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene oft Chronisch kranke sind. Die Gründe dafür sind; Informationsmangel, Sprachschwierigkeiten, Angst vor Behörden und/oder negativen Erfahrungen mit öffentlichen Institutionen.	1	1	1			
13 1	la question de l'accès aux prestations embrasse l'ensemble du champs social et sanitaire... et comme vous le dites en préambule : la population migrante est très hétérogène et inégalement outillée, informée dans ces domaines aussi...	1	1				
13 4	- Manque de temps et d'informations du professionnel(permis, logement,histoiremigratoire etc.) pour la prise en charge bio-médico-social du patient. - Si il n'y a pas maîtrise de la langue et si les outils ne sont pas traduit pas facile l'utilisation - si le patient est sans papier il aura un accès très limité aux soins	1	1				
14 4	Des équipes de prise en charge spécifiques de type infirmières de première ligne permettent un meilleur accès au système de soins et une orientation.	1	1				
18	Meist sind Sprachbarrieren vorhanden, welche die optimale Begleitung von chronisch kranken MigrantInnen hindern, davon zu profitieren. Ausserdem kommen im Zusammenhang mit Krankheit immer auch viele administrative Aufgaben (normalerweise in der Regionalsprache) dazu, welche nicht immer einfach bewältigt werden können. Fremdsprachige Menschen werden in der Regel nicht gleich über Möglichkeiten informiert, wie Menschen, die die Regionalsprache beherrschen (ausser sie sind sehr gut qualifiziert). Neue Medien eignen sich meiner Meinung nach nicht für die Stärkung von Gesundheitskompetenzen, zum einen nicht, weil viele MigrantInnen mit gesundheitlichen Problemen oft auch armutsgefährdet oder betroffen sind und somit keinen Zugang zu diesen Gefässen haben. Nachhaltigkeit kann nur über längerfristige, persönliche Betreuung gewährleistet werden. Die Schriftlichkeit in der Regionalsprache macht es für viele MigrantInnen schwer, am Gesundheitssystem teilzuhaben. Ich mache immer wieder die Erfahrung, dass MigrantInnen z. B. von Zahnärzten zu kosmetischen Behandlungen überredet werden, welche sie dann machen, weil sie davon ausgehen, dass es medizinisch ist. Diese Leistungen müssen sie selber übernehmen, was oft zu Schulden führt. Dies wiederum führt zu einem Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem und deren Nutzung.		1	1	1		
17	Zum Teil werden von Ärzten unverständliche Behandlungen angeordnet		1				
35	hängt u.a. von der Sprachkompetenz ab		1				
74	Der Zugang zu Informationen kann erschwert werden durch mangelnde Deutschkenntnisse.		1				
82	Eine ausreichende Verständigung spielt sowohl beim Zugang zur Gesundheitsversorgung als auch bei der professionellen Behandlung von Migrantinnen und Migranten eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang ist die Förderung des interkulturellen Dolmetschens und dessen Finanzierung ausserhalb des stationären Bereichs zentral für eine bessere Versorgung.		1				
10	Z. B. Flüchtlinge haben zu wenig Zugang zu Prävention und Verhütung	1					
12 5	Pour l'accès au système de soins des approches participatives et communautaires doivent absolument être développées. Le soutien professionnel en milieu hospitalier fait,selon mon expérience, réellement défaut et souvent laissé à l'appréciation du professionnel concerné sans harmonisation des pratiques.	1					
29	Die meisten MigrantInnen nutzen neue Medien eher weniger, um sich zu informieren (ausser Facebook)				1		
14 1	Medienkompetenz teilweise sehr unterschiedlich und delegiert an Junge, was bei stigmatisierten Themen dann problematisch sein kann.				1		
20	Diese Fragen können Sicht kantonales Sportamt nicht beurteilt werden.						

No		Man geln der Zuga ng	Komm unikat ion im GW	Admi nistra tive Barrie ren	Neue Medi en eher probl emati sch	Psych ische Verso rgung probl emati sch	Finan zielle Pro ble me
31	Zur Aussage 1. - besonders im Bezug auf psychische Störungen					1	
39	Je nach dem von welcher Schicht Migrantinnen und Migranten wir sprechen, sind diese über alle diese Zugänge, welche oben erwähnt schlecht zu bedienen oder zu erreichen. Migrantin/Migrant ist nicht gleich Migrantin/Migrant!						
41	Siehe Kommentar zum vorangehenden Fragenblock.						
52	Der Zugang traumatisierter Personen aus dem Flüchtlings- und Asylbereich (Folter- und Kriegsopfer) zur adäquaten psychotherapeutischen Versorgung ist zu optimieren.					1	
54	Aufgrund schwieriger Voraussetzungen (Flucht, Folter, Traumas verschiedener Natur) belasten einzelne Migranten unser Gesundheits- und Sozialwesen verständlicherweise übermässig. Andere nutzen es eher zu unrecht aus, was aber auch bei der alteingesessenen Bevölkerung vorkommt. Der Zugang ist fast allen relativ rasch vertraut.						
61	siehe mein Kommentar von vorher						
67	Faktoren sind jedoch komplex, auch Gründe in der Eigenverantwortung der Migrationsbevölkerung zu finden. Ursachen liegen z.T. weit zurück.						
72	Zu diesen Fragen kann ich keine Aussage machen, da ich schlicht zu wenig informiert bin.						
91	Chronisch kranke werden verurteilt. Die sind faul und wollen nicht arbeiten.						
93	Alle Antworten bezogen auf Sans-Papiers						
101	grande variabilité cantonale pour ces différentes réponses						
115	les personnes sans assurance maladie ou avec une franchise élevée ne consultent pas par peur de s'endetter						1
122	Je suis plutôt experte de la question des infections transmissibles et non de celle des MNT. Mon expérience avec les migrants est partielle et concerne surtout le VIH et Genève ainsi que mon ex-mari qui venait du Cameroun. J'ai aussi travaillé 2 ans au nord cameroun, mais je ne suis pas une spécialiste de la question des migrants en Suisse, donc mes réponses sont à interpréter en fonction. Merci!						
	Total Nennungen (mehrfach)	6	9	2	3	2	1

Cluster 3

No		Vulnerabel für Suchtprobleme	Vulnerabel für psychische Probleme	Perspektiven bieten, Möglichkeiten aufzeigen, Aufgaben geben	Kompetente Fachpersonen	Früherkennung und Frühintervention wäre wichtig
125	Il faudrait que les intervenants sanitaires soient plus formés au dépistage précoce de l'addiction. Une des grandes difficultés de la sensibilisation est le clan formé par certaines populations qui s'entretiennent dans l'addiction mais ce qui peut être aussi une force en termes de solidarité.	1				1
18	Gerade die Migrantengruppe, welche traumatisiert zu uns kommt, in der Hoffnung auf ein besseres Leben und dann mit Arbeitssperre konfrontiert wird, trifft das Risiko der Suchtproblematik (vom Alter unabhängig). Die Aufarbeitung der persönlichen Geschichte bekommt keinen Stellenwert, was allzuoft nicht nur psychische Folgen nach sich zieht. Hier präventiv anzusetzen würde sich mittel- und langfristig auszahlen. Schadensminderung im Gesamtkontext: Perspektiven bieten, Möglichkeiten aufzeigen, Aufgaben geben! Sensibilisierung durch Chancen und Möglichkeiten. Nur die Infos nützen wenig!	1	1	1	1	
115	les personnes frappées d'une non entrée en matière ou en situation de clandestinité sont dans une précarité telle que souvent seul le recours à l'alcool ou à d'autres sources de dépendance leur permet de supporter leur situation. Nous voyons très rapidement leur état de santé se détériorer	1				
131	à la problématique des addictions, mais également à celle des MST/IST/VIH, de santé sexuelle. Ces thèmes sont appréhendés différemment selon les cultures et des individus...	1				
39	Früherkennung und Frühintervention bedarf sensibilisierten Fachpersonen, welche Gesprächsmethoden anwenden können und Zeit für Gespräche haben... Sensibilisierung ist wichtig, vor allem auch im Bereich der Frühen Förderung und Stärkung einer Familie					1
10	Je nach Gruppe					
20	Diese Fragen können vom kantonalen Sportamt nicht beurteilt werden.					
31	Aussage 3. es ist eine Herausforderung bei allen Zielgruppen					
35	sehr heterogene Zielgruppe					
41	Immer wieder gilt: Die Gruppierungen der autochthonen Bevölkerung welche mit den gängigen Interventionen und Instrumenten nur schwer oder nicht erreicht werden sind dieselben wie bei den Menschen mit Migrationserfahrung. Die Migrationserfahrung ist nur eine weitere Hürde!					
54	In dieser Hinsicht mache ich keinen Unterschied zwischen Migranten und angestammter Bevölkerung!					
58	Wir (1 Oberärztin, eine klinische Psychologin, eine Sozialarbeiterin mit lic phil Abschluss) verstehen ihre Fragen nicht.					

No		Vulnerabel für Suchtprobleme	Vulnerabel für psychische Probleme	Perspektiven bieten, Möglichkeiten aufzeigen, Aufgaben geben	Kompetente Fachpersonen	Früherkennung und Frühintervention wäre wichtig
61	siehe mein Kommentar von vorher					
78	Gewisse Aussagen kann ich nicht beurteilen.					
93	Antworten bezogen auf Sans-Papiers					
101	pour l'addiction, c'est là encore très variable selon "les migrants"					
122	Je pense que ces question concernent la population dans son ensemble avec une spécificité pour les migrants					
134	le coût de prévention est moins cher que la prise en charge de la personne après son addiction. Etre informer des choses qu'on connait pas est essentiel La plus part n'ont pas la notion de promotion de la santé.					
144	De l'information, des interventions et une communication pourraient déjà démarrer dans les CEP plutôt que d'attendre l'arrivée dans les Cantons.					
	Total Nennungen (mehrfach)	4	1	1	1	2

Cluster 4

No		Sektoren übergreifende Weiterbildung	Zur kritische Haltung anregen	Forschung muss Ursachenmod elle berücksichtigen	Struk tuell e Bedi ngun gen sind wicht ig	Es brau cht fina nziel le Ress ourc en dafür
67	Achtung Gefahr: es braucht grundsätzlich nicht eine andere Arbeitsweise der Fachpersonen, meistens sind sie bestens ausgerüstet. Jedoch eine kritische Reflexion, ein Hinterfragen eigener Stereotypen usw.		1			
134	C'est un aspect négligé de la prise en charge de la personne. La rencontre se fait à deux, il ne faut pas oublier que les gens du pays d'accueil sont aussi étrange et étranger pour le migrant. Tout le monde sera gagnant!		1			
18	Aus- und Weiterbildung sollte nicht nur bei Fachleuten der Gesundheit gefördert werden, sondern bei allen Fachpersonen, die mit Migration arbeiten. Die Forschung sollte den Fokus nicht nur auf die Gesundheit legen, sondern auch auf deren Umstände. Was führt zu gesundheitlichen Problemen? Psychische und psychologische Aspekte? Welche Strukturen würden abhelfen?	1		1	1	
137	il y a aussi beaucoup de recherche existante ou en Cours qui n'est pas interconnectée il manque totalement d'efforts quant à la tirangulation des données disponibles			1		
10	je nach Gruppe					
20	Gewisse Fragen können Sicht kantonales Sportamt nicht beurteilt werden.					
24	Es besteht ein grosser Gap zwischen ÄrztInnen, welche kaum ausgebildet sind in migrationspezifischen Aspekten und Pflegefachpersonal, wo die transkulturelle Kompetenz in der Ausbildung seit einigen Jahren fest verankert ist.					
41	Auch hier ist zu beachten, die Erreichbarkeit bildungsferner, prekärer Schichten ist eine zentrale Herausforderung. Die Migrationsthematik ist eine zusätzliche Herausforderung. Mehr nicht.					
74	Erste Frage kann ich nicht beantworten.					
82	Was die 3. Aussage betrifft: Meines Wissens nach gibt es verschiedene Studien zur gesundheitlichen Situation von Migranten. Ich würde den Forschungsschwerpunkt eher auf unterschiedliche Gesundheitsverständnisse legen.					
93	Beziehe mich auf die Situation von Sans-Papiers					
101	non seulement interculturel mais aussi les aspects psychosociaux					
110	Pour la dernière assertion, il importe de tenir compte des investigations déjà réalisées et d'y mettre des moyens adaptés par rapport aux besoins identifiés.					

No		Sektoren übergreifende Weiterbildung	Zur kritische Haltung anregen	Forschung muss Ursachen modeller berücksichtigen	Strukturelle Bedingungen sind wichtig	Es braucht finanzielle Ressourcen dafür
11 1	Il scie d'exploiter les ressources disponibles au bénéfice des migrants.					
12 5	- formation des professionnels du domaine des addictions absolument nécessaire dans le post-traumatisme. - se référant à la troisième question, il est essentiel de développer les investigations en matière de santé mentale.					
13 1	Ceci dit, les financements se contractent et les institutions sociales ne sont pas encouragées à la formation continue de leur personnel. Le glissement actuel d'un financement objectif à une "tarmédification", financement par sujet, ne va pas améliorer cet état de fait.					1
	Total Nennungen (mehrfach)	1	2	2	1	1

8.8 Teilnehmende der Fokusgruppen in alphabetischer Reihenfolge

Anrede	Vorname	Name	Institution/Organisation	Funktion
Frau	Rebecca	Atoline	ABR Zürich	Mitglied Ausländerbeirat der Stadt Zürich
Herr	Sadou	Bah	Verein Bildung für Alle, Ausländerbeirat der Stadt	Mitglied Ausländerbeirat der Stadt Zürich
Frau	Françoise	Bassand	SP MigrantInnen Schweiz Zürich	Vizepräsidentin & Vorstand MigrantInnen SP Schweiz
Frau	Gabriele	Bauer	Gemeinde Bassersdorf Bassersdorf	Asylkoordinatorin
Herr	Osman	Besic	SRK	Leitung MIGES plus
Frau	Corinna	Bisegger	SRK, MIGES Plus	wissensch. Mitarbeiterin
Madame	Vanessa	Christinet	Profa / Checkpoint Vaud	Médecin
Madame	Laurence	Cossy	Point d'Eau Lausanne, Vaud	Infirmière
Frau	Elisabeth	Ettlin	Stadt Langenthal, Soziale Dienste	Sozialarbeiterin
Frau	Karen	Grossmann	HEKS Zürich	Leiterin der Fachstellen Inlandzentrale
Herr	René	Kostka	Väter-Forum Zürich	Projektleiter
Monsieur	Mapendo M.	Koya	Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV)	Maître d'enseignement
Frau	Yvonne	Ledergerber	Suchtprävention Zürcher Unterland Glattbrugg	Fachmitarbeiterin
Frau Prof. Dr.	Katharina	Meyer	CARDIODYN GmbH Rheinfelden	Leiterin
Herr	Hans Beat	Moser	Moser Consulting GmbH Bolligen	Geschäftsführer
Herr	Ivica	Petrušić	okaj zürich, Kantonale Kinder- und Jugendförderung Zürich	Geschäftsführer
Herr	Andreas	Raymann	Walder Stiftung - Wohnen im Alter Zürich	Geschäftsführer
Madame	Saira-Christine	Renteria	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	Médecin
Madame	Isabel B.	Sangra	Point d'Eau Lausanne, Vaud	Infirmière
Frau	Bea	Schwager	Sans-Papiers Anlaufstelle Zürich SPAZ Zürich	Leiterin
Herr	Stephan	Schwitzer	Katholische Kirche im Kanton Zürich Zürich	Bereichsleiter Migrantenseelsorge
Frau	Bettina	Seebeck	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS	wissensch. Mitarbeiterin
Frau	Linda	Stoll	SRK Zürich	Verantwortliche Meditrina

8.9 Projektteam des Bundesamtes für Gesundheit

Anrede	Vorname	Name	Institution/Organisation	Funktion/Abteilung
Frau	Karin	Gasser	Bundesamt für Gesundheit BAG	Projektteam/Gesundheitliche Chancengleichheit
Frau	Sabina	Hösli	Bundesamt für Gesundheit BAG	Projektteam/Nationales Programm Migration und Gesundheit
Herr	Luciano	Ruggia	Bundesamt für Gesundheit BAG	Projektteam/ehem. Projektleitung Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
Herr	Thomas	Siegrist	Bundesamt für Gesundheit BAG	Projektteam/Sektion Prävention in der Gesundheitsversorgung
Frau	Astrid	Wüthrich	Bundesamt für Gesundheit BAG	Projektteam/ehem. Projektleiterin Nationale Strategie Sucht