

Adaption des Selbstmanagement- programms Evivo für Menschen mit Migrationshintergrund

Schlussbericht einschliesslich erhobener Fallportraits
zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG,
Sektion Migration und Gesundheit

Dr. Bettina Schwind, Sylvie Zanoni, Dr. Jörg Haslbeck
unter Mitarbeit von Elena Guggiari und Urs Fichtner

9. Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	6
2	Ausgangslage und Zielsetzung	7
3	Methodik – «experienced-based design»	10
4	Ergebnisse	16
4.1	Anpassung von Evivo durch gelebte Partizipation	16
4.2	Erfolge und Herausforderungen bei der Umsetzung der Pilotkurse	22
4.3	Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm.....	23
5	Resümee	54
6	Ausblick	58
7	Literatur	60
8	Anhang	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf des Projekts (2015 – 2017)	10
Abbildung 2: Workshop 1 – concept mapping und Workshop-Situation	11
Abbildung 3: Auszug aus der Fotodokumentation des concept mappings mithilfe von Flipcharts und Moderationskarten (Workshop 1).....	12
Abbildung 4: Vorher-Nachher-Beispiel von Vereinfachungen im Kursmanual anhand des Textumfangs18	
Abbildung 5: Vergleich der Kursstruktur 2014 mit Evivo Migration 2016 – Übersicht inhaltliche und zeitliche Anpassungen	20

Abkürzungsverzeichnis

AltuM	Projekt Alter und Migration, HEKS
BE	Bern
BS	Bettina Schwind
CDSMP	Chronic Disease Self-Management Program (in CH: Evivo ; in D : INSEA)
DGS Kanton Aargau	Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau
EG	Elena Guggiari
FGD	Fokusgruppendifkussion
HEKS	Hilfswerk der Evangelischen Kirchen Schweiz
JH	Jörg Haslbeck
KK	Kurskoordinierende
KL	Kursleitende
NCD-Strategie	Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
SP	Susanne Peter
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SyZ	Sylvie Zanoni
TN	Teilnehmende
UF	Urs Fichtner
WS1	Workshop 1 (mit Zielgruppe)
WS2	Workshop 2 (mit Stakeholdern)
ZH	Zürich

Danksagung

Ein grosser Dank geht an die Begleitgruppe des Projekts Evivo Migration und die Teilnehmenden der Workshops zur Adaption des Kursprogramms Evivo. Sie haben sehr wertvolle Ideen und Hinweise zur Weiterentwicklung und Adaption des Kursprogramms an die Bedürfnisse und Bedarfe von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund gegeben.

Danken möchten wir auch den Kurskoordinatorinnen Doris Williner und Susanne Peter. Ohne ihre Arbeit wäre die Umsetzung des Pilotprojekts nicht möglich gewesen. Gleiches gilt für Kursleitende und Kursteilnehmende. Ihre Unterstützung und Bereitschaft, oftmals sehr persönliche Erfahrungen zu Migration und zum Erleben chronischer Krankheit zu berichten, waren zentral für die Umsetzung des Projekts und Erstellung des Berichts.

Ebenfalls danken wir Urs Fichtner und Elena Guggiari für ihre wertvolle Mitarbeit bei der Datenerhebung und -analyse, die ferner durch die Transkriptionsarbeit des Datenmaterials von Bigi Vitolic unterstützt wurde. Dr. Milena Svec Goetschi und Fabian Berger danken wir für die sorgfältige Durchsicht des Entwurfs zum vorliegenden Bericht. Abschliessend möchten wir dem Bundesamt für Gesundheit für das Interesse und die Ko-Finanzierung des Pilotprojekts danken.

1 Zusammenfassung

Seit 2012 wird in der Schweiz das Kursprogramm Evivo «Gesund und aktiv leben» umgesetzt. Dabei hat sich gezeigt, dass das Kursangebot auch in der Migrationsbevölkerung auf Resonanz stösst und durch den Kurs Impulse zur Verhaltensänderung gegeben werden können. Diese ersten Erfahrungen liessen vermuten, dass Evivo für Menschen mit Migrationshintergrund aus unterschiedlichen Herkunftsländern durchführbar ist und es positive Impulse im Integrationsprozess geben könnte. Daher war Ziel des vorliegenden Projekts, mithilfe einer Ko-Finanzierung des Bundesamts für Gesundheit, das Kursangebot von Evivo für Menschen mit Migrationshintergrund in der Deutschschweiz zu adaptieren, um mit einer leichter zugänglichen Version Voraussetzungen zu schaffen, die Gesundheitskompetenz, Chancengleichheit und Integration der Zielgruppe zu verbessern. Gleichzeitig sollten Erfahrungen einzelner Personen mit Migrationshintergrund bei der Versorgungsnutzung des Schweizer Gesundheitswesens erhoben werden.

Mit einem partizipativen Ansatz wurden 2015 – 2016 zwei Workshops durchgeführt. Zuerst wurde mit 10 Teilnehmerinnen aus der Zielgruppe (ehemalige Kursteilnehmende und Kursleitungen) sowie Evivo Trainerinnen eine Bedürfnisanalyse durchgeführt (Workshop 1). Anschliessend fand eine Bedarfsanalyse mit vier Expertinnen und Experten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen statt (Workshop 2), um Kontext- und Systemwissen zu erfassen. Die Workshop-Erkenntnisse wurden im Frühsommer 2016 von zwei Evivo Trainerinnen genutzt, um das bestehende Evivo Kursmanual anzupassen und seine Inhalte sowie Aktivitäten zu vereinfachen. Dergestalt wurde eine angepasste Kursfassung konzipiert, in die anschliessend Evivo Kursleitungen in einem Update-Training eingeführt wurden. Im Sommer/Herbst 2016 wurde die adaptierte Kursversion in zwei Pilotkursen eingesetzt (Pilotkurs 1 in Bern mit n = 9 TN; Pilotkurs 2 in Zürich mit n = 10-14 TN). Mit einem qualitativen Ansatz wurden im Anschluss an die Pilotkurse Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit Kursteilnehmenden, -koordinatorinnen und -leitungen durchgeführt. Das erhobene Datenmaterial wurde mithilfe kodierender Verfahren thematisch ausgewertet und die erzielten Ergebnisse sind im vorliegenden Bericht gebündelt, u. a. in Form von Fallportraits.

Trotz der herausfordernden Rahmen- bzw. Studienbedingungen im vorliegenden Projekt und sich vereinzelt zeigenden Grenzen des adaptierten Kursangebots sind die erzielten Erkenntnisse vielversprechend. Mithilfe von Evivo kann durch Peer-basierte Selbstmanagementförderung ein Beitrag geleistet werden, um die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund zu stärken, indem ihnen neben basalem Gesundheitswissen zusätzlich Kompetenzen vermittelt werden und ihre Motivation zur Bewältigung chronischer Krankheit erhöht werden dürfte. Zugleich scheint der Peer-Ansatz wertvollen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, der Impulse zur Ermächtigung und Integration von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund zu setzen vermag. Die erhobenen Erfahrungen der Kursumsetzung im Migrationskontext liefern wertvolle Hinweise für die zukünftige Rekrutierung und Durchführung von Kursen und zeigen darüber hinaus, dass der vereinfachte Kurs trotz gelegentlichen Sprachbarrieren durchführbar ist. Mithilfe des partizipativen Ansatzes der Kursadaption ist es gelungen, sowohl den Prinzipien der Standardisierung des Stanford-Ansatzes zu entsprechen als auch eine transkulturelle Öffnung von Evivo zu erzielen, mit der «Gesund und aktiv leben» auch Bevölkerungsgruppen zugänglich gemacht werden kann, die über niedrige Gesundheitskompetenz verfügen. Allerdings sind dazu noch weitere Adaptionsschritte von Empfehlungen aus den Workshops umzusetzen, die aufgrund begrenzter Zeit- und Finanzressourcen im vorliegenden Projekt noch nicht angegangen werden konnten.

Die gewonnenen Erkenntnisse zu Evivo zeigen, dass mit dem Kurs zur Zielerreichung gesundheitspolitischer Strategien beigetragen und versorgungspraktisch eine Lücke im Angebotspektrum für Menschen mit Migrationshintergrund geschlossen werden kann. Gleichwohl besteht weiterer Forschungsbedarf, um insbesondere die Auswirkungen des Stanford-Programms auf die Bewältigung von Krankheit und des Alltags aber auch hinsichtlich seiner Chancen und Grenzen bei der Förderung von Gesundheitskompetenz weiter auszuleuchten.

2 Ausgangslage und Zielsetzung

Die gesundheitliche Benachteiligung der Migrationsbevölkerung steht im Fokus diverser Untersuchungen im deutschsprachigen Europa und in der Schweiz (Camenzind & Wiedenmayer, 2016; Moreau-Gruet & Luyet, 2012; Razum, Karrasch, & Spallek, 2015; Rommel, Saß, Born, & Ellert, 2015). Gut ein Drittel der Schweizer Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund und der physische bzw. psychische Gesundheitszustand dieser Gruppe sowie ihr Wohlbefinden sind bisweilen schlechter als bei der einheimischen Bevölkerung (Arbeitsgemeinschaft BASS ZHAW ISPM M.I.S TREND, 2011; BAG, 2012; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015). Insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigerem Bildungsniveau sind höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt und haben einen erschwerten Zugang zu Versorgungsleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen (Arbeitsgemeinschaft BASS ZHAW ISPM M.I.S TREND, 2011; Rommel et al., 2015).

In Zusammenhang mit gesundheitlicher Chancengleichheit wird vermehrt Gesundheitskompetenz – verstanden als Wissen, Motivation sowie Kompetenzen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten – als eine Determinante von Gesundheit und Wohlbefinden diskutiert (WHO Regionalbüro für Europa, 2016). Jüngere Studien aus Deutschland, Österreich und der Schweiz haben verdeutlicht, dass begrenzte Gesundheitskompetenz besonders bei Bevölkerungsgruppen anzutreffen ist, die über geringere sozioökonomische Ressourcen verfügen (gfs.bern, 2016; Horn, Vogt, Messer, & Schaeffer, 2015; Quenzel, Vogt, & Schaeffer, 2016; WHO Regionalbüro für Europa, 2016). Gemeint sind bildungsferne Personen, ältere Menschen sowie Personen, die in bescheidenen finanziellen Verhältnissen leben – was in der Summe auch auf Teile der Migrationsbevölkerung zutrifft, wo neben finanzieller Deprivation vielfach Verständigungsschwierigkeiten ein verbreitetes Hindernis darstellen (ebd.).

Gesundheitskompetenz und evidenzbasierte Selbstmanagementförderung – Evivo

In der Schweiz wird in gesundheitspolitischen Strategien seit längerem ein Akzent auf Gesundheitskompetenz gesetzt. Bereits 2007 wurde im «Nationalen Programm Migration und Gesundheit» und in nachfolgenden Programmversionen als Ziel festgehalten, die Gesundheitsversorgung und -kompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund zu optimieren. Damit wird ein Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen sowie sozialen Chancengleichheit geleistet (BAG, 2007). Diese Zielsetzung verfolgt auch die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024, in der ein besonderes Augenmerk auf Menschen in vulnerablen Situationen gerichtet wird, die z. B. aufgrund eines Migrationsstatus und/oder chronischer Krankheit eine erhöhte gesundheitliche Verletzlichkeit (Vulnerabilität) aufweisen (Eidgenössisches Department des Inneren EDI, 2016). Die NCD-Strategie setzt darauf, den Zugang zu Informations- und Bildungsangeboten zu vereinfachen. Dies schliesst die Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten bei chronischer Krankheit ein, die sich international vielerorts bereits etabliert hat (Haslbeck & Schaeffer, 2007; Newman, Steed, & Mulligan, 2004; Warsi, Wang, LaValley, Avorn, & Solomon, 2004). Dadurch kann auch die Gesundheitskompetenz einzelner Personen verbessert werden.

Im breiten Spektrum an Selbstmanagementprogrammen hat das evidenzbasierte, krankheitsübergreifende Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)¹ der Stanford Universität in mehrfacher Hinsicht eine exponierte Position (Lorig et al., 2001; Sobel, Lorig, & Hobbs, 2002). Zum einen nutzt es einen Peer-Ansatz, d. h. Personen in einer ähnlichen Lebenssituation oder mit vergleichbaren Erfahrungen bei chronischer Krankheit werden als Kursleitungen eingesetzt. Des Weiteren wird das CDSMP mithilfe eines Manuals und mittels verbindlicher Vorgaben zur Kursdurchführung standardisiert umgesetzt. Dies hat

¹ Am CDSMP können Personen teilnehmen, die mit unterschiedlichen Krankheiten leben, entweder weil sie selbst chronisch erkrankt sind oder als Angehörige von erkrankten Personen (Kursgrösse 12-18 Teilnehmende; Kursdauer sechs Wochen mit Kurseinheiten von ca. 2,5h; zwei speziell geschulte Kursleitungen, die mehrheitlich selbst chronisch krank sind bzw. persönliche Erfahrungen damit haben, also Peers). Das macht das Programm zum gegenwärtig einzigen evidenzbasierten Angebot, das explizit Menschen mit Multimorbidität adressiert. Themen im Kurs: u. a. gesunde Ernährung, Schmerzen, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Entscheidungsfindung, Angst bzw. Unsicherheit, Bewegung, Medikamentenmanagement, Kommunikation und Zusammenarbeit mit Fachpersonen. Zusätzlich existiert ein Begleitbuch mit handlungsrelevanten, alltagsorientierten Gesundheitsinformationen (Lorig et al., 2013).

dazu beigetragen, dass zu diesem Selbstmanagementansatz eine umfangreiche Evidenzbasis existiert und das CDSMP international als eine wichtige Ressource für die Gesundheitsförderung und Prävention bei chronischer Krankheit angesehen wird (Brady et al., 2013).

Seit 2012 existiert der Stanford-Ansatz in der Schweiz auf Deutsch und Französisch als Kursprogramm Evivo «Gesund und aktiv leben» respektive «Devenir acteur de sa santé» (Haslbeck, 2012).² Das Programm wurde in verschiedenen Settings des Gesundheits- und Sozialwesens in der Deutsch- und Westschweiz auf seine Umsetzbarkeit bzw. Akzeptanz bei Menschen mit chronischen Krankheiten überprüft (von 2012-2014 fanden knapp 50 Kurse mit fast 500 Teilnehmenden statt). Evaluationsergebnisse einer Studie aus der Einführungsphase von Evivo mit 327 Teilnehmenden aus 35 Kursen zeigen, dass der Kurs äusserst positiv aufgenommen wurde und einen Beitrag zur Förderung von Motivation bzw. Selbstwirksamkeit zu leisten vermag (Haslbeck et al., 2015). Als sehr wertvoll werden der Handlungsplan und das Erarbeiten konkreter, erreichbarer Ziele erfahren, da diese Elemente – kombiniert mit dem Erfahrungsaustausch mit ebenfalls Betroffenen (Peers) – Impulse zu Verhaltensveränderungen geben. Hinzu kommt, dass die Zusammenarbeit mit Fachpersonen verbessert oder Wege aus der sozialen Isolation aufgezeigt werden können (Haslbeck, 2016).

Erste Erkenntnisse zu Migration und Integration beim Stanford-Ansatz in der Schweiz

Ähnliche Trends wurden in Evivo Kursen beobachtet, die zwischen 2012 und 2014 für Menschen mit Migrationshintergrund im Raum Bern stattfanden. Das Kursangebot der Evivo Pionier-Partner SaluToMed und dialog-gesundheit Schweiz war auf Resonanz bei der lokalen Migrationsbevölkerung gestossen. Dies warf die Frage auf, ob Evivo spezifisch auf Migrantinnen und Migranten ausgerichtet werden könnte. Daher wurden drei Kurse organisiert. Im Anschluss nahmen die Teilnehmenden an Fokusgruppen teil, die explorativ ausgewertet wurden. Aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen lässt sich schliessen, dass Evivo mit Migrantinnen und Migranten aus unterschiedlichen Herkunftsländern durchgeführt werden kann, wenn Kursteilnehmenden über moderate Deutschkenntnisse verfügen (Zanoni, Gabriel, Salis Gross, Deppeler, & Haslbeck, 2016).³ Darüber hinaus wurde deutlich, dass der Kurs trotz eventuell existierender Sprachbarrieren ein wertvolles Erfahrungsfeld für Menschen mit Migrationshintergrund sein kann, um sich dem soziokulturellen Kontext des Gastgeberlandes anzunähern.

Erreichbarkeit vulnerabler und sozial benachteiligter Gruppen

Angesichts dieser Trends aus der Einführungsphase von Evivo und vor dem Hintergrund der Ziele gesundheitspolitischer Strategien war eine bislang unbeantwortete Frage, wie der potentielle Mehrwert und die positive Wirkung von Evivo denjenigen Bevölkerungsgruppen zugutekommen kann, die sozial benachteiligt sind und über niedrige Gesundheitskompetenz verfügen – wie dies bei Teilen der Migrationsbevölkerung der Fall ist. Dies wird international bereits diskutiert, weil das Stanford-Programm vielerorts und auch in der Schweiz vornehmlich bildungsnahe sozial besser gestellte Bevölkerungsgruppen anspricht (Newbould, Taylor, & Bury, 2006; Rogers, 2009). Um hier nicht unbeabsichtigt gesundheitliche (Chancen-)Ungleichheit zu fördern, wurden bisher v. a. Studien zum CDSMP mit ethnischen Minderheiten durchgeführt, in denen die Akzeptanz solcher zielgruppenspezifischen, in die jeweiligen Sprachen übersetzte Kursversionen untersucht wurde (Sidhu, Gale, Gill, Marshall, & Jolly, 2015). Dabei hat sich gezeigt, dass kultursensitiv angepasste Kurse durchführbar sind und sich positiv auf den Gesundheitszustand und -verhalten auswirken können. Allerdings kann die Rekrutierung wegen unzureichender Schreib- und Lesefähigkeiten der Zielgruppe herausfordernd sein (ebd.).

Mit Blick auf internationale Erkenntnisse zum CDSMP blieb aber bislang unbeantwortet, inwieweit ein in der lokalen Sprache des Gastgeberlandes angebotenes CDSMP sich positiv auf die Förderung des

² In der Schweiz werden die Evivo Kurse durch Mitglieder des Vereins „Evivo Netzwerk“ umgesetzt (www.evivo.ch). Finanziert werden die Kurse teils durch kantonale Förderprogramme, i. d. R. aber eigeninitiativ und mit den jeweiligen Mitteln der anbietenden Organisationen, die erhebliche Ressourcen dafür zur Verfügung stellen (Raum-/Sachkosten, Marketing, Kompensation von Kursleitungen etc.). Je nach Standort kann der Aufwand pro Kurs zwischen CHF5'000 und 7'500 liegen (Kalkulation 2013/2014, Evivo Pionier Partner).

³ Es ist anzunehmen, dass ein Kursangebot auf Französisch zu vergleichbaren Ergebnissen führen dürfte, wenn es übergreifend der Migrationsbevölkerung aus unterschiedlichen Herkunftsländern zugänglich gemacht würde.

Selbstmanagement bzw. der Gesundheitskompetenz bei chronischer Krankheit auswirken und zugleich den Integrationsprozess von Menschen mit Migrationshintergrund fördern könnte. Die Erfahrungen aus der Einführung von Evivo in der Schweiz liessen vermuten, dass eine Kursversion, die in einer der Landessprachen gezielt auf Menschen mit Migrationshintergrund zugeschnitten wird, hier einen positiven Beitrag leisten könnte. Die Zielgruppe eines dergestalt angepassten Evivo Kurses wären demnach Menschen, die aufgrund ihres Migrationshintergrunds konfrontiert sind mit Sprachbarrieren, Lese- und Schreibproblemen, sozioökonomischen und bildungsbezogenen Herausforderungen sowie chronischen (Mehrfach-)Erkrankungen und Behinderungen. Die Annahme ist, dass eine adaptierte und vereinfachte Kursversion den Zugang von vulnerablen und sozial benachteiligten Menschen zum Selbstmanagement-Programm verbessert. Chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund – so eine weitere Annahme – könnten mithilfe einer auf sie zugeschnittenen Evivo Version in einer Landessprache (vorerst auf Deutsch) über die Selbstmanagementförderung hinaus positive Impulse im Integrationsprozess erhalten. Ein entsprechend angepasster Evivo Kurs könnte aufgrund des Peer-Ansatzes ein niedrigschwelliges Angebot der Selbstmanagementförderung sein. Es liesse sich demnach eine breitere Zielgruppe über den Migrationskontext hinaus adressieren; insbesondere chronisch erkrankte Menschen, die sozial benachteiligt und ggf. schwer erreichbar sind. Dies würde nicht nur ihren Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten verbessern, sondern aufgrund des Wissenstransfers und der Motivationsförderung durch Evivo auch ihre Gesundheitskompetenz positiv beeinflussen. Mit dem Kurs könnten Impulse gesetzt werden, um Probleme zu lösen, Ziele zu setzen und Lebensstilveränderungen erfolgreich anzugehen. Dadurch könnte die Lebensqualität und das Wohlbefinden positiv beeinflusst werden. Gleichzeitig könnte ein adaptierter Kurs als sektorenübergreifender Ansatz der Selbstmanagementförderung für die Migrationsbevölkerung fungieren, der einen Türöffner bzw. ein Bindeglied mit bestehenden Angeboten für diese Zielgruppe darstellen bzw. in diese integriert werden könnte.

Projektziele

Im vorliegenden Projekt wurden die vorangegangenen Überlegungen aufgegriffen. Gestützt auf eine Ko-Finanzierung vom Bundesamt für Gesundheit stand im Mittelpunkt, das Kursprogramm Evivo für Menschen mit Migrationshintergrund vorerst für die Deutschschweiz zu adaptieren. Damit können die Voraussetzungen geschaffen werden, um mit diesem Peer-basierten sowie standardisierten Stanford-Ansatz deren Gesundheitskompetenz, Chancengleichheit und letztendlich Integration zu verbessern.

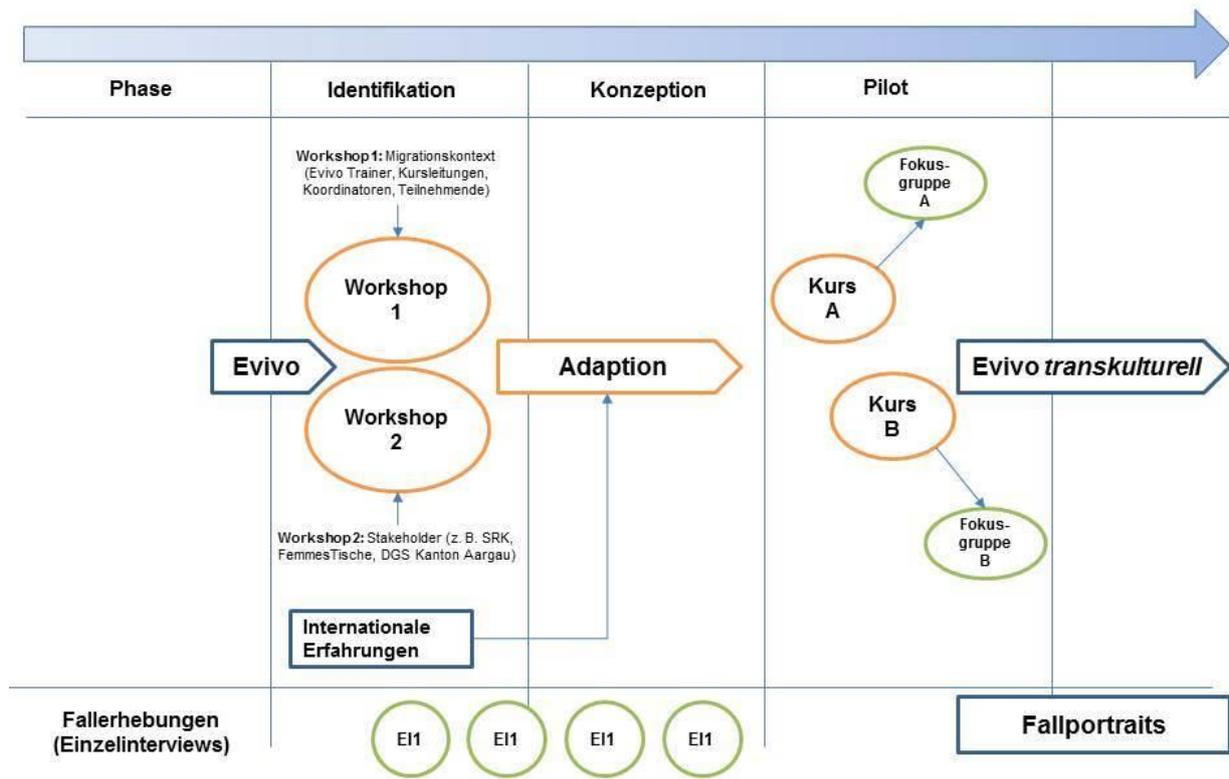
Im Projektverlauf wurden demnach zwei Teilziele verfolgt:

1. die bedürfnisgeleitete Erstellung eines adaptierten Kursprogramms von Evivo, das die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement zielgruppenspezifisch bei chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund fördern soll, welches in zwei Pilotkursen umgesetzt wird (Arbeitspaket 1), sowie
2. die Erstellung von fünf Fallporträts, die Einblick in Alltagserfahrungen von Menschen mit Migrationshintergrund mit Selbstmanagementförderung und mit chronischer Krankheit im Schweizer Gesundheits- und Sozialsystem gewähren (Arbeitspaket 2)

3 Methodik – «experienced-based design»

Um die Projektziele zu erreichen, wurde ein *partizipativer Ansatz* gewählt, der sich bereits bei der Einführung des CDSMP als Kursprogramm Evivo in der Schweiz bewährt hat (Haslbeck et al., 2015). Mittels mehrerer ineinandergreifender Arbeitsschritte, -phasen und -pakete wurde ein *experienced-based design* angestrebt (Bate & Robert, 2006), d. h. Menschen mit Migrationshintergrund, Expertinnen und Experten sowie Entscheidungstragende wurden in den Adaptions- und Umsetzungsprozess involviert, u. a. durch Workshops und Austauschtreffen, Fokusgruppen und Einzelinterviews (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Ablauf des Projekts (2015 – 2017)



Phase 1 «Identifikation»

Zu Beginn fand im August 2015 ein *Kickoff-Treffen* mit ausgewählten Stakeholdern statt, die gesundheitspolitisch sowie versorgungspraktisch mit Thema, Setting und Zielgruppe vertraut sind. Neben dem BAG als ko-finanzierende Institution des Projekts nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus der Wissenschaft (Universität Bern, Careum Forschung), Versorgungspraxis (SaluToMed, Zollikofen) und von Nichtregierungsorganisationen teil (Schweizer Rotes Kreuz, dialog gesundheit Schweiz, Verein Evivo Netzwerk). Gegenstand war, neben der Vernetzung aller Stakeholder geeignete Teilnehmende für die nachfolgenden Workshops zur Bedarfs- und Bedürfnisanalyse zu identifizieren.

Im Anschluss an das Auftakttreffen wurden der Bedarf, die Bedürfnisse und Erwartungen der primären Zielgruppe – Menschen mit Migrationshintergrund, die mit chronischer Krankheit leben – identifiziert. Dazu erfolgte eine Sichtung aktueller Literatur zum im Mittelpunkt stehenden Thema (Ehrlich, Kendall, Parekh, & Walters, 2016; Spence, Nagatani, & Koehn, 2010). Des Weiteren wurden Workshops initiiert, um bei der Anpassung von Evivo die anvisierte Zielgruppe aktiv zu beteiligen und deren Lebens-, Krankheits- sowie Evivo Kurserfahrungen bei der Adaption zu berücksichtigen.

Ein geplanter Vor-Ort Besuch in Grossbritannien mit dem Ziel des Austausches mit Forschenden, die das CDSMP für ethnische Minoritäten angepasst haben [22], konnte krankheits- und ressourcenbedingt nicht realisiert werden. Stattdessen hat eine wissenschaftliche Mitarbeiterin (SyZ) zwischen Mai und Oktober 2016 telefonisch die Perspektiven und Erfahrungen von drei internationalen Expertinnen bzw. Experten eingeholt, welche das CDSMP an die Bedürfnisse von ethnischen Minoritäten angepasst hatten. Die Erkenntnisse aus diesen Telefoninterviews wurden als Memos verschriftlicht.

Im Projektverlauf wurde aus Zeit- und Ressourcengründen darauf verzichtet, beteiligte Personen und Stakeholder zu weiteren Begleit-Treffen einzuladen. Stattdessen wurden sie fortlaufend schriftlich über Erkenntnisse aus den Workshops und Entscheidungen informiert und hatten so die Möglichkeit, per Zirkulationsverfahren diese zu kommentieren bzw. dem Projektteam Hinweise zukommen zu lassen.

Phase 2 «Konzeption»

Auf Basis der Workshop-Erkenntnisse aus Phase 1 wurde im Frühjahr 2016 das bestehende Evivo Kursprogramm mittels Gruppen- und Einzelarbeit *durch zwei Stanford-zertifizierte Evivo Trainerinnen (SP, SyZ) bearbeitet und angepasst*. Aufgrund knapp bemessener zeitlicher und finanzieller Ressourcen des Gesamtprojekts wurde ein pragmatischer Zugriff⁴ gewählt, der sich am bewährten Vorgehen der beiden Workshops orientierte. Zuerst erfolgte eine Sichtung der dokumentierten Ergebnisse unter Zuhilfenahme der Flipcharts und Fotodokumentation des concept mappings sowie der erstellten Memos. Entlang von Häufigkeit und Konvergenz wurden empfohlene Programmverbesserungen gesichtet und geclustert, um anschliessend eine Agenda für die Bearbeitung des Kursprogramms zu generieren. Die erhobenen internationalen Perspektiven komplementierten die Adaption des Kursprogramms. Insgesamt schloss die Adaption sprachliche Vereinfachungen sowie inhaltliche und strukturelle Überarbeitungen ein. Die Überarbeitung wird ausführlich im Ergebnisteil beschrieben.

Im Anschluss an die Manual-Bearbeitung fand ein *Austauschtreffen* mit den involvierten Stakeholdern, Kursleitungen und Expertinnen statt (n = 11). Hier war Ziel, die Synthese der Ergebnisse aus den Workshops (WS1 und WS2) bzw. die getroffenen Anpassungen beim Evivo Kurs vorzustellen und sie mit den Teilnehmenden zu prüfen. Neben einem Einblick in veränderte Kurs-Aspekte – vermittelt durch die Evivo Trainerinnen (SyZ, SP) – wie dessen Struktur, einzelne Inhalte und die verwendete Sprache beim Kursleitungsmanual. Darüber hinaus wurden auch strategische Fragen diskutiert. Im Sinne einer Qualitätssicherung im Partizipationsprozess wurde die Zustimmung der Teilnehmenden zur Anpassung des Kurses bzw. des Manuals per Committometer (Carman & Schulte-Derne, 2008) übergreifend abgeholt.

Phase 3 «Pilot» und Analyse

Parallel zur Anpassung der Kursinhalte wurde im Frühjahr 2016 ein *Update-Training* entwickelt und konzipiert, um Evivo Kursleitungen mit den adaptierten Kursmaterialien vertraut zu machen und sie zur Umsetzung der Pilotkurse zu qualifizieren. Das Update-Training orientierte sich an den Vorgaben des Stanford Patient Education Research Centers⁵, die vom Verein Evivo Netzwerk übernommen worden waren (ausser den Webinar-Ansatz). Insgesamt fanden im April 2016 (Bern) sowie im August 2016 (Zürich) zwei Update-Trainings statt. In einem Zeitfenster von sechs Stunden wurden bereits zertifizierte Kursleitungen durch eine Evivo Trainerin (SP) weitergebildet (n = 6, davon zwei Personen mit Migrationshintergrund

⁴ Die Hinweise aus den beiden Workshops waren richtungsweisend für die Bearbeitung des Kursmanuals durch die beiden Evivo Trainerinnen. Aufgrund des engen Zeitrahmens, wegen projektorganisatorischen und letztlich personellen Gründen musste bei der Anpassung des Manuals auf einen erneuten Einbezug der Zielgruppe und der im Gesuch angedachten internationalen Experten und Expertinnen verzichtet werden. Die Einschätzung Letzterer konnte erst im Anschluss an diesen Arbeitsschritt durch telefonisch geführte Interviews eingeholt werden (n = 2 mit dem Stanford Selbstmanagementprogramm vertraute Experten und Expertinnen aus Dänemark und Schweden). Zudem musste aufgrund des verfügbaren Zeitrahmens pragmatisch und selektiv bei der Manual-Bearbeitung vorgegangen werden, d. h., es wurden diejenigen Hinweise aus den Workshops aufgegriffen und bearbeitet, die ad hoc umgesetzt werden konnten (z. B. Streichungen und Umformulierungen von Manual-Passagen). Aufwändigerer Bearbeitungsbedarf wie z. B. Visualisierungen harren aufgrund fehlender bzw. noch zu beantragender Finanzierung weiter der Bearbeitung.

⁵ Ausführlich siehe <http://patienteducation.stanford.edu/updatetraining/index.html> (Zugriff: 15.02.2017)

und vier Schweizerinnen ohne Migrationshintergrund).⁶ Im Wesentlichen wurden ihnen die konkreten Unterschiede aufgezeigt, die durch die Anpassung entstanden waren. Ferner hatten Teilnehmerinnen im Update-Training die Aufgabe, eine der neuen bzw. überarbeiteten Lehraktivitäten vorzubereiten und durchzuführen (etwa zu Bewegung, gesund essen oder Umgang mit Schmerzen und chronischer Müdigkeit). Sie wurden zudem instruiert, welche Passagen im Manual vor Durchführung der Pilotkurse aufgrund der Überarbeitung intensiver als zuvor vorzubereiten sind.

Früh im Projektverlauf war mit der *Rekrutierung geeigneter Standorte und Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer zur Durchführung zweier Pilotkurse* begonnen worden. Gemäss Projektplan wurden Mitglieder des Vereins Evivo Netzwerk angefragt. Für einen Pilotkurs wurde in Bern-Zollikofen rekrutiert (SaluTo-Med Gemeinschaftspraxis, dialog gesundheit Schweiz). Dort bestand bereits Zugang zur Zielgruppe. Auch waren Erfahrungen in der Durchführung von Kursen für Frauen mit Migrationshintergrund bei der Einführung des Kursprogramms Evivo gesammelt worden (Zanoni et al., 2016). So wurde mit einem bottom-up-Ansatz über das persönliche Netzwerk der Kursleitenden mit Migrationshintergrund rekrutiert und auf Prinzipien der Evivo Kursrekrutierung zurückgegriffen. Im Sinne einer regionalen Kontrastierung wurde neben Bern ein zweiter Pilotstandort in der Deutschschweiz gesucht. Zunächst wurde aufgrund des grossen Interesses der Kanton Aargau anvisiert. Jedoch musste dort aus Kapazitätsgründen auf die Durchführung eines Pilotkurses verzichtet werden, da im Projektverlauf personelle Veränderungen eintraten und die Anfrage des Projektteams kurzfristig erfolgt war. Mit zeitlicher Verzögerung konnte mit der Spitex Zürich Limmat – ebenfalls Mitglied im Verein Evivo Netzwerk – der zweite Pilotstandort gewonnen werden. Die Rekrutierung von Kursteilnehmenden am Pilotstandort Zürich gestaltete sich etwas anders. Um Zugang zur Zielgruppe zu bekommen, wurde von der Kurskoordination der Spitex in Zusammenarbeit mit dem Projektteam eine Kooperation mit dem Hilfswerk der Evangelischen Kirchen Schweiz (HEKS) aufgebaut, das sich im Migrationsbereich engagiert. Ein Projekt des HEKS zu Alter und Migration (AltuM) erschien vielversprechend. Dessen Ziel ist es, ältere Menschen mit Migrationshintergrund mithilfe von Gruppentreffen, die in der jeweiligen Muttersprache stattfinden, vorbeugend und frühzeitig auf Probleme des Älterwerdens aufmerksam zu machen. Somit fungierte die Programmleitende des AltuM-Projekts als Schlüsselperson zur Zielgruppe, welche die Teilnehmenden für den Pilotkurs aus einer der jeweils muttersprachlich orientierten AltuM-Gruppen rekrutierte. Damit erfolgte die Rekrutierung am Zürcher Standort verglichen mit dem Berner Pilotkurs eher top-down.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der Verzögerungen bei der Rekrutierung eines zweiten Pilotstandortes die beiden Kurse zeitversetzt angeboten werden mussten. Die unterschiedlich gelagerten Rekrutierungsstrategien an beiden Pilotstandorten bedingten eine andersgeartete Zusammensetzung der Kursteilnehmenden vor Ort. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass – wie nachfolgend erörtert wird – die Erfahrungen der Kursteilnehmenden mit dem Kursprogramm je nach Standort differierten und die Rekrutierung sowie die Kurszusammensetzung als bedeutsamer Scheideweg für die Kurs(aus)wirkungen verstanden werden kann. Ferner fand an beiden Pilotstandorten im Kursverlauf eine einmalige Hospitation zur Qualitätssicherung durch eine Evivo Trainerin (SP) statt, die an der Anpassung des Materials beteiligt gewesen war.

Die *Datenerhebung* fand an den beiden Standorten im Anschluss an die sechswöchigen Pilotkurse statt. Dazu wurden die Teilnehmenden der Kurse eingeladen, an einer Fokusgruppe teilzunehmen, die mittels eines Leitfadens von einem Mitglied des Forschungsteams (SyZ, BS) geleitet wurden (Inhalte der Leitfäden aller Interviews s. Anhang). Ein weiterer Wissenschaftler (UF) dokumentierte während den Fokusgruppeninterviews entlang der beschriebenen Prinzipien des concept mappings die Aussagen der Teilnehmenden, die mit Audio-Aufnahmen zur Transkription festgehalten wurden. Des Weiteren wurden die Perspektiven der Kursleitungen sowie Kurskoordinatorin des Pilotkurses Zürich mittels leitfadengestütz-

⁶ Im Gegensatz zum 3-stündigen Stanford-Update-Webinar wurde die doppelte Stundenzahl gewählt, um den Kursleitungen mit Migrationshintergrund ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen, die angepassten Kursmaterialien in der Sprache des Gastlandes zu studieren und sich auf die Lehraktivitäten vorzubereiten. Trotz dieser vorsorglichen Massnahmen war es für die Kursleitungen mit Migrationshintergrund herausfordernd, sich zügig in das neue Material auf Deutsch einzuarbeiten – was allerdings auch für die teils erfahrenen Schweizer Kursleitungen anspruchsvoll war, die sich wieder in eine Lernsituation begeben mussten, die teilweise zu Nervosität führte.

ten Einzelinterviews eingeholt. In Bern wurde mit den beiden Kursleitungen eine Fokusgruppe durchgeführt. Der Grund für dieses Vorgehen ist ein pragmatischer: In Zürich konnte kein gemeinsamer Gesprächstermin mit beiden Kursleitenden innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens gefunden werden. Auch für die Erstellung der Fallporträts wurden Einzelinterviews mit vier chronisch erkrankten Kursteilnehmenden geführt, die einen Migrationshintergrund haben und zuvor an einem regulären Evivo Kurs teilgenommen hatten. Ziel war, ihr Kurserleben sowie ihre Erfahrungen als chronisch erkrankte Migranten im Schweizer Gesundheitswesen zu erfassen. Die Interviews wurden ebenfalls per Audio-Aufnahme dokumentiert und transkribiert. Ein geplantes fünftes Interview/Fallporträt konnte nicht realisiert werden, da die Teilnehmende den vereinbarten Termin nicht wahrnahm und ein Nachholtermin aus Zeitgründen nicht mehr realisierbar war.

Die *Auswertung der erhobenen Daten* erfolgte iterativ gestützt auf ein thematisches Analyseverfahren (Braun & Clarke, 2006). Dieses sieht nach einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial kodierende Schritte vor, um aus den erarbeiteten Kodes (Sub-)Themen zu generieren bzw. diese wiederholt zu prüfen und sie abschliessend als Bericht zu dokumentieren. Mit diesem Ansatz wurden sowohl die Einzelinterview- bzw. Fokusgruppengruppendaten aus den Pilotkursen als auch die Interviews mit den Kursleitungen ausgewertet. Vorläufige (Sub-)Themen aus dem Datenmaterial wurden im Forschungsteam fortlaufend diskutiert und reflektiert, um sie abschliessend in diesen Bericht einzubetten. Dieser wurde vor seiner Fertigstellung mit einzelnen Expertinnen aus dem Anpassungsprozess – insbesondere mit einer in die Adaption involvierten Evivo Trainerin (SyZ) – besprochen. Die Auswertung des Datenmaterials erwies sich als aufwändig und anspruchsvoll, da die Interviews und Fokusgruppengespräche je nach Deutschkenntnissen der interviewten Personen teils schwer verständlich und aufgrund der Verschränkung von Krankheits- und Migrationsthemen inhaltlich komplex waren. Die im Text verwendeten Zitate sind daher zu besserer Lesbarkeit und Verständlichkeit sprachlich bearbeitet worden, sie spiegeln aber die Inhalte gleichsam wider.

Im Vorfeld der Pilotkurse und Datenerhebung war bei der kantonalen Ethikkommission Zürich das Vorhaben geprüft und für unbedenklich erklärt worden (BASEC-Nr. Req-2016-0025).

4 Ergebnisse

Dieser Abschnitt bündelt die Ergebnisse aus dem Anpassungsprozess von Evivo (4.1) und die Erfahrungen, die an den Pilotstandorten Bern und Zürich mit der adaptierten Kursversion gemacht wurden (4.2). Die Befunde zur Kursadaption stützen sich auf die Resultate der Workshops 1 und 2, auf die Hinweise aus den Feedbackschleifen mit der Begleitgruppe und auf den Austausch mit internationalen CDSMP-Expertinnen und -Experten. Was die Erfahrungen mit dem adaptierten Kurs an beiden Pilotstandorten betrifft, so basieren die Erkenntnisse auf der Bündelung dreier Perspektiven: erstens der Kursteilnehmenden, zweitens der Kursleitenden sowie drittens der Kurskoordinatorinnen. Im Abschnitt 4.2 werden die Charakteristika der Teilnehmenden, Kursleitenden und Kurskoordinierenden beschrieben und damit die Datenbasis dargestellt. Ergänzend werden Ausschnitte aus den Fallporträts hinzugezogen oder auf diese mittels des Symbols  verwiesen. Ein Beschrieb zu den einzelnen befragten chronisch erkrankten Migrantinnen findet sich eingangs im jeweiligen Fallporträt, die in diesen Abschnitt eingebettet sind.

4.1 Anpassung von Evivo durch gelebte Partizipation

Richtungweisend bei der Anpassung des Kursprogramms waren die Bedürfnisanalyse zu Evivo per Einbezug der Zielgruppe des Projekts (WS1) sowie die Bedarfsanalyse seitens der involvierten Stakeholder (WS2).

Was die Erkenntnisse aus dem ersten Workshop mit der Zielgruppe anbelangt, wurde die Relevanz der bestehenden Evivo Kursthemen für chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund validiert. Damit wurde aufs Neue bestätigt, dass die Kursinhalte über unterschiedliche soziokulturelle Kontexte hinweg funktionieren und in Art, Umfang und Vielfalt an sich ausreichend sind.⁷ Das heisst, dass anders als im Vorfeld der Workshop-Konzeption erwartet, es *kaum inhaltlichen Veränderungsvorschläge bzw. kritischen Anmerkungen* gab. Die Teilnehmenden signalisierten eher, dass in Evivo «alles irgendwie wichtig» sei. Die Hinweise zur Adaption konzentrierten sich somit in erster Linie auf die *Methodik/Didaktik des Kurses*. Hierzu war angeregt worden, verschiedene Kursinhalte thematisch zu kürzen und zusammenzuführen, die im regulären Kursprogramm über mehrere Kurstage verteilt sind (z. B. Aktivitäten zu Ernährung, Bewegung und Gewichtskontrolle). Dies hatte wiederum inhaltlich/thematische Relevanz und verweist bereits auf die Vielschichtigkeit der nachfolgenden Adaption. Durch Zusammenführung und Kürzung verschiedener Themen könnten – so die Annahme im Workshop – im zeitlichen Ablauf des Kurses Freiräume geschaffen werden. Das zentrale Bedürfnis der Zielgruppe war v. a. *mehr Zeit für die Durchführung von Schlüsselementen des Kurses* zu gewinnen, etwa für den Handlungsplan oder Brainstorming-Runden, die für die Zielgruppe in einer Zweitsprache schwieriger zu absolvieren sind. Ausserdem sollten dadurch die Kursleitenden in die Lage versetzt werden, bestimmte Inhalte bei Bedarf ausführlicher erklären und den Teilnehmenden ggf. mehr Zeit für Nachfragen, Klärungs- und Erfahrungsaustausch zur Verfügung stellen zu können. Darüber hinaus gab es Hinweise, im Kursmanual *sprachliche Vereinfachungen und Anpassungen* vorzunehmen, um auf eine klare, einfache und bildhafte Sprache hinzuwirken, die es der Zielgruppe erleichtern würde, dem Kursverlauf zu folgen. Angeregt wurden auch *Zusammenfassungen (Handouts) und Visualisierungen einzelner Kursinhalte* mit Grafiken, die bislang mehrheitlich schriftlich auf Flipcharts oder in Buchform vorliegen. Ferner gab es Überlegungen, ob nicht *praktische Übungen oder Praxisfeld-Erkundungen* wie der gemeinsame Besuch eines Spitals oder einer Arztpraxis zielführend sein könnten, um (gefühlte) Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem abzubauen.

Zum ersten Workshop lässt sich ergänzen, dass dieser allein deswegen bedeutsam war, weil unter allen Beteiligten eine Aufbruchsstimmung zu erkennen war. Diese zeigte sich – so die Beobachtung anwesender Wissenschaftler (JH) und CDSMP-Expertinnen (SP) – bei den Teilnehmenden dahingehend, dass sie sich motiviert und voller Energie mit Fragen zum Kursprogramm auseinandersetzten, um es zu optimieren. Darüber hinaus dürfte dieses deutlich *sichtbare hohe Engagement* auch darauf zurückzuführen sein, dass die Einladung und Möglichkeit, im Workshop mitwirken zu können, von den Kursteilnehmenden und -leitungen mit Migrationshintergrund als Wertschätzung wahrgenommen wurde. Dieses Einbezogen-

⁷ Siehe hierzu auch die Erkenntnisse aus der Einführung von Evivo in der Schweiz und im deutschsprachigen Europa sowie die jährlichen Evaluationsergebnisse des Vereins Evivo Netzwerk.

werden – mit anderen Worten: die gelebte Partizipation – wurde sowohl als *Weg zur Anpassung (Methode) als auch als Wert in sich (Wertschätzung)* erkannt.

Der zweite Workshop mit Stakeholdern aus dem Schweizer Gesundheits- und Sozialwesen war als Unterstützung der Bedarfsanalyse gedacht und lieferte vorwiegend Erkenntnisse, wie Kursangebote für Menschen mit Migrationshintergrund auf der *operativer Ebene optimiert* werden können. Insgesamt wurden weniger Hinweise zu konkreten Kursinhalten aufgegriffen, sondern vielmehr psychosoziale Themen und soziale Problemstellungen von Menschen mit Migrationshintergrund thematisiert, die Gegenstand des angepassten Kurs werden könnten (z. B. Emotionen als körperliches Zeichen wahrnehmen und verbalisieren, Schmerzen/Müdigkeit, Kommunikation mit Angehörigen). So wurde es als förderlich eingeschätzt, im Kursmanual das Thema Angehörige verstärkt aufzugreifen, um die Relevanz von Gesundheitsthemen für die Familie deutlicher herauszustellen. Zugleich wurde erkennbar, dass aufgrund des hohen Stellenwerts von Beziehungsarbeit im Kurs eine gemischtgeschlechtliche Zusammensetzung der Kursgruppe im Kontext Migration je nach Gruppenzusammensetzung und -dynamik Herausforderungen mit sich bringen kann. Aspekte wie diese werden jedoch auch bezogen auf reguläre Evivo Kurse immer wieder thematisiert. Ferner hat sich in diesem Workshop herauskristallisiert, dass die *interaktiven Elemente im Kursgeschehen* wesentlich und im Blick zu behalten sind. Auch aus der Stakeholder-Perspektive wurden die Themen des ersten Workshops bestätigt, etwa die Nutzung von einfacher Sprache und Bildern in Kursen, die auf Menschen mit Migrationshintergrund zielen. Ausserdem wurde unterstrichen, dass eine kleinere Gruppengrösse im Vergleich zu den regulären Kursen hilfreich sein könnte, um interaktive Kurselemente erfolgreich und ohne Zeitdruck umsetzen zu können. Bezeichnend am Stakeholder-Workshop war, dass auch hier nochmals die inhaltlich/thematische Relevanz des Kurses für die Zielgruppe bestätigt wurde. Zusätzlich wurden wertvolle Hinweise zu Kanälen und Settings gegeben, über die Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Kursansatz erreicht werden könnten. Die erhobenen Erfahrungen von internationalen CDSMP-Expertinnen und -Experten bestätigten die vorliegenden Ergebnisse. Sie behielten bei der Adaption die Themen und Inhalte gleichsam bei, gaben jedoch an, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine interaktivere Umsetzung des angebotenen Selbstmanagement-Kurses präferieren würden. Ferner betonten auch sie, dass die psychosozialen, emotionalen und sozialen Aspekte des Kurses für chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund besonders relevant sind. Die Auswirkungen für die lokalen, soziokulturell heterogenen Gemeinschaften wurden unterstrichen. Einhergehend wurde die Relevanz der (freiwilligen) Gemeinschaftsarbeit, das persönliche Netzwerk von lokalen Gemeindevertretern und Schlüsselpersonen zum Erreichen der Zielgruppe herausgestellt. Die Bedeutung einer nachhaltigen Vernetzung und Integration des adaptierten Kurses mit anderen Angeboten ist ebenfalls betont worden.

Im Frühjahr 2016 wurden die Erkenntnisse aus den beiden Workshops von zwei zertifizierten Evivo Trainerinnen (SyZ, SP) ausgewertet und entlang der beschriebenen Methodik in die Adaption des Manuals überführt. Zum einen wurden *grundsätzliche, offensichtlich relevante Anpassungen* vorgenommen, z. B. die empfohlene Vereinfachung der Sprache im Kursmanual und der im Kurs genutzten Abbildungen (Flipcharts). Auch eine sprachliche Vereinfachung und Verdichtung von Kurzvorträgen auf Kernaussagen wurde durchgeführt (z. B. beim Umgang mit Medikamenten). Des Weiteren konnten *inhaltliche Themen* (z. B. Bewegung, Ernährung) bzw. *strukturelle Elemente* bearbeitet, gebündelt, vereinfacht oder gekürzt werden (z. B. komplexe Brainstorming-Aktivitäten zu Müdigkeit und Schmerz), um die im Kurs enthaltenen Selbstmanagementwerkzeuge zu vereinfachen und damit zugänglicher und verständlicher zu gestalten. Diesbezüglich wurden ausgewählte einzelne inhaltliche Kurselemente z. B. durch Kurzvorträge ersetzt oder es wurden Aktivitäten aufgrund der möglichen Sprachbarriere weggelassen, etwa die im Original-Programm vorgesehenen Schreibaufgaben für Kursteilnehmende. Ferner konnte die *zeitliche Dauer und Abfolge aller Aktivitäten geprüft und teils (neu-)arrangiert* werden, um bspw. die eingesparte Zeit anderen zentralen Kurselementen, wie der Erstellung von Handlungsplänen, zugutekommen zu lassen. Ausserdem fand eine *Abgrenzung und Klärung von Begriffen* in Kurzvorträgen und Aktivitäten statt, um sie eindeutiger und prägnanter zu machen. Beispielsweise wurde Niedergeschlagenheit von Depression inhaltlich und thematisch voneinander abgegrenzt und so verständlicher dargestellt. Gleichlautende bzw. ähnliche Begriffe wurden vereinfacht und durch einen eindeutigen Begriff ersetzt und in Folge konsistent über das gesamte Manual hinweg genutzt. Als Beispiel: Zuvor existierten Begriffe wie Kommunikation,

Gespräch und Reden für die gleiche Handlung, während in der adaptierten Version nun durchgängig ein und derselbe Begriff des Miteinander-redens konsistent verwendet wird. Zusätzlich wurden Orientierungshilfen für Kursleitungen und Teilnehmenden mit Migrationshintergrund integriert, um diese bei der Anmoderation von Kurstagen und Aktivitäten zu unterstützen. Beispielsweise existiert in den jeweiligen Kurstagen ein kurzer Rückbezug auf vorherige Kursaktivitäten oder -themen, um didaktisch Wiederholung einzubauen und zugleich einen Überblick im Kursverlauf zu vermitteln. Schlussendlich konnte auf Basis der Workshop-Ergebnisse eine *Checkliste* mit Empfehlungen für Kurskordinatorinnen entwickelt werden, um sie bei der Planung und Durchführung von Evivo Kursen für Menschen mit Migrationshintergrund zu unterstützen.

Die durchgeführten Abänderungen des Kursprogramms wurden in einem Austauschtreffen mit bereits involvierten Stakeholdern, Kursleitungen und Expertinnen im Sinne einer Qualitätssicherung vorgestellt, deren Einstellung zur Adaption mittels Committometer (Carmann & Schulte-Derne, 2008) abgeholt wurde. Alle Teilnehmenden vergaben zwischen 8 und 10 Punkten (0 = ich stimme nicht zu; 10 = ich stimme voll zu) und bejahten damit die vorgenommenen Abänderungen.

Abbildung 4: Vorher-Nachher-Beispiel von Vereinfachungen im Kursmanual anhand des Textumfangs

Evivo Manual 2014

gen Sie nach Klärungsfragen und dann

Sagen Sie: Was davon verursacht auch Müdigkeit?

Machen Sie ein Häkchen bei jeder Nennung auf der Liste, die sowohl Schmerzen als auch Müdigkeit verursacht.

4. **Sagen Sie:** Lassen Sie uns ein weiteres Brainstorming machen:

Was kann sonst noch Müdigkeit verursachen?

Hinweise für die Kursleitungen: Fügen Sie die Nennungen der Liste mit der Farbe hinzu, die Sie gerade für Müdigkeit benutzt haben.

5. **Hinweise für die Kursleitungen:** Lesen Sie die Liste und fragen Sie, ob es Klärungsfragen gibt. Falls etwas vom Folgenden nicht erwähnt wurde, ergänzen Sie es (mündlich).

- a. Krankheit selber (d. h. Schmerzen durch Entzündung, Gelenk- oder Gewebeschäden, schlechte Blutversorgung des Herzens, eingeklemmte oder beschädigte Nerven, Müdigkeit weil der Körper weniger effizient „arbeiten“ kann und Energie braucht für die Heilung)
- b. Inaktivität (führt zu weniger Kondition oder Leistungsabfall, der Körper kann weniger effizient arbeiten)
- c. Aktivitäten, die Gelenke und Muskeln beanspruchen
- d. Muskelverspannung
- e. Stress, Angst oder andere schwierige Gefühle
- f. Depression (Müdigkeit ist ein Hauptsymptom)
- g. Schlechte Ernährung (schlechte Qualität der Nahrung oder unzureichende Menge)
- h. Zu wenig Ruhe (zu wenig Schlaf oder schlechte Schlafqualität)
- i. Nebenwirkungen von Medikamenten (können zu Müdigkeit führen)
- j. Dehydratation, heisst zu wenig Flüssigkeit im Körper bzw. Austrocknung (das ist von besonderer Bedeutung, wenn Sie bestimmte blutdrucksenkende Medikamente oder harntreibende Medikamente einnehmen. Sie sollten genügend Flüssigkeit zu sich nehmen, wenn Sie solche Medikamente einnehmen. Ansonsten besteht die Gefahr der Austrocknung, was für die Nieren schädlich sein kann. Es stimmt nicht, dass das Trinken von Flüssigkeit das Einlagern von Flüssigkeit in Ihrem Körper verschlimmert—das Gegenteil ist der Fall. Es sei denn, Ihr Arzt oder Ihre Ärztin hat Ihnen eine

70

©2012 Ein evidenzbasiertes Stanford Selbstmanagement Programm

EVIVO

Evivo Manual Migration 2016

- a. Die Krankheit selber (zum Beispiel Schmerzen durch eine Entzündung, oder Schmerzen durch eingeklemmte Nerven. Müdigkeit weil der Körper weniger gut „arbeiten“ kann oder Müdigkeit weil der Körper Energie braucht für die Heilung)
- b. Sich zu wenig bewegen (zum Beispiel Schmerzen, weil die Gelenke zu wenig bewegt sind oder Müdigkeit, weil man sich nicht überwinden kann aus dem Haus zu gehen)
- c. Aktivitäten, die Gelenke und Muskeln brauchen (zum Beispiel Schmerzen weil man lange steht oder geht oder Müdigkeit weil der Körper zu viel beansprucht wurde)
- d. Muskelverspannungen können Schmerzen oder müde machen
- e. Stress, Angst oder andere schwierige Gefühle können Schmerzen oder müde machen
- f. Zu wenig Ruhe (zu wenig Schlaf oder schlechter Schlaf machen müde oder verstärken Schmerzen)
- g. Depression (Müdigkeit ist ein Hauptsymptom)
- h. Nebenwirkungen von Medikamenten (können zu Müdigkeit führen)
- i. Schlechte Ernährung

2. **Sagen Sie in Ihren eigenen Worten:** Würden Sie auch sagen, dass viele der Dinge, die Müdigkeit verursachen, auch Schmerzen verursachen können? Wie Sie sehen, haben Schmerzen und Müdigkeit ziemlich viel gemeinsam.

68

©2012 Ein evidenzbasiertes Stanford Selbstmanagement Programm

EVIVO

In der Summe zeigt sich, dass das Evivo Kursprogramm *aufgrund der Komplexität der Intervention sehr aufwändig bearbeitet* wurde, u. a. weil Änderungen an spezifischen Aktivitäten weiteren Anpassungsbedarf in nachfolgenden Kurseinheiten nach sich zogen. Es galt demnach, fortlaufend bei der Adaption die Zusammenhänge im Manual zu berücksichtigen, um die Kohärenz und Stringenz der Vereinfachungen zu sichern, damit Kursleitungen diese entsprechend umsetzen können. Insofern kann die in den Workshops geforderte Vereinfachung des Kursprogramms in der konkreten Adaption als komplex und mehrdimensional verstanden werden: Neben einfacherer Sprache und ihrer kohärenten Anwendung über das gesam-

te Manual hinweg, beinhaltete dies auch das Einführen leicht verständlicher, alltagsnaher Beispiele, die sowohl für die primäre Zielgruppe des Kurses als auch für die Kursleitungen mit Migrationshintergrund alltagsrelevant sein sollten.

Entsprechend den Workshop-Ergebnissen, die keinen substantiellen thematisch-methodischen Abänderungsbedarf ergaben, wurde der Kurs inhaltlich wenig geändert und der *Kurs als Gesamtpaket in seinen Grundzügen belassen*. Gemäss den Empfehlungen lag der Fokus hier auf der Vereinfachung der Selbstmanagement-Werkzeuge im Kurs. Dies schien mit Blick auf den engen Zeit- und Finanzierungsrahmen zweckdienlich. Andererseits galt es den Stanford-Prinzipien der Programmtreue und Vergleichbarkeit zu entsprechen, da sich der Kurs auf urheberrechtlich geschützte Inhalte stützt bzw. wissenschaftlich abgesicherte Prinzipien des CDSMP beinhaltet. Zudem – so eine Annahme – könnten diese ersten Schritte der Vereinfachung von Evivo auch anderen potenziell vulnerablen Gruppen den Zugang zum Kurs erleichtern, z. B. Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz oder Lese- bzw. Schreibschwierigkeiten. Deswegen wurde auf einen verstärkten Zuschnitt von Evivo auf rein migrationsspezifische Themen verzichtet. Um dem Leitgedanken ‚Zugang für Viele‘ Rechnung tragen zu können, galt es auch zu berücksichtigen, dass es sich bei Menschen mit Migrationshintergrund schlussendlich um eine heterogene Gruppe handelt, in der unterschiedliche Erfahrungs- und Bildungshintergründe aus diversen Herkunftsländern aufeinandertreffen.

Allerdings wäre bei umfangreicheren zeitlichen und finanziellen Ressourcen denkbar gewesen, den Adaptionprozess systematischer zu gestalten und weitere Punkte in den Blick zu nehmen bzw. zu berücksichtigen. So musste beispielsweise aufgrund forschungspragmatischer sowie projektmanagementbezogener Erwägungen ein *schlanker Adaptionprozess* gewählt werden, der sich bei der Anpassung des Kursmanuals auf die Workshop-Ergebnisse und Begleitgruppen-Gespräche sowie die Expertise zweier erfahrener CDSMP- bzw. Evivo Trainerinnen und vereinzelter Stimmen von internationalen Experten und Expertinnen zu CDSMP-Adaptionen für ethnische Minoritäten stützte. Aufgrund der engen Zeitfenster im Gesamtprojekt musste darauf verzichtet werden, zusätzlich zum einmalig erfolgten Austauschtreffen im März 2016 weitere Feedback- und Review-Schleifen einzubetten, mit denen die Systematik und Nachvollziehbarkeit getroffener Entscheide im Anpassungsprozess hätten erhöht und die adaptierten Inhalte hätten validiert werden können (z. B. per interdisziplinär zusammengesetzter Begleitgruppe, mit einer Konsensus-Konferenz oder durch kontinuierlichen Austausch mit internationalen Experten).⁸ Des Weiteren konnten diverse Vorschläge aus den Workshops wie eine weitere Reduktion von Barrieren im Kurs(-manual) durch leichte Sprache, nochmalige Vereinfachung der Brainstormings, Erarbeitung von Handouts sowie Visualisierung von Inhalten im Bearbeitungsprozess aufgrund fehlender Ressourcen vorerst nicht realisiert werden. Jedoch ist angedacht, diese Desiderata in zukünftigen Projekten anzugehen, für die Zusatzfinanzierungen noch zu akquirieren sind.

⁸ Bezeichnend ist, dass in den Workshops und im Austauschtreffen mehrheitlich Konsens bezogen auf die eingebrachten Themen bzw. zum Anpassungsbedarf bestand und kaum kontrastierende Meinungen eingebracht wurden. Dies kann einerseits als Bestätigung des Vorgehens interpretiert werden, könnte aber zugleich auf einen Bias hinweisen, der durch eine Vorselektion der Beteiligten bedingt sein könnte.

Abbildung 5: Vergleich der Kursstruktur 2014 mit Evivo Migration 2016 – Übersicht inhaltliche und zeitliche Anpassungen

Evivo 2014

TAG 1	ZEIT	TAG 2	ZEIT	TAG 3	ZEIT	TAG 4	ZEIT	TAG 5	ZEIT	TAG 6	ZEIT	
#1 Einführung in den Kurs	20	#1 Rückmeldung / Schritte zum Lösen von Problemen	30	#1 Rückmeldung	25	#1 Rückmeldung	20	#1 Rückmeldung	20	#1 Rückmeldung und Probleme lösen	20	
#2 Vorstellungsrunde	30	#2 Mit schwierigen Gefühlen umgehen	40	#2 Entscheidungen treffen	20	#2 Leichter atmen	15	#2 Gesunde Ernährungsentscheidungen treffen	20	#2 Mit Fachpersonen und Organisationen zusammenarbeiten	25	
				#3 Umgang mit Schmerzen und Müdigkeit	20	#3 Gesund essen	25	#3 Umgang mit Medikamenten	20	#3 Gewicht kontrollieren	20	
PAUSE	20	PAUSE	20	PAUSE	20	PAUSE	20	PAUSE	20	PAUSE	20	
#3 Verbindung von Körper und Geist/Ablenkung	20	#3 Einführung in körperliche Aktivität und Bewegungsübungen	25	#4 Ausdauertraining	25	#4 Kommunikation	25	#4 Informierte Entscheidungen zu Behandlungen treffen	10	#4 Rückblick und Handlungsplan für die Zukunft erstellen	40	
#4 Nachts gut schlafen können	10	#4 Stürze verhindern und Gleichgewicht fördern	10	#5 Entspannung: Körper-Scan	10	#5 Schritte zum Lösen von Problemen	30	#5 Mit Gefühlen von Niedergeschlagenheit umgehen	15	#5 Abschluss	10	
#5 Einführung in Handlungspläne	40	#5 Erstellen eines Handlungsplans	20	#6 Erstellen eines Handlungsplans	15	#6 Erstellen eines Handlungsplans	15	#6 Positives Denken	25			
#6 Abschluss	10	#6 Abschluss	5	#7 Abschluss	5	#7 Abschluss	5	#7 Erstellen eines Handlungsplans	15			
								#8 Abschluss	5			
ZEIT TOTAL		150 Min.		150 Min.		140 Min.		155 Min.		150 Min.		135 Min.

(Fortsetzung Abb. 5)

Evivo Migration 2016 (vereinfacht)

TAG 1	ZEIT	TAG 2	ZEIT	TAG 3	ZEIT	TAG 4	ZEIT	TAG 5	ZEIT	TAG 6	ZEIT
#1 Einführung in den Kurs	20	#1 Rückmeldung zum Handlungsplan und Probleme lösen	35 (+5)	#1 Rückmeldung zum Handlungsplan und Probleme lösen	30 (+5)	#1 Rückmeldung zum Handlungsplan und Probleme lösen	20	#1 Rückmeldung zum Handlungsplan und Probleme lösen	20	#1 Rückmeldung zum Handlungsplan und Probleme lösen	20
#2 Vorstellungsrunde	30	#2 Mit schwierigen Gefühlen umgehen	40	#2 Entscheidungen treffen	30 (+5)	#2 Gesund essen	20 (-5)	#2 Umgang mit Medikamenten	25 (+5)	#2 Mit Fachpersonen zusammenarbeiten	20 (-5)
#3 Kraft der Gedanken nutzen	20			#3 Umgang mit Schmerzen und chronischer Müdigkeit	15 (-5)	#3 Miteinander reden	35 (+10)	#3 Neue Behandlungen beurteilen	10	#3 Gesundes Körpergewicht	25 (+5)
PAUSE	20	PAUSE	20	PAUSE	20	PAUSE	20	PAUSE	20	PAUSE	20
#4 Gut schlafen	10	#3 Einführung in Bewegung	30 (+5)	#4 Stürze verhindern	15 (+5)	#4 Schritte zum Probleme lösen	30	#4 Umgang mit Niedergeschlagenheit	20 (+5)	#4 Leichter atmen	15
#5 Einführung in den Handlungsplan	40	#4 Mein Handlungsplan	20	#5 Entspannung: Körper-Scan	10	#5 Mein Handlungsplan	20 (+5)	#5 Positiv denken	30 (+5)	#5 Rückblick und Handlungsplan für die Zukunft	40
#6 Abschluss	10	#5 Abschluss	5	#6 Mein Handlungsplan	25 (+5)	#6 Abschluss	5	#6 Mein Handlungsplan	20 (+5)	#6 Abschluss	10
				#7 Abschluss	5			#7 Abschluss	5		
ZEIT TOTAL	150 Min.		150 Min.		150 Min. (+10)		150 Min. (-5)		150 Min.		150 Min. (+15)

grün = Änderungen an Inhalt und/oder Struktur/Zeit

Weggefallene Aktivitäten:

Tag 3 Aktivität #4 Ausdauertraining -25 Min.

Tag 6 Aktivität #3 Gewicht kontrollieren -20 Min.

4.2 Erfolge und Herausforderungen bei der Umsetzung der Pilotkurse

Im Frühsommer bzw. Herbst 2016 wurden jeweils im Raum Bern und Zürich die beiden Pilotkurse auf Basis des adaptierten Kursmanuals durchgeführt.

Zum einen weisen die Planung und Rekrutierung für die beiden Pilotkurse Unterschiede auf. Wie zuvor erwähnt, hatte es Verzögerungen gegeben, einen zweiten Pilotstandort zu gewinnen. Insofern fanden die Kurse saisonal zu unterschiedlichen Zeiten statt. Auch der Zugang zur Zielgruppe war an beiden Pilotstandorten anders gelagert: In Bern war eher ein gate-keeping über Kursleitende und chronisch kranke Peers anzutreffen, über die potenzielle Kursteilnehmende erreicht wurden. In Zürich fand die Rekrutierung organisational unterstützt durch HEKS statt, mit der zwar eine breite Zielgruppe erreicht wurde, bei der jedoch weniger die Themen chronische Krankheit bzw. Gesundheit im Vordergrund standen. Der unterschiedliche Zugang zur Zielgruppe spiegelt sich in der Zusammensetzung der jeweiligen Pilotkurse sowie der Teilnahme an den Kurseinheiten wieder. Beide Kursstandorte berichteten, dass es generell herausfordernd war, Teilnehmende zu rekrutieren, was in Analogie zu den Herausforderungen der regulären Evivo Kurse steht. Die Kurse waren unterschiedlich stark besucht und die Besonderheit der Rekrutierung und Durchführung am Zürcher Standort – Anbindung an ein bestehendes Freizeitangebot in offener Räumlichkeit – führte zu erheblicher Fluktuation in der (zusätzlichen) Teilnehmerzahl an einzelnen Kurstagen.

Zudem könnte die bewusste Wahl zweier regional divergierender Settings in Kombination mit dem jeweiligen Feldzugang dazu beigetragen haben, dass sich die beiden Pilotkurse mit Blick auf die Charakteristika der Teilnehmenden unterschieden: Beim Berner Pilotkurs fällt auf, dass die Kursleitenden einen ähnlichen Migrationshintergrund wie die Teilnehmenden hatten. Beide Kursleitenden waren weiblich und stammten aus dem Kosovo bzw. Syrien, entsprechend waren es neun registrierte Frauen, die etwa zu gleichen Teilen aus dem Kosovo, aus Syrien sowie aus dem Iran und Irak kamen. Mit einem Drittel zwischen 30 und 40 Jahren waren die Teilnehmerinnen tendenziell jünger als bei regulären Evivo Kursen, wo das Durchschnittsalter um die 60 Jahre liegt (Haslbeck et al., 2015). Für Frauen mit Kind wurde in Zollikofen ein Hüte-Dienst organisiert, um ihnen die Kursteilnahme zu ermöglichen. Gemäss Hospitation waren die Teilnehmenden in Bern sprachlich weniger versiert als in Zürich. Einige der Frauen gaben eine chronische Erkrankung an (Multiple Sklerose, chronische Rhinitis, Diabetes Mellitus sowie psychische Erkrankung). Teils konnten sie aufgrund ihrer Krankheit keiner regulären Arbeit nachgehen. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Angabe einer Erkrankung bei der Kursanmeldung bzw. -durchführung freiwillig ist und im Migrationskontext nicht immer explizit gemacht wird.⁹

In Zürich nahmen offiziell 14 Personen am Kurs teil (darunter sechs Männer). Dass unter den registrierten Teilnehmenden in Zürich ein höherer Anteil an Männern war, unterscheidet diesen Pilotkurs von den anderen, überwiegend weiblich besetzten Evivo Kursen. Die Kursteilnehmenden waren durchweg serbisch und wiesen gemäss Hospitation ein höheres Sprachniveau als in Bern auf. Da sie zwischen 67 und 80 Jahre alt waren, waren sie ein wenig älter als in regulären Evivo Kursen (ebd.). Diese Aspekte könnten auf die Setting- bzw. organisational bedingten Rekrutierungsstrategien über einen serbisch-sprechenden Gruppentreff (AltuM-Projekt, HEKS) zurückgeführt werden. Die Mehrheit der Teilnehmenden in Zürich gab an, keine chronische Erkrankung zu haben bzw. wollte dazu keine Angaben machen, während lediglich vier von 14 Personen eine oder mehrere chronische Erkrankung nannten (Herzprobleme, Nierentumor, chronische Gastritis und Diabetes mellitus).¹⁰ Aus den Teilnehmenden der Kurse wurden die Personen für die nach Pilotstandort durchgeführten Fokusgruppendifkussionen rekrutiert. Zudem wurde ein Gruppengespräch mit den Kursleitenden des Pilotstandorts Bern im Juni 2016 durchgeführt und jeweils

⁹ Hinweis der Kurskordinatorin des Berner Pilotkurses.

¹⁰ Die ausgewiesenen Charakteristika der Kursteilnehmenden mussten aufwendig nacherhoben werden. Teils wurden Angaben bei der Registrierung der Teilnehmenden nicht vermerkt, gleichzeitig mag es als Hinweis auf die spezifischen Herausforderungen in der Arbeit mit der Zielgruppe einzuordnen sein. Hier scheint eine vertrauensbildende Arbeit über persönliche Netzwerke bei der Kursbewerbung Voraussetzung zu sein. Diese eher informelle Anwerbung mag erklären, wieso sich die Erhebung einzelner Charakteristika im Nachgang als schwierig erwies, da sowohl Kursteilnehmenden wie -leitende trotz vorhandener Kontaktdaten kaum erreichbar waren.

Einzelinterviews mit den zwei Kursleitenden sowie Kurskoordinierenden des Pilotstandorts Zürich im November/Dezember 2016 erhoben. Da die Kurskoordinierende (SP) durchgehend im Projektverlauf im Sinne der Adaption und Qualitätskontrolle eingebunden war und ihre Perspektive kontinuierlich miterhoben wurde, wurde von einem zusätzlichen Einzelinterview aus Ressourcengründen abgesehen. Kurskoordinierende beider Standorte und Kursleitende des Pilotstandorts Zürich sind weiblich, Schweizer Nationalität und ohne Migrationshintergrund, älter als 45 Jahre und gaben eigene, chronische Krankheiten an. Die zwei Kursleitenden des Pilotstandorts Bern sind ebenfalls weiblich, weisen aber im Gegensatz zu ihren Zürcher Kollegen einen Migrationshintergrund auf. Auch sie haben eigene Erfahrungen mit chronischen Krankheiten. Angaben zum Alter liegen nicht vor.

Im Sinne einer Hospitation nahm an beiden Standorten eine Evivo Trainerin (SP) am 4. Kurstag teil, weil dieses Kurselement umfassender adaptiert worden war (Abänderung der Ernährungs- bzw. Integration der Kommunikationsthemen inkl. Schritte zum Problemlösen). Ihre Erfahrungen lassen darauf schliessen, dass die Anwesenheit Dritter im Kursgeschehen Einfluss auf den Gruppenprozess nimmt und selbigen stören kann, da – so ihr Eindruck – im Kurs vermeintlich weniger gesprochen wurde. Dies könnte z. B. aus Scham über als unzureichend empfundene Sprachkenntnisse zurückzuführen sein. Insgesamt hat die Hospitation hingegen aufgezeigt, dass aus Evivo Trainer-Perspektive die Adaption in ersten Schritten als erfolgreich angesehen werden kann, auch wenn an beiden Pilotstandorten bei der Kommunikation in den Gruppen Unterschiede erkennbar waren: Während in der Züricher Gruppe die adaptierten Unterlagen (Beispiele, Rollen etc.) gut funktionierten, erschien in der Berner Gruppe der Vermittlungsaufwand komplexer. Hier mussten Teilnehmende aufgrund des scheinbar niedrigeren Sprachverständnisses mehr angeleitet werden, um so für sie relevante Besonderheiten und zentrale Botschaften erkennbar und verständlich herauszuarbeiten.

4.3 Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm

In diesem Abschnitt sind die Ergebnisse der thematischen Analyse des Datenmaterials zu den Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm dargestellt (vgl. Tabelle 1, S. 24ff.). Durch das Vergleichen der verschiedenen Perspektiven von Kurskoordinierenden, -leitenden und -teilnehmenden der beiden Pilotstandorte können zwischen diesen Perspektiven und den Standorten Gegensätze sowie Gemeinsamkeiten aufgezeigt werden. Ergänzt wird dies durch die Ergebnisse der Analyse der Fallporträts, die als Einschub in den Ergebnisteil eingebettet sind. Das Symbol  im Text verweist auf diese.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die unterschiedlichen Rekrutierungsstrategien an den Pilotstandorten – Bern eher bottom-up und Zürich eher top-down – ein Stellglied für die deutlich verschiedenen Erfahrungen mit dem Kurs vor Ort waren. Trotz dieser Verschiedenheit zeichnet sich eine insgesamt positive Resonanz auf das adaptierte Kursprogramm ab, die nachfolgend dargestellt ist.

Erfahrungen mit der Organisation des Pilotprojekts

Positive Resonanz auf Selbstmanagementförderung für chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund

Einführend ist auf den *wahrgenommenen Bedarf* bezüglich eines Selbstmanagementangebots für chronisch erkrankte Migranten und Migrantinnen hingewiesen. Dies spiegelt sich in der Aussage der Kurskoordinierenden des Standorts Zürichs wider:

«Menschen mit Migrationshintergrund sind genauso betroffen von chronischer Krankheit wie alle anderen Menschen auch, aber sie sind bisher in den Kursen eigentlich wenig bis fast gar nicht anwesend (Interview KK ZH).»

Evivo – so ist hier zu lesen – erreicht bislang kaum chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund, was als Desiderat angesehen wird, mit dem die Kurskordinatorin bei der Organisation des Pilotkurses erfreulicherweise stets auf *positive, unterstützende Reaktionen* bei Anfragen an Ämter und Organisationen stiess («immer auf gute Ohren gestossen»; «Projektleiterin war Feuer und Flamme»).

Tabelle 1: Ergebnisübersicht – Erfahrungen von Teilnehmenden, Kursleitenden und -koordinierenden mit dem adaptierten Kursprogramm Evivo

Erfahrungen mit der Organisation des Pilotprojekts	Kurs- & Gruppenerfahrungen	Persönliche Erfahrungen
<p>Positive Resonanz auf Selbstmanagementförderung für chronisch erkrankte Migranten und Migrantinnen</p> <ul style="list-style-type: none"> · Wahrgenommener Bedarf · Positive Reaktionen · Bedürfnis nach Unterstützung 	<p>Kursdynamik – vertrauensvolle und lebhafte Atmosphäre</p> <ul style="list-style-type: none"> · Neue soziale Kontakte (BE) · Aufwärmphase (BE) · Vertrauensvolle Kursatmosphäre · Vertrautheit und Bekanntheit (ZH) · Keine Aufwärmphase (ZH) · Emotionale Differenzen (ZH) 	<p>Akzeptanz der eigenen Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> · Perspektivwechsel durch Peer-Ansatz – Relativierung und Normalisierung <p>Beitrag zum persönlichen Wohlbefinden – Besserer Umgang mit emotionalen Folgen, Zuversicht und Selbstvertrauen</p>
<p>Bedürfnisgeleitete („bottom-up“) und bedarfsgeleitete („top-down“) Rekrutierung – zentral für Motivation bei Kursteilnehmenden</p> <ul style="list-style-type: none"> · Persönliches Bedürfnis (BE) · Geringe Motivation (ZH) 	<p>Straffes Programm – enger Zeitrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> · Eng empfundener Zeitrahmen (BE) · Notwendigkeit des Erfahrungsaustausch (BE) · Ausdehnung der Kurszeit (BE) · Zeitliche/thematische Kürzung des Kurses (ZH) · Schulischer Charakter (ZH) 	<p>Sich etwas Gutes tun</p> <ul style="list-style-type: none"> · Motiviert werden · Sich (selbst) Raum nehmen · Aktivitäten (wieder)aufnehmen · Aktiv bleiben, bestätigt werden
	<p>Unterschiedliche Reaktionen auf Kursthemen</p> <ul style="list-style-type: none"> · Handlungsplan als Mehrwert (BE) · Individuelle Präferenzen (BE) · Kursthemen/informationen bereits vertraut (ZH) · Wunsch nach mehr Tiefe bei bestimmten Themen (ZH) · Sexualität und chronische Krankheit im transkulturellen Ansatz (BE/ZH) 	<p>Handlungsspielräume erweitern – Auswirkungen im sozialen Umfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> · Positiver Umgang – positiv Denken · Sozialer Kontakt, auch als Bewältigungsstrategie · Bewusste Grenzziehung – Prioritäten setzen · Weitergeben gesundheitsfördernder Impulse · Ich- und Du-Botschaften

	<p>Peer- und Rollenmodellcharakter – «verstanden werden» als Ermächtigungs- und Integrationsimpuls (BE)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Wirkliches Verständnis · Erfahrung von Gleichheit und Vertrauen · Soziokulturelle Umdeutungsprozesse von Krankheit/Gesundheit · Ermächtigung und Integration von chronisch erkrankten Migranten und Migrantinnen 	<p>Erfahrungen mit dem hiesigem Gesundheitssystem</p> <ul style="list-style-type: none"> · Sehr gute Erfahrungen · Herausforderungen durch eingeschränkte Sprachkenntnisse
	<p>Gemischtes Feedback auf die Adaption des Kursprogramms</p> <ul style="list-style-type: none"> · Positives Feedback (BE/ZH) · Vermittlungsarbeit (BE) · Viele neue Wörter gelernt (BE) · Weiterhin zu lang und schwer verständlich (BE/ZH) · Bedenken bzgl. Sprachniveau der Zielgruppe (ZH) 	<p>Ausgrenzungserfahrungen von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> · Krankheit erschwert soziale Teilhabe · Alltägliche Herausforderungen, Sprachbarrieren, negative Gefühle · Ausgrenzung aus Arbeitswelt aufgrund Krankheit · Diskriminierungsprozesse aufgrund (ersichtlichem) Migrationskontext bei (un)sichtbarer Krankheit · Gefühle des Alleinseins, depressive Verstimmungen, Depression
	<p>Wertschätzung der Vielfalt von Methoden und Aktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> · Mehrwert Handlungsplan und Problemlöserunden (BE) · Motivierend und Energie gebend (BE/ZH) · Beitrag zum Wohlbefinden (BE) · Multiplikativer Effekt im sozialen Umfeld (BE) · Peer-Effekte geringer (ZH) · Visualisierungen helfen erinnern und vertiefen (ZH) 	

Auch brachten Kursteilnehmende beider Standorte Dankbarkeit für die ermöglichte Kursteilnahme zum Ausdruck und unterstrichen damit ein *Bedürfnis nach Unterstützung* beim Selbstmanagement von chronischer Krankheit und im Gesundheits- und Sozialsystem:

«Ich habe es sehr gut gefunden, dass HEKS und sie an uns gedacht haben, an uns Migranten, dass man solche Kurse besuchen kann. Das finde ich sehr positiv, weil ich das seitdem ich in der Schweiz bin noch nicht erlebt habe, das ich gratis solche Kurse besuchen kann (FGD TN8 ZH).»

«Es wäre für mich schwierig für den Kurs zu bezahlen. Ich arbeite nicht und habe vier Kinder, die noch viel Zeit brauchen. Ich verzichte lieber, damit eher die Kinder etwas machen können (FGD TN1 BE).»

Die Zitate weisen so auf die perzipierte Einmaligkeit des Gratis-Angebots von Evivo aus Sicht der Zielgruppe hin. Zugleich wird eine Leerstelle von niederschweligen Angeboten der Selbstmanagementförderung identifiziert, zu denen in der Schweiz gegenwärtig noch ein Mangel zu existieren scheint. Es wird zudem thematisiert, dass die eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse der Zielgruppe bei schwieriger finanzieller Lage u. U. zurückgestellt werden, um Bedürfnissen in der Familie begegnen zu können. Beide Aspekte unterstreichen die Bedeutung eines finanziell erleichterten Zugangs für chronisch erkrankte Frauen mit Migrationshintergrund im Sinne von Ermächtigungs- und Integrationsprozessen (vgl. Abschnitt Peer-Ansatz und Rollenmodellcharakter).

Bedürfnisgeleitete (,bottom-up‘) und bedarfsgeleitete (,top-down‘) Rekrutierung –zentral für Motivation bei Kursteilnehmenden

Wie eingangs erwähnt, sind die unterschiedlich gelagerten Rekrutierungsstrategien der beiden Standorte scheinbar ausschlaggebend für die Differenz der Erfahrungen vor Ort und mögen gleichsam die Motivation von Kursteilnehmenden beeinflusst haben.

In Bern wurden Kursteilnehmende eher *bedürfnisgeleitet über das persönliche Netzwerk* der Kursleiterinnen rekrutiert. Grund für ihr persönliches Engagement war ihre positiv erlebte Kurserfahrung als Teilnehmende. Diese ordneten sie als einen erfahrenen Mehrwert für den Umgang mit der persönlichen Krankheit ein. Dies war, so die Kursleitungen, damit die treibende Kraft für ihren Einsatz bei der Mund-zu-Mund-Bewerbung von Teilnehmenden:

«Der Evivo Kurs hat mir viel gebracht. Diese Erfahrungen wollte ich anderen Frauen aus meinem Land weitergeben (FGD KL2 BE).»

Hier zeigt sich das Bedürfnis, die Kurserfahrung mit anderen (chronisch erkrankten Frauen) zu teilen, um ihnen ebenfalls einen Zugang zu als wertvoll erlebten Kursinhalten oder gar erworbenen Fähigkeiten zu ermöglichen. Gleichzeitig ist angedeutet, dass sich die Kursleiterinnen bei der Rekrutierung auf Menschen aus den eigenen Herkunftsländern konzentrieren. In den Aussagen von Teilnehmenden spiegelt sich die eigene Erkrankung als Teilnahmegrund wider:

«Ich war im Kurs wegen meiner chronischen Erkrankung (FGD TN1 BE).»

«Ich habe schon lange eine chronische Erkrankung und habe jeweils sehnsüchtig auf den nächsten Kurstag gewartet (FGD TN3 BE).»

Angedeutet wird durch die Passagen ein über lange Zeit entwickeltes Erfahrungsspektrum des Lebens mit Krankheit, das in Zusammenhang mit dem *persönlichen Bedürfnis nach einer Kursteilnahme* gesehen werden kann. Die Teilnahme wird hier mit einer starken emotionalen Bedeutung verknüpft («sehnsüchtig auf den nächsten Kurs gewartet»). Da Sehnsucht als inneres Verlangen verstanden wird, ist damit die persönliche Motivation für das Mitwirken im Kurs unterstrichen. Gleichzeitig deutet es an, dass Teilnehmende die Kurs- und Gruppenerfahrung als positiv und entlastend erleben und sich entsprechend stark den nächsten Kurstag herbeiwünschen.

Demgegenüber zeigt das Datenmaterial aus Zürich gegenläufige Perspektiven auf. Die *eher bedarfsgeleitete Rekrutierung* wird von Kurskoordinatorin und Kursleitenden wie folgt thematisiert:

«Das war eine rein serbische Gruppe, weil die Projektleiterin fand, dass es besser wäre, wenn wir es mit einer geschlossenen und gut integrierten Gruppe durchführen, weil die Kursleiterinnen externe sind. Dort konnte sie es sich am besten vorstellen. Ich hatte dann zuerst mal gesagt, es wäre eigentlich das Ziel ‚zu mischen‘. Und sie fand einfach ‚das funktioniert nicht‘. Da fand ich ‚ok, gut – mir ist lieber, wir können irgendeinen Kurs füllen, als gar keinen‘ (Interview KK ZH).»

«Also, sie wurden vermutlich gefragt – und sie haben ja dann schon ‚Ja‘ gesagt. Aber es war kein Commitment, muss es ja auch nicht, aber es war, denk ich, das war noch so ‚Ah, by the way‘ (Interview KL1 ZH)»

Die Passagen weisen darauf hin, dass eine homogenere Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund eher top down angefragt wurde, als dass einzelne Personen bedürfnisgeleitet im Sinne eigener Krankheitserfahrung rekrutiert wurden. Ausschlaggebend erscheint, dass die schweizerischen Kursleiterinnen als externe, aussenstehende Personen eingeordnet wurden. Da sie nicht, wie die Kursleitenden in Bern über ihr persönliches Netzwerk Teilnehmende rekrutieren konnten, war es gemäss der Kurskoordinierenden der Wunsch der Leitenden des AltuM-Projekts, dass die teilnehmende Gruppe bestimmte Kriterien erfüllen sollte («gut integriert», «ausreichend Deutschkenntnisse», «geschlossene Gruppe»). Hinzu kommt, dass diese Herangehensweise aus der Kursleitungsperspektive darauf Einfluss genommen hat, wie der Kurs wahrgenommen wurde und diesem u. U. ein eher nebensächlicher Charakter zugewiesen wurde. Entsprechend machten Teilnehmende in Zürich weitaus weniger eigene Krankheitserfahrungen im Kurs und bei der Erhebung der Charakteristika explizit. Somit handelte es sich offenbar nicht um die gängige Zielgruppe von Evivo Kursen: Menschen mit persönlicher Erfahrung von chronischer Krankheit. Dies mag die Kurswirkung am Zürcher Pilotstandort eingeschränkt haben (vgl. Abschnitt Kurs- und Gruppenerfahrungen und Persönliche Veränderungen).

Wie soeben angedeutet, kann die andersgelagerte Rekrutierung und Wahrnehmung des Kurses mit der vergleichsweise *geringen Motivation* für die Teilnahme in Zusammenhang gebracht werden. Exemplarisch verdeutlicht dies der Widerstand in der HEKS-AltuM-Gruppe, für die Kursteilnahme einen Ortswechsel vorzunehmen, wie es die folgenden Aussagen beschreiben:

«Ich wollte das Ganze im Spitex-Center in OrtC machen. Und da fanden sie, das machen sie nicht. Also sie gingen nicht von OrtB nach OrtC, obwohl das sind 5 Minuten mit dem Bus, oder nicht mal. Das machen sie nicht. Und dann fand ich ‚ok, gut, also, dann ist es halt in der OrtB‘ (Interview KK ZH).»

«Es war dann einfach klar, dass sie nicht bereit waren die zweieinhalb Stunden durchzuziehen. – Wir haben es dann gekürzt. – Aber sonst wären sie wahrscheinlich nicht geblieben (Interview KL2 ZH).»

Die Passagen spiegeln nicht nur eine aus Leitungsperspektive zeitlich wie örtlich begrenzte Bereitschaft der Teilnehmenden wider, den Kurs auf sich zu nehmen, sondern unterstreichen nochmals die eher top-down gerichtete Haltung («Ich wollte das Ganze im Spitex Center in OrtC machen»). Zugleich manifestiert sich ein Spannungsfeld bei der Kurs-Implementation im Migrationskontext: den Prinzipien eines standardisierten Selbstmanagementangebots entsprechen zu wollen und den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe zu begegnen, was für die Kurskoordinierenden und -leitungen herausfordernd sein kann, indem ihnen ein hohes Mass an transkulturellem Verständnis, Flexibilität und Veränderungsbereitschaft abgefordert wird.

Festzuhalten ist daher, dass aufgrund der eher ‚top down‘ gerichteten Rekrutierung am Pilotstandort Zürich nicht die gewöhnliche Zielgruppe eines Evivo Kurses angeworben wurde, d. h. Menschen, die aufgrund einer persönlichen Krankheitserfahrung das Bedürfnis haben, einen Selbstmanagementkurs zu belegen. Dies mag sich als folgenreich für Kursumsetzung erwiesen haben. Die angestrebte Zielgruppe chronisch erkrankter Migrantinnen und Migranten konnte demgegenüber in Bern durch eine eher bedürfnisorientierte Rekrutierung über persönliche Netzwerke erreicht werden. Die Erfahrungen an beiden Standorten zeigen, wie herausfordernd es sein kann, eine heterogene Gruppe an Menschen mit Migrationshintergrund zu gewinnen. Dies dürfte aber wesentlich sein, um gemäss dem Peer-Ansatz von Evivo einen entsprechenden Erfahrungsaustausch und damit zusammenhängende Veränderungsprozesse zu garantieren (vgl. Abschnitt Peer-Ansatz und Rollenmodellcharakter und persönliche Veränderungen).

Kurs- und Gruppenerfahrungen

Kursdynamik – vertrauensvolle und lebhafte Atmosphäre

Die unterschiedlich gelagerte Motivation der Teilnehmenden an den beiden Pilotstandorten kann im Zusammenhang mit den jeweils vor Ort verschiedenen Kursdynamiken gesehen werden.

Die Teilnehmenden des Berner Kurses waren Frauen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, die sich erst durch den Kurs kennenlernten und so neue Bekanntschaften schlossen. Die neuen sozialen Kontakte fanden jedoch über die Dauer des Kurses hinweg keine Verstärkung im Alltag, wie dies seitens der Teilnehmenden und Kursleitenden zum Ausdruck kam:

«Ich habe drei Leute im Kurs neu kennengelernt, doch habe nicht mehr viel Kontakt (FGD TN1 BE).»

«Ich nehme an, dass sich schon ein paar treffen werden –Ich denke, dass die albanisch sprechenden Teilnehmerinnen sich wieder treffen und die arabisch sprechenden Teilnehmerinnen vermutlich auch (FGD KL1 BE).»

Die letzte Passage unterstreicht zudem, dass Teilnehmenden mit Migrationshintergrund sich allenfalls eher entlang muttersprachlicher Grenzen nach dem Kurs treffen würden.

Die heterogene Gruppenzusammensetzung in Bern war hingegen ausschlaggebend für eine vertrauensschaffende Kursatmosphäre, was das folgende Zitat einer Kursleitung zum Ausdruck bringt:

«Am Anfang trauten sich die Teilnehmerinnen noch nicht so, über sich und ihre chronische Erkrankung zu erzählen. Bis zum Ende wurden sie offen, selbstbewusster und stolz drauf, was sie gelernt haben, auch auf die neuen deutschen Wörter, die Erfahrungen...» (FGD KL1 BE).

Hier ist von einer *Aufwärmphase* zwischen den Teilnehmerinnen die Rede. Dieser folgte eine Öffnungsphase, die charakterisiert war durch den Erfahrungsaustausch über chronische Krankheit in einer *vertrauensvollen Kursatmosphäre* – eine Dynamik, wie sie auch in regulären Evivo Kursen zu beobachten ist.¹¹ Zugleich ist von beobachtbaren Veränderungen unter den Teilnehmenden sowie deren Lernerfolg die Rede. Dies kann zum einen eine Erweiterung ihres Repertoires an Kompetenzen zum Selbstmanagement chronischer Krankheit betreffen, beinhaltet aber auch das Erlernen neuer Wörter in der Sprache des Gastlandes und kann damit in Zusammenhang mit einer Erweiterung ihrer Gesundheits- und Systemkompetenz gesehen werden. Eng damit verknüpft scheint die Erfahrung des motivationalen Erfolges zu sein. Auf etwas *«stolz sein»* zu können verdeutlicht, wie Teilnehmende über den Kurs hinweg an Selbstbewusstsein gewonnen haben. Dies zeigt in der Summe, dass die behandelten Gesundheitsthemen im Kurs als Medium für Bildungs- und Integrationsthemen wirken können.

Im Gegensatz zum Berner Pilotstandort waren die Perspektiven auf die Kursdynamik in Zürich durchgängig anders gelagert. Hier kannten sich die serbischen Teilnehmenden bereits aus dem AltuM-Kurs, der jeweils unmittelbar vor dem Evivo Pilotkurs stattfand. Dass dies Konsequenzen für das Kursgeschehen hatte, beschreibt eine Kursleitende folgendermassen:

«Ich bin davon ausgegangen, dass sie sich gut kennen, weil sie jede Woche zusammen turnen¹². Am Kursschluss bin ich dann mit jemandem ins Gespräch gekommen und fand auch ‚Ja, eben, ihr kennt euch halt auch schon gut‘, worauf die Person reagierte ‚Ja, aber eigentlich privat würden sie auch nichts abmachen‘. Also, es ist so ein Zwischending, glaube ich, im Sinne von man kennt sich, weil man zusammen seit Jahren turnt. Und die einen sind vielleicht befreundet, aber eben nicht unbedingt alle (Interview KL2 ZH).»

Die Passage zeigt auf, dass sich die Teilnehmenden aus dem vorgelagerten AltuM-Kurs kannten, dies aber nicht mit einer persönlichen Vertrautheit gleichgesetzt werden kann. Allerdings schien gerade diese Divergenz zwischen *Vertrautheit* und *Bekanntheit* unter den Kursteilnehmenden die Kursdynamik zu beeinflussen, wie das Zitat der zweiten Kursleitenden aufzeigt:

«Dadurch dass sie sich kannten, brauchte es die Anwärmphase nicht...es war nicht so ein Herantasten, wie es vielleicht auch bei anderen Kursen ist. – Wobei auch dann – so gegen das Ende, meistens so ab dem 4. – 5. Mal so ei-

¹¹ Hinweise durch die Kursleitungen aus Zürich in beiden Einzelinterviews.

¹² Im Rahmen des AltuM-Kurses wird eine Turnstunde mit anschliessendem Café-Austausch durchgeführt.

ne Öffnung auch ist und gewisse, das ist jetzt bei den anderen Kursen, gewisse Kontakte auch aktiviert werden (Interview KL1 ZH).»

Hier kommt zum Ausdruck, dass am Pilotstandort Zürich ein Generieren neuer Kontakte und eine Erweiterung des persönlichen sozialen Netzwerkes mithilfe des Kurses nicht stattfanden bzw. nicht erforderlich waren. Die bereits bestehende Vertrautheit ermöglichte zwar einen *direkten Einstieg ohne Aufwärmphase*, allerdings blieben neue Bekanntschaften weitgehend aus. Gleichzeitig wurden von den Kursleitungen *emotionale Differenzen* zwischen den Teilnehmenden wahrgenommen. Diese kamen durch «Körpersprache – eine gewisse Distanziertheit (Interview KL1 ZH)», «Bemerkungen, die man nur machen kann, wenn man sich von anderen Begebenheiten kennt (Interview KL2 ZH)» oder «gewisse Mimiken (Interview KL2 ZH)» zum Ausdruck, die die Teilnehmenden dann jedoch «für sich selber regelten (Interview KL1 ZH)». In diesem Zusammenhang gaben die Kursleitenden zu bedenken, wie viel die Teilnehmenden im Sinne chronischer Krankheitserfahrungen im Kurs aufgrund der sozialen Kontrolle transparent machten:

«Es ist wie nicht so klar eine chronische Erkrankung rausgekommen. Und da ist so wie die Frage ‚Ist nichts?‘ oder hat man es auch nicht so kommuniziert, weil man sich doch irgendwie kennt (Interview KL2 ZH).»

Teilnehmende in Zürich nahmen hingegen im Kurs weitaus weniger Differenzen untereinander wahr. Vielmehr brachen Differenzen zur Kurserfahrung erst während der durchgeführten Gruppendiskussion hervor. Dies könnte daran liegen, dass der Kurs aufgrund der relativ straffen Struktur bewusst verhältnismässig wenig Raum für Diskussion bietet, während eben dieser Raum bei einer Fokusgruppendiskussion gewollt ist und eröffnet wird. Hier wurden die differenten Meinungen geäussert und von den diskutierenden Teilnehmenden wahrgenommen:

«Die Vielfältigkeit und verschiedenen Meinungen zeigen sich jetzt an diesem Gespräch etwas mehr. Wir haben das nicht so gross erlebt in der Gruppe oder ich kann mich nicht mehr erinnern (FGD TN4 ZH).»

Die erwähnte *Vielfältigkeit der Meinungen* wurde in der Fokusgruppe zwischen einzelnen Teilnehmenden sichtbar, die sich teils an der Kursorganisation störten bzw. jenem scheinbar «harten Kern», der den Kurs als wertvoll empfand. Hier gilt es zu erwähnen, dass der AltuM-Kurs nach dem Turnen eine Café-Zeit einschliesst. Diese wurde für das Evivo Kursangebot gekürzt, insbesondere weil die Teilnehmenden vorgängig einem Ortswechsel ablehnten. Den resultierenden Interessenskonflikt vermittelt die Aussage eines Teilnehmers, der erzählt, wie er dies empfunden hat:

«Wir sind Senioren und wir sind einfach zusammengekommen, um zu reden. Und dann war da plötzlich der Kurs, damit man etwas zu Gesundheit macht. Wir sind aber zusammengekommen, um einfach ein bis zwei Stunden nach dem Turnen miteinander reden zu können. Und der Kurs war nicht für uns. Meine Frau ist auch weggegangen. Man kann, muss aber nicht weggehen. Das muss man gar nicht (FGD TN14 ZH).»

Die Passage macht deutlich, dass der Kurs als ein *Eindringen in ein etabliertes und geschätztes Angebot* empfunden wurde, das durch einen gewissen Freiraum mit einer Offenheit geprägt ist, in der Senioren und Seniorinnen sein können und sich ungezwungen bzw. wenig reguliert austauschen können. Gefühle des Unmutes über die Verdrängung aus dem sozial erlebten Raum werden deutlich spürbar, während die eher bedarfsorientierte top down Organisation des Kurses abermals zum Ausdruck kommt.

Abschliessend ist festzuhalten, dass in Bern durch die eher bedürfnisorientierte Rekrutierung und die damit verbundene Peer-Erfahrung bezüglich chronischer Krankheit und Migration scheinbar eine vertrauensvolle Kursdynamik hergestellt werden konnte, die für die Selbstmanagementförderung wirksame Impulse gesetzt haben mag. Dem gegenüber konnte durch das eher bedarfsorientierte Anwerben von Teilnehmenden in Zürich ein lebhafter und dynamischer Kurs beobachtet werden, dessen Wirkung auf die Förderung des Selbstmanagement aufgrund der offenbar geringeren Peer-Erfahrungen bezüglich chronischer Krankheit begrenzt blieb.

Fallportrait I

Milica kam Anfangs der 1990er Jahre als Flüchtling aufgrund eines Krieges nach Deutschland. Kurz darauf wurde bei ihr eine Tuberkuloseinfektion diagnostiziert. Diese Zeit war für sie sehr schwierig, auch wenn sie geheilt wurde. 1993 kam sie in die Schweiz. Vor wenigen Jahren trennte sie sich von ihrem Mann; ausser ihren Kindern hat sie heute keine Familie in der Schweiz. Milica berichtet von wiederholten psychischen Belastungen in ihrem Leben, auch aufgrund ihrer eigenen Kriegs- und Fluchterfahrung.

Milica hat aufgrund ihrer eigenen Erkrankung in Deutschland sowie durch die Begleitung von Flüchtlingen bei Spitalaufenthalten in der Schweiz unterschiedlich gelagerte Erfahrungsperspektiven auf die Gesundheitsversorgung gewonnen. Sie hat die Gesundheitsversorgung en gros positiv erlebt und sich vom medizinischen Personal stets ernst genommen gefühlt. Sie nahm am Kurs Evivo aufgrund ihrer Kopfschmerzen teil, die sie auf familiäre Probleme zurückführt. Das Thema psychische Gesundheit erschien ihr als besonders wichtig für Menschen mit Fluchterfahrung, vor allem aufgrund ihrer eigenen Kriegs- und Migrationserfahrung.

Unterschiedliche Erfahrungsperspektiven auf Gesundheitssysteme

«Anfang der 1990er Jahre habe ich als Flüchtling in Deutschland gelebt. Das war für mich eine sehr schwierige Zeit, da ich nach einer Lungenentzündung an einer akuten Tuberkulose erkrankt war. Zum Glück wurde ich geheilt, aber der Heilungsprozess war eine schwierige Zeit: Da es eine infektiöse Krankheit ist, durfte ich – bis zum Ausschluss der Übertragbarkeit – keinen Kontakt mit meinen Kindern und Mann haben. Das war extrem bitter. Auch durfte ich zu der Zeit nicht in die Öffentlichkeit. Zudem konnte ich noch nicht perfekt Deutsch sprechen. So war es schwierig, über meine Krankheitserfahrung zu sprechen. Zu dieser Zeit war ich auch depressiv. Die Ärzte erklärten mir, dass dies aufgrund der langen, starken Antibiotikatherapie möglich wäre. Sicher war es auch verbunden mit meinem Kriegs- und Fluchttrauma. Was mir damals sehr geholfen hat, war irgendetwas zu machen, Beschäftigung, eine Tagesstruktur zu haben. Ich habe sehr viel gestrickt und gehäkelt, auch weil ich mich aufgrund meiner Erkrankung und Depression nicht konzentrieren und beispielsweise lesen konnte. Aber dank einer guten medizinischen Betreuung habe ich diese Zeit überstanden. 1993, als ich in die Schweiz kam, ging es mir bereits viel besser. Hier habe ich später auch andere Flüchtlinge im Rahmen von freiwilliger Arbeit betreut. Das war für mich manchmal sehr schwierig, weil es wieder meine eigenen Kriegs- und Fluchterfahrungen wachgerufen hat. Aber ich habe es auch als etwas sehr Positives erfahren, denn es hat mir viel bedeutet, da es mir die Chance gab, anderen Menschen mit ähnlichen Kriegs- und Fluchterfahrungen zu helfen. Ein Teil der Betreuungsarbeit beinhaltete zudem die Begleitung von Flüchtlingen zu Ärzten und Ärztinnen. Manchmal mussten wir in Notfallsituationen lange warten. Da es unklar ist, wann man an der Reihe ist, kommt man auch als Begleitende spät nach Hause. Im Grossen und Ganzen hatte ich dabei keine Schwierigkeit mit der Gesundheitsversorgung. Wir wurden immer ernst genommen und man hat sich Zeit für uns genommen.»

Der Kurs Evivo – mögliche Hilfestellung bei psychischer Belastung

«Eine Arbeitskollegin hatte mir über den Kurs Evivo erzählt. Ich habe mich angemeldet, da ich ständig unter Kopfschmerzen litt – sicher nicht grundlos, denn ich hatte familiäre Probleme. Ich fühlte mich ganz machtlos. Der Kurs hat mir sehr geholfen, indem ich neue Informationen erhalten und vieles gelernt habe. Besonders interessant waren für mich die Themen Ernährung/Bewegung und psychische Gesundheit, da ich es mit meiner persönlichen Kriegs- und Fluchterfahrung aber auch Krankheitserfahrung in Deutschland verbinden konnte. Dort, wo ich herkomme, sind psychische Beeinträchtigungen jedoch weiterhin ein grosses Tabu. Es heisst mehrheitlich, dass man nicht mehr zurechnungsfähig sei, wenn man zu einem Psychiater geht. Der Evivo Kurs hat mir jedoch geholfen mich zu entscheiden, doch zu einem Psychiater zu gehen. Hier konnte ich über meine eigene Situation sprechen, so dass ich selbstständig Lösungen finden konnte. Das hat mir viel Kraft gegeben.»

(Fortsetzung Fallportrait nächste Seite)

Fortsetzung Fallportrait I

Relevanz des Kurses Evivo für Menschen mit Fluchterfahrung

«Ich finde es sehr wichtig, dass Flüchtlinge die richtigen Informationen erhalten. Diese suchen sich mehrheitlich Informationen über das Netzwerk der Landsleute zusammen. Leider sind nicht alle davon bestens informiert, so dass falsche Informationen wiederholt oder verfestigt werden können. Der Evivo Kurs ist somit eine gute Möglichkeit, um richtige Informationen zu bekommen. Zudem habe ich den Handlungsplan als sehr nützlich empfunden, da dieser einen befähigt, sich eine Tagesstruktur zu erarbeiten; eine Tages- und Lebensstruktur trotz aller Schwierigkeiten im Fluchtcontext ist besonders hilfreich gegen das Alleinsein. Auch findet man im Kurs neue Bekannte und hat wieder mehr Gesellschaft, darüber kann man auch eine neue Arbeit finden. Dies kann für die Integration von Flüchtlingen wichtig sein. Und eben, Flüchtlinge die aus einem Krieg kommen, sind häufig traumatisiert, haben Sorge um den Teil der zurückgebliebenen Familie, und die familiäre Situation in den Flüchtlingsfamilien ist aufgrund der Traumata auch oftmals ganz schwierig. Daher ist das Thema psychische Gesundheit aus meiner Erfahrung sehr wichtig für Flüchtlinge.»

Hinweis: Dieses und die nachfolgenden Fallportraits wurden anonymisiert und Namen, Jahresangaben und Nationalitäten entsprechend verfremdet, um keine Rückschlüsse auf die interviewten Personen zuzulassen.

Straffes Programm – enger Zeitrahmen

Es ist bekannt, dass Teilnehmende den Evivo Kurs bezüglich seiner Struktur als zeitlich eng empfinden (Haslbeck et al., 2015). Dies beinhaltet einerseits einen generellen Wunsch nach mehr Diskussionsmöglichkeiten bzw. Zeit für Erfahrungsaustausch und andererseits wird der begrenzte Zeitrahmen als Einschränkung empfunden. Hierzu zeigen die Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm ein anderes Bild. Während Teilnehmende des Pilotkurses von sich aus kaum thematisierten, dass das *Programm straff und der Zeitrahmen eng* sei, so finden sich diesbezüglich Kritikpunkte weiterhin in den Aussagen der Kursleitenden in Bern. Die Erfahrungen in Zürich wiederum differieren von den Ergebnissen regulärer Evivo Kurse dahingehend, dass Teilnehmende hier generell – bedingt durch die Nähe des Evivo Kursangebots zur Café-Zeit des AltuM-Projekts – eine zeitliche Kürzung der jeweiligen Kurstage um jeweils eine halbe Stunde bei Kursbeginn einforderten, weswegen das Kursprogramm weiter gestrafft wurde.

Am Pilotstandort Bern wiesen die Kursleitenden auf den aus ihrer Sicht als *eng empfundenen Zeitrahmen* des Kursprogramms hin, was sich als hinderlich für den Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmenden auswirken würde:

«Und wenn etwas auf der Zunge brennt, dann müssen die Teilnehmenden in dem Moment sprechen und können nicht warten bis nach dem Kurs (FGD KL1 BE).»

«Wir haben gegenseitig die Zeit überwacht. Wir waren aber wirklich unter Druck, weil die Frauen viel reden wollten, vor allem, wenn sie krank sind oder Betroffene hätten, da dies die einzige Möglichkeit ist, die sie bekommen, mit anderen offen zu sein, Vertrauen zu haben. Das hätten sie vorher nie erlebt. Dann musste man als Kursleitende immer wieder unterbrechen und das hat am Anfang manchmal verletzt, weil es klingt, als wenn man nicht zuhören würde (FGD KL2 BE).»

Hier klingt die seitens der Kursleitenden perzipierte *Notwendigkeit für den situativen Erfahrungsaustausch* an, der den Teilnehmenden ein Bedürfnis und Mehrwert im Kursgeschehen ist. Dass sich die Kursleitenden durch die Kursstruktur beengt fühlten, bedingt sich v. a. aus der als problematisch erlebten Erfahrung, Teilnehmende bei Gesprächen unterbrechen und diese vertagen zu müssen. Denn diesen Erfahrungsaustausch beschreiben sie als wesentliche Möglichkeit für Menschen mit Migrationshintergrund, sich aktiv einbringen, erstmalig ihre persönlichen Gesundheitsanliegen offenlegen und damit Vertrauen schöpfen zu können. Diese Dimensionen können als zentral für Ermächtigungsprozesse angesehen werden (Aujoulat, D’Hoore, & Deccache, 2007) und zum Aufbau von Selbstmanagementkompetenz beitra-

gen (Haslbeck, 2016). Aus regulären Evivo Kursen ist bekannt, dass eher die Teilnehmenden das Kursprogramm als straff mit einem engen Zeitrahmen empfinden. Demgegenüber fällt auf, dass sich hierzu im vorliegenden Datenmaterial keine Hinweise im Datenmaterial von Kursteilnehmerinnen aus Bern finden. Dies mag an der Vereinfachung und Überarbeitung des Kursprogramms liegen, kann jedoch auch in der Sprach- und Ausdruckskompetenz der Teilnehmenden begründet sein.

Aufgrund der empfundenen Zeitknappheit wiesen die Kursleitenden in Bern wiederholt auf eine mögliche zeitliche *Ausdehnung der Kurszeit bzw. -dauer* hin. Deren Ziel sei, dass Teilnehmende entweder «mehr Zeit hätten, sich zu äussern (FGD KL2 BE)» oder «eher Zeit [hätten], um über die Kursinhalte nachzudenken (FGD KL1 BE).» Damit verweisen sie auf Verarbeitungsprozesse bei den Teilnehmenden hin, die durch den Erfahrungsaustausch und die Kursinhalte angestossen würden. Diese Verarbeitungsprozesse stellen zentrale Dimensionen hin zu einem aktiven Selbstmanagement chronischer Krankheit dar (Haslbeck, 2016; Haslbeck et al., 2015) und könnten zusammen mit dem Erfahrungsaustausch im Sinne der Ermächtigung und Integration von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund eine zentrale Rolle spielen (vgl. Abschnitt Peer-Ansatz und Rollenmodellcharakter).

Was die Einschätzung von Programmstruktur und verfügbarem Zeitrahmen am Pilotstandort Zürich anbelangt, so zeigt sich ein deutlich differentes Bild. Der reguläre Zeitrahmen von zweieinhalb Stunden pro Kurseinheit wurde am ersten Kurstag auf Wunsch der Teilnehmenden ad-hoc und anschliessend im gesamten Kursverlauf jeweils um eine halbe Stunde gekürzt. Aus Sicht der Kursleitenden stellt sich dies wie folgt dar:

«Sie [die Kursteilnehmenden] waren nicht bereit, die 2.5 Stunden durchzuziehen. Wir haben es dann ad hoc gekürzt. Aber sonst wären sie wahrscheinlich nicht geblieben...Wir haben geschaut, was wir für Themen haben und wo man etwas kürzen oder weglassen kann (Interview KL2 ZH).»

«Dann haben wir uns einfach so organisiert, weil sonst die Gruppe auseinander gelaufen wäre. Es hat den Teilnehmenden ein bisschen die genaue Information gefehlt oder es wurden im Vorfeld auch die unterschiedliche Erwartungen nicht geklärt (Interview KL1 ZH).»

Wiederholt wird an dieser Stelle seitens der Kursleitenden darauf hingewiesen, dass den Teilnehmenden vorab nicht ausreichend Informationen zur Kursstruktur mit an die Hand gegeben wurden. Entsprechend waren die Kursleitenden beim ersten Kurstag mit der Erwartung einer *zeitlichen sowie thematisch/inhaltlichen Kürzung* des Kurses konfrontiert, um dessen Durchführung sicherzustellen. Dies kann einerseits mit der eher ‚top down‘ geleiteten Rekrutierung zusammenhängen, bedingt sich aber möglicherweise auch aus der Anbindung des Kurses an ein bestehendes Angebot (Café-Zeit von AltuM), das eine andere Zielsetzung als der Kurs verfolgt und entsprechend zu kontroversen Erwartungen führt. Hier zeichnet sich ein Spannungsfeld ab, dem gerecht zu werden für die Kursleitenden herausfordernd war, was einige Aussagen der Teilnehmenden widerspiegeln:

«Es wäre gut gewesen, wenn wir mehr Zeit gehabt hätten, gewisse Themen zu vertiefen. Die Kursleitenden mussten schneller Vorgehen im Kurs, weil wir den Kurs um eine halbe Stunde gekürzt haben. Ich bewundere beide, wie sie es geschafft haben (FGD TN6 ZH).»

Kursleitende hatten also einen Mehraufwand zu schultern, um angesichts der veränderten Rahmenbedingungen den Erwartungen der Teilnehmenden gerecht zu werden. Dies erwies sich schlussendlich als auswegloses Dilemma. Aufgrund der verkürzten Zeit nahmen Dynamik und Tempo im Kursgeschehen zu, was sich möglicherweise negativ auf den Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmenden niedergeschlagen haben könnte und damit die Kurswirkung reduziert haben mag. Insofern verwundert es nicht, dass in Zürich teils kritisiert wurde, dass die straffe Kursstruktur für Einzelne einen *schulischen Charakter* hatte:

«Wir haben in diesem Kurs genaue Fragen bekommen, wir haben fast Aufgaben gehabt und diese erfüllt (FGD TN4 ZH).»

«Der Unterricht bietet eigentlich sekundäre Lösungen, das heisst, wenn jemand aufgrund der heutigen Lebensweise...erkrankt, gibt es keine Zeit, Ursachen zu finden... Das Kursprogramm zeigt einfach nur sekundäre Lösungen – unter die Dusche gehen und einfach die richtigen Vitamine nehmen – dann ist man wieder fit (FGD TN12 ZH).»

Während in regulären Evivo Kursen oftmals der allwöchentlich gleiche Ablauf kritisiert wird (Haslbeck, Schuhmacher, Gabriel, Klein, & Salis Gross, 2014), klingt in diesen Zitaten an, dass das Kursprogramm eher als «Unterricht» wahrgenommen wurde, bei dem «Aufgaben zu erfüllen» sind – was die Rolle von Kursleitungen und Teilnehmenden eher zu Lehrenden und Schülerinnen bzw. Schülern transformiert, was nicht der Stossrichtung von Selbstmanagementförderung im Allgemeinen bzw. Evivo im Speziellen entspricht. Hier mag eine Rolle spielen, dass in Zürich das Bedürfnis geringer war, sich über Krankheitserfahrungen untereinander auszutauschen. Das zweite Zitat nimmt dagegen Bezug zu gesellschaftliche Lebensbedingungen, die als Krankheitsursache angesehen werden. Hier wird eine durchaus kritische Haltung zum Stanford-Ansatz deutlich, dessen Fokus auf Selbstmanagementförderung (Haslbeck et al., 2014) mit einem eher auf Ursachenbehebung ausgerichteten Bedürfnis beim Umgang mit chronischer Krankheit nur bedingt in Einklang gebracht werden kann.

Wie lassen sich die beiden Standorte gesamthaft einschätzen? In Bern wurde seitens der Kursleitungen mehr Zeit für Erfahrungsaustausch und Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit und Migrationshintergrund gewünscht, während in Zürich aufgrund offenbar geringerer Motivation das Kursprogramm durch Teilnehmende eigenständig gekürzt werden musste. Diese Ergebnisse unterstreichen ein ums andere Mal die Bedeutung einer bedürfnisgeleiteten Rekrutierung, damit die Wirkungen des Kurses erzielt werden können (vgl. Abschnitt Persönliche Veränderungen).

Unterschiedliche Reaktionen auf Kursthemen

Die Differenz der Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm setzt sich in den Reaktionen auf die behandelte Themenpalette im Kurs fort. Während in Bern die thematische Umfänglichkeit unterstrichen wurde, so wurde in Zürich eine bereits vorhandene Vertrautheit mit den Kursthemen betont.

Die Teilnehmerinnen am Pilotstandort Bern empfanden die Themenpalette von Bewegung über Medikamentenmanagement bis hin zu Ernährung als *umfassend und wertvoll*, sodass sie herausgefordert gewesen wären, selbst zu priorisieren, welche dieser Themen es im eigenen Alltag umzusetzen gilt:

«Der Handlungsplan war sehr hilfreich, indem dieser unterstützt, welche Themen man verfolgen, welche man behalten wolle (FGD TN2 BE).»

Das Zitat zeigt, dass insbesondere der *Handlungsplan als Mehrwert* eingeordnet wurde, da dieser hilft, die angeschnittenen Kursthemen und Informationen im eigenen Alltag zu gewichten und umzusetzen. Damit wird betont, dass der Kurs nicht nur Wissen vermitteln kann, sondern vielmehr Werkzeuge mit an die Hand gibt, um das erworbene Wissen in seinen persönlichen Alltagsleben zu übersetzen. In diesem Sinne wurden die Kursthemen von der Berner Gruppe nicht nur als Wissenstransfer, sondern als anspornend empfunden:

«Der Kurs gibt mir viel Information und Energie (FGD TN1 BE).»

Betont wird, dass der Kurs und die umfassenden thematischen Informationen als motivierend eingeschätzt wurden und damit im Sinne der Förderung von Selbstmanagement sowie Gesundheitskompetenz bei chronischer Krankheit die Selbstwirksamkeit und Krankheitsbewältigung des Einzelnen positiv unterstützt werden können.

Andererseits zeigte sich wiederholt sowohl seitens der Teilnehmenden wie auch Kursleitenden, dass einzelne Personen bestimmte inhaltliche *Themen präferierten* bzw. *sich eine Vertiefung wünschten*, wie folgendes Zitat einer Kursleitenden exemplarisch darstellt:

«Der Kursteil ‚Stürze verhindern‘ ist in jedem Kurs der wichtigste. Es sind zwar in jedem Kurs verschiedene Kursteile wichtig...aber ich würde diesen Teil gerne in zwei Teilen unterrichten, denn damit könnte man noch viel mehr geben und nehmen. Ich möchte nochmal betonen wie gut ich den Kurs finde und hoffe, dass er weiter und weiter geht (FGD KL2 BE).»

Hier ist zu lesen, dass zwar manchmal mehr Zeit für eine Auseinandersetzung mit einzelnen Themen wünschenswert wäre, andererseits die breite Themenpalette bedeuten kann, dass über verschiedene Kurstage hinweg unterschiedliche Kursteile und -themen wichtig sein können. Die thematische Bandbrei-

te garantiert so, dass für einzelne Personen immer etwas dabei sein kann. Ähnlich gelagerte Erfahrungen mit den Kursthemen seitens der Teilnehmenden sind auch aus regulären Evivo Kursen bekannt (Haslbeck et al., 2014).

Eindrücklich andersgelagert ist die Perspektive von Teilnehmenden am Pilotstandort Zürich, wo eher nachdenkliche Stimmen zu den Kursthemen geäußert wurden:

«Ich finde den Kurs gut, weil man erinnert sich wieder an die Sachen, die man schon weiss, aber zu wenig dran denkt (FGD TN5 ZH).»

«Wir haben sehr viele Informationen bekommen. Also es haben sehr viele von uns auch viel gewusst, aber das hat uns bestätigt. Und dadurch hat uns dieser Kurs sehr motiviert, weiter aktiv und gesund zu bleiben (FGD TN8 ZH).»

Diese Passagen zeigen exemplarisch, dass viele Teilnehmende mit den Kursthemen und -informationen bereits vertraut waren und ein Wiederholungseffekt eingetreten war. Gleichzeitig verweisen die Zitate darauf, dass eben diese Wiederholung des bereits Gewussten durchaus geschätzt wurde, indem Teilnehmende daran «erinnert» wurden, im Alltag aktiv zu bleiben. Dieser Trend, vom Wissen ins Handeln zu gelangen, dürfte am Pilotstandort Zürich noch dahingehend verstärkt worden sein, dass die Teilnehmenden durch den AltuM-Kurs bereits mit Gesundheits- und Präventionsthemen in Berührung kamen. Gleichzeitig fällt auf, dass aufgrund eines fehlenden Dialogs zu Krankheitserfahrungen das Interesse an den vermittelten Inhalten im Vergleich zur Berner Gruppe eher weniger ausgeprägt war. Eine ähnlich gelagerte Resonanz ist auch in regulären Evivo Kursen vorhanden (Haslbeck et al., 2014), allerdings wird i. d. R. das bereits Gewusste mit der eigenen, oftmals langen Krankheitsgeschichte und -auseinandersetzung begründet.

Vor dem Hintergrund der Wiederholungserfahrung bei Kursthemen verwundert es nicht, dass von Teilnehmenden vereinzelt noch *mehr Tiefe bei bestimmten Themen* gewünscht wurde:

«Also ich würde mal sagen...vielleicht mit der Gruppe am Anfang abmachen, welche Themen die Gruppe vertiefen will (FGD TN6 ZH).»

«In Zukunft werde ich mich sehr wahrscheinlich schon für bestimmte Fragen vorbereiten, wie sie gesagt haben...umso schneller vom Arzt Informationen zu bekommen. Der Arzt hat auch Zeit, um das zu beantworten und so. Das haben wir vielleicht schon gewusst, aber es ist jetzt vielleicht noch bewusster, einfach direkter zu fragen und so...und ich denke, dass das bei vielen was bringen wird, weil sonst haben wir es vorher gewusst und jetzt war es noch ein bisschen zur Erinnerung (FGD TN1 ZH).»

Zu bestimmten Themen mehr Informationen zu erhalten, wird als besonders nützlich empfunden, was die Kommunikation mit Fachpersonen betrifft. Somit kann festgehalten werden, dass die Kursteilnahme wegen bestimmter Themen für einzelne Personen auch in Zürich wertvoll war. Zum Beispiel wurde ausdrücklich betont, wie wertvoll «Ruhe und Entspannung (FGD TN2 ZH)» gewesen wären, weil «das hat es für mich gut gemacht (FGD TN2 ZH)» und «es wurde über Ernährung und Gesundheit gesprochen und das ist gut (FGD TN6 ZH)».

Darüber hinaus zeigte sich zwischen den Standorten eine sehr unterschiedliche Einschätzung des Themas *Sexualität und chronische Krankheit im transkulturellen Ansatz*, wie seitens einer Kursleiterin in Bern dargestellt wird:

«Den Gesprächstext Nr. 2 „Problem Sex und Intimität“ haben wir nicht gemacht. In dieser Gruppe waren Schwiegertochter und Schwiegermutter zusammen und das hat es sehr schwierig gemacht. Wir haben uns das lange überlegt und dann zusammen entschieden dieses Beispiel nicht zu bringen (FGD KL1 BE).»

Während die Kursleitenden in Bern das Thema Sexualität und Intimität bewusst ausliessen, da eben trotz Gruppenheterogenität soziale/familiäre Nähe vorhanden war, wurde das Bedürfnis des Themas Sexualität von einigen Teilnehmenden in Zürich bewusst eingefordert, obwohl die Gruppe ethnisch und kulturell homogen war und sich Teilnehmenden untereinander kannten:

«Gerade in unserem, im Zusammenhang mit den chronischen Krankheiten, was eigentlich ein grosses Thema ist, und was wichtig ist – und was überhaupt nicht angesprochen wurde, war Sexualität. Also ich meine jetzt nicht nur den sexuellen Akt, sondern Umarmung, Zärtlichkeit (unverständlich), wie soll ich noch sagen – Aufmerksamkeit,

Achtsamkeit gegenüber dem Partner oder Angehörigen, ist egal, also, dieses Thema vor allem, eben seelische Gefühle, das ist sehr wichtig, bei vielen Leuten, welche sonst täglich mit den chronischen Krankheit durch müssen oder kämpfen müssen (FGD TN6 ZH).»

Dies zeigt auf, wie unterschiedlich das Thema Sexualität und chronische Krankheit in verschiedenen soziokulturellen Kontexten verstanden und gehandhabt werden kann. Es wird abschliessend noch diskutiert, wie mit dem Thema Sexualität und chronische Krankheit sowie Chancen und Herausforderungen in einem transkulturellen Ansatz umgegangen werden kann.

Damit kann festgehalten werden, dass die Teilnehmenden in Bern die Themenpalette des Kurses als umfassend und motivierend empfanden, während in Zürich vornehmlich betont wurde, die vermittelten Informationen seien bereits bekannt, obwohl einzelne Themen durchaus als relevant und motivierend eingeordnet wurden. Das Thema Sexualität und chronische Krankheit wurde an beiden Pilotstandorten ebenfalls different aufgefasst, was erneut die Herausforderungen eines transkulturellen Ansatzes verdeutlicht.

Peer-Ansatz und Rollenmodellcharakter: «verstanden zu werden» als Ermächtigungs- und Integrationsimpuls

Neben dem strukturierten Kursrahmen von Evivo ist der Peer-Ansatz aus Sicht der involvierten Personen zentral. Dieser basiert auf der Annahme, dass die Teilnehmenden, einschliesslich der Kursleitenden durch ihre persönliche Erfahrung mit chronischen Krankheiten als Rollenmodelle fungieren, was sich positiv auf ihre Motivation und Kompetenzförderung auswirken kann (Haslbeck et al., 2015).

Im Datenmaterial wird wiederkehrend auf die zentrale Bedeutung des Peer- und Rollenmodellcharakters verwiesen. Dieser für die Kurswirkung relevante Prozess hat sich nahezu ausschliesslich am Kursstandort Bern entwickelt, d. h. dort, wo Teilnehmende ihre persönliche Erfahrung mit chronischer Krankheit transparent kommunizierten. Damit wird erneut bestätigt, wie relevant die persönliche Krankheitserfahrung als Voraussetzung für diese Prozesse ist. Im Mittelpunkt des Datenmaterials steht bei den Teilnehmenden, dass sie dergestalt *wirkliches Verständnis als wertvoll erfahren*:

«Die Erfahrungen der Kursleiterin mit chronischer Krankheit hilft mit der eigenen Krankheit umzugehen. Verstanden werden. Ich will draussen mit niemanden darüber sprechen. Direkt auf eine Krankheit angesprochen zu werden, kann manchmal wehtun. Wenn man etwas dazu sagen will, dann nur von sich aus. In dieser Situation hilft es, wenn eine andere Person wie die Kursleiterin genau versteht, wie man das genau meint (FGD TN1 BE).»

Diese Stelle belegt die Bedeutung des Peer- und Rollenmodellcharakters für die Kurserfahrung der Teilnehmenden. Dabei wird wirkliches Verständnis hergestellt, indem die gelebte Erfahrung mit einer Krankheit in der Gruppe geteilt und ein gemeinsames Verständnis zu Krankheitserfahrungen hergestellt wird. Das Gefühl wirklichen Verständnisses scheint eine unterstützende Wirkung auf den Öffnungsprozess einzelner Teilnehmender zu haben, um sich über Krankheitsfolgen in einem dadurch als geschützt wahrgenommen Rahmen auszutauschen. Dieser gemeinsame Herstellungsprozess wird scheinbar erleichtert, wenn die Kursleitungen selbst Erfahrungen mit chronischer Krankheit haben. Damit fühlen sich die Teilnehmenden nicht nur sachlich/inhaltlich sondern empathisch verstanden. Gleichzeitig wird die Vorbildfunktion der Kursleiterin unterstrichen. Für diese Prozesse scheint es zentral zu sein, sich mit gleich betroffenen Menschen auszutauschen, wie Teilnehmende hervorheben:

«Es tut gut, wenn es anderen im Kurs mit dem Kranksein gleich geht (FGD TN3 BE).»

«Es hat mir sehr geholfen zu hören, dass auch andere ihre Probleme haben, dass nicht nur ich krank bin, sondern fast alle Leute Probleme haben. Das Leben ist so. Manchmal sind wir traurig und fragen uns warum wir diese chronische Krankheit haben, warum wir müde sind. Aber, wenn wir zusammenkommen, haben ja alle, alle Menschen ein Problem und das hilft ein bisschen geduldiger mit der Krankheit zu sein (FGD TN1 BE).»

Diese Aussagen unterstreichen die integrierende Kraft des Erlebens von ähnlich gelagerten Krankheitserfahrungen innerhalb der Gruppe, die gleichzeitig motiviert, mit dem Kranksein und dessen körperlichen, seelischen und emotionalen Folgen umzugehen. Diese Entwicklungen werden durch das Zusammenkommen und einem Normalisierungs- und Relativierungsprozess von Kranksein und Krankheitserfahrungen

gen angeregt und helfen schlussendlich bei der Verarbeitung der eigenen Krankheitserfahrung und -akzeptanz (vgl. Abschnitt Persönliche Veränderungen).

Die Aussagen spiegeln wider, dass die *Erfahrung von Gleichheit und Vertrauen* Rückhalt schafft, um sich anderen mitteilen zu können, so die Teilnehmenden:

«Freiwillig über die Krankheit oder unsere Probleme zu sprechen tut gut – nicht unter Stress (FGD TN1 BE).»

«Manchmal ist es schon schwierig, denn viele Leute verstünden, akzeptieren es bzw. haben kein Verständnis und sagen dann ja was ist – immer sagst du nur krank, krank, krank (FGD TN4 BE).»

«Ich rede mit gewissen Leuten, die kein Verständnis haben, gar nicht mehr über meine Krankheit, sondern sag dann einfach ‚Versetzt‘ Du dich erstmal in meine Lage‘ (FGD TN3 BE).»

Hier ist zu lesen, dass diese Gruppenprozesse entlastend und befreiend wirken und der *Kurs als geschützter Raum* wahrgenommen wird, der mit den als verletzend empfundenen Erfahrungen ausserhalb dieser Erfahrungswelt kontrastiert wird. Dabei wird der soziale Rückzug – das Sich-Verschliessen gegenüber anderen Menschen – zum Ausdruck gebracht, dem der Kurs scheinbar sozial integrative Impulse entgegenzusetzen vermag. Grundsätzlich werden diese Prozesse des Verstanden-Werdens in regulären Evivo Kursen seitens Teilnehmenden ebenfalls zum Ausdruck gebracht (Haslbeck et al., 2014) und der Peer-Ansatz gilt als relevant für die im Kurs beobachteten Ermächtigungsprozesse (Haslbeck, 2016).

Von zentraler Bedeutung am Kursstandort Bern ist darüber hinaus die Peer-Erfahrung von chronischer Krankheit an der Schnittstelle zur gemeinsam gelebten Erfahrung Migration, wie dies seitens Teilnehmenden und Kursleitenden zum Ausdruck gebracht wurde:

«Mit Schmerz und chronischer Krankheit lässt sich viel besser umgehen zusammen mit anderen. Wir Migrantinnen sind so weit weg von unserem eigenen Land und Evivo hilft uns sehr, das habe ich wirklich bei den Teilnehmenden gesehen (FGD KL2 BE).»

«Zusätzlich hilft, dass wir alle auch Migrantinnen sind. Es ist ja alles neu, Land, Kultur, Sprache und hinzu käme noch die chronische Krankheit. Und auch noch, dass die Kursleitenden Worte übersetzt haben (FGD TN1 BE).»

In diesen Passagen zeigt sich, dass durch die geteilte Migrationserfahrung der Peer- und Rollencharakter des Kurses um eine Dimension und Ressource zur Herstellung von Gleichheit und wirklichem Verständnis erweitert wird. Neben dem als Mehrwert empfundenen Übersetzungen klingt an, dass die Gemeinsamkeit und das Zusammensein im Kurs gegen die wiederholt angeführte Einsamkeit und das Gefühl des Alleinseins durch Krankheit und Migrationshintergrund geholfen hat. Die Teilnehmenden würden sich befähigt fühlen, mit der Krankheit in einem neuen Land umzugehen, wie eine Kursleitende vertieft:

«Es ist viel mehr als nur ein Kurs. Die Teilnehmerinnen nehmen so viel mit, insbesondere auch die Migrantinnen und speziell wenn die Kursleitungen auch Migrantinnen sind. Die Teilnehmenden haben dann keine Angst vor Fehlern, keine Hemmungen davor etwas falsch zu sagen, weil sie sich sozusagen in ihrer eigenen Kultur befänden, sie fühlen sich dann verstanden. Das möchte ich betonen (FGD KL2 BE).»

Dieses Zitat zeigt, dass trotz soziokultureller Unterschiede die Erfahrung Migration eine relevante gemeinsame Erfahrung ist, die Nähe und Verständnis zwischen Menschen unterschiedlicher Herkunft herstellt. Diese gemeinsame Erfahrung stellte im Kurs neue soziale Interaktionsräume und -möglichkeiten her, so dass sprachliche Hürden und soziale Ängste gemeinsam gemeistert wurden. Der Kurs mag dazu beitragen, die erfahrene Mehrfachausgrenzung und -isolation wegen Krankheit und Migration durch soziale Unterstützung in der Gruppe zu minimieren und Gefühle der Zusammengehörigkeit und Gegenseitigkeit in der Gemeinschaft zu unterstützen. Zugleich wird auf den Rollenmodellcharakter der Kursleitungen an der Schnittstelle chronische Krankheit/Migrationshintergrund verwiesen. Dazu eine Kursleitende:

«Die Teilnehmerinnen waren völlig offen, nachdem wir, die Kursleitungen, von unserem eigenen Bezug zu Krankheit erzählten. In meiner Kultur sind Krankheit und Behinderung ein grosses Tabu, da muss die Familie, besonders die Mutter, alle Last tragen. Hier, im Kurs, hat man einen ganz anderen Blick darauf und daher hätten besonders die Frauen viel aus dem Kurs mitgenommen, auch die Erkenntnis, dass eine chronische Krankheit jeden treffen kann (FGD KL2 BE).»

«Die Teilnehmenden verstehen jetzt, dass eine chronische Krankheit etwas Grösseres ist, wo man nicht einfach zum Arzt gehen kann, der einem Medikamente gibt und schon ist man geheilt. Das ist kulturell begründet (FGD KL1 BE).»

Diese Passagen zeigen die soziokulturellen Aushandlungsprozesse im Umgang mit chronischen Krankheiten von Migrantinnen und Migranten im Kontext des Gastlandes auf. Hier kann der Kurs bei der Neusituierung von Krankheit/Gesundheit, aber auch einem eigenen Selbstbild als erkrankte Person im Migrationskontext, unterstützen. Dabei scheint die *Ermächtigung und Integration von erkrankten Migrantinnen* den Kursleitungen in Bern besonders am Herzen gelegen zu haben:

«Gemäss ihrer Erfahrung sind die meisten Frauen nur zu Hause, sprechen nicht viel Deutsch und sind immerzu abhängig von den Männern und ich wollte sie unterstützen: Hey kommt, ich kann euch helfen, ihr könnt diesen Kurs auch auf Deutsch besuchen und mit Unterstützung von mir verstehen. Mit einem einfachen Deutsch. Deswegen bin ich jetzt Kursleitende (FGD KL1 BE).»

Fallportrait II

Ariana ist in Kroatien geboren und heute 65 Jahre alt. Sie ist vor 30 Jahren in die Schweiz gekommen. Seit dem Tod ihres Mannes lebt sie von Witwenrente. Sie hat zwei erwachsene Töchter.

Mit dem Eintritt der Menopause und dem Erwachsenwerden ihrer zwei Töchter, ging es Ariana zunehmend schlechter. Sie fühlte sich kraftlos und alles erschien ihr negativ. Der Kurs Evivo hat ihr dabei geholfen, besser zu sich selbst zu schauen, darauf zu achten was ihr gut tut und wieder positiv zu denken. Die mehrmalige Kursteilnahme ist ihr zudem zu einer wichtigen Erinnerungstütze geworden.

Der Evivo Kurs «Gesund und aktiv leben» – eine praxisnahe Handlungshilfe, auch gegen Einsamkeit

«Seit dem Tod meines Mannes lebe ich von Witwenrente. Daher bin ich viel zu Hause. Unsere Kinder sind mittlerweile über 20 Jahre alt und haben ihre Ausbildung fast abgeschlossen. Aufgrund ihrer Arbeit kommen meine Töchter erst am Abend nach Hause. Vor ein paar Jahren, als beide ihre Ausbildung begannen, dachte ich nur noch ‚Mein Gott – bin ich allein‘. Alles war negativ, nur negativ. Mein Arzt bestätigte mir schliesslich, dass mein Körper okay sei und fragte, was mit mir los wäre. Dann empfahl mir eine Bekannte den Kurs Evivo, den ich das erste Mal besuchte. Der Kurs hat mir sehr gut getan. Ich habe mich auf jeden Kurstag gefreut, da ich etwas Neues lernen konnte. Es hat mir sehr geholfen und ich bin seitdem viel stolzer und zufriedener. Auch für meine Psyche war die Kursteilnahme gut, insbesondere der Kontakt und Austausch mit anderen Menschen hat mir sehr geholfen. Heute gehe ich viel positiver durch die Welt. Mittlerweile habe ich drei Kurse besucht und jede weitere Teilnahme hat mir geholfen, mich wieder an Vergessenes zu erinnern.»

Sich selbst Sorge tragen – Leben mit chronischer Krankheit ‚zwischen den Kulturen‘

«In unserem Kulturkreis reden die Menschen viel übereinander hinter dem Rücken. Wenn weiter erzählt wird, was man jemandem unter vier Augen anvertraut hat, kann das wehtun. Heute bestimme ich viel mehr als zuvor, wann und wie viel Zeit ich mit einer Kollegin verbringe. Manchmal eine, manchmal zwei Stunden und dann gehe ich nach Hause. Ich brauche meine Ruhe und möchte nicht den Stress von anderen übernehmen. Daher bin ich manchmal distanziert zu Menschen. Es hilft mir auch das Evivo Buch zur Hand zu nehmen und zu lesen. Vielleicht gehe ich dann für mich spazieren. Manchmal will ich gar nicht viel reden, sondern allein sein. So bin ich. Das gibt mir Vertrauen in meinen Körper und in mein Herz. So ist es gut für mich.»

Auswirkungen innerhalb der Familie

«Als es mir nicht gut ging, stand ich häufig auf dem Balkon und rauchte. Wenn meine Töchter dann nach Hause kamen, fragten sie mich ‚Mami, was ist los? Warum bist du so müde? Was ist passiert? Sag doch was, dann kann ich Dir helfen‘. Als Mutter wollte ich jedoch meine Kinder nicht noch zusätzlich zu ihrer Lehre und ihrem Arbeitsstress belasten. Seit meiner Teilnahme am Kurs Evivo geht es mir viel besser und meine Töchter sind auch viel zufriedener mit mir. Wenn Sie jetzt nach Hause kommen, ist es ganz anders, dann lachen wir gemeinsam. Ich kann heute viel besser mit den beiden umgehen. Und, auch sie sind erwachsener geworden und verstehen heute viel besser, was mit mir los ist. Ich bin nicht allein. Ich habe Gott, meine Kinder, Kolleginnen und meine Familie. Alles ist heute positiv.»

Abschliessend sei auf die seitens der Kursleitungen erfahrenen Ermächtigungsprozesse hingewiesen, die im Kontext von Evivo denkbar sind:

«Ich bin wirklich stolz, denn wenn ich Tipps gebe, gebe ich sie als Kursleitung und nicht nur meine eigene Erfahrung. Meine Mutter, die Diabetes und eine Hormonstörung hat, akzeptiert Tipps von mir, weil ich eine Kursleitung bin. Wenn ich als viel jüngere Frau in meiner Kultur meiner Mutter Tipps gebe, nimmt sie das zwar ernst, aber sie weiss, dass sie viel mehr Erfahrung hat, weil sie älter ist, so geht „ihr Wort“ immer vor. Jetzt als Kursleitung nimmt sie das, was ich sage, sehr ernst. Auch die Nachbarn und Kolleginnen. Und meinen Erfolg zu sehen macht mich sehr stolz. Das ist ein gutes Gefühl (FGD KL1 BE).»

Diese Passage zeigt eindrücklich, wie die Ausbildung zur Kursleitung die Migrantin in ihrer Selbstwahrnehmung befähigt hat, ihre Meinung und Erfahrung über soziale Hierarchien hinweg in der eigenen soziokulturellen Gemeinschaft weitergeben zu können und dadurch Anerkennung zu erfahren, was ihr wiederum ein gutes Gefühl gibt. Damit kann durch Selbstmanagementförderung nicht nur ein Integrationsprozess zwischen Kulturen angestossen werden – die vorangegangene Passage verdeutlicht darüber hinaus, dass Gesundheitswissen und erworbene Kompetenzen generationsübergreifend in das soziale Umfeld hineingetragen werden kann. Kursleitende können damit zu wichtigen Botschaftern von Gesundheitskompetenz- und Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit werden.

Die beschriebenen Prozesse des wirklichen Verständnisses und des Erfahrens von Ermächtigungs- und Integrationsimpulsen wurden primär am Kursstandort Bern beobachtet. Dies mag an den vorliegenden Peer- und Rollenmodellen von Teilnehmenden und Kursleitungen mit Krankheits- und Migrationserfahrung gelegen haben, die somit als zentrale Mittel für die Wirkung des Kurses angesehen werden können, um Integrations-/Ermächtigungsprozesse anzustossen. Dabei ist die Zentralität der eigenen Kultur, im Sinne einer geteilten Migrationserfahrung, trotz der ausgeprägten Heterogenität der Gruppe Menschen mit Migrationshintergrund scheinbar von Bedeutung für die Herstellung von Gleichheit und Verständnis.

Gemischtes Feedback auf die Adaption des Kursprogramms

Grundsätzlich ist das vorliegende Datenmaterial von einem positiven Feedback hinsichtlich der Adaption des Kursprogramms geprägt. Dennoch gab es auch kritische Perspektiven, die explizit Erwähnung finden sollen und die nach Pilotstandort differierten. Während Kursleitende in Bern, die einen Migrationshintergrund aufweisen, trotz der Überarbeitung die weiterhin notwendige *Vermittlungsarbeit* betonten, verwiesen die schweizerischen Kursleitungen am Standort Zürich auf eine noch immer bestehende *sprachliche Komplexität* des Kursmanuals für die Zielgruppe. Diese Differenz geht wahrscheinlich weniger auf die Unterschiede der Pilotstandorte zurück, sondern mag auf den ungleichen soziokulturellen Hintergrund der Kursleitenden hinweisen. Die Aussagen von Teilnehmenden beziehen sich ausschliesslich auf die *Kurs-sprache Schriftdeutsch*, die sie durchweg als positiv empfanden.

Wie zuvor erwähnt, ist bei den Kursleitenden an beiden Standorten, bezogen auf die Überarbeitung des Kursprogramms, eine *positive Resonanz* auszumachen. Folgende Aspekte wurden dabei hervorgehoben:

«Ich finde es sehr gut und einfacher. Insbesondere die Fragen für das Brainstorming sind viel einfacher und klarer geworden (FGD KL1 BE).»

«Ich weiss, die Wörter sind einfacher, die Flipcharts sind einfacher formuliert und haben weniger Text drauf, der Ernährungsteil ist sicher gekürzt – aber anderes ist mir jetzt nicht so aufgefallen (Interview KL2 ZH).»

Die Passagen zeigen, dass die sprachliche Vereinfachung der Flipcharts und Brainstormings geschätzt sowie die Kürzung des Ernährungsteils anerkannt wurde. Damit stimmen diese Perspektiven mit jenen der Hospitation überein, die sowohl die Vereinfachungen der Flipcharts/Brainstormings als auch die Kürzung des Ernährungsteils im Kurs als gelungen wahrnahm. Dennoch deutet das letztgenannte Zitat an, dass die ausführliche Überarbeitung des Manuals für Kursleitende nur begrenzt nachvollziehbar war. Die different kritischen Perspektiven werden in Folge aufgezeigt.

Für die Kursleitenden mit Migrationshintergrund in Bern war die Adaption des Programms scheinbar vorrangig beim Durchführen des Kurses erfahrbar, allerdings wurde sie zugleich kritisch belegt:

«Das überarbeitete Manual ist schon einfacher, so habe ich es vor allem bei der Kursdurchführung erlebt. Aber auch das erste Manual war bereits klar. Man muss das Manual im Kurs sowieso Punkt für Punkt durchgehen und wir müssen die Texte nochmals mit unseren eigenen Worten formulieren, um so einfach und bildhaft wie möglich die Inhalte für Migrantinnen zu beschreiben, damit sie es wirklich verstehen. Und dort gebe ich dann viel mehr Wörter und Bilder als im Manual... Aber im Allgemeinen konnte ich gut mit dem neuen Manual arbeiten (FGD KL2 BE).»

Hier ist zu lesen, dass die positiven Aussagen mit einschränkenden Hinweisen belegt werden. Während zwar die Adaptionbemühungen anerkannt werden, wird gleichermassen betont, dass bereits das erste Manual hinreichend klar war. Hinzugefügt wird, trotz der hinreichend vereinfachten und verständlichen Materialien, die *Relevanz der notwendigen Vermittlungsarbeit* von Themen und Inhalten anhand eigener Worte und Bilder. Diese Übersetzungs- und Vermittlungsarbeit wird als zentral und unumgänglich aus Sicht der Berner Kursleitenden verstanden, da nur so garantiert werden könne, dass die Teilnehmenden die Inhalte und Prozesse des Kurses verstehen würden. Die Vermittlungsarbeit erscheint hingegen nur unwesentlich durch die Adaption des Kursprogramms beeinflusst bzw. verringert worden zu sein. Aus Sicht der Kursleitung wurde damit in Bern das Verstehen der Teilnehmenden «durch die [eigene] einfache Sprache...den eigenen Worten (FGD KL1 BE)» betont und sichergestellt. Fallporträt IV beschreibt die Bedeutung von *eigener Sprache* für Migranten und Migrantinnen wie folgt:

«Es ist besser, wenn auch Kursleitende einen Migrationshintergrund haben, denn Schweizer sprechen viel besser Deutsch. Aber wenn Teilnehmende mit Migrationshintergrund etwas nicht verstehen, können Kursleitende mit Migrationshintergrund es einfacher erklären, denn Migranten entwickeln irgendwie eine ähnliche Sprache, denn wir verstehen uns mit unserem ‚ausländischem Deutsch‘ gut (Fallporträt IV).»

Die Passage zeigt eindrücklich sowohl die sprachliche Rollenfunktion von Kursleitenden auf als auch den integrativen Charakter der geteilten eigenen Sprache – dem «ausländischen Deutsch» – über die heterogene Gruppe Menschen mit Migrationshintergrund hinweg. Beide Aspekte erlauben es scheinbar, sprachliche Schamgefühle zu reduzieren und damit Nachfragen zu erleichtern, wie eine Kursleitende ergänzt:

«Wenn es einzelne Worte gab..., die Teilnehmende nicht verstanden haben, dann haben sie sich getraut, die Bedeutung oder eine Übersetzung zu erfragen, die wir ganz schnell beantworten konnten (FGD KL1 BE).»

Diese sprachliche aber auch inhaltlich/thematische Vermittlungsarbeit wurde seitens der Teilnehmenden sehr geschätzt. Sie betonten, *viele neue Wörter* im Kurs gelernt zu haben, wie beispielsweise «Fachperson, Symptomkreislauf, Nebenwirkung, Lunge, Niere (FGD TN2 BE)», «Niedergeschlagenheit und Loben (FGD TN1 BE)». Damit kann festgehalten werden, dass Teilnehmende «sprachliches mit Kursleitenden klären (FGD TN4 BE)» konnten. Die Zitate deuten an, dass soziokulturelle Bedeutungen und damit verbundene hiesige Praktiken wie etwa Loben durch den Kurs interkulturell ausgehandelt werden. So mögen, neben einem reinen Wissenstransfer und sprachlichen Lernprozessen, Impulse der Ermächtigung und Integration gesetzt werden. Die Rolle der Kursleitenden mit eigener Erfahrung von chronischer Krankheit und Migration erscheint als relevanter Katalysator für diese Prozesse.

Ein weiterer Kritikpunkt für Kursleitende in Bern zur Adaption des Manuals war, dass einige Textpassagen weiterhin als schwer verständlich eingeordnet wurden:

«Beim Teil mit „Mit Ich-Botschaft miteinander reden“ sind die Gesprächstexte mit Partner 1 und Partner 2 weiterhin ein bisschen lang. Das ist schwierig, wenn die Gruppe nicht so gut Deutsch spricht. Und die Kursleitenden müssen ja diese Texte vorlesen und nicht den Inhalt in eigenen Worten wiedergeben und so ist es schwierig zu vermitteln, was mit diesen Texten gemeint ist (FGD KL1 BE).»

Hier wird veranschaulicht, dass jene Textpassagen als *zu lang und schwer verständlich* wahrgenommen werden, die Kursleitende gemäss Manual Wort für Wort vorlesen sollen. Dies verhindert die Anwendung der eigenen Sprache und die von Kursleitenden für wertvoll erachtete Vermittlungsarbeit. Dabei geht es vornehmlich um jene Textstellen, die zwar vereinfacht, aber aufgrund der zu gewährleistenden Standardisierung von Evivo beibehalten worden sind. Darüber hinaus ist denkbar, dass sprachliche Vereinfachungen mitunter soziokulturelle Sprachbedeutungen teils unzulänglich berücksichtigen. Beispielsweise ist nicht in allen Sprachen die Anrede und gegensätzliche Differenz von Du und Sie vorhanden. Damit wird deutlich, dass das Verständnis von Individualität und Gemeinschaft in unterschiedlichen Gesellschaften verschieden verstanden und gelebt wird. Insofern wäre im Migrationskontext die bisherige Einbettung

der Ich/Du Botschaften in den familiären/privaten Kontext dahingehend zu überdenken, ob dieses Beispiel nicht allenfalls im hiesigen Kontext des Gesundheitswesens eingebettet werden könnte (Arzt-Patienten-Kommunikation¹³). Damit könnten schweizerische soziokulturelle Kommunikations- und Denkmuster, wie sie unter Umständen bei Gesprächen mit medizinischem Fachpersonal für Menschen mit Migrationshintergrund hilfreich wären, vermittelt werden.

Zu lange Texte wurden bei den im Kurs eingebetteten Körperübungen identifiziert:

«Es ist dort schwierig, wo wir den Text exakt vorlesen müssen, auch beim body scan...und ich finde es schwierig den eigenen body zu scannen, wenn man es nicht gut versteht und nicht mitfühlt...beim ‚Zitronenstück‘ ist es auch das gleiche (FGD KL1 BE).»

Bei den erwähnten Aufgaben handelt es sich um Körperübungen, die im Laufe des Kurses vermittelt werden. Diese Körperübungen veranschaulichen das Zusammenspiel von Körper und Geist (Zitronenstück) und lassen Teilnehmende die Wirkung von geistigen Entspannungstechniken auf das körperliche Wohlbefinden erfahren und einüben (body scan). Dabei wird die Kurssprache Schriftdeutsch als schwierig erachtet, da scheinbar Körpererleben eng mit der Muttersprache verbunden wird. Hier erscheint das Hinzuziehen der Perspektive von Kursleitenden aus Zürich sinnvoll, da sie ebenfalls den sprachlichen Zugang bei Körperübungen als besonders relevant einschätzten:

«Die Übungen sind immer gut angekommen – die Vorstellungs- und Gedankenübungen, Atemübungen. Ich denke, da können die Leute etwas machen, etwas ausprobieren. Aber wenn es wirklich vom Deutsch her schwierig ist, habe ich das Gefühl, dass es gewisse Grenzen hat (Interview KL2 ZH).»

Auch in dieser Passage wird die Schwierigkeit des sprachlichen Zugangs thematisiert, jedoch weniger auf die Verbindung zwischen Verstehen und Körpererleben eingegangen. Andererseits wird eingehend auf den Wert der Übungen im Sinne der direkten Erfahrbarkeit und Interaktion hingewiesen, wie dies gleichfalls in den Workshops der Identifikationsphase als relevant betont wurde. Damit kann überdacht werden, ob Übungen nochmals weiter vereinfacht werden könnten bzw. das Hinzunehmen von anderen Elementen wie etwa der Einsatz von Musik, als sinnvoll zu erachten wäre.

Eindrücklich andersgelagert ist die Perspektive von Kursleitenden am Pilotstandort Zürich, wo die Adaption des Kursprogramms weniger bei der Durchführung bemerkt wurde, sondern bei der Vorbereitung des jeweiligen Kurstages. Kursleitende betonten eher, dass sie «plötzlich weniger vorbereiten mussten als letztes Mal (Interview KL2 ZH)». Die sprachlichen Vereinfachungen sowie die Kurssprache Deutsch waren hingegen auch für die schweizerischen Kursleitungen eine neue Erfahrung:

«Dadurch dass wir Hochdeutsch geredet haben, konnten wir ja auch den Text aus dem Buch ablesen. Es war von dem her für mich fast noch einfacher als sonst, wenn ich es noch schnell ins Schweizerdeutsche übersetzte (Interview KL1 ZH).»

«Die Teilnehmenden konnten ja auch nicht perfekt Deutsch und auf eine Art war es noch so sympathisch, wir ja auch nicht (Interview KL2 ZH).»

Die Passagen zeigen, dass die Kursleitungen sich aufgrund der Sprache Schriftdeutsch stärker als in gewöhnlichen Kursen am Manual orientieren konnten. Sie unterstrichen die geteilte Erfahrung der Fremdsprache Schriftdeutsch als Gemeinsamkeit mit den teilnehmenden Migrantinnen und Migranten. Dies wurde von den Teilnehmenden nicht gleichermassen erlebt, da hierzu Zitate fehlen, doch schätzten sie die Kurssprache Schriftdeutsch sehr («Hochdeutsch war für mich sehr gut (FGD TN7 ZH)»; «Lieber Hochdeutsch, denn selten spricht einer von uns richtig Dialekt (FGD TN6 ZH)»). Seitens der Kursleitenden wurde betont, dass «[Teilnehmende] glücklicherweise sehr gut Deutsch konnten (Interview KL1 ZH)». Sie unterstrichen so ihre Erleichterung sowie die perzipierte Unvorhersehbarkeit der Kursdurchführung. Die Sprachkenntnis der Teilnehmenden in Zürich mag erklären, warum bei ihnen keine Anzeichen für das Erlernen neuer Wörter zu verzeichnen waren. Trotz dieser im Grunde positiven Erfahrung mit der Kurssprache äusserten die Kursleitenden *Bedenken bezüglich der Sprachkenntnisse* der Zielgruppe:

¹³ An dieser Stelle sei festgehalten, dass der Terminus hier so verstanden werden will, als dass dieser auch Frauen als Ärzte und Patienten einschliesst.

«Ich habe das Gefühl, dass für jemanden, der nicht so gut Deutsch kann, das Manual viel zu viel Text hat – obwohl es ja von den Wörtern vereinfacht wurde. Also ich glaube, dass es schwierig wäre, um damit wirklich vorwärts zu gehen, weil es ist doch sehr viel Kognitives, was zu verstehen ist...und ich mich frage, ob man in gewissen Sachen mit Bildern arbeiten könnte – weniger mit Text (Interview KL2 ZH).»

Diese Passage verdeutlicht eine Skepsis gegenüber der überarbeiteten Version des Manuals bzw. weist darauf hin, dass weiterhin Optimierungsbedarf besteht, es zu vereinfachen: bspw. die geplante, noch in der Bearbeitung harrende Visualisierung von Inhalten. Gleichwohl sei darauf hingewiesen, dass sich in den Aussagen der Kursleitenden mit Migrationshintergrund in Bern solche Bedenken einer unzulänglichen Sprachkenntnis nicht widerfinden – ihre Aussagen konzentrieren sich vielmehr auf das Thema Vermittlungsarbeit und Verständnis. Dies mag andeuten, dass das Thema einer ausreichenden Sprachkenntnis für Kursleitende mit Migrationshintergrund weit weniger relevant ist als für schweizerische Kursleitende.

Abschliessend sei auf die unterschiedlichen Stimmen zum Begleitbuch des Kurses verwiesen. Während die bisherigen Evaluationsergebnisse zu Evivo das Begleitbuch durchweg positiv darstellen (Hasbeck et al., 2014), fallen die Aussagen zum Kursbuch im Pilotprojekt eher rar und different aus. Während eine Kursleitende in Bern die Abgabe des Buches als wertvoll einschätzt, da Teilnehmende «immer etwas nachsehen könnten und damit das Buch wie eine Schutzdecke für sie ist (FGD KL2 BE)», finden sich im Zürcher Datenmaterial keine Aussagen zum Buch. Gleichzeitig ist anzumerken, dass Teilnehmende in Zürich das Buch zwar erwähnten, allerdings die wenigen vorliegenden Aussagen Zweifel aufkommen lassen, inwieweit das Kursbuch der Zielgruppe einen Mehrwert bietet: das «Buch [ist] sehr gut zusammengefasst, falls es jemand gelesen hat (FGD TN6 ZH)», so eine teilnehmende Person. Inwieweit die Abgabe des Buches für die Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund sinnvoll ist, bleibt offen und wäre weiter zu erheben. Demgegenüber verdeutlicht es die Notwendigkeit, mittels der in den Workshops angeregten Visualisierungen vereinfachte Handouts für jeden Kurstag zu entwickeln und einzusetzen.

Fallportrait III

Salima ist 60 Jahre alt und ist vor über 20 Jahren aus dem Kosovo in die Schweiz gekommen. Sie ist verheiratet. Ihr Mann hatte vor vier Jahren einen Hirnschlag. Sie haben einen Sohn mit Trisomie 21.

Die ersten Jahre in der Schweiz waren für Salima schwierig, da sie sich fremd fühlte – nicht nur weil sie ‚anders ist‘ sondern auch ihr Sohn erkrankt ist. Auch wenn sie sich hier mittlerweile zu Hause fühlt, hat sie das Gefühl, dass Menschen mit Migrationshintergrund und Schweizer sich häufig nicht nahe genug kommen, um über sich und ihre Erkrankungen zu sprechen. Miteinander reden und in Kontakt kommen wäre für sie eine wünschenswerte und gesunde Gesellschaft. Evivo hat ihr geholfen, sich nicht mehr so allein zu fühlen und die angeborene Erkrankung ihres Sohnes zu akzeptieren. Seitdem fühlte sie sich mit ihm auch in der Öffentlichkeit viel besser.

«Fremd bleiben und einsam sein» aufgrund chronischer Erkrankung und Migrationshintergrund

«In den ersten zehn Jahren in der Schweiz ging es mir nicht gut. Ich habe nichts gemacht und keine Kurse besucht. Ich wollte wieder zurück. Mit der Zeit ist man hier zwar zu Hause, aber irgendwie bleibt man immer fremd. Das ist so. Das ist normal. So fühlt man sich als Mensch mit Migrationshintergrund oft ‚anders angesehen‘, auch wenn das meist gar nicht stimmt. Die Sprache und Kultur stehen eben manchmal dazwischen. Beispielsweise habe ich mich früher mit meinem Sohn, der das Down-Syndrom hat, aufgrund seines Verhaltens in der Öffentlichkeit oftmals sehr unwohl gefühlt. Ich kann es gar nicht wirklich beschreiben. Gleichzeitig hatte ich das Gefühl, dass in der Schweiz niemand krank sei, leide oder sterbe. Man hört nur ganz selten, dass jemand über die eigene Erkrankung spricht – nur wenn man sich wirklich nah ist.»

(Fortsetzung Fallportrait nächste Seite)

Fortsetzung Fallportrait III

Leider kommen sich aber Schweizer und Menschen mit Migrationshintergrund häufig gar nicht so nah. Die Menschen fragen nicht, wie es einem geht, erst wenn man umfällt wird man wahrgenommen. Aber bevor man umfällt, fragt niemand. Das ist genau der Punkt, denn trotz des guten Gesundheitssystems, den Krankenkassen, und wirklich allem was da ist, gibt es Einsamkeit. Ich habe mich sehr oft allein gefühlt. Andererseits habe ich aber auch hier gelernt, nicht immer alles zu erzählen, sondern erst etwas von mir preiszugeben, wenn ich vertraue. Ich denke, Schweizer und Menschen mit Migrationshintergrund können viel voneinander lernen. Wir alle könnten viel mehr tun als bisher, denn in einer gesunden Gesellschaft über Gesundheit zu reden, finde ich wunderschön.»

Der Evivo Kurs: positive Wirkungen in der eigenen Familie

«Der Evivo-Kurs war für mich sehr wertvoll. Vor dem Kurs hatte ich zwar schon viel über Trisomie 21 gelesen, aber Evivo hat mir mehr gegeben. Hier habe ich gelernt, meinen Sohn so anzunehmen, wie er ist. Das er gut ist, wie er ist. So ist alles viel besser. Irgendwann während dem Kurs habe ich zu ihm gesagt - ‚Das hast du sehr gut gemacht‘. Und wie andere Kinder auch, hat er gespürt, dass sich bei mir etwas positiv verändert hat. Beispielsweise arbeite ich nun mühelos mit meinem Sohn zusammen, dass er abnimmt. So konnte ich ihn motivieren, nun die Treppen bis in unsere Wohnung in den achten Stock zu nehmen. Auch mit meinem Mann spreche ich jetzt über Ernährung und wir entscheiden gemeinsam, was wir abends essen. Das tut uns gut – für unsere Psyche, Seele und unseren Körper. Ich habe durch den Kurs so gelernt, dass sich Gesundheit und Krankheit nicht per se ausschliessen. Das war wichtig für mich, denn es ist sehr unterschiedlich, wie damit in verschiedenen Kulturen umgegangen wird. Ich habe in meiner eigenen Kultur früh gelernt, dass erkrankte Menschen weniger wert sind, da sie weniger leisten können. Meine Mutter beispielsweise erkrankte früh an Diabetes und bekam bereits als Kind stets gesagt – ‚Du bist krank‘. Was soll das? Wie wäre das, wenn ich dies jetzt zu meinem Sohn sagen würde? Das geht doch nicht. Und genau das hat etwas mit Bildung, Erziehung und mit allem zu tun. Diesen Unterschied sehe ich nun genau – bei mir persönlich und bei anderen Menschen.»

Der Evivo Kurs: Chance gegen die Einsamkeit chronisch erkrankter Migranten und Migrantinnen

«Bei einem Evivo Kurs kommen Menschen aus verschiedenen Kulturen zusammen, auch aus der Schweiz. Und sie alle sind gleichermaßen von einer chronischen Krankheit betroffen. Dann sieht man, wie viele Menschen mit einer chronischen Krankheit leben. Man hat zwar zuvor immer gedacht, dass man alleine sei, aber im Kurs nimmt man dann all die anderen wahr. Dazukommt, dass im Kurs alle gesund bleiben wollen – trotz ihrer chronischen Krankheit. Damit entlastet der Kurs seelisch und psychisch, eben weil man nicht länger allein ist und man lernt, dass man glücklich sein darf und nicht nur traurig sein muss. Und gerade das ist besonders wichtig für erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund. Damit ist der Evivo Kurs ein wichtiger Orientierungsschritt für Migrantinnen und Migranten im Schweizer Gesundheitssystem. Statt zu einem Psychiater zu gehen, wenn es einem nicht gut geht, kann man zuerst in den Kurs gehen und nur zum Psychiater, wenn dieser wirklich gebraucht wird. Das bringt wirklich viel. Auch konnten einige Frauen im Kurs nicht so gut Deutsch. Ich spreche auch nicht perfekt Deutsch und wir haben wirklich dann einander gebraucht, auch die Kursleiterin, die selbst Migrantin ist. Ich denke, es bringt wirklich viel, wenn die Kursleitungen auch selbst einen Migrationshintergrund haben, denn sie haben eine wichtige Vorbildfunktion. Damit ist der Kurs wirklich etwas Besonderes.»

Wertschätzung der Vielfalt von Methoden und Aktivitäten

Die vorherigen Abschnitte geben Hinweise auf die Vielfalt der im Kurs angewandten Methoden und Aktivitäten. Neben der Wissensvermittlung beinhaltet dies Körperübungen und interaktive Elemente für den Erfahrungsaustausch. Während die unterschiedlichen Methoden und Aktivitäten über die Kursstandorte von den Teilnehmenden weitestgehend geschätzt wurden, sind wiederum Differenzen per Standort auszumachen. Grundsätzlich wurden sowohl in Bern als auch in Zürich das aktive Mitwirken und die Partizipation im Kurs von den Teilnehmenden positiv aufgenommen, was sich mit den Erfahrungen aus regulären Kursen deckt (Haslbeck et al., 2014). Allerdings lässt sich verzeichnen, dass Selbstwirksamkeitsimpulse durch das stete Erarbeiten und Verinnerlichen eines Handlungsplans ausschliesslich bei den Teilnehmenden in Bern zu verzeichnen waren.

Am Berner Kursstandort schätzten die Teilnehmenden die *Methodik des Handlungsplans und das Schrittweise Lösen von Problemen mittels Brainstormings* sehr. Betont wurde, dass «die Gruppe sich gegenseitig helfe und alle neue Ideen hatten (FGD TN1 BE)», was wiederum «auf den gemachten Erfahrungen im eigenen Leben (FGD TN2 BE)» basiere und «Ideen geben bedeute [daher], das gleiche Gefühl zu haben. Das ist schön (FGD TN1 BE)». Diese Zitate zeigen aufs Neue, dass Erfahrungswissen und -austausch mit anderen erkrankten Personen als wesentlich erachtet wird, indem dies als wertvolles Wissen durch gelebte Erfahrung verstanden wird. Zeitgleich wird aufgezeigt, dass diese Prozesse Gefühle der Zusammengehörigkeit und Gegenseitigkeit herstellen. Diese Aspekte können als zentral für die Kurswirkung allgemein angesehen werden (Haslbeck, 2016) und wurden von Teilnehmenden in Bern als Unterstützung für die Akzeptanz der eigenen Krankheit wahrgenommen. Sie mögen jedoch im Sinne der erwähnten Erfahrung von Mehrfachausgrenzung durch Krankheit und Migration wichtige integrative Impulse setzen. Auch diesbezüglich wurde das Sammeln von Ideen als «sehr hilfreich (FGD TN2 BE)» von einzelnen Teilnehmenden empfunden. Dies wurde aus Sicht der Kursleitenden dahingehend bekräftigt, dass diese Peer-Prozesse zur Strategieentwicklung beitragen, Denk- und Verarbeitungsprozesse anregen würden und so das Selbstmanagement der Teilnehmenden gefördert werden kann:

«Ich finde das Brainstorming sehr gut und je mehr desto besser, weil es die Teilnehmenden so zum Überlegen und Denken anregt (FGD KL1 BE)»

Die beschriebenen Methoden wurden von Berner Teilnehmenden zudem als *motivierend* eingeschätzt:

«Für mich war der Kurs, sehr, sehr, sehr gut. Er gibt mir viel Energie und viel Information. Im Kurs haben wir gelernt einen Plan zu erstellen, jede Wochen haben wir einen Plan gemacht. Ich habe diesen regelmässig gemacht (FGD TN1 BE).»

Diese Passage deutet den im Kurs vorhandenen festen Ablauf bezüglich des Besprechens eines eigenen Handlungsplans an, der zu Beginn eingeführt und dann fortlaufend in jedem Kurstag neu überdacht und genutzt wird. Auf diese Weise kann diese Technik verinnerlicht und in den Alltag integriert werden. Eng verknüpft mit dem Handlungsplan ist das schrittweise, gemeinsame Lösen von Problemen, das in sogenannten Brainstorming-Runden angewandt wird, falls eine Person bei der Umsetzung des eigenen Plans Herausforderungen erfährt und sich eine gemeinsame Lösungsrunde wünscht. Dabei sind Brainstorming-Techniken zentral, d. h. ohne zu werten wird in der Gruppe nach möglichen Ideen gesucht, aus welchen die Person sich die für sie möglicherweise passendste Idee bei Bedarf auswählen kann. Auch wird angedeutet, dass diese Kursstruktur *viel Energie* mit an die Hand gibt und zu *Wohlbefinden beitragen* kann, wie es eine andere Teilnehmerin aus Bern betont:

«Viele Leute wissen zwar viel über ihre Krankheit, aber es fällt ihnen schwer das Wissen in der Praxis umzusetzen. Im Kurs lernt man anhand des Handlungsplans wie das Wissen auch im Alltag angewendet werden kann. Das tut im Herzen gut (FGD TN4 BE).»

Die vorangegangenen Zitate von Teilnehmenden zeigen, dass die im Kurs eingesetzten Methoden als wertvoll und aktivierend empfunden wurden und ihnen insbesondere der Handlungsplan geholfen hat, das angeeignete Wissen im Alltag umzusetzen. Ersichtlich wird, dass diese Prozesse als wohltuend für das Leben mit chronischer Krankheit eingeordnet wurden. Zudem wird von der Kursleitenden in Bern angemerkt, dass die Handlungspläne über die Kursdauer hinaus weiter genutzt wurden, was als Hinweis für die Nachhaltigkeit einzelner erlernter Selbstmanagementtechniken interpretiert werden kann:

«Betreffend Handlungsplan sagen sie oft, dass sie den Handlungsplan noch immer bei sich haben (FGD KL2 BE).»

Auch wurde ein *multiplikativer Effekt* von den Kursleitenden beobachtet, d. h. dass Handlungspläne «gemeinsam mit dem Mann gemacht werden. Das ist besonders schön, denn es ist vielmehr als nur ein Kurs (FGD KL2 BE)». Erlernte Selbstmanagementtechniken wie der Handlungsplan – so legt die vorangegangene Aussage nahe – helfen einerseits den Teilnehmenden, sich bezüglich Informationen und Wissen zu «orientieren (FGD KL1 BE)» und selbiges im Alltag umzusetzen. Darüber hinaus profitiert ihr näheres soziales Umfeld, das miteinbezogen wird und an das erworbene Selbstmanagementkompetenzen indirekt weitervermittelt werden, was eindrücklich im Fallporträt III beschrieben ist . Obwohl Evivo als Selbstmanagementangebot bislang primär Frauen erreicht, kann dieser multiplikative Effekt als Hinweis inter-

pretiert werden, dass der Kurs indirekt wirken kann, indem bspw. Kursteilnehmende – und hier insbesondere Frauen – als Botschafterinnen von Selbstmanagementförderung im Alltag fungieren. Damit ähneln die Ergebnisse des Kursstandorts Bern jenen aus regulären Evivo Kursen (Haslbeck et al., 2015).

Anders als in Bern wies das Datenmaterial aus Zürich weniger Impulse für das eigene Selbstmanagement auf. Wie erwähnt haben die Teilnehmenden das aktive Mitwirken und die Partizipation grundsätzlich positiv aufgenommen:

«Der Kurs war sehr gut präsentiert und es hat mir sehr gefallen, wie die Kursleiterinnen das gemacht haben, dass die ganze Gruppe involviert war und dass die Gruppe sehr gut mitgemacht hat (FGD TN6 ZH).»

Allerdings waren die Stimmen der Zürcher Teilnehmenden insgesamt durchaus kritischer und ihre Erfahrungen mit dem Handlungsplan andersgelagert, der scheinbar weniger wirkmächtig als bei der Berner Gruppe empfunden wurde. So wurde von Teilnehmenden anerkannt, dass der Handlungsplan durchaus helfen könne, «Gewohnheiten zu ändern (FGD TN14 ZH)», jedoch einschränkend angemerkt, dass das eigene «Leben [bereits] sehr gut organisiert» sei und es «um keinen Preis [abzu]ändern (FGD TN4 ZH)» wäre. Dennoch wurde die Nützlichkeit des Handlungsplans erkannt, der einen in die Lage versetzen kann, «nach seinen Bedürfnissen, nach seinem Gesundheitszustand (FGD TN11 ZH)» einen Plan auszuarbeiten. Während in Zürich von Teilnehmenden eher der Ansatz an sich beschrieben wurde («Es gab Vorschläge, wie man ein Problem lösen kann (FGD TN6 ZH)») und weitaus weniger auf die Erfahrungsebene mit eben diesen Ideen eingegangen wird, wird seitens Kursleitenden die überdurchschnittliche Gruppengrösse als Grund für das schnelle Durchführen der Brainstormings betont («Sie waren einfacher schneller beim Brainstorming. Das kam dann zackizack (Interview KL2 ZH)»). In Kombination mit der eingangs erwähnten Fluktuation beim Zürcher Kursgeschehen und der eigenhändigen Kurskürzung konnten demnach *Peer-Impulse weitaus weniger thematisiert* und eingebracht werden als am Standort Bern.

Abschliessend sei auf ein weiteres zentrales Kurscharakteristikum verwiesen: Den bewussten *Einsatz von selbst beschriebenen Plakaten*, die von Kursleitenden genutzt werden, um Inhalte zu visualisieren und Aktivitäten wie Brainstormings zu moderieren.¹⁴ Während sich im Datenmaterial aus Bern keine Hinweise zu dieser Methodik vorfinden, was daran liegen mag, dass dies ggfs. nicht erfragt wurde, zeigt sich unter Teilnehmenden in Zürich eine gemischte Resonanz. Einerseits wurde bemerkt, dass es «vielleicht noch gut wäre eine andere Technik – ein Projektor oder Blatt – einzusetzen, denn dann bliebe mehr Zeit und müsste nicht alles aufgeschrieben werden (FGD TN4 ZH)», andererseits wurde positiv bemerkt, dass eben das stete Festhalten von Inhalten und Ideen über den Kurs hinweg «schön übersichtlich» war, denn es hilft, «sich selber zu erinnern, was so mit einem Projektor nicht klappen würde (FGD TN6 ZH)». Damit bestätigen sich aufs Neue Prinzipien aus dem Stanford-Ansatz, dessen Wiederholungen – das *Erinnern und Vertiefen* bestimmter Themen über den Kurs hinweg – von einigen Teilnehmenden als unterstützend empfunden wurde.

Persönliche Veränderungen

Neben den beschriebenen Kurs- und Gruppenerfahrungen, finden sich im Datenmaterial hinreichend Hinweise zu persönlichen Veränderungsprozessen, die bei Kursteilnehmenden angestossen wurden. Diese verweisen durchweg auf positive persönliche Veränderungen, zeigen jedoch herausfordernde Erfahrungen von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund im Schweizer Gesundheitssystem auf.

Akzeptanz der eigenen Erkrankung

Die Entwicklung hin zu einer positiveren Sichtweise auf die eigene Erkrankung war nahezu ausschliesslich bei Teilnehmenden am Kursstandort Bern zu beobachten, was durch die bedürfnisgeleitete Rekrutierung und die persönliche Krankheitserfahrung der Teilnehmenden begründet sein mag. Dies erklärt möglicherweise die geringeren Wirkungsimpulse des Kurses am Standort Zürich. Hier schienen Teilnehmen-

¹⁴ Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass im Stanford-Ansatz diese Kurs-Flipcharts bzw. -Plakate v. a. den Kursleitenden als Orientierung dienen sollen. Sie sind eher eine Hilfestellung für den Peer-Ansatz und weniger ein Medium des Wissenstransfers.

de weniger von einer chronischen Erkrankung betroffen gewesen zu sein, die es zu akzeptieren und bewältigen galt.

Am Kursort Bern mag die vertrauensfördernde Gruppendynamik im Kurs es unterstützt haben, dass sich die Teilnehmenden öffnen und ihre Krankheitserfahrungen austauschen konnten. Dadurch entstand ein geschützter Raum, der mit den teils als negativ erfahrenen Reaktionen ausserhalb kontrastiert wurde. In diesem geschützten Raum – so die Sicht der Teilnehmenden – entstand echtes Verständnis, das für sie eine neue Erfahrung war und teils so zuvor nicht erlebt worden war. Dieser Austausch von Erfahrungswissen (Peer-Prozesse) wurde von Teilnehmenden als förderlich für die Akzeptanz von chronischer Erkrankung wahrgenommen:

«Es hat sehr geholfen zu hören, dass andere auch ihre Probleme haben. Dass nicht nur ich krank bin, fast alle Leute haben Probleme. Das Leben ist so. Manchmal sind wir traurig und fragen uns, warum wir diese Erkrankung haben, warum wir müde sind, aber wenn wir zusammen kommen, haben ja alle, alle Menschen, ein Problem und das helfe ein bisschen damit geduldiger zu werden (FGD TN1 BE).»

Diese Passage beschreibt eindrücklich aufs Neue, dass die Begegnung mit anderen chronisch erkrankten Menschen als ein Austausch auf Augenhöhe wahrgenommen wird. Es unterstreicht, wie der Vergleich mit Anderen und deren Krankheitserfahrung zu einer Normalisierung der eigenen Krankheit und deren Folgen führen kann. Die Teilnehmenden betonten, wie sehr diese durch den Austausch angestossenen Prozesse zu einem verbesserten Selbstvertrauen im Umgang mit den eigenen Gefühlen und damit zum *persönlichen Wohlbefinden* beitragen können. Die erlebte Zusammengehörigkeit fungiert damit als Katalysator, der zu einer Verhaltensänderung bezüglich der eigenen Krankheit und deren Folgen führen kann. Diese Dimensionen wurden ebenfalls von den Berner Kursleitenden aufgegriffen:

«Im Kurs hat man einen total anderen Blick auf chronische Erkrankung und daher haben besonders Frauen viel aus dem Kurs mitgenommen, auch die Erkenntnis, dass eine chronische Erkrankung jeden treffen kann (FGD KL2 BE).»

Hier zeigt sich, dass der Kurs eine besondere Perspektive auf den Umgang mit chronischer Krankheit gibt und dieser *Perspektivwechsel*, der durch den Peer-Ansatz unterstützt wird, als wertvoll erachtet wird. Dieser Betrachtungswechsel wird als Einsicht eingeordnet, d. h., dass damit *neue Wissens-, Erfahrungs- und Handlungsformen* mit und über chronische Erkrankung generiert werden können. Dabei wurde seitens Kursleitenden und Teilnehmenden betont, wie in den vorherigen Zitaten angedeutet, dass die Peer-Prozesse ihnen insbesondere beim *Umgang mit emotionalen Folgen* chronischer Erkrankung geholfen hätten. Eine Teilnehmende beschreibt, dass sie dadurch in die Lage versetzt worden sei, nicht mehr durchgehend von der eigenen Krankheit bestimmt zu werden:

«Es ist wichtig nicht immer an die Krankheit zu denken. Wegkommen vom muss (FGD TN4 BE).»

Sie zeigt damit auf, dass sie der Kurs ermächtigt hat, nun selbst bestimmen zu können, wann sie an die Krankheit denken möchte. Es wird damit betont, wie ein *Gefühl der Kontrolle* über das eigene Leben mit der Krankheit erlangt werden kann, die zuvor als etwas absolut bestimmendes wahrgenommen wurde. Die im Kurs verankerte Rollen- und Peermethodik kann so per Relativierung durch Vergleich und Normalisierung dazu führen, dass die Lebens- und Krankheitssituation sich anders als zuvor darstellt, wie eine Kursleitende erzählt:

«Ich kann jetzt gut einschätzen, wenn eine Nachbarin oder meine Mutter krank sind und wenn sie dann schlecht gelaunt oder unzufrieden sind, dann weiss ich jetzt warum und kann einschätzen, dass es mit ihrer Krankheit zu tun hat. Ich nehme es dann nicht mehr so persönlich. Ich kann so besser mit Leuten umgehen (FGD KL1 BE).»

Die Passage zeigt auf, wie *Zuversicht und Selbstvertrauen* vermittelt werden können. Ebenso wurde in Bezug auf die Akzeptanz chronischer Krankheit die zentrale Rolle der Kursleitenden für die Verarbeitung von Krankheitserfahrungen wiederholt betont («Die Kursleitende hat mir dabei geholfen zu wissen, dass es für mich mit der Erkrankung schwierig ist (FGD TN3 BE).»).

Fallportrait IV

Jalene ist vor 30 Jahren aus Somalia in die Schweiz gekommen. Sie ist 60 Jahre alt und an Fibromyalgie sowie Rheuma erkrankt. Ihr Mann ist 60 Jahre alt und in Pension. Seit kurzem leidet er an Herzproblemen. Sie haben zwei erwachsene Töchter, die studieren.

Seit dem Aufkommen ihrer Erkrankungen ist Jalene von vielen unterschiedlichen Ärzten und Ärztinnen betreut. Sie fühlt sich gut behandelt und schätzt es, dass das Gesundheitspersonal mit ihr spricht. Ihr Hausarzt, der sie seit über 30 Jahren betreut, hat ihr Evivo empfohlen. Durch den Kurs hat sie gelernt, dass durch Ablenkung ihre Schmerzen für sie erträglicher werden und sie so die alltägliche Arbeit besser erledigen kann. Das kommt ihrer Familie zugute. Sie glaubt, dass der Kurs chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund die Möglichkeit gibt, in einem geschützten Rahmen über ihre Erkrankung zu sprechen und dadurch soziale Anerkennung zu erfahren, die ihnen mehr Selbstwertgefühl vermitteln könnte.

Erlebtes Mehrfachstigma – unsichtbare chronische Krankheit bei offensichtlichem Migrationshintergrund

«Vor 30 Jahren bin ich nach Zug gekommen. Damals waren die Menschen verschlossener und konservativer. Das war nicht einfach. Menschen mit Migrationshintergrund haben oft Minderwertigkeitsgefühle, denn wir denken, dass Europäer mehr wissen und besser sind als wir. Daher müssen wir oft erstmal gucken, wie etwas geht, um nicht komisch aufzufallen. Wir schämen uns dafür. Auch hatte ich früher Angst vor Fehlern, viel Angst. Aber mit der Zeit habe ich diese Angst verloren. Es veränderte sich langsam, aber ich habe es geschafft. Zu diesen Minderwertigkeits- und Schamgefühlen von Migranten und Migrantinnen kommt die chronische Erkrankung dazu. Das macht die Situation noch schwieriger. Eine chronische Krankheit bedeutet viele, fast zu viele psychische und körperliche Beschwerden. Um ein Beispiel zu nennen – mit Schmerzen kann man nicht gut schlafen und ist sehr müde. Dazu kommen die sozialen Anforderungen und ein schlechtes Gewissen, dass man diesen aufgrund der Erkrankung nicht gerecht wird. Man fühlt sich ausgeliefert. So können wir oft wegen unseren krankheitsbedingten Beschwerden nicht arbeiten. Wenn man eine Arbeit gefunden hat, kann man nicht über die Krankheit sprechen, dann verliert man die Arbeit oder findet erst gar keine. Aus diesem Grund arbeiten viele chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund nicht. Die Leute sehen uns im Sozialamt, aber unsere Krankheit bleibt für sie unsichtbar und sie fragen sich, warum Migranten nicht arbeiten. Sie schauen uns an, aber glauben sie uns auch? Im Spital habe ich eine Schweizerin mit einer chronischen Krankheit kennengelernt. Sie hat mir erzählt, dass weder ihr Mann noch ihre Mutter ihr glauben, unter Schmerzen zu leiden. Wenn ihr als Schweizerin niemand glaubt, wer glaubt dann chronisch erkrankten Migranten?»

Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

«Ich finde das schweizerische Gesundheitssystem gut, auch die Krankenkassen. Mit dem Aufkommen meiner Erkrankungen musste ich zu vielen, vielen Ärzten und Ärztinnen. Auch wenn es aufgrund meiner Erkrankungen manchmal schwierig ist, so waren doch alle Fachpersonen immer sehr nett zu mir, denn sie sprachen mit mir. Alle sind sehr freundlich, doch man muss auch selber offen sein. Bei meinem Hausarzt bin ich in Behandlung seitdem ich in der Schweiz bin. Er hat früher auch in Afrika gearbeitet. Ich fühle mich bei ihm aufgehoben und kann mit ihm gut sprechen. Er hat mir empfohlen, einen Evivo Kurs zu besuchen.»

Der Evivo Kurs – mit alltägliche Herausforderungen besser umgehen - eine Chance zur Integration?

«Der Kurs hat mir die Möglichkeit gegeben, mich mit anderen erkrankten Menschen zu treffen und meine Krankheitserfahrung zu teilen. Ich fühle mich seitdem weniger allein. Es gab mir die Chance, von anderen Erkrankten zu lernen, wie sie alltägliche Herausforderungen lösen. Wenn ich an Aktivitäten teilnehme und mit anderen Menschen spreche, bemerke ich, dass meine Ideen wertvoll sind. Vor dem Kurs habe ich nicht über meine Krankheit gesprochen, doch jetzt habe ich keine Angst mehr zu sagen, dass ich krank bin. Ausserdem habe ich durch den Kurs gelernt, mich abzulenken. Damit kann ich viel besser mit meinen Schmerzen umgehen, um meine alltäglichen Tätigkeiten zu machen. Das tut auch meiner Familie gut. Jetzt fühle ich mich besser, denn die Krankheit ist nicht mehr so ein grosses Hindernis für mich. Aufgrund meiner Kurserfahrung denke ich, dass Evivo eine Chance für Migrantinnen und Migranten mit chronischer Krankheit ist. Durch den Erfahrungsaustausch im Kurs gibt man ihnen die Möglichkeit, sich langsam zu öffnen – wie eine Blume – und miteinander zu sprechen. Es wird ihrem ‚unsichtbaren‘ Kranksein geglaubt. Der Effekt des Evivo Kurses ist, dass er uns Kraft, ein Weiterleben, ein gutes Gefühl und Wert gibt. Das braucht Zeit, ist aber lernbar.»

Sich etwas Gutes tun

Wie dargestellt, half der Kurs Teilnehmenden aus Bern, sich mit ihrer Erkrankung auf eine neue Art und Weise auseinanderzusetzen. Sowohl die Themen als auch die Methodik des Kurses wurden als motivierend und anregend empfunden, das eigene Leben neu auszurichten. Während am Standort Bern die Teilnehmenden eher betonten, für *sich etwas Gutes zu tun*, wurden in Zürich stärker Aspekte des *weiterhin aktiv Bleibens* betont.

Am Standort Bern finden sich Aussagen von Teilnehmenden, dass der Kurs ihnen geholfen hat, ihr gesundheitsbezogenes Wissen in die Tat umzusetzen:

«Viele Leute wissen viel über ihre Krankheit, handeln aber nicht so. Dieser Kurs leitet an, über Wissen nachzudenken, aber eben dies auch in die Praxis umzusetzen. Da hilft der Handlungsplan sehr (FGD TN4 BE).»

Die Passage unterstreicht exemplarisch, dass der Kurs Teilnehmenden geholfen hat, erworbenes Gesundheitswissen in den eigenen Alltag zu integrieren, was als hilfreich erfahren wird. Dabei beurteilten die Teilnehmenden den Handlungsplan als wichtiges Werkzeug, um sich etwas Gutes zu tun:

«Mir tut Spazierengehen als Handlungsplan gut, zusammen mit anderen Menschen (FGD TN3 BE).»

Diese Aussage unterstreicht ferner, dass durch das Erstellen und Umsetzen eines Handlungsplans erlernt wird, für sich selbst Sorge zu tragen, was nicht nur die Kursteilnehmenden motivieren kann, gesundheitsbewusster zu leben, sondern auch – als zuvor erwähnter multiplikativer Effekt – das soziale Umfeld miteinbeziehen kann. Dieser Aspekt, sich zu erlauben, sich selbst Gutes zu tun, schien bei den Teilnehmenden am Pilotstandort Bern eine positive, emotionale Wirkung zu entfalten:

«Der Kurs hat meine Stimmung verbessert. Es ist gut, nur für mich und meine Gesundheit etwas tun zu können (FGD TN2 BE).»

In den vorherigen Textpassage klingt an, wie wichtig es für erkrankte Migranten und Migrantinnen sein dürfte, ihre eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und für *sich selbst Raum nehmen* zu können, um etwas Gutes für die eigene Gesundheit zu tun 🙌.

Am Standort Zürich betonten die Teilnehmenden stärker, dass der Kurs sie angeregt hätte, *Aktivitäten weiterzuführen und/oder wiederaufzunehmen*. Sie stellten den Kurs dabei als anspornend dar:

«Der Kurs hat mich sehr motiviert, wieder mehr zu machen, mehr zu unternehmen, mehr auf mich zu achten, eben mehr innere Ruhe schaffen, was uns manchmal sehr fehlt. Ich werde an diesem Thema mehr für mich arbeiten (FGD TN6 ZH).»

Hier ist zu lesen, dass Kursteilnehmende ebenfalls motiviert wurden mehr für die eigene Gesundheit zu machen. Dabei werden Aspekte des Ruhens und Erholens als aktive Gesundheitshandlungen verstanden. Das Aktiv sein wird nicht so sehr als Zustand sondern vielmehr als kreativer Prozess und Vorsatz dargestellt, sich mit dem eigenen Selbstmanagement auseinanderzusetzen:

«Also, weiter aktiv bleiben – physisch und psychisch. Positiv denken und dann einfach vorwärts kommen (FGD TN8 ZH).»

An dieser Stelle wird deutlich, dass manche Teilnehmende bereits vor dem Kurs die eine oder andere gesundheitsbezogene Aktivität unternahmen und sich als aktive Selbstmanager wahrnahmen. Der Kurs schien sie eher in ihrem bisherigen Gesundheitshandeln zu bestätigen statt neue, unerschlossene Potenziale im Umgang mit ihrer chronischen Krankheit zu aktivieren. Dies mag in Zürich daran gelegen haben, dass die Teilnehmenden bereits an einem Präventionsprojekt von HEKS teilnahmen. Somit mögen die Ergebnisse auch dahingehend verstanden werden, als dass die Teilnehmenden der beiden Standorte möglicherweise bereits bei Kursbeginn beim Selbstmanagement unterschiedlich aktiv waren.

Handlungsspielräume erweitern – Auswirkungen im sozialen Umfeld

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Kursteilnehmende am Standort Bern persönliche Veränderungen hervorhoben. Neben der zunehmenden Akzeptanz der eigenen Erkrankungen wurde wiederholt die Methodik des Handlungsplans erwähnt, die als unterstützend eingeordnet wurde, um Ge-

sundheitswissen im persönlichen Alltag umzusetzen. Es wurde zudem deutlich, dass die Teilnehmenden motiviert wurden, (wieder) aktiver zu werden und dies zu ihrem Wohlbefinden beitrug. Ferner schilderten Kursteilnehmende, dass sie nach dem Kurs eine positivere Einstellung gegenüber krankheitsbezogenen Herausforderungen entwickelt haben, die sie oftmals dem bewussten Erfahrungsaustausch mit Freunden und Familie zuschrieben. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass soziale Interaktion und gesellschaftliche Integration bei chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund einen wesentlichen Beitrag zum persönlichen Wohlbefinden leisten kann. Die vorangegangenen Aspekte wurden allerdings nahezu ausschliesslich am Kursstandort Bern von den Teilnehmenden geäussert und sind in Folge dargestellt. Vereinzelt Hinweise aus Zürich werden daher ergänzend angeführt.

Am Kursstandort Bern unterstrichen Teilnehmende, dass sie die aufgenommen Aktivitäten und besonderes jene «die gut tun (FGD TN2 BE)» weiterhin durchführen würden. Dabei wurde eine Vielzahl von Themen und Aktivitäten genannt, deren Pluralität einerseits die Themenpalette des Kurses widerspiegelt, andererseits die damit verbundenen *Erweiterungen der Handlungsspielräume* einzelner Personen unterstreichen.¹⁵ Durch Erweiterung der Handlungsspielräume erlangten Kursteilnehmende einen *positiveren Umgang* mit der Erkrankung:

«Ich muss ein paar Tage Geduld haben, bis dieser eine Krankheitsschub wieder weg ist. Das braucht Geduld, Hoffnung, positives Denken (FGD TN1 BE).»

«Wenn negative Gedanken kommen wie ‚warum ich?‘ muss man unbedingt sofort denken ‚ich bin gut‘ (FGD TN4 BE).»

Diese Passagen machen deutlich, wie krankheitsbezogene Herausforderungen mit einer positiveren Haltung begegnet wird. Anstatt eine Krankheitsepisode als entmutigend einzuordnen, mag die Erfahrung, dass diese vorbeigeht, positiv auf die Bewältigung zukünftiger Krisen auswirken. Auch wird die Wirkmächtigkeit der Umdeutung von eigenen Gedanken ersichtlich. Die genannten Strategien können als Entwicklung hin zu einem, an persönliche Rahmenbedingungen, angepasstem Selbstmanagement angesehen werden, die als unterstützend wahrgenommen wurden.

Zentral für einen positiveren Umgang mit der chronischen Krankheit schien aus Sicht der Kursteilnehmenden der *Kontakt mit Freunden und Familienangehörigen*:

«Die Beziehung mit meiner Tochter ist in Ordnung, wir sprechen miteinander. Sie sagt z.B. ‚Ah Mami, Du hast heute gut gekocht.‘ Und dann bin ich stolz, dann bekomme ich mehr Kraft. Das ist ein Gefühl im Herzen und morgen werde ich wieder mehr Kraft haben. Ich mache etwas, koche wieder, meine Tochter sagt wieder ‚gut gemacht‘ und das Herz kommt (FGD TN4 BE)»

«Es hilft beim Umgang mit der Erkrankung mit Kollegen zu grillieren, spazieren (FGD TN3 BE).»

«Wenn ich sehr müde bin, ist es besser zu vergessen. Dann muss ich was mit meinen Kindern machen, spielen, das hilft mir sehr. Weil wenn ich immer im Bett bin, bin ich total krank. Ich muss nach draussen gehen, vielleicht spazieren gehen, mit den Kinder spielen, mit meiner Mutter sprechen, mit jemanden der die gleiche Sprache spricht, ist es besser (FGD TN1 BE).»

Die Textpassagen zeigen auf, wie durch den Kontakt mit anderen ein *positiverer Umgang* mit der eigenen Erkrankung erzielt werden kann. Zudem wird aufgezeigt, dass sozialer Kontakt als bewusste Strategie angewandt wird, um sich vom Erleben der Krankheitserfahrung und negativ assoziierten Gefühlen abzuwenden. Zugleich spiegelt das letzte Zitat wider, wie ein Loslösen vom Praktiken des Krankseins erreicht wird im Sinne von «wenn ich immer im Bett bin, bin ich total krank», indem es gegenläufig formuliert bzw. angewandt wird - ist man nicht im Bett, ist man weniger krank. Zudem deutet sich an, dass durch den vertrauten Kontakt mit engen Familienmitgliedern sowohl soziokulturelle Nähe, als auch Geborgenheit als Ressource bei der Krankheitsbewältigung aktiv genutzt werden. Andererseits wurde vereinzelt erwähnt, wie wichtig es sei, seine eigenen Grenzen im Umgang mit der Krankheit zu kennen:

¹⁵ «Spaziergehen in der Natur, das ist gut (FGD TN4 BE)», «Yoga, Fitness, Beten, Entspannung, Musik hören, Lesen, Spaziergehen (FGD TN1,2,4 BE)».

«Ich habe Migräne. Wenn ich sie bekomme, dann muss ich den ganzen Tag zu Hause bleiben und nicht mit anderen sprechen, immer in meinem Zimmer bleiben, kein Licht. Wenn das vorbei ist, möchte ich nach draussen gehen und alleine spazieren. Das ist für mich gut (FGD TN3 BE).»

Hier kommt zum Ausdruck, wie wichtig es ist, mit seinen eigenen Bedürfnissen vertraut zu sein, um durch gesundheitsbezogene Aktivitäten das persönliche Wohlbefinden verbessern oder steigern zu können. Exemplarisch ist zu lesen, dass sozialer Kontakt und Austausch nicht stets zum Wohlbefinden beitragen, sondern auch das Alleinsein geschätzt wird und gesundheitsfördernd sein mag. In ähnlicher Weise hebt ein Teilnehmer aus Zürich hervor, dass der Kurs ihn animiert habe, seine *eigenen Prioritäten und alltäglichen Handlungsgrenzen neu zu überdenken*:

«Persönlich hat der Kurs bei mir bewirkt, dass ich meine Vorsichtsmassnahmen erhöht habe. Jeden Morgen überlege ich mir nun, was wichtig ist zu erledigen und was weniger wichtig ist, wo ich nachlassen kann. Einfach in die Richtung – unnötige Sachen im Alter sind schädlich (FGD TN12 ZH).»

Einen bisher noch nicht erwähnten Blickwinkel unterstreicht eine weitere Kursteilnehmende aus Zürich, die das Thema der *Ich und Du Botschaften* als bereichernd einordnete:

«Bezüglich der ‚Ich-und Du Botschaften‘ ändert sich vielleicht noch ein bisschen, wie man so miteinander umgeht oder so – mit Wörtern oder mit Reden – sehr wahrscheinlich. Ich habe das auch zu Hause probiert – es ist direkter, einfacher (FGD TN1 ZH).»

Diese Passage verdeutlicht, dass der Kurs im privaten Umfeld das Miteinander verändern kann, indem bspw. der eigene Standpunkt deutlicher herausgestellt und vertreten werden kann. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Kursteilnahme im sozialen Umfeld von Teilnehmenden wiederholt auf eine positive Resonanz gestossen ist und *gesundheitsfördernde Impulse in den familiären Kontext* hineingetragen werden , wie folgendes Beispiel unterstreicht:

«Ich habe einen sehr guten Mann, der sich gut um mich kümmert...Wenn ich ihm sage, dass ich mich wegen meiner Erkrankung nicht gut bewegen kann, dann antwortet er mir, dass er auch Herzschmerzen hätte. Und dann gehen wir gemeinsam spazieren (FGD TN3 BE).»

Grundsätzlich sind die Ergebnisse jenen aus regulären Kursen ähnlich (Haslbeck et al., 2014), allerdings konnten diese Aspekte aufgrund der Sprachkenntnisse der Teilnehmenden weniger differenziert aus dem vorhandenen Datenmaterial ausgearbeitet werden.

Erfahrungen mit dem hiesigen Gesundheitssystem

Charakteristisch für das Datenmaterial ist, dass die Teilnehmenden an beiden Pilot-Standorten das schweizerische Gesundheitssystem grundsätzlich als *sehr gut* bewerten. Ihre hiesigen Erfahrungen kontrastierten sie regelmässig mit jenen ihres Herkunftslandes:

«Hier ist das Spital gut. Doktor gut, Medikamente. Sehr gut (FGD TN3 BE).»

«Hier ist die Technologie viel besser und das hilft. Perfekte Behandlung in der Schweiz (FGD TN1 BE).»

«Mit dem Gesundheitssystem hatte ich keine Probleme. Ich komme aus Bosnien und es war für mich hier sozusagen ein Paradies, das alles zu sehen, erleben und benutzen zu können (FGD TN6 ZH).»

Deutlich wird, dass durch den Vergleich mit dem Gesundheitssystem des Heimatlandes die Qualität des Schweizerischen Systems betont wird, indem es gewissermassen als «Paradies» mit einem imaginären Ort der Fülle gleichgesetzt wird, wo alles gut zu sein scheint. Sichtbar wird die Dankbarkeit und Wertschätzung, die in allen Zitaten zum Ausdruck kommen. Dabei werden am hiesigen System sowohl die Qualität der Versorgung – Spital, Technologie, Medikamente – als positiv hervorgehoben, während die eher weichen Dimensionen wie Gesprächsführung und Interaktion mit Gesundheitssystem/personal teils als schwieriger von erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund erlebt wurden

Am Standort in Bern unterstrichen sowohl die Teilnehmenden als auch die Kursleitende mit Migrationshintergrund, dass die *Systemnavigation aufgrund der Sprache schwierig* ist und/oder es zumindest war:

«Als mein Sohn [der eine chronische Erkrankung hat] in der Schweiz geboren wurde, habe ich die Sprache noch nicht so gut beherrscht und hatte viele Schwierigkeiten: Wie mit dem Sohn umgehen? Wie Unterstützung holen? Wie weiter mein Leben planen mit dieser Erkrankung? (FGD KL1 BE).»

Dies verdeutlicht eindrücklich, wie herausfordernd es sein kann, sich ohne eine ausreichende Sprachkenntnis durch ein Gesundheitssystem zu bewegen; selbst wenn, wie hier angedeutet wird, die Teilnehmende sich kritisch mit ihren eigenen Bedürfnissen und gesundheitsrelevanten Fragestellungen auseinandersetzt und ihre Probleme klar erkennen und verantwortungsvoll benennen kann. Entsprechend einschränkend mag sich dies auf den Zugang zum Gesundheitssystem auswirken, was wiederum zu Gefühlen der Überforderung und des Alleingelassen seins führen kann:

«Manchmal ist es kompliziert wegen der Sprache – zum Beispiel wenn ich mit meiner Ärztin über Gefühle spreche. Ich spreche albanisch und meine Ärztin Deutsch...mein Mann kommt mit als Übersetzer. Aber jetzt verstehe ich schon viel besser als früher und habe eher Probleme mit Beiwörtern. Heute schreibt mir meine Ärztin etwas auf und ich übersetze es mir dann mit Hilfe meines Natels. Ich warte nicht mehr, bis ich auf meine Gefühle angesprochen werde. Ich will das selber und alleine ansprechen. Heute geht es mir mit der Sprache gut (FGD TN1 BE).»

In dieser Passage ist zwar nicht eindeutig, auf welchen Zeitpunkt sich die Teilnehmende bezieht – dennoch werden zentrale Aspekte sprachlicher und interaktiver Herausforderungen bei der Versorgungsnutzung deutlich. Es wird unterstrichen, dass der sprachliche Zugang als mühsam eingeordnet wird mit der Folge, dass das Gesundheitssystem als schwer durchschaubar perzipiert und erfahren wird. In Folge stellt die Teilnehmende verschiedene Ebenen des Wandels heraus. Dabei bleibt unklar, ob sich diese Veränderungen auf die Kursteilnahme oder zunehmende Sprachkenntnis beziehen bzw. ergänzen. Jedoch wird deutlich, dass es der Teilnehmenden aufgrund zunehmender Sprachkenntnis heute besser mit der hiesigen Gesundheitsversorgung geht. Sie verweist zeitlich auf verschiedene andere Aspekte, die ihr dabei neben der zunehmenden Sprachkenntnis geholfen haben. So gibt sie an, dass es zwar schwierig ist über Gefühle zu sprechen, dass sie diese aber heute selber aktiv anspricht. Sie zeigt auf diese Weise ihre eigene Entwicklung hin zu einem aktiveren Handeln als Patientin auf. Damit verbindet sie, dass sie heute alleine zu ihrer Ärztin geht und bestehende sprachliche Schwierigkeiten durch eine Zuhilfenahme digitaler Medien selbst managt. Während die bisherigen Zitate etwaigen Veränderungsprozess nicht explizit mit dem Kursprogramm in Verbindung bringen, verweist eine Kursleitende auf ihre eigenen Lernprozesse durch eine vorherige Teilnahme an Evivo:

«Ich habe von Evivo wirklich viel, viel gelernt. Wenn ich jetzt zum Arzt gehe, weiss ich, wie ich mit dem Arzt selber spreche, wie ich mich vorher vorbereite, die Symptome beobachte, ob sie sich verbessern oder verschlechtern. Das alles ist mir jetzt mehr bewusst. Ich gehe nicht mehr einfach und warte bis der Arzt mich fragt. Ich gehe zuerst mit meinen Fragen. Das hat mein Leben wirklich sehr beeinflusst (FGD KL1 BE).»

Hier wird eindrücklich auf den Wissenstransfer verwiesen, den Evivo leisten kann. Hiesiges Gesundheitswissen und -verhalten kann erworben und angeeignet werden, was chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund prinzipiell befähigen kann, sich wirksamer im als kompliziert wahrgenommenen Gesundheitssystem zu bewegen. Damit spiegelt das hier erhobene Datenmaterial ermächtigende Impulse (Empowerment) wider, die der Kurs zu setzen vermag, wie sie bereits in den vorherigen Untersuchungen erkennbar waren.

Am Standort in Zürich betonten die Teilnehmenden, eher «keine grossen Probleme mit Ärzten und Ärztinnen zu haben (FGD TN5 ZH)» bzw. «mit dem schweizerischen Gesundheitssystem keine Probleme gehabt zu haben (FGD TN6 ZH)». Allerdings strich eine Teilnehmerin heraus, dass der Kurs sie sensibilisiert hätte, sich zukünftig auf Arztgespräche vorzubereiten, was als positiver Beitrag für die Interaktion mit Fachpersonen im Gesundheitswesen interpretiert werden kann:

«In der Zukunft werde ich mich sehr wahrscheinlich schon für bestimmte Fragen vorbereiten...nicht so lange Fragen, einfach die Geschichte erzählen, kurz und bündig, um schneller auch vom Arzt Informationen zu bekommen. Dann hat der Arzt auch Zeit, um das zu beantworten. Vielleicht haben wir das schon gewusst, aber jetzt ist es noch bewusster. Wahrscheinlich wird das bei jedem noch ein bisschen was bringen (FGD TN1 ZH).»

Trotz wiederholtem Nachfragen seitens der Interviewerin weist das Datenmaterial kaum Hinweise zu Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen auf. Hingegen sprachen die Kursleitenden im Interview davon,

dass Teilnehmende die Sozialkompetenzen des hiesigen ärztlichen Personals im Kursverlauf relativ vehement kritisiert hätten:

«Das Thema Ärzte schien für Einzelne ein frustantes Thema zu sein — vielleicht konnten wir dazu einen Input geben, im Sinne, was wichtig ist, sind Gespräche. Da waren wir sehr über die Vehemenz bezüglich schwierigen Situationen mit Ärzten überrascht...Vielleicht konnten wir dort ein bisschen aufzeigen, worauf man achten muss beim Gespräch, vielleicht konnten sie sich da etwas mitnehmen...ich denke fast alle hatten noch das alte Bild von einem Hausarzt, der 24 Stunden erreichbar ist. Das hat sicher auch damit zu tun, dass sie mit diesen alten Strukturen aus Serbien, das anscheinend ein gutes Gesundheitssystem hatte, vertraut waren....Also, sie haben eigentlich die Sozialkompetenzen vom Arzt kritisiert im Sinne von einem Vergleich mit den ‚alten serbischen Hausärzten‘, die auch noch über Mittag und am Abend erreichbar waren. Ich denke, das sind unterschiedliche Erwartungen (Interview KL1 ZH).»

Kursleitende verwiesen damit auf mögliche soziokulturell geprägte Erwartungen an das Arzt-Patienten Verhältnis, die den Umgang mit Fachpersonal im Schweizer Gesundheitssystem für chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund herausfordernd gestalten könnten. Diese Aspekte können jedoch aufgrund der eingeschränkten Datenlage dieser projektbezogenen Studie nicht weiter ausgeleuchtet und diskutiert werden.

Ausgrenzungserfahrungen von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund

In diesem Abschnitt werden die vielschichtigen Ausgrenzungserfahrungen von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationserfahrung dargestellt. Ergänzt wird das Datenmaterial durch die Perspektiven der Fallporträts .

Wie alle Menschen, die mit chronischer Krankheit leben, können auch Menschen mit Migrationshintergrund durch die Krankheit ihr bisheriges Leben in der hiesigen Gesellschaft nicht wie zuvor weiterführen:

«Manchmal kann ich nicht lesen, nicht spazieren, weil die Schmerzen sehr stark sind. Ich kann nicht gut sehen und das ist dann so schwierig, auch mit den Kontakten (FGD TN1 BE).»

Aussagen wie diese schildern eindrücklich, wie *schwierig die gesellschaftliche Teilhabe aufgrund einer chronischen Krankheit* sein kann. Oftmals macht es die Krankheit schwer, das Haus zu verlassen, soziale Kontakte zu pflegen und/oder einer Arbeit nachzugehen.

Für Menschen mit Migrationshintergrund, die an einer chronischen Krankheit leiden, kommen weitere, *alltägliche Herausforderungen* dazu. So wurde die soziale Teilhabe durch die oftmals erfahrenen, sprachlichen Herausforderungen weiter erschwert. Wie diverse Zitate belegen, beeinträchtigen die sprachlichen Einschränkungen, v. a. zu Beginn des Einlebens in einem neuen Land, das Navigieren im hiesigen Gesundheitssystem. So wurden auch Gänge zu Ämtern, Behörden und Organisationen, die durch den Migrationsstatus häufiger anstehen, nicht nur durch die körperlichen Einschränkungen der Krankheit selbst erschwert, sondern vielfach durch den sprachlichen Zugang, wie folgendes Gespräch zwischen Teilnehmenden in Bern belegt:

TN1: «Es gibt viel Stress wegen vieler Papier und mit den Kindern.»

TN3: «Dann kommt die Angst.»

TN1: «Ich verstehe auch nicht alles Papier genau. So viele Termine.»

TN4: «Das kenne ich, auch weil ich mit meinen zwei Töchtern alleine war.»

TN1: «Es sind viele Termine und ich muss dann mit den Kindern hin und her.»

TN3: «Diesen Stress übernimmt mein Mann für mich.»

Exemplarisch wird dargelegt, wie beschwerlich alltägliche Gänge durch Krankheitsfolgen sein können und wie unverständlich das hiesige System aufgrund der eingeschränkten Sprachkenntnisse für Migranten und Migrantinnen erscheinen mag. Damit wird deutlich, wie wenig einerseits verstanden werden kann, andererseits dokumentieren die Zitate mit *welch negativen Gefühlen* diese Situationen erfahren

werden. Angst und Stress verdeutlichen, als wie bedrohlich und besorgniserregend diese Momente erlebt werden und welche Stressreaktionen diese auszulösen vermögen.

Gleichfalls wurde das Thema Arbeit aus unterschiedlichen Perspektiven thematisiert. Von Berner Teilnehmenden wurde teils angegeben, dass die chronische Krankheit das Wahrnehmen einer regelmässigen Arbeit erschwert:

«Ich habe nicht jeden Tag die Kraft...es wäre schwierig, wenn ich jeden meiner Chefin sagen müsste, dass ich gerade zu krank bin zum Arbeiten (FGD TN1 BE).»

Hier ist angedeutet, dass das Thematisieren einer chronischen Krankheit in der hiesigen leistungsorientierten Arbeitswelt ein Tabu ist, wie folgendes Zitat unterstreicht :

«Mittlerweile kann ich ohne Angst über meine Krankheit sprechen. Früher habe ich das nicht gekonnt. Jetzt macht mir nur noch meine Arbeitssuche Angst, denn wenn ich sage, dass ich krank bin, finde ich keine Arbeit. Daher sage ich es nicht (Fallporträt IV).»

Es ist zu lesen, dass das offene Ansprechen einer andauernden Erkrankung mit Ausgrenzung aus der Arbeitswelt gleichgesetzt wird. Das kann in Angst münden und zeigt, dass der perzipierte Ausschluss aus der Arbeitswelt als ein emotionales wie sozioökonomisches Risiko wahrgenommen wird. Zudem verwiesen einige Zürcher Teilnehmende auf ihr Glück, eine gute Anstellung gefunden zu haben und machten oftmals auf die schwierigen Arbeitsverhältnisse von Menschen mit Migrationshintergrund aufmerksam:

«Wir sind mit unterschiedlichen Arbeitsvoraussetzungen angekommen und hatten verschiedene Arbeit. Manche hatten Glück und sind in ihrem eigenen Beruf geblieben...andere mussten etwas anderes machen und sind sehr schwer und schnell krank geworden (FGD TN4 ZH).»

«Wir haben gearbeitet, viele Leute haben auch nicht viel verdient, aber irgendwie genug verdient für unser Leben im Alter (FGD TN8 ZH).»

Die Passagen zeigen auf, dass manche Migrantinnen und Migranten günstigere Voraussetzungen mitbrachten, um sich in die hiesige Arbeitswelt zu integrieren. Dieses Glück wird eher als fremdbestimmt und/oder reiner Zufall eingeordnet. Man vergleicht sich mit anderen, die vermeintlich Pech hatten. Diese waren vielmehr gezwungen, sich neu zu orientieren, anscheinend in oftmals schwierigen sozialen wie körperlichen Arbeitsverhältnissen, die mit einem geringeren sozialen Status und Krankheit in Verbindung gebracht werden.

Ein weiterer Ausgrenzungsprozess erscheint an der Schnittstelle eines *scheinbar ersichtlichen Migrationsstatus zu (nicht)sichtbarer Krankheitserfahrung und einhergehenden Ausgrenzungsprozessen und Diskriminierungserfahrungen*. So wurde beispielsweise folgendes in einem Interview beschrieben :

«Es gibt Migranten, die aufgrund ihrer Beschwerden mit der Krankheit nicht arbeiten gehen können. Und die Leute, wenn sie sie auf dem Sozialamt sehen, sagen: ‚Warum geht sie nicht arbeiten? Warum geht sie auf das Sozialamt?‘ Aber sie wissen nicht was diese Person hat. Aber sie sagen sofort: ‚Was macht sie?‘. Aber eine chronische Erkrankung – es gibt wirklich viele Sachen, Beschwerden, psychisch, körperlich – viel zu viel – wirklich (Interview Jalene).»

Das Zitat unterstreicht, wie Menschen mit Migrationshintergrund, deren Erkrankung mitunter für Aussenstehende nicht ersichtlich ist, stigmatisierende Prozesse erleben. Sie können den normativen Erwartungen an die Erwerbstätigkeit und Leistungsfähigkeit nicht gerecht werden – aber ohne für Dritte ersichtlichen Grund. Demgegenüber wird an anderer Stelle betont, wie sich Migrationshintergrund und ersichtliche Erkrankung bzw. hier das sozial abweichende Verhalten eines autistischen Kindes gegenseitig verstärken und zu mehrfachen Ausgrenzungserfahrungen beitragen können:

«Ich kann gar nicht beschreiben, wie ich mich manchmal mit meinem autistischen Kind in der Öffentlichkeit gefühlt habe. Heute lasse ich ihn einfach machen, weil ich weiss, dass es einfach dazugehört (Fallporträt III).»

Sowohl sichtbare wie unsichtbare Krankheitserfahrungen an der Schnittstelle zu sichtbarem Migrationskontext – so ist im vorangegangenen Zitat zu lesen – können zu vielfältigen sozialen Ausgrenzungserfahrungen in der hiesigen Gesellschaft führen, die wiederum emotional und gesundheitlich bedeutsam für

Menschen mit Migrationshintergrund sein mögen. So wird in den Fallporträts teils wiederholt auf die unterschiedlichen, vielfältigen Dimensionen von Diskriminierungs- und Stigmatisierungsprozessen wie des angesehen Werdens, aber des nicht wahrgenommen Werdens eingegangen[☞]. Entsprechend häufig wurde seitens Teilnehmenden die eingeschränkte soziale Teilhabe aufgrund andauernder Krankheit und Migrationshintergrund mit *Gefühlen des Alleinseins* in Verbindung gebracht[☞]. Gefühle des Alleinseins zeigten vielfältige und komplexe Aspekte: Einerseits wurde es mit einem ‚neu sein‘ in einem erstmal fremden Land verbunden, während Familienangehörige und Freunde im Heimatland zurückbleiben und ein hiesiges soziales Netzwerk fehlt. Andererseits wurde es mit den vielfältigen Einschränkungen durch die Krankheit bei bestehenden, begrenzten Sprachkenntnissen verknüpft, mit der Folge, dass Austauschmöglichkeiten mit anderen, auch mit dem Fachpersonal, eingeschränkt sind. Teilweise wird thematisiert, wie schwierig es dadurch sein kann, eine sinnstiftende Tages- und Lebensstruktur zu entwickeln:

«Als ich sehr krank war, habe ich sehr viel gestrickt und gehäkelt, weil lesen konnte ich nicht [aufgrund der Erkrankung]. Das war auch ein Handicap. Und da war ich auch noch ein bisschen depressiver. Aber zum Glück ist es auch vorbei (Fallporträt I).»

Hier wird deutlich, wie eng die vielfach erfahrenen Mehrfachausgrenzungen mit der psychischen Gesundheit von erkrankten Migranten und Migrantinnen verwoben sind. Es wurden über das Datenmaterial hinweg[☞] von Teilnehmenden *depressive Verstimmungen* angedeutet oder *eine Depression* explizit gemacht und mit Gefühlen des Alleinseins in Verbindung gebracht. Damit bleibt abschliessend noch darauf hinzuweisen, dass aus der Sicht von Berner Kursleitenden insbesondere erkrankte Frauen mit Migrationserfahrung von den vielfachen Ausgrenzungsprozessen betroffen sein mögen:

«Die meisten Frauen sind nur zu Hause und sprechen nicht viel Deutsch. Sie sind immerzu abhängig von den Männern und ich wollte sie unterstützen: Hey kommt, ich kann euch helfen (FGD KL1 BE).»

In diesem Textausschnitt klingt an, wie wichtig es sein mag chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund zu unterstützen, den privaten Raum zu verlassen und diese zu ermächtigen, sich in die hiesige Gesellschaft einbringen zu können[☞].

5 Resümee

An dieser Stelle der Analyse angekommen sollen die zentralen Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt hinsichtlich der Frage zusammengefasst werden, ob und wie die Zielgruppe – chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund – von der Adaption des Kursprogramms Evivo profitieren konnten. Das schliesst auch mögliche ermächtigende und integrative Impulse ein. Pointiert adressiert werden zudem die Ergebnisse der Umsetzung des Pilotprojekts sowie die vor Ort gemachten Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm.

Selbstmanagementförderung – substanzieller Beitrag zur Gesundheitskompetenz chronisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund

Die Ergebnisse zeigen, dass Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit das Potenzial hat, die Zielgruppe zu unterstützen und mehr Kontrolle über ihr Leben mit chronischer Krankheit im hiesigen soziokulturellen Kontext zu erlangen. Die Themenvielfalt des adaptierten Kursprogramms wurde insgesamt – trotz vereinzelter kritischer Stimmen – als motivierend und aktivierend erfahren, gesundheitsbewusster mit chronischer Krankheit zu leben. Gleichsam wertvoll wurde der Einsatz der interaktiven Methoden eingeordnet (v. a. Handlungsplan und Brainstorming zum Problemlösen). Am Pilotstandort Bern hat sich eindrücklich gezeigt, dass solche Methoden Teilnehmende befähigten, ihr Wissen in Alltagshandeln zu übersetzen. Ferner trugen die regelmässigen Wiederholungen zur Verinnerlichung von Selbstmanagementtechniken bei und zeigten einen wegweisenden Lerneffekt. Durch die damit verbundenen Erfolgserlebnisse, wie etwa das Erreichen von Zielen durch Handlungspläne, konnte ein Beitrag zum verbesserten Wohlbefinden geleistet werden. Das fortlaufende Einüben des Handlungsplans hat somit nicht nur die Wirkung der Kursthemen unterstützt. Zugleich konnte das erworbene Gesundheitswissen individuell auf den persönlichen Lebensalltag mit chronischer Krankheit im Schweizerischen Kontext adaptiert werden. Hier deutet sich an, dass chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund durch Evivo unterstützt werden können, ihren persönlichen Weg gemäss ihrem soziokulturellen Hintergrund im hiesigen Kontext auszuloten. Darüber hinaus hat sich erneut gezeigt, wie angeeignete Selbstmanagementkompetenzen in das engere soziale Umfeld hineingetragen und dort weitergegeben wurden. Es lässt sich vermuten, dass das Kursprogramm auch über individuellen Verhaltensänderungen hinaus im persönlichen Netzwerk Wirkung entfaltet. Des Weiteren legen die Ergebnisse nahe, dass Gesundheitswissen zum Schweizer Kontext durch den Kurs vermittelt wird, wie z. B. anhand des Erlernens neuer Wörtern aufgezeigt wurde. So konnten Teilnehmende ermächtigt werden, eine aktivere Rolle im Umgang mit Fachpersonen einzunehmen. In der Summe legen diese Erkenntnisse und Erfahrungen nahe, dass Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit in Form von Evivo einen Beitrag zu leisten vermag, die Gesundheitskompetenz von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund zu fördern, da über basales Gesundheitswissen hinaus deren Motivation und Kompetenzen adressiert werden.

Peer-Ansatz – Impulse für Empowerment und Integration der Zielgruppe

Erneut hat sich gezeigt, dass der Peer- und Rollenmodellansatz ein zentrales und verbindendes Element bei Evivo ist. Der damit assoziierte Austausch gelebter Erfahrung an der Schnittstelle von chronischer Krankheit und Migration konnte v. a. am Pilotstandort Bern einen positiven Beitrag für Kursteilnehmende zum Umgang mit chronischer Krankheit und Migrationserfahrung leisten. Die vorliegenden Ergebnisse belegen, dass durch den vertrauensvollen Austausch gelebter Migrations- und Krankheitserfahrungen im als geschützt erlebten Kurskontext das Gefühl gegenseitiger Wertschätzung, echten Verständnisses aber auch gelebten Wissens vermittelt werden konnte. Diese Öffnungs- und Austauschprozesse wurden zudem als Weg aus erlebter Einsamkeit wahrgenommen. Solch positive Erlebnisse waren für etliche Kursteilnehmende eine neue Erfahrung und zeitgleich ein Kontrast zu den Ausgrenzungssituationen ausserhalb des geschützten Kursrahmens. Durch die mit dem Peer- und Rollenmodellansatz verbundenen Relativierungs- und Normalisierungsprozesse konnten diese negativen Erfahrungen und Herausforderungen relativiert und gemeinsam mit der Gruppe neue Handlungsstrategien formuliert werden. Diese ermöglichten der Zielgruppe mitunter neue Perspektiven auf die eigene Krankheits- und Migrationserfahrung, wodurch wiederum Impulse zur Ermächtigung und Integration gesetzt werden konnten. Die im Kurs erlebte Gleichwertigkeit und Gegenseitigkeit hinsichtlich Krankheitserfahrung und -umgang könnten so

auch einen Gegenpol geschaffen haben zu den oftmals als schwierig empfunden asymmetrischen Arzt-Patienten-Interaktionen. Zudem haben die interaktiven Kurselemente ein Gefühl der Gemeinschaft erzeugt, das von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund als wertvoll angesehen wurde, um die oftmals als schwierig erlebte soziale Isolation zu überwinden. Die Ergebnisse verdeutlichen insofern die zentrale Bedeutung der Kursleitungen aber auch der Gruppe an sich als Rollenmodelle zu Krankheits- und Migrationserfahrungen. Gerade die Funktion der Kursleitungen wurde von den Teilnehmenden wiederholt als unterstützend und motivierend herausgestellt, um sich einzubringen und gesundheitsbewusst handeln zu können.

Kursorganisation und -umsetzung – bedürfnisgeleitet und flexibel agieren

Die Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm zeigen, dass es die Zielgruppe erreichen kann und die vereinfachte Kursversion in sich funktioniert, insbesondere, wenn die Teilnehmenden bedürfnisorientiert über persönliche Netzwerke von Kursleitungen mit Migrationshintergrund und/oder Schlüsselpersonen rekrutiert werden. Dieser Rekrutierungsansatz ist für die hier im Mittelpunkt stehende Zielgruppe zu präferieren, um zu gewährleisten, dass Evivo bereits vorhandene Angebote sinnvoll ergänzt und die Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigt werden. Zugleich hat sich gezeigt, dass eine Heterogenität innerhalb der Kursgruppe anzustreben ist, um eine vertrauensvolle Kursatmosphäre zu schaffen, mit der die gewünschten Impulse von gegenseitigem Verständnis gesetzt werden können. Vor allem Kursleitende mit persönlicher Krankheitserfahrung und Migrationshintergrund können Sprach- und Verständnisbarrieren bei der Kurssprache Schriftdeutsch für Teilnehmende unterschiedlicher Herkunft reduzieren und gleichzeitig Impulse zur Integration und Ermächtigung geben (doppelte Peer-Rolle). Um ausreichende Deutschkenntnisse bei Kursleitungen zu gewährleisten, die das Kursprogramm Menschen mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen vermitteln können, kann die gestaffelte Ausbildung zur Kursleitung mit anschließendem Update-Training für das adaptierte Kursprogramm als wertvoll angesehen werden. Das Update-Training von Kurskoordinierenden und Kursleitenden zum adaptierten Kursprogramm hat sich als sinnvoll erwiesen und sollte beibehalten werden. Es könnte aber um transkulturelle Themen erweitert werden, um Kurskoordinierende und Kursleitende zu befähigen, auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst und situationsgerecht reagieren zu können (Pfluger, Biedermann, & Salis Gross, 2009). Das kann sowohl bei der Kursorganisation als auch der Kursumsetzung hilfreich sein, um bspw. mit der höheren Fluktuation von Kursteilnehmenden umzugehen, die auch aus den regulären Kursen mit Menschen mit Migrationshintergrund berichtet werden. Auch wenn Kursdynamiken im Vergleich zum regulären Kursablauf mitunter chaotischer anmuten mögen, wie auch im vorliegenden Pilot, können dennoch wertvolle gesundheitsfördernde und ermächtigende Impulse gesetzt werden (Greenhalgh, Collard, & Begum, 2005).

Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm – Sprachbarrieren zum Trotz

Die Erkenntnisse aus den Pilotkursen mit der angepassten Evivo Version zeigen ferner, dass die Adaption des Kursprogramms geschätzt wurde, auch wenn die Abänderungen auf den ersten Blick subtil wirken mögen. Die multiplen Anpassungen haben sich sowohl während der Kursvorbereitung als auch im Kursgeschehen bemerkbar gemacht und wurden geschätzt. Die Kursleitungen hoben v. a. die sprachlichen Vereinfachungen der Flipcharts hervor, betonten aber zugleich, dass weitere Vermittlungsarbeit erforderlich ist, um sicherzustellen, dass Teilnehmende mit Migrationshintergrund die Kursinhalte und -themen verstehen würden. Während Kursleitende mit Migrationshintergrund die Vermittlungsarbeit problemlos leisteten, forderten interessanterweise Schweizerische Kursleitungen ohne Migrationshintergrund mehr Unterstützung beim Vermitteln der Kursinhalte durch weitere Vereinfachungen des Programms ein. Dies verweist auf ein nach wie vor bestehendes sprachliches Vereinfachungspotential beim Kursmaterial und -ablauf hin, was bspw. durch Visualisierung zentraler Kurselemente, die gewünschten Handouts oder einer zusätzlichen Bearbeitung des Kursmanuals bezogen auf leichte Sprache erzielt werden könnte. Zugleich gilt es nochmals die Bedeutung des Rollenmodellcharakters von Kursleitenden mit Migrationshintergrund zu betonen. In ihrer doppelten Peer-Funktion schien es ihnen möglich zu sein, Sprachhemmnisse und -ängste von Teilnehmenden zu reduzieren, Sprach- sowie Kontextwissen zu vermitteln und so ermächtigende und integrierende Impulse zu setzen. Insgesamt wurde die Sprache Schriftdeutsch von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund sehr geschätzt.

Zwischen standardisiertem Programm und transkultureller Öffnung – Chancen und Grenzen

Bei der Adaption wurden sowohl die Prinzipien eines standardisierten Selbstmanagementangebots als auch die Bedürfnisse und Bedarfe von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt. Bereits in der Identifikationsphase hat sich gezeigt, dass bestehende Kursthemen und -inhalte en gros von der Zielgruppe als relevant eingeschätzt wurden. Die Ergebnisse beider Pilotkurse bestätigen diesen Eindruck, da die Themenpalette und Kursinhalte insgesamt als wertvoll eingeordnet wurden, auch wenn vereinzelt ein schulischer Charakter angemerkt oder eine thematische Vertiefung einzelner Themen gewünscht wurde – beides Aspekte, die aus der bisherigen Erfahrung mit Evivo bekannt sind. Weitaus wichtiger für die transkulturelle Öffnung des standardisierten Programms war dessen Prämisse, dass Menschen mit chronischen Krankheiten sich ähnlichen Bewältigungsherausforderungen im Alltag gegenübersehen. Diesbezüglich verdeutlichen die vorliegenden Ergebnisse, dass (chronisch erkrankte) Menschen mit Migrationshintergrund trotz einer eventuellen Heterogenität in der Gruppe ähnlich gelagerte Erfahrungen von Ausgrenzung im hiesigen (Gesundheits-)Kontext machen. Hier vermag der Kurs in mehrfacher Hinsicht ermächtigende und integrative Impulse zu setzen, da er sich an der Schnittstelle des Erlebens chronischer Krankheit und Migration eine Gemeinschaftserfahrung als wirkmächtig erweist. Dies wurde v. a. durch den Peer-Ansatz von Evivo ermöglicht, der als Bindeglied zum transkulturellen Ansatz gesehen werden kann, welcher nicht auf Unterschiede sondern auf Gemeinsamkeiten von Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern fokussiert (Pfluger et al., 2009). Gleichzeitig gilt es etwaige Grenzen einer transkulturellen Öffnung des Programms im Blick zu behalten, die sich bspw. in der differenten Haltung gegenüber dem Thema Sexualität abzeichnen. Sexualität wird in regulären Evivo Kursen vergleichsweise implizit adressiert, z. B. in einem optionalen Rollenspiel zur Kommunikation, was von Kursleitenden oftmals bewusst weggelassen wird. In der Summe verwundert dies nicht, da Sexualität und chronische Krankheit im Gesundheitskontext en gros nur zögerlich angegangen wird, wie Erkenntnisse aus den USA zeigen (Morof Lupkin & Larsen, 2013). Als Stärke des adaptierten Programms ist ferner zu betonen, dass es trotz aller Standardisierung das Sprechen und Vermitteln von Inhalten in eigenen Worten mehrheitlich erwünscht und gezielt gefördert wird. Nur an wenigen Stellen wird im Kursmanual vorgegeben, etwas wortwörtlich wiederzugeben. Dies gibt den Kursleitungen einen Freiraum, die individuellen Bedürfnisse und Lebenswelten von Teilnehmenden mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen und situativ eine angepasste Vermittlungsweise des Manuals abzuleiten. Eben dies wurde von Kursleitungen als wertvoll und zentral bei der Umsetzung des adaptierten Programms eingeschätzt. Somit scheint die Vereinfachung und Kürzung des Programms trotz ihres vermeintlich subtilen Charakters einen zentralen Mehrwert für Teilnehmende aufzuweisen. Diese Schlussfolgerung stützt ferner, dass auch Teilnehmende aus regulären Kursen das Programm vereinzelt als straff und beengt empfinden, während im vorliegenden Datenmaterial aus Perspektive der Teilnehmenden hierzu kaum Hinweise zu finden waren. Mithilfe der Abänderungen und Vereinfachungen konnten offenbar Zeitersparnisse erzielt werden, die – wie anvisiert – den Austausch- und Klärungsprozessen zu Gute kamen. Hier offenbart sich nochmals das Potential der Adaption des Kurses, welches durch die noch ausstehende Visualisierung von Inhalten und Vereinfachung per Handouts für jeden Kurstag weiter ausgebaut werden könnte. Ebenfalls zu prüfen sind einige Übungen, die als schwer zu vermitteln eingeschätzt wurden, obwohl sie aus Teilnehmenden-Sicht als wertvolle Erfahrungen eingestuft wurden.

Chancen und Grenzen

Abschliessend sei darauf hingewiesen, dass die vorliegenden Erkenntnisse vor dem Hintergrund folgender Chancen und Grenzen zu interpretieren sind:

- Die Adaption des Kursprogramms erfolgte partizipativ, schrittweise und gemeinsam mit der Zielgruppe, d. h. chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund. Über das Pilotprojekt hinweg wurde die partizipative Einbindung der Zielgruppe von allen Beteiligten als äusserst positiv eingeschätzt und erlebt. Neben der dadurch gesicherten Erhebung von Bedürfnissen der Zielgruppe erzielte deren Einbindung den Eindruck gegenseitiger Wertschätzung und des Einbezogen-Werdens in Gestaltungsprozesse im Gesundheitswesen. Gemessen an den relativ engen zeitlichen und finanziellen Projektressourcen konnte Partizipation in hohem Masse umgesetzt werden. Allerdings konnten aus forschungs- und förderungspragmatischen Gründen Adaptions-

prozess teils weniger systematisch gestaltet werden als angestrebt (z. B. in Form von eRating-Verfahren oder Konsensus-Veranstaltungen, wie sie aktuell bei ähnlichen Pilotvorhaben zu Selbstmanagementinterventionen eingesetzt werden).¹⁶

- Am Pilotstandort Zürich zeigte sich eine eher bedarfsgeleitete Rekrutierung von Kursteilnehmenden, die auch darauf zurückgeführt werden kann, dass das Projekt hier in einem relativ engen Zeitfenster aufgrund vorheriger Verzögerungen im Projektablauf realisiert werden musste. Dies mag Einfluss auf eine vermeintlich eingeschränkte Kurswirkung bei den Teilnehmenden hinsichtlich der Förderung ihres Selbstmanagements genommen haben.
- Aufgrund des Pilotcharakters und des ressourcenbedingt gewählten Studiendesigns können keine Aussagen zur Wirksamkeit des adaptierten Kursprogramms getroffen werden. Die Auswahl des Samples basierte auf einer Gelegenheitsstichprobe, die auch wegen der kleinen Anzahl an Teilnehmenden keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt. Allerdings konnten mithilfe der erhobenen Daten und analysierten Ergebnisse vertiefte Einblicke in die unterschiedlich gelagerten Perspektiven und Erfahrungen mit dem adaptierten Kursprogramm gewonnen werden. Neben der Nutzerperspektive wurde bei diesem Pilotprojekt erstmalig die Perspektive von Kurskoordinierenden und -leitenden zu Evivo erfasst. Dadurch konnte eine weitere Annäherung an ein vertieftes Verständnis der Chancen und Grenzen des angepassten Kursprogramms aber auch Evivo an sich erzielt werden, das perspektivisch durch weitere Studien und Analysen ausgebaut werden kann und sollte.
- Aufgrund der für dieses Projekt zur Verfügung stehenden Ressourcen musste ein pragmatischer Zugang gewählt werden, der Verzerrungen der Daten nicht ausschliesst, da z. B. die Perspektive von Menschen nicht systematisch erfasst werden konnte, die nicht am Kurs teilnahmen oder diesen abgebrochen hatten (follow-up der drop-outs). Andererseits nahmen aufgrund der eher bedarfsgeleiteten Rekrutierung am Standort Zürich durchaus Personen am Kurs teil, die diesem eher kritisch gegenüberstanden und dies auch im Gruppengespräch zum Ausdruck brachten.
- Die Datenerhebung fand nahezu unmittelbar nach Abschluss der Kurse am jeweiligen Kursstandort statt. Längerfristige Veränderungsprozesse konnten nicht erfasst werden. Allerdings liefern sowohl Kursleitende als auch Fallporträts Hinweise, dass chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund längerfristig einen Mehrwert durch die Kursteilnahme erfahren, z. B. mit Blick auf die Bewältigung chronischer Krankheit im Alltag und sozialen Umfeld.
- Ferner ist zu erwähnen, dass beim Gruppengespräch mit Kursteilnehmenden am Pilotstandort Bern Kursleitungen anwesend waren, was möglicherweise die Teilnehmenden dahingehend beeinflusst hat, sich weniger kritisch gegenüber dem Kurs und dessen Ablauf zu äussern. Andererseits kann die eher bedarfsgeleitete Rekrutierung am Pilotstandort Zürich die Gruppendiskussion insofern beeinflusst haben, dass mehr kritische Stimmen als üblich laut wurden. Auch waren hier die Kursleitenden nicht während des Gesprächs zugegen, was einer kritischeren Auseinandersetzung mit dem adaptierten Kursprogramm zuträglich gewesen sein mag. Hinzu kommt, dass – bedingt durch die Fluktuation am Kursstandort Zürich – hier Personen anwesend waren, die lediglich an ein oder zwei Kurstagen zugegen gewesen sind und mit den Inhalten des Kurses nicht vollumfassend vertraut waren. Dies kann an diesem Standort die Ergebnisse ebenfalls beeinflusst haben, zumal sich die rekrutierten Teilnehmenden aufgrund der Teilnahme am AltuM-Kurs bereits mit Gesundheits- und Präventionsthemen auseinandergesetzt haben, was eine eher eingeschränkte Kurswirkung vermuten lässt.
- Verzerrungen der Ergebnisse könnten auch auf die sprachliche Komplexität des Datenmaterials zurückzuführen sein. Die Transkriptionen der Interviews und Gruppendiskussionen waren bedingt durch die Sprachkenntnisse der jeweils interviewten Personen anspruchsvoll für die Interpretation der Daten. Dies kann Einfluss darauf genommen haben, dass die inhaltliche und thematische

¹⁶ Siehe hierzu den partizipativen Ansatz in der COSS-Studie, um ein krebsspezifisches Selbstmanagementprogramm mithilfe von Evivo für Frauen mit Brustkrebs in der Schweiz zu entwickeln: <https://blog.careum.ch/self-management-breast-cancer/> (Zugriff 25. April 2017).

Tiefe nicht an diejenige solcher Interviews heranreicht, die in der Muttersprache geführt werden, was die Ergebnisse vermeintlich knapper erscheinen lässt. Um dem zu begegnen, wurde bereits bei der Datenerhebung im Interviewverlauf wiederholt zusammengefasst und nachgefragt, um sicherzustellen, dass Aussagen der interviewten Personen verstanden worden waren im Sinne eines on-spot member-checks; auch die bei der Datenerhebung verfassten Memos wurden bei der Analyse zur Qualitätssicherung der Daten hinzugezogen (Shenton, 2004).

6 Ausblick

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Ausführungen werden abschliessend einige Überlegungen und Schlussfolgerungen zur Bedeutung der erzielten Befunde in gesundheitspolitischer, versorgungspraktischer und wissenschaftlicher Hinsicht aufgeführt.

Gesundheitspolitische Relevanz der Erkenntnisse

Vor dem Hintergrund der Ziele gegenwärtiger gesundheitspolitischer Strategien (Migration und Gesundheit seit 2007; NCD Strategie 2014-2017) weisen die Erkenntnisse aus dem vorliegenden Pilotvorhaben auf den Mehrwert von Evivo hin, mit dem die Gesundheitskompetenz chronisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund durch Selbstmanagementförderung gestärkt werden kann. Mit einer weiteren Optimierung und anschliessender Ausweitung des zielgruppenspezifischen Angebots könnte ein substanzieller Beitrag zur gesundheitlichen und sozialen Chancengleichheit geleistet werden. Die Teilnahme wurde als etwas Besonderes erlebt. Auch stiessen die Kurse mehrheitlich auf positive Resonanz. Dies legt nahe, dass bezüglich Selbstmanagementförderung mit Peer-Ansatz für chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz eine Leerstelle zu existieren scheint. Da gesundheitsförderliche Bildungsmassnahmen für vulnerable Gruppen ein erklärtes gesundheitspolitisches Ziel der aktuellen NCD-Strategie 2014-2017 sind, besteht ein offensichtlicher und bereits erkannter Handlungsbedarf. Die vorliegenden Erkenntnisse unterstreichen das Potenzial von Evivo (in regulärer bzw. adaptierter Fassung), hier einen Beitrag zu leisten. So kann das adaptierte und sprachlich vereinfachte Programm in seiner jetzigen Form auch anderen Bevölkerungsgruppen zugänglich gemacht werden, die in ihrer Gesundheitskompetenz bspw. aufgrund unzureichender Schreib- und Lesefähigkeiten eingeschränkt sind. Da niedrige Lesekompetenz und bildungsfernes Milieu häufig mit begrenzter Gesundheitskompetenz einhergehen und sich dies wiederum negativ auf die Gesundheit auswirkt, kann ein leichtes und verständliches Selbstmanagementangebot wie der nun in ersten Zügen optimierte Evivo Kurs auch dieser Zielgruppe zu Gute kommen (Kickbusch, Pelikan, Haslbeck, Apfel, & Tsouros, 2016). Bei einer schweizweiten Ausweitung könnte somit eine versorgungspraktische Massnahme verwirklicht werden, mit der ein Beitrag zur Zielerreichung der gesundheitspolitischen Prioritäten in «Gesundheit 2020» geleistet werden kann, nämlich Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement in der Bevölkerung und damit ihre Autonomie im Gesundheitssystem zu stärken (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Dazu gilt es weitere Förderungs- und Finanzierungsmöglichkeiten für diesen Ansatz der Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit auszuloten und zu gewährleisten, um dessen Nachhaltigkeit zu sichern. Dies erfordert allerdings neben der Bearbeitung noch offener Adaptionserfordernisse auch eine breitere Umsetzung des (regulären) Evivo-Angebots sowie eine weitere Auslotung der Wirksamkeit des Ansatzes.

Versorgungspraktischer Nutzen und Potenziale

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen nicht nur, dass trotz des existierenden, umfangreichen Schweizer Kursangebots für Menschen mit Migrationshintergrund ein bestehender Bedarf an einem Selbstmanagementprogramm vorhanden ist, dass sich an chronisch erkrankte Personen dieser Zielgruppe richtet. Zugleich verdeutlichen die Befunde, dass Evivo das Potenzial hat, eben diese Lücke versorgungspraktisch zu schliessen sowie mithilfe seiner Gesundheitsthemen, des Peer-Ansatzes und der Gruppenprozesse Integrationsimpulse zu setzen. Damit könnte das Kursprogramm einen gesellschaftlichen Mehrwert für die Bevölkerungsgesundheit schaffen. Um dieses Potenzial weiter entfalten zu können, gilt es für Evivo den Charakter eines Gratis- bzw. niedrigschwiligen Gesundheitsangebots aufrechtzuerhalten. Mit Blick auf bildungsferne und sozioökonomisch benachteiligte Gruppen zeigen die vorlie-

genden Befunde, dass per Gratis-Angebot der Zielgruppe nicht nur der Zugang zu Versorgungsleistungen eröffnet wird. Vielmehr erleben Menschen mit Migrationshintergrund ein kostengünstiges bzw. -freies Angebot zugleich als gesellschaftliche Wertschätzung und Unterstützung, wie dies von den beteiligten Frauen mit Migrationshintergrund geäußert wurde. Da aktuell der Aufwand¹⁷ für on, -rekrutierung und -durchführung ausschliesslich bei Mitgliedern des Vereins Evivo Netzwerk liegt, braucht es weitere Fördermöglichkeiten, um im Sinne der Kostendeckung diesen einmaligen Zugang für gesundheitlich benachteiligte Gruppen nicht nur aufrechterhalten sondern weiter ausbauen zu können. Ausserdem sollte im Dialog mit anderen Stakeholdern im Gesundheitswesen wie dem Schweizer Roten Kreuz ausgelotet werden, wie Evivo sinnvoll und nachhaltig mit bestehenden Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund verschränkt werden kann. Auch hier empfiehlt es sich, partizipativ vorzugehen und die anvisierte Zielgruppe bei der Implementation zu beteiligen, um u. a. zu vermeiden, dass sich die unterschiedlichen Ansätze gegenseitig konkurrenzieren. Ziel sollte vielmehr sein, dass sie sich sinnvoll ergänzen. Letzteres dürfte v. a. angesichts der oftmals als schwer charakterisierten Erreichbarkeit von chronisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund erforderlich sein. Die im vorliegenden Projekt gebündelten Erfahrungen an den beiden Pilotstandorten zeigen, dass es je nach Setting und Kontext unterschiedlich gelagerte Strategien braucht, aber v. a. die Beteiligung von Schlüsselpersonen mit Migrationsbezug erforderlich ist, um Evivo der Zielgruppe nahe zu bringen. Hier scheint die Rekrutierung über das Netzwerk von Schlüsselpersonen und/oder Kursleitende mit Migrationshintergrund vielversprechend, um potenzielle Kursteilnehmende zu gewinnen und eine Heterogenität der Gruppe sicherzustellen. Gleichwohl sei nochmals betont, dass die Befunde weiteren Anpassungsbedarf verdeutlichen, um das Programm der Zielgruppe besser nahebringen und es im Migrationskontext umsetzen zu können: u. a. die erwähnte Vereinfachung der Kursmaterialien (einschliesslich Handouts, Visualisierungen und Überarbeitung in leichte Sprache), Entwicklung zielgruppenspezifischer Kursinformationen und Inhalte für einen Informationstag oder Etablierung transkultureller Inhalte in Evivo Kursleitungs- und Update-Trainings.

Forschungsbedarf zu Selbstmanagementförderung mit Evivo

Das Pilotprojekt liefert Hinweise, dass Evivo als ein in der lokalen Sprache des Gastgeberlandes angebotenes Selbstmanagementprogramm sich positiv auf die Förderung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements von Menschen mit Migrationshintergrund auswirken und zugleich Integrationsimpulse setzen kann, insbesondere wenn es auf einem Peer-Ansatz basiert. Der damit assoziierte Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit wurde deutlich. Gleichwohl sind diese positiven Hinweise angesichts der Grenzen des vorliegenden Pilotprojekts (z. B. in methodischer Hinsicht) mit Vorsicht zu interpretieren und es bedarf weiterer Untersuchungen. Deren Fokus sollte v. a. auf dem Nachweis der Wirksamkeit des regulären wie adaptierten Kursprogramms hinsichtlich Versorgungsnutzung, Krankheitsbewältigung und dem Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz liegen. Ferner sollten die Effekte von Evivo bei unterschiedlichen Zielgruppen (z. B. bildungsfernen Gruppen) und in verschiedenen Settings näher ausgeleuchtet werden. Zwar konnten mit der vorliegenden Untersuchung erste Erkenntnisse zu den Erfahrungen von Evivo Kursleitungen mit und ohne Migrationshintergrund generiert werden, aber auch hier sind weitere Studien wünschenswert, um bspw. Zusammenhänge des Peer-Ansatzes mit Gesundheitskompetenzförderung besser zu verstehen und den individuellen sowie kollektiv-sozialen Nutzen der Kursleitungstätigkeit weiter auszuloten. Schlussendlich liegen auch international bisher nur vereinzelt wissenschaftliche Erkenntnisse zu den sozialen Auswirkungen des Stanford-Programms im Alltag und beruflichen Umfeld von Menschen mit chronischer Krankheit vor (Expert Patients Programme, 2011). Hier bedarf es weiterer Forschung, um sowohl im Schweizer Setting als auch im Migrationskontext die Wirkung, den Mehrwert aber auch die Grenzen von Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit auszu-leuchten.

¹⁷ Gemäss Kalkulationen des Vereins Evivo Netzwerk bewegt sich der Aufwand pro Kurs zwischen CHF 5'000 und CHF 7'500.

7 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft BASS ZHAW ISPM M.I.S TREND. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz (Schlussbericht)* (Report). Bern.
- Aujoulat, I., D'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13–20.
- BAG. (2007). *Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013)* (Report). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- BAG. (2012). *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz 2010* (Report). Bern: Bundesamt für Gesundheit. Retrieved from http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00572/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCKe3x2e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
- Bate, P., & Robert, G. (2006). Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Qual Saf Health Care*, 15(5), 307–310. Journal Article. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527>
- Brady, T. J., Murphy, L., O'Colmain, B. J., Beauchesne, D., Daniels, B., Greenberg, M., ... Chervin, D. (2013). A meta-analysis of health status, health behaviors, and healthcare utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Preventing Chronic Disease*, 10, 120112. Journal Article. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120112>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Retrieved from http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCLdlF4gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
- Burke, J. G., O'Campo, P., Peak, G. L., Gielen, A. C., McDonnell, K. A., & Trochim, W. M. (2005). An introduction to concept mapping as a participatory public health research method. *Qualitative Health Research*, 15(10), 1392–1410. Journal Article. <https://doi.org/10.1177/1049732305278876>
- Camenzind, P., & Wiedenmayer, G. (2016). *Gesundheitsverhalten in der Schweiz – sozioökonomische und kulturelle Unterschiede unter der Lupe*. Neuchâtel. Retrieved from http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-02_d.pdf
- Carmann, M., & Schulte-Derne, M. (2008). Das Commitometer – Ein Tool zur Entscheidungsfindung in Teams. *Profile. Internationale Zeitschrift Für Veränderung, Lernen, Dialog*, 16(8), 95–101.
- Ehrlich, C., Kendall, E., Parekh, S., & Walters, C. (2016). The impact of culturally responsive self-management interventions on health outcomes for minority populations: A systematic review. *Chronic Illness*, 12(1), 41–57. <https://doi.org/10.1177/1742395315587764>
- Eidgenössisches Department des Inneren EDI. (2016). *Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie)*. Bern. Retrieved from <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de>
- Expert Patients Programme. (2011). *Healthy lives equal healthy communities – the social impact of self-management* (Report). London: EPP CIC.
- gfs.bern. (2016). *Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015". Schlussbericht*. Bern.
- Greenhalgh, T., Collard, A., & Begum, N. (2005). Sharing stories: complex intervention for diabetes education in minority ethnic groups who do not speak English. *Bmj*, 330(7492), 628. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7492.628>
- Haslbeck, J. (2012). Selbstmanagementförderung. Empowerment zu gesundheitsbewusstem Leben mit chronischer Krankheit am Beispiel von Evivo. *Care Management*, 5(1), 23–26. Journal Article.
- Haslbeck, J. (2016). Experten aus Erfahrung. Peers, chronische Krankheit und Selbstmanagementförderung. *Padua*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000295>
- Haslbeck, J., & Schaeffer, D. (2007). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege*, 20(2), 82–92. Journal Article. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.20.2.82>
- Haslbeck, J., Schuhmacher, S., Gabriel, E., Klein, M., & Salis Gross, C. (2014). *Erfahrungen mit Evivo aus der Nutzerperspektive*. Zürich.

- Haslbeck, J., Zanoni, S., Hartung, U., Klein, M., Gabriel, E., Eicher, M., & Schulz, P. (2015). Introducing the Chronic Disease Self-Management Program in Switzerland and German-speaking countries: findings from a multiple methods study. *BMC Health Serv Res*, *15*, 576. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1251-z>
- Horn, A., Vogt, D., Messer, M., & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. Ergebnisse einer qualitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *58*(6), 577–583. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2147-0>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Haslbeck, J., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2016). Gesundheitskompetenz: Die Fakten. Zürich. Retrieved from http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf
- Lorig, K. R., Holman, H., Sobel, D. S., Laurent, D., Gonzales, V. M., & Minor, M. (2013). *Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben*. Book, Zürich: Careum Verlag.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr., B. W., Bandura, A., ... Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, *39*(11), 1217–1223. Journal Article.
- Moreau-Gruet, F., & Luyet, S. (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen. *OBSAN Bulletin, Moreau-Gruet*(1), 1–4.
- Morof Lupkin, I., & Larsen, P. D. (Eds.). (2013). *Chronic Illness. Impact and Interventions* (13th ed.). Burlington US: Jones & Bartlett Learning.
- Newbould, J., Taylor, D., & Bury, M. (2006). Lay-led self-management in chronic illness: a review of the evidence. *Chronic Illness*, *2*(4), 249–261. Journal Article. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=17212872
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*, *364*(9444), 1523–1537. Journal Article. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15500899
- Pelz, C., Schmitt, A., & Meis, M. (2004). Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, *5*(2), Art. 35. Journal Article.
- Pfluger, T., Biedermann, A., & Salis Gross, C. (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen*. Retrieved from <http://www.public-health-services.ch/attachments/content/transpraev-synthesebericht.pdf>
- Quenzel, G., Vogt, D., & Schaeffer, D. (2016). Unterschiede der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen mit niedriger Bildung, Älteren und Menschen mit Migrationshintergrund. *Das Gesundheitswesen*, *78*(11), 708–710. <https://doi.org/10.1055/s-0042-113605>
- Razum, O., Karrasch, L., & Spallek, J. (2015). Migration. Eine vernachlässigte Dimension gesundheitlicher Ungleichheit? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *59*(2), 259–65. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2286-3>
- Rogers, A. (2009). Advancing the Expert Patient? *Primary Health Care Research & Development*, *10*(3), 167. <https://doi.org/10.1017/S1463423609001194>
- Rommel, A., Saß, A. C., Born, S., & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *58*(6), 543–52. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2145-2>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen*. (M. Diebold, I. Kickbusch, F. Paccaud, & T. Zeltner, Eds.) (Schweizeri). Bern: Hogrefe Verlag.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, *22*, 63–75.
- Sidhu, M. S., Gale, N. K., Gill, P., Marshall, T., & Jolly, K. (2015). A critique of the design, implementation, and delivery of a culturally-tailored self-management education intervention: a qualitative evaluation. *BMC Health Services Research*, *15*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0712-8>
- Sobel, D. S., Lorig, K., & Hobbs, M. (2002). Chronic Disease Self-Management Program: From Development to Dissemination. *The Permanente Journal*, *6*(2), 15–22. Journal Article. Retrieved from <http://xnet.kp.org/permanentejournal/spring02/selfmanage.pdf>

- Spence, M., Nagatani, A., & Koehn, S. (2010). *Self-management support for ethnocultural minority older adults*. Vancouver. Retrieved from http://www.centreforhealthyaging.ca/documents/Final-EMOA_CDSMS_Annotated_Biblio.pdf
- Trochim, W., & Kane, M. (2005). Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(3), 187–191. Journal Article. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi038>
- Warsi, A., Wang, P. S., LaValley, M. P., Avorn, J., & Solomon, D. H. (2004). Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 164(15), 1641–1649. Journal Article. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15302634
- WHO Regionalbüro für Europa. (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. (I. Kickbusch, J. M. Pelikan, J. Haslbeck, F. Apfel, & A. D. Tsouros, Eds.). Zürich: Kompetenzzentrum Patientenbildung, Careum Stiftung.
- Zanoni, S., Gabriel, E., Salis Gross, C., Deppeler, M., & Haslbeck, J. (2016). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit für Menschen mit Migrationshintergrund – ein Gruppenkurs mit Peer-Ansatz als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-108580>

8 Anhang

(Interviewleitfäden siehe nachfolgende Seiten)

Leitfäden (Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews)

Leitfäden – Erhebung Pilotstandort Bern

Fokusgruppendifkussion mit Teilnehmerinnen zu «Erfahrungen mit Evivo Migration»

Bern, Juni 2016

<p>Vorstellungsrunde/ Einleitung</p> <p>>> EVIVO <<</p>	<p>Interviewerin und Assistent stellen sich kurz vor (Name; warum und wie diese FG durchgeföhrt wird: Pojekt zu Anpassungen im Kursprogramm, Erfahrungen von MmM; Interviewerin stellt Fragen, Assistent notiert Antworten, dann gemeinsam besprechen)</p> <p>Hinweis auf Anonymität → Was hier drin gesagt wird, bleibt in einem geschützten Rahmen (Verweis auf Einverständnis-erklärung)</p> <p>Kurze Vorstellungsrunde: Name, Lieblingsort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zum Einstieg möchte ich Sie nun gerne fragen: Wie war der Evivo Kurs für Sie?
<p>Kurserleben</p> <p>>> KURS-ERLEBEN <<</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist das mit dem Evivo Kurs, hat jemand von Ihnen bereits früher einen Kurs besucht? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Wie war das dieses Mal für Sie, welche Unterschiede haben Sie bemerkt? • Wie ging es Ihnen mit Deutsch als Sprache im Kurs? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Welche Probleme gab es? ➢ Wie haben Sie diese Probleme gelöst? • <i>Wie haben Sie die beiden Kursleiterinnen erlebt?</i> • <i>Wie ging das mit den Kursleiterinnen?</i>
<p>Zur Gruppe</p> <p>>> GRUPPE <<</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nun würde ich gerne etwas mehr zur Gruppe erfahren, wie Sie im Evivo Kurs und heute hier zusammen sitzen. Wer von Ihnen hat sich vor dem Kurs bereits gekannt? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Oder vielleicht einfacher gefragt, wer von Ihnen hat vor dem Kurs hier noch niemanden gekannt? • Und wie ist das jetzt nach dem Kurs: Was ist in den 6 Wochen dazwischen passiert? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Was hat sich da in der Gruppe verändert? • Wie haben Sie sich während dem Kurs in der Gruppe geföhlt? Wie ging Ihnen das so? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Wie war das für Sie, in der Gruppe über sich selbst zu sprechen? ➢ über Ihr Leben/Krankheit/Probleme/Geföhle?
<p>Soziales Umfeld (Freunde/Familie)</p> <p>>>FAMILIE / FREUNDE <<</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist das für Ihre Familie, dass Sie diesen Kurs besucht haben? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Was sagt Ihre Familie dazu, dass Sie diesen Kurs besucht haben? ➢ Was mussten Sie tun, damit Sie am Kurs teilnehmen konnten? ➢ Wie mussten Sie sich organisieren? z.B. Kinder? • Wie ist das zuhause, sprechen Sie über den Kurs und über das, was Sie hier gemacht haben? • Wie haben Ihre Freunde oder Arbeitskollegen sonst noch darauf reagiert?

	<ul style="list-style-type: none"> • Was denken Sie, wie kann der Evivo Kurs helfen, das Leben mit Krankheit in der Schweiz zu vereinfachen?
<p>Persönlicher Wert</p> <p>>> WERT <<</p> <p>>> SITUATIONEN <<</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist das jetzt nach dem Evivo Kurs: Was hat Ihnen der Kurs gebracht? • Was hat sich durch den Kurs in Ihrem Leben bereits verändert? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Woran merken Sie das genau, können Sie von einer Situation erzählen? ➢ (Nachfrage: Was haben Sie genau verändert?) • Was haben Sie aus dem Kurs konkret mitgenommen? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Was vom Kurs hilft Ihnen in Ihrem Leben, können Sie von einer Situation erzählen? • Im Kurs kommt ja jedes Mal der Werkzeugkasten fürs Selbstmanagement vor, erinnern Sie sich? Mich würde interessieren: Welche Werkzeuge fürs Selbstmanagement nutzen Sie? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Wo und wann? Können Sie von einer Situation erzählen? • Und wie ist das jetzt, wenn Sie zum Arzt/ins Spital/zur Therapie/in die Apotheke gehen, gibt es etwas, das sich seit dem Kurs verändert hat?
<p>Kursinhalt</p> <p>>> KURSTHEMEN <<</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (Was hat Ihnen im Kurs besonders gefallen?) • Was fanden Sie im Kurs eher schwierig? (Bitte je eine Antwort) <ul style="list-style-type: none"> ➢ Welche Themen, Übungen? • (Gab es im Kurs Themenbereiche, die Ihnen besonders viel bedeutet haben? Die Sie vielleicht traurig stimmten?)
<p>(Allgemein)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (Würden Sie den Kurs weiter empfehlen?) <ul style="list-style-type: none"> ➢ Wem ja? Wem nicht? Warum?)
<p>Abschluss</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig ist und bislang nicht gefragt oder gesagt wurde?

Vielen Dank!

Fokusgruppendifkussion mit Kursleiterinnen zu «Erfahrungen mit Evivo Migration» Bern, Juni 2016

Einleitung	<p>Interviewerin stellt sich vor. (Name und warum diese FG durchgeföhrt wird: Pojekt zu Anpassungen im Kursprogramm)</p> <p>Hinweis auf Anonymität → Was hier drin gesagt wird, bleibt in einem geschützten Rahmen (Verweis auf Einverständnis-erklärung)</p>
Zur Gruppe	<p>Wie war es für Euch, diesen Kurs durchzuführen?</p> <p>Was war das für eine Gruppe?</p> <p>Was war das für eine Dynamik?</p> <p>Wie hat sich das angefühlt?</p> <p>Was ist passiert? Könnt Ihr von einer Situation erzählen?</p> <p>Was war anders als sonst?</p> <p>Was hat sich in der Gruppe mit dem Kurs verändert?</p> <p>Wie habt Ihr die Kursteilnehmenden erlebt?</p>
Durchführung des Kur-ses	<p>Wie ging es Euch mit Deutsch als Kurssprache?</p> <p>Und welchen Eindruck habt Ihr, wie es den TN mit Deutsch als Kurssprache ging?</p> <p>Was war Eurer Meinung nach für die TN besonders nützlich oder hilfreich?</p> <p>Gab es etwas, was den TN gefehlt hat?</p> <p>Was ist Euch bei Eurer Kursdurchführung gut gelungen?</p> <p>Gibt es etwas, was Ihr persönlich weniger gut gefunden habt?</p> <p>Wie hat Evivo einen Einfluss auf den Alltag der TN?</p> <p>Habt Ihr von etwas gehört, das sich verändert hat, wenn sie jetzt zum Arzt/ins Spital/zur Therapie/in die Apotheke gehen? Könnt Ihr von einer Situation erzählen?</p> <p>Welche Werkzeuge fürs Selbstmanagement nutzen Sie?</p> <p>Wo und wann? Könnt Ihr von einer Situation erzählen?</p>
Zum neuen Kurspro-gramm	<p>Welche Erwartungen/Vorstellungen hattet Ihr vor dem Update Training bzw. vor diesem Kurs, was jetzt mit dem neuen Manual anders sein wird?</p> <p>Haben sich im Kurs Eure Erwartungen/Vorstellungen erfüllt?</p> <p>Wie seid Ihr mit dem neuen Manual bzw. Kursinhalt zu Recht gekommen?</p> <p>Wie war der neue Aufbau für Euch? Zum Beispiel die neue Abfolge der Themen?</p> <p>Was sollte aus Eurer Sicht anders sein?</p> <p>Was war für Euch und/oder die Teilnehmenden eher schwierig?</p>
Allgemein	<p>Was denkt Ihr, wie könnte der Evivo Kurs bei der Integration in die Schweizer Gesellschaft helfen?</p> <p>Welchen Personen in diesem Kurs würdet Ihr empfehlen, Kursleiterin zu werden?</p> <p>Was würdet Ihr den Kursleiterinnen und Koordinatorin in Zürich empfehlen, bevor sie den Kurs für Frauen mit Migrationshintergrund durchführen?</p> <p>Wie können sie in Zürich sicherstellen, dass die Teilnehmenden genügend Deutsch verstehen und sprechen?</p>
Abschluss	<p>Was möchtet Ihr noch ergänzen, das Euch wichtig erscheint und bislang nicht gefragt oder erwähnt wurde?</p>

Vielen Dank!

Leitfäden – Erhebung Pilotstandort Zürich

Fokusgruppendifkussion mit Teilnehmenden zu «Erfahrungen mit Evivo Migration»

Zürich, November 2016

Thema	Inhalt
Ziel	Welche Erfahrungen machen chronisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund mit dem adaptierten Kursprogramm?
Einleitung	Interviewerin und Assistent stellen sich kurz vor (Name; warum und wie diese FG durchgeführt wird: Pojekt zu Anpassungen im Kursprogramm, Erfahrungen von MmM; Interviewerin stellt Fragen, Assistent notiert Antworten, dann gemeinsam besprechen), Du/Sie Hinweis auf Anonymität → Was hier drin gesagt wird, bleibt in einem geschützten Rahmen (Verweis auf Einverständnis-erklärung), okay für alle so?
Vorstellungsrunde	Kurze Vorstellungsrunde: Wir würden anfangen, und dann die Runde machen; gut wenn alle, sofern sie das möchten Name, Alter, gerne machen/arbeiten, Familienstand/Kinder, seit wann in CH, Schwierig war/gut war Gesundheitssystem
Allgemeine Kurserfahrungen >> EVIVO <<	Zum Einstieg möchte ich Sie nun gerne fragen: Wie war der Evivo Kurs für Sie? <ul style="list-style-type: none"> · Wenn Sie an den Kurs Evivo denken, was kommt Ihnen als erstes in den Sinn/Kopf? · Was sind Ihre Erfahrungen mit dem Kurs? · Wie fanden Sie den Kurs Evivo? Können Sie mir das beschreiben? · Können Sie/Du mir von den Kurserfahrungen erzählen? · Wie war es für Dich/Sie?
	Zusammenfassung Entspricht dies dem Gesagten? Noch etwas hinzufügen?
Kursdynamik >> KURSERLEBEN <<	Der Kurs wurde von zwei Schweizerinnen, die selber oder in der Familie eine chronische Erkankung haben, auf Deutsch durchgeführt. Daher würde ich gerne wissen, wie war das für Sie? <ul style="list-style-type: none"> • Wie ging es Ihnen mit Deutsch als Sprache (im Kurs)? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Sie haben erwähnt (Vorteile), was ist mit (Nachteile)? ➢ Wie haben Sie diese Probleme gelöst? • Wie war das für Sie, dass die Kursleiterinnen Schweizerinnen waren? • Wie haben Sie die beiden Kursleiterinnen erlebt? <p>Wie ging das mit den Kursleiterinnen?</p> <p>Was war dabei gut für Sie? Was war dabei nicht gut für Sie?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sie haben sich, so wie sie hier sitzen, nun mehrmals hintereinander als (Kurs)Gruppe, zusammen, getroffen. Wie war es für Sie in der Gruppe über sich selbst und ihre Erfahrungen mit chronischer Krankheit zu sprechen? • Wie ging es Ihnen miteinander? • Wie war das für Sie, dass sie sich bereits vom Gymnastikkurs gekannt haben? • Was hat es ausgemacht den Kurs Evivo zusammen zu machen? Anstatt Gymnastik? Was hat das mit Ihnen gemacht? • Sie haben erwähnt (XXX Vorteile), was ist mit Nachteilen? Gibt es auch Kehrseiten? Schwierigkeiten?
	<p>Zusammenfassung</p>
<p>Alltagsauswirkungen >> ALLTAG <<</p>	<p>Sie haben jetzt eine ganze Zeit am Kurs teilgenommen. Nun ist er vorbei.. Wenn Sie zurückblicken, können Sie mir sagen, was für Themen für sie wichtig waren?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was war für Sie das wichtigste für Sie? • Was war für Sie wertvoll? Können Sie dies beschreiben? <p>Was konnten Sie für sich mitnehmen? Nach Hause? Für jeden Tag?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Themen und Gedanken vom Kurs sind wichtig für Sie zu Hause? Beschreiben... • Ggfs nachfragen nach Werkzeugkasten. Was nutzen Sie davon? • Wie ist es nach dem Evivo Kurs für Sie? Was hat Ihnen der Kurs gebracht? • Können Sie mir von einen alltäglichen Situation erzählen? • Können Sie mir die Situation beschreiben, damit ich mir besser vorstellen kann. Wie hat sich dies in ihrem Alltag gezeigt? • Können Sie mir die Veränderungen nach dem Kurs beschreiben? • Wie ist das wenn Sie (nun) zum Arzt oder in die Apotheke gehen? Wie ist das für Sie? Hast sich etwas verändert? <p>Sie sind jetzt eine Zeit lang zum Kurs gekommen. Wie war das dann zu Hause? Wie hat ihre Familie/Frau/Mann/Kind reagiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie ist das für Ihre Familie, dass Sie diesen Kurs besucht haben? • Was sagt ihr Mann/Frau/Kinder dazu, dass Sie den Kurs besucht haben? • Wie haben Ihre Freunde oder Arbeitskollegen reagiert?
	<p>Zusammenfassung</p>
<p>Sum-up >> VERBESSERUNG <<</p>	<p>Was sollten wir wissen, damit der Kurs für Sie besser wird?</p> <p>Braucht es etwas, was wir nicht berücksichtigt haben?</p> <p>Was könnte noch wichtig sein, um euch besser zu unterstützen?</p>
<p>Abschluss</p>	<p>Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig ist und bislang nicht gefragt oder gesagt wurde?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben wir etwas vergessen? Möchten Sie noch etwas hinzufügen? • Was war das wichtigste für Sie, über das wir gesprochen haben?

<p>Vorstellungsrunde/ Einleitung</p>	<p>Interviewerin stellt sich vor (Name, Ziel des Projekts, Erhebung) Hinweis auf Anonymität, Verweis auf Einverständniserklärung</p> <p>Zum Einstieg möchte ich Dich nun gerne fragen: Wie war dieser Evivo Kurs für Dich?</p>
<p>Organisation</p>	<p>Wie bereits angetönt, geht es darum Deine Sicht als Kursleiterin auf den Pilotkurs einzufangen. Daher, was sind Deine Erfahrungen im Vergleich mit den bisherigen Kursen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was lief gut oder weniger gut? • Was war mühsam, was erfreulich? • Worauf gilt es bei der künftigen Kursorganisation zu achten? (Zeit, Raum, Teilnehmende/Zielgruppe, Motivation für Teilnahme)
<p>Zur Gruppe</p>	<p>Wie hast Du die Kursteilnehmenden erlebt? Was war das für eine Gruppe, kannst Du sie mir beschreiben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie waren die Kursteilnehmenden unter- bzw. miteinander? • Was waren Deine Erfahrungen mit der Gruppe, auch im Vergleich zu bisherigen Kursen? • Wie war die Gruppendynamik? • Kannst Du von einer Kursituation erzählen, die Dir speziell in Erinnerung geblieben ist? <p>Wie war das für euch mit einer quasi bestehenden Gruppe zu arbeiten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschlossene“ Gruppen ansprechen - Vor-/Nachteile? <p>Was war die Motivation der Teilnehmenden beim Kurs mitzumachen? Wie hat sich die Gruppe miteinander im Verlauf des Kurses entwickelt? Ist euch da etwas aufgefallen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppe, chronisch krank oder alt? Interesse? Umsetzung • „Geschlossene“ Gruppen ansprechen - Vor-/Nachteile?
<p>Kurs leiten</p>	<p>Wie ging es dir als Kursleiterin im und mit diesem Kurs?</p> <p>Sprachlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie ging es Dir mit Deutsch als Kurssprache? • Was war Dein Eindruck, wie es den TN mit D als Kurssprache ging? • In welcher Sprache wurden die Gruppenarbeiten gemacht? Habt ihr Flüsterübersetzungen genutzt? • Wie war das mit der Sprache der Teilnehmenden? <p>Wie war aus Deiner Sicht eure Kursdurchführung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was war gut? Was war weniger gut? • Gab es etwas was den TN nützlich/hilfreich war bzw. gefehlt hat?
<p>Wert für TN</p>	<p>Was war Dein Eindruck – hatte der Kurs einen Einfluss auf das Leben der TN? Habt ihr Rückmeldungen bekommen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habt ihr gehört, ob sie darüber zu Hause gesprochen haben? Was sie hier machten? • Ob sie Rückmeldungen von Freunden, Familie bekommen haben? <p>Welche Werkzeuge haben die TN für das Selbstmanagement genutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wo und wann? Kannst Du von Situationen berichten? • Wie ist es im Spital/ÄrztInnen war? Habt ihr was gehört, ob es sich verändert hat?
<p>Zum neuen Kursprogramm</p>	<p>Wie war das neue Kursprogramm für dich?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was sind Deine Erfahrungen mit dem Up-Date Training? Kannst Du mir beschreiben, wie das für Dich war? • Welche Erwartungen hattest Du vor dem Update Training bzw. Kurs, was jetzt mit dem neuen Manual anders sein wird? Haben sich Deine Erwartungen erfüllt? • Wie seid ihr oder bist Du mit dem neuen Manual bzw. Kursinhalt zurecht gekommen? • Wie war der neue Aufbau für Dich? Zum Beispiel die neue Abfolge von Themen? • Was sollten wir verbessern aus Deiner Erfahrung jetzt? • Was war für Dich, Euch oder Teilnehmende eher schwierig?

Projekt	<p>Was würdest Du dem Pilotstandort Zürich empfehlen, bevor hier der Kurs für Migranten und Migrantinnen durchgeführt wird?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Worauf sollte geachtet werden? • Wie wichtig sind die Deutschkenntnisse der Teilnehmenden und wie kann vor dem Kurs sichergestellt werden, dass diese ausreichend verstehen und sprechen? • Was würdest Du künftigen Standorten empfehlen?
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es noch etwas, das Dir wichtig ist und bislang nicht gefragt oder gesagt wurde?

Vielen Dank!

Leitfaden Interview mit Kurskoordinatorin zu «Erfahrungen mit Evivo Migration»

Zürich, November 2016

Vorstellungsrunde/ Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bereits angetönt, geht es darum, Deine Sicht als Kurskoordinatorin auf diesen Pilotkurs „Evivo Migration“ einzufangen. • Rückblick auf die Zeit, seit im Frühling Idee erstmals aufkam bis heute, gegen Ende des Kurses. • Blick aufs Update-Training: wie war das, was gebracht, Positives/Negatives?
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind Deine Erfahrungen im Vergleich mit den bisherigen Kursen? Was war mühsam, was erfreulich? • Worauf gilt es bei der künftigen Kurskoordination zu achten? • Meinung zur Checkliste? • Zielgruppe erreichen – ihre Erfahrungen, wie kann das gelingen? • „Geschlossene“ Gruppen ansprechen - Vor-/Nachteile?
Empfehlungen für Zukunft	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kann man vor dem Kurs sicherstellen, dass die Teilnehmenden genügend Deutsch verstehen und sprechen? Was heisst genügend? • Was würdest Du künftigen Standorten für Evivo TK (Kursleiterinnen und Koordinatorin) empfehlen, • bevor sie den Kurs für Frauen mit Migrationshintergrund durchführen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Worauf sollten sie Acht geben?
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es noch etwas, das Dir wichtig ist und bislang nicht gefragt oder gesagt wurde?

Vielen Dank!

Leitfaden – Einzelinterview Fallporträt

Einzelinterviews mit Menschen mit Migrationshintergrund zu «Erfahrungen im Schweizer Gesundheitswesen» Juni-November 2016

<p>Vorstellungsrunde/ Einleitung</p>	<p>Interviewerin stellt sich vor. (Name und warum dieses Interview: Erfahrungen von MmM im CH Gesundheitswesen) Hinweis auf Anonymität → Was hier gesagt wird, bleibt in einem geschützten Rahmen (Verweis auf Einverständnis-erklärung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zum Einstieg würde mich interessieren: Wie ist das für Sie, mit einem chronischen Gesundheitsproblem in der Schweiz zu leben?
<p>Zu Erfahrungen, Herausforderungen, Strategien im CH-Gesundheitswesen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir sagen, mit welchem Gesundheitsproblem Sie oder ein/e Angehörige/r von Ihnen leben? • Wohin gehen Sie, wenn Sie Beschwerden haben und Hilfe brauchen? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Hausarzt, Spezialist, Spital, Therapie, Apotheke, andere? ➢ Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung durch die Fachpersonen dort? ➢ Was finden Sie dort schwierig? ➢ Was fehlt Ihnen dort? • Wie gehen Sie mit diesen Schwierigkeiten um? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Was tun Sie dann, können Sie mir von einer Situation erzählen? • Wie ist das für Sie mit der Krankenkasse, wie erleben Sie diese? Können Sie mir von einer Situation erzählen? • Welche Organisationen oder Personen erleben Sie als hilfreich und unterstützend? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Warum? Können Sie mir von einer Situation erzählen?
<p>Zum Evivo Kurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Was bedeutet Evivo für Sie? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Für Ihre Familie und Ihr Leben mit chronischer Krankheit in der Schweiz? Können Sie von einer Situation erzählen? ➢ Was hat sich seit Evivo für Sie verändert? • Wie haben Sie die Gruppe im Kurs erlebt? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Haben Sie neue Freunde gefunden? • Wie haben Sie sich während dem Kurs in der Gruppe gefühlt? Wie ging Ihnen das so? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Wie war das für Sie, in der Gruppe über sich selbst zu sprechen? ➢ über Ihr Leben/Krankheit/Probleme/Gefühle? • Im Kurs kommt ja jedes Mal der Werkzeugkasten fürs Selbstmanagement vor, erinnern Sie sich? Mich würde interessieren: Welche Werkzeuge fürs Selbstmanagement nutzen Sie in Ihrem Alltag? <ul style="list-style-type: none"> ➢ Wo und wann? Können Sie von einer Situation erzählen? • Und wie ist das jetzt, wenn Sie zum Arzt/ins Spital/zur Therapie/in die Apotheke gehen, gibt es etwas, das sich seit dem Kurs verändert hat? Können Sie von einer Situation erzählen?

Weitere Bedürfnisse und Hilfebedarf?	<ul style="list-style-type: none">• Welchen Schwierigkeiten begegnen Sie immer wieder?• Welche Unterstützung würden Sie sich hier wünschen?<ul style="list-style-type: none">➤ Von wem? Wo?
Chancen & Grenzen von SMF	<ul style="list-style-type: none">• Was denken Sie, wie kann der Evivo Kurs helfen, das Leben mit Krankheit in der Schweiz zu vereinfachen?• Was fehlt Ihnen Sie bei Evivo?<ul style="list-style-type: none">➤ Was haben Sie sich davon erhofft, aber nicht bekommen?
Abschluss	Gibt es noch etwas, was bisher nicht erwähnt wurde und das Ihnen wichtig ist?

Vielen Dank!