



Dokumentation

Bedarfsanalyse für eine migrationsgerechte Ge- sundheitsförderung und Prävention im Kanton St. Gallen

Erstellt im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Impressum

Herausgeber

Kanton St. Gallen
Gesundheitsdepartement
Amt für Gesundheitsvorsorge
Davidstrasse 27
9001 St. Gallen

T 058 229 43 82
www.gesundheit.sg.ch

Verfasst von

Eva Soom Ammann, Dr. phil., Public Health Services GmbH
Corina Salis Gross, Dr. phil., Public Health Services GmbH
www.public-health-services.ch

Im Auftrag von

Gaudenz Bachmann, Leiter Amt für Gesundheitsvorsorge, Kanton St. Gallen
gaudenz.bachmann@sg.ch

Unter Beizug von

Ramona Giarraputo, Kompetenzzentrum für Integration, Gleichstellung und Projekte, Departement des Innern, Kanton St. Gallen
Sandra Montoya-Breitenmoser, Fachstelle Gesundheit und Integration, Caritas St. Gallen

St. Gallen, 15. Juli 2011

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Ziele der Bedarfsanalyse	4
1.3	Fragestellungen und Vorgehen der Bedarfsanalyse	4
2	Bedarf an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen	6
2.1	Gesundheitsrisiken verschiedener Migrationsgruppen	6
2.2	Fazit	11
3	Angebot an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen	13
3.1	Chancengleichheit und Partizipation in den Programmen	13
3.2	Erklärungsgründe für die mangelnde Partizipation	20
3.3	Fazit	26
4	Empfohlene Massnahmen	29
4.1	Grundsatz für die Empfehlungen	29
4.2	Empfehlungen zu den einzelnen Programmen	30
5	Literatur	36
Anhang		i
A)	Regionale Verteilung der Migrationsbevölkerung in St. Gallen	i
B)	Auflistung der befragten Programm-Akteure	ii
C)	Auflistung der befragten Integrations-Akteure und deren Zugangswege zur Migrationsbevölkerung	iv

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Obwohl der Kanton St. Gallen hinsichtlich der Anliegen Integration und Chancengleichheit¹ aktiv engagiert ist, ist eine systematische migrationsgerechte Öffnung der bestehenden Angebote im Kanton St. Gallen noch nicht erreicht. Es bestehen einzelne Projekte (z. B. MigesBalü) und Strukturen (z.B. Fachstelle Gesundheit und Integration der Caritas St. Gallen, Kompetenzzentrum Integration des Kantons, Regionale Fachstellen für Integration, NGOs, Netzwerke der Migrationsbevölkerung), die auf eine solche Öffnung abzielen. Eine strukturierte Bedarfsanalyse soll dazu beitragen, in enger Zusammenarbeit mit den vorhandenen Akteuren wo nötig eine Verbesserung des Zugangs zu erreichen. Die Analyse soll dazu einerseits das nötige Handlungswissen für die zukünftige Optimierung von gesundheitsfördernden und präventiven Programmen im Kanton schaffen und andererseits Wege aufzeigen, die bestehenden Mittel und Ressourcen effizienter einzusetzen und die vorhandenen Akteure besser zu vernetzen.

Der Kanton St. Gallen weist einen Bevölkerungsanteil mit ausländischer Staatszugehörigkeit von 21,6% (Stand Ende 2009) aus und liegt damit im gesamtschweizerischen Schnitt (21,7%). Die drei grössten Gruppen in der Migrationsbevölkerung sind diejenigen mit deutscher (19,6%), mit serbisch/montenegrinisch/kosovarischer (19,2%) und italienischer (13,0%) Staatsbürgerschaft. Im Zentrum der Bedarfsanalyse stehen insbesondere benachteiligte Gruppen der Migrationsbevölkerung; die komplexen Beziehungen zwischen Migrationshintergrund und Schichtzugehörigkeit sind in jedem der ausgewählten Programme spezifisch zu beachten. Detaillierte Angaben zur Migrationsbevölkerung im Kanton St. Gallen finden sich in Kapitel 2.

Die Analyse wurde vom Vorsteher des Amtes für Gesundheitsvorsorge, Herrn Dr. med. Gaudenz Bachmann, initiiert. Die folgenden Programme und thematischen Schwerpunkte wurden für die vorliegende Bedarfsanalyse ausgewählt:

A) Kinder im Gleichgewicht KiG

Beschreibung des Programms: Das Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen hat zusammen mit dem Ostschweizer Kinderspital OKS und Gesundheitsförderung Schweiz das mehrjährige Programm „Kinder im Gleichgewicht (KiG)“ zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen entwickelt². KiG ist Teil eines nationalen Programms von Gesundheitsförderung Schweiz³. Das Kantonale Aktionsprogramm KiG hat als übergeordnetes Ziel die Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Eltern, Kindern und Jugendlichen soll bewusst gemacht werden, dass sich eine adäquate Ernährung und ausreichende Bewegung positiv auf Gesundheit und Körpergewicht auswirken. Neben dem individuellen Verhalten soll auch auf gesundheitsfördernde Umweltfaktoren geachtet werden. Zur Erreichung der Ziele des Programms soll mit den zuständigen Stellen auf Kantons- und Gemeindeebene sowie mit Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Bildungswesen zusammengearbeitet werden. Fachpersonen sollen zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren weitergebildet werden, bereits bewährte Projekte sollen mit einbezogen werden. Dazu ist das Programm KiG auf vier Ebenen tätig: a) Vernetzungsarbeit, b) Öffentlichkeitsarbeit, c) Zusammenarbeit in Gemeinden (v.a. auf Verhältnisebene) und d) Umsetzung von konkreten Projekten (projektleitend oder unterstützend). Das Programm KiG läuft noch bis 2016.

¹ Der Bericht stützt sich auf die Ausführungen des Bundesamtes für Gesundheit zur Bedeutung von Chancengleichheit und ihren gesundheitsrelevanten Dimensionen, siehe dazu z.B. BAG 2007a.

² vgl. <http://www.kinder-im-gleichgewicht.ch/> und <http://www.kig-adipositas.com/regional/ostschweiz/kinder-im-gleichgewicht>

³ zu den verschiedenen kantonalen Programmen siehe Gesundheitsförderung Schweiz 2010: 85f

Begründung für die Auswahl des Programms: Obwohl das nationale Programm „Gesundes Körpergewicht“ von Gesundheitsförderung Schweiz die Berücksichtigung von Chancengleichheit nicht explizit fördert (Gesundheitsförderung Schweiz 2010: 98), legt der Kanton St. Gallen ein besonderes Augenmerk auf die Migrationsbevölkerung, denn Kinder mit Migrationshintergrund sind fast doppelt so häufig übergewichtig und mehr als doppelt so häufig adipös als Kinder aus Schweizer Familien (BAG 2008b, Stamm et al. 2008). Das Programm KIG des Kantons St. Gallen hat im Hinblick auf die Förderung von Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung insbesondere für die Zielgruppen der Babys und Kleinkinder bereits Anstrengungen unternommen (MigesBalù, femmesTische). Diese Ansätze sollen mit geeigneten Mitteln weiter etabliert und ausgebaut werden.

B) Mammografie-Screening-Programm „donna“

Beschreibung des Programms: Im Kanton St. Gallen wurde Mitte 2010 ein qualitätskontrolliertes Mammografie-Screening-Programm zur Früherkennung von Brustkrebs lanciert, welches allen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, die im Kanton St. Gallen leben, zur Verfügung steht. Die Krebsliga St.Gallen/Appenzell führt das Mammografie-Programm im Auftrag des Gesundheitsdepartements durch. Alle zwei Jahre werden die Frauen dieser Altersgruppe zu einer freiwilligen Röntgenaufnahme der Brust (Mammografie) eingeladen⁴. Im Kanton St. Gallen können gegenwärtig Mammografie-Screenings in sechs Zentren (St. Gallen (zwei Zentren), Rapperswil, Grabs, Uznach und Wil) durchgeführt werden. Koordiniert wird über ein Programmzentrum, das über eine Telefon-Hotline erreicht werden kann. Kantonale Mammografie-Screening-Programme bestehen auch in den Kantonen Thurgau, Graubünden, Jura, Neuenburg, Freiburg, Waadt, Genf, Wallis⁵. Koordiniert werden die Programme durch den Schweizerischen Verband der Brustkrebs-Früherkennungsprogramme VBKF. Dieser entwickelt gegenwärtig eine migrationssensitive Informationsbroschüre zum Thema Brustkrebs-Früherkennung, welche ab Herbst 2011 in Deutsch zur Verfügung steht und in den darauf folgenden Monaten in verschiedene Sprachen übersetzt wird.

Begründung für die Auswahl des Programms: Erfahrungsgemäss wird die Möglichkeit zu Früherkennung von Frauen mit höherem Bildungsgrad und Einkommen besser genutzt als von Frauen mit sozioökonomisch tieferem Status. Deshalb erachtet es das Amt für Gesundheitsvorsorge im Kanton St. Gallen als besonders wichtig, die chancengleiche Nutzung durch Frauen mit und ohne Migrationshintergrund des neu lancierten flächendeckenden Programms zu fördern.

C) Tabakprävention

Beschreibung des Programms: Der Kanton St. Gallen ist gegenwärtig daran, ein kantonales Tabakprogramm zu entwickeln. Die Behörden sind schon seit längerer Zeit aktiv, und die Tabakprävention ist in verschiedenen Gesetzen, Strategie- und Planungspapieren strukturell verankert. Beabsichtigt ist, die Anzahl der Raucherinnen und Raucher im Kanton sowie die Belastung der Bevölkerung durch Passivrauchen zu senken. Das geplante kantonale Tabakprogramm basiert auf dem nationalen Programm und den Vorgaben des Tabakpräventionsfonds für kantonale Programme.

Begründung für die Auswahl des Programms: Die anstehende Planung eines kantonalen Programms gibt Gelegenheit, die chancengleiche Einbindung der Migrationsbevölkerung in die kantonalen Aktivitäten mitzudenken. Die hohe Prävalenz in einigen Gruppen der Migrationsbevölkerung sowie die teilweise auch erschwerte Erreichbarkeit dieser Gruppen legt hier die Prüfung spezifischer Massnahmen nahe. Aus Gründen der Chancengleichheit sollen im Rahmen des kantonalen Tabakpräventionsprogramms 2010-2014 deshalb Massnahmen im Bereich der Migrationsbevölke-

⁴ vgl. http://krebssliga-sg.ch/de/donna_brustkrebs_fruherkennung/ und <http://www.sg.ch/home/gesundheitsvorsorge/praeventivmedizin/mammographie-screeing.html>

⁵ vgl. http://www.brust-screening.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=88&lang=de

rung zur Förderung des Rauchstopps und zum Schutz vor Passivrauch in der familiären Umgebung entwickelt werden.

D) Zahngesundheit bei Kindern

Beschreibung des Programms: Die Pflicht zu jährlichen schulzahnärztlichen Untersuchungen und Prophylaxemassnahmen besteht im Kanton St. Gallen ab Volksschulpflicht, d.h. Kindergartenalter. Die kantonale Schulzahnpflege steht unter Aufsicht des Amtes für Gesundheitsvorsorge und wird auf Schulgemeindeebene umgesetzt. Diese stützen sich gegenwärtig stark auf die Mitarbeit der Lehrpersonen und bieten diesen zur Unterstützung Zahnprophylaxe-Assistentinnen an⁶. Der Kanton beschäftigt 3 Zahnprophylaxe-Assistentinnen, weitere sind auf Gemeindeebene tätig. Aufgrund der Ergebnisse der Untersuchungen im Kindergartenalter soll die Förderung der Zahngesundheit in Zukunft vermehrt auch bereits vor der Schulpflicht ansetzen.

Begründung für die Auswahl des Programms: Obwohl in den letzten Jahrzehnten insgesamt ein Rückgang der Karies bei Schulkindern festgestellt werden kann, zeigt sich in spezifischen Bevölkerungsgruppen ein anderes Bild. Insbesondere Kinder aus dem ehemaligen Jugoslawien⁷ weisen bei Schuleintritt eine deutlich schlechtere Zahngesundheit auf als der statistische Durchschnitt (Menghini/Steiner 2007). Zahnprophylaxe soll grundsätzlich schon vor dem Schuleintritt ansetzen. Mütter und Väter mit und ohne Migrationshintergrund sollen mit den Anliegen der Karies-Prophylaxe vertraut gemacht werden. Ziel ist die bessere Wahrnehmung der Zahngesundheit und der Prophylaxe-Massnahmen in allen Bevölkerungsgruppen.

E) HIV/sexuell übertragbare Krankheiten (STI)

Beschreibung des Programms: Die AHSGA Fachstelle für Aids- und Sexualfragen St. Gallen ist vom Kanton beauftragt, die Bevölkerung des Kantons allgemein sowie speziell vulnerable Gruppen im Bereich HIV und STI⁸ präventiv zu versorgen. Zu den vulnerablen Gruppen zählt die AHSGA unter anderem auch die Migrationsbevölkerung. Diesbezüglich hat der Kanton St. Gallen die Bestrebungen der Aidshilfe Schweiz zur besseren Erreichung der Migrationsbevölkerung aufgegriffen und setzt seit 2008 das Projekt AFRIMEDIA im Kanton um, das sich aufgrund der besonders hohen Prävalenzen speziell an Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika richtet. Das Projekt AFRIMEDIA setzt wegen der hohen Tabuisierung von Sexualität auf informelle Gespräche mit Vertrauenspersonen und vermittelt entsprechende Informationen durch Mediatorinnen und Mediatoren, welche aufsuchend arbeiten.

Begründung für die Auswahl des Programms: Im Rahmen der Bedarfsanalyse soll geklärt werden, wie gut die Migrationsbevölkerung insgesamt erreicht wird und wo gegebenenfalls noch Handlungsbedarf für die Verbesserung der Chancengleichheit im Bereich HIV/STI besteht.

⁶ siehe <http://www.sg.ch/home/gesundheit/gesundheitsvorsorge/praeventivmedizin/schulzahnpflege.html#Zustaendigkeiten>

⁷ Die entsprechende Studie (Menghini/Steiner 2007) gibt diese Kategorie so vor.

⁸ Die Bezeichnung STI umfasst gegenwärtig laut BAG (2010) die sexuell übertragbaren Krankheiten Chlamydia trachomatis (Chlamydiose), Gonorrhoe und Syphilis, Hepatitis B und C, Herpes genitalis (HSV), Humanes Papillomavirus (HPV), Lymphogranuloma venerum (LGV) und weitere (BAG 2010: 17f).

1.2 Ziele der Bedarfsanalyse

Der Kanton St. Gallen verfolgt mit dieser Bedarfsanalyse zwei Ziele:

- 1) Im Kanton soll das nötige Handlungswissen geschaffen werden, um die Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme migrationsgerechter umzusetzen.
- 2) Durch den verstärkten Einbezug von Migrantinnen und Migranten in die Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme soll die Wirkung der eingesetzten Mittel gesteigert werden.

Die Bedarfsanalyse fokussiert dabei insbesondere auf die Migrationsbevölkerung mit tiefem sozio-ökonomischem Status (SES) und berücksichtigt damit die Dimensionen Bildung, Erwerb, Einkommen, da v.a. diese einen erschwerten Zugang zu den Programmen und Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention haben (siehe z. B. Stamm/Lamprecht 2009, Pfluger et al. 2009, Soom Ammann/Salis Gross 2011). Aufgrund der beschränkt zur Verfügung stehenden Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten soll die Analyse ihr Augenmerk vor allem auch auf Empfehlungen richten, welche in der Umsetzung wenig aufwändig sind.

1.3 Fragestellungen und Vorgehen der Bedarfsanalyse

Die vorliegende Bedarfsanalyse zielt darauf ab, die vom Bundesamt für Gesundheit vorgegebenen Fragen zu beantworten:

- a) Welche Gruppen der Migrationsbevölkerung sind im Kanton vertreten und von den ausgewählten Gesundheitsrisiken am stärksten betroffen?
- b) Wie wird in den ausgewählten Programmen bei der Konzeption und der Umsetzung auf einen chancengleichen Zugang von Migrantinnen und Migranten geachtet?
- c) Wie gut sind die Erreichbarkeit respektive die Partizipation von Migrantinnen und Migranten in den ausgewählten Programmen?
- d) Welches sind die Gründe, dass bestehende Programme, die auch die Migrationsbevölkerung ansprechen sollen, diese Zielgruppe nicht oder nur ungenügend erreichen?
- e) Welche Massnahmen sind zu empfehlen, damit die Migrationsbevölkerung besser erreicht wird und an den Aktivitäten chancengleich partizipieren kann?

Der Kanton St. Gallen ist darüber hinaus insbesondere interessiert an folgenden Fragestellungen:

- f) Was leisten die bestehenden Programme bereits, wo sind Lücken und was sollte in der zukünftigen Planung berücksichtigt werden?
- g) Werden in den ausgewählten Programmen die richtigen Kanäle zur Ansprache der Migrationsbevölkerung genutzt?
- h) Welche (weiteren) Zugangswege zur Migrationsbevölkerung bestehen, welche Akteure haben diese Zugangswege bereits erschlossen und wie könnten diese für die analysierten Programme genutzt werden?

Um diese Fragen zu beantworten, wurde folgendes Vorgehen gewählt: Vertreterinnen und Vertreter der Fachstellen und Institutionen, die in die ausgewählten Programme involviert sind, wurden mittels leitfadengesteuerten telefonischen Experteninterviews befragt (insgesamt 15 Interviews, ergänzt um mehrere informelle Expertengespräche, siehe Anhang). Zudem wurden leitfadengesteuerte telefonische Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Fachstellen für Integration im Kanton geführt (insgesamt 8 Interviews, siehe Anhang). Die Expertengespräche dau-

erten 1 bis 2 Stunden. Drittens wurden, um die Perspektive der Migrationsbevölkerung im Kanton zu erheben, zwei Fokusgruppengespräche à je drei Stunden geführt (in St. Gallen und Rapperswil-Jona, insgesamt 27 Teilnehmende). Die Teilnehmenden wurden über die regionalen Fachstellen für Integrationsarbeit, über den kantonalen Übersetzungsdienst VERDI sowie über Projektverantwortliche in der migrationspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung (femmesTische, AFRIMEDIA) eingeladen. Die erhobenen Daten wurden in einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Empfehlungen wurden punktuell in den Expertengesprächen sowie zusammenfassend in den Fokusgruppen diskutiert. Das kantonale Kompetenzzentrum Integration und die Caritas St. Gallen wurden über den Beizug von Frau Ramona Giarraputo und Frau Sandra Montoya eingebunden.

2 Bedarf an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen

2.1 Gesundheitsrisiken verschiedener Migrationsgruppen

Ausländerinnen und Ausländer machen 21,6% der Bevölkerung des Kantons St. Gallen aus: Die ständige ausländische Wohnbevölkerung umfasste Ende 2009⁹ total 102'324 Personen¹⁰. Die gesamte ständige Wohnbevölkerung des Kantons lag zum gleichen Zeitpunkt bei 474'676 Personen¹¹. Die grössten Gruppen¹² der ständigen ausländischen Bevölkerung stammen aus Deutschland (19,6%), aus Serbien/Montenegro/Kosovo (19,2%) und aus Italien (13,0%). Weitere grössere Gruppen betreffen Personen aus Mazedonien (8,9%), Österreich (6,5%), der Türkei (5,0%) und aus Bosnien und Herzegowina (5,0%). Weiter besteht die Migrationsbevölkerung des Kantons aus Personen aus Portugal (3,7%), Kroatien (3,6%), aus Spanien (2,1%) und Sri Lanka (1,8%). Der restliche Teil der Bevölkerung¹³ verteilt sich auf Personen aus dem übrigen Europa (5792) und aus dem übrigen aussereuropäischen Raum (6415). Die Angaben betreffen jedoch nur Personen mit dem Status als Ausländerinnen und Ausländer, der Anteil der gesamten Migrationsbevölkerung (inkl. Schweizer Pass, Asylsuchende, Diplomatisches Corps) ist entsprechend höher einzuschätzen; für die Schweiz liegen die Schätzungen zur gesamten Migrationsbevölkerung bei 30.6%¹⁴.

Die Bemühungen der öffentlichen Institutionen in der Schweiz zur Herstellung von Chancengleichheit für alle Mitglieder der Gesellschaft konzentrieren sich nicht nur auf Migrantinnen und Migranten; da diese aber erwiesenermassen besonders stark von Benachteiligungen verschiedener Art betroffen sein können (siehe z.B. BAG 2008c: 9f), unternimmt das Bundesamt für Gesundheit gegenwärtig besondere Bestrebungen zur Gewährung von gesundheitlicher Chancengleichheit in der Migrationsbevölkerung (ausführlich dazu siehe BAG 2007a). Von zentraler Bedeutung für gesundheitliche Benachteiligung ist insbesondere der sozioökonomische Status (SES, v.a. Bildung, Berufsstatus und ökonomische Ressourcen); andere soziale Kategorien wie Aufenthaltsstatus und Geschlecht wirken hier tendenziell verstärkend (vgl. z.B. Stamm/Lamprecht 2009, Soom Ammann/Salis Gross 2011).

Die statistische Erfassung der Migrationsbevölkerung erfolgt über das Kriterium der Staatszugehörigkeit; diese sagt nur bedingt etwas aus über den sozioökonomischen Status entsprechender Gruppen, und eingebürgerte Personen mit Migrationshintergrund werden darin z.T. nicht mehr erfasst. Eine der wenigen Datengrundlagen der Schweiz, welche Aufschluss darüber gibt, wie sich gesundheitliche Risiken in der Migrationsbevölkerung verteilen, ist das Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung GMM¹⁵, einer analog zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung¹⁶ durchgeführten Erhebung unter bestimmten Herkunftsgruppen der Migrationsbevölkerung (vgl. Rommel et al. 2006, BAG 2007b, BAG 2008a, BAG 2008b). Laut dieser Erhebung weisen die im Kanton St. Gallen unter der ständigen Wohnbevölkerung vertretenen grössten Gruppen mit ausländischer Staatsbürgerschaft folgende Gesundheitsrisiken auf:

⁹ Die statistischen Grundlagen für die vorliegende Analyse wurden im Dezember 2010 und Januar 2011 aufgearbeitet, auf der Basis der zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Zahlen von 2009.

¹⁰ Quelle: BFM Zemis, Stand Ende 2009, Aufbereitung durch Fachstelle Statistik des Kantons St. Gallen, Dezember 2010

¹¹ Quelle: BFS ESPOP, Stand Ende 2009, Aufbereitung durch Fachstelle Statistik des Kantons St. Gallen, Dezember 2010

¹² Quelle: BFM Zemis, Stand Ende 2009, Aufbereitung durch Fachstelle Statistik des Kantons St. Gallen, Dezember 2010

¹³ Quelle: <http://www.statistik.sg.ch>

¹⁴ Quelle: Bundesamt für Statistik, SAKE 2008, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html>

¹⁵ Für eine Kurzfassung der Ergebnisse des GMM siehe Factsheet Gesundheitszustand und Risikoverhalten der Migrationsbevölkerung, Download: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07693/07832/index.html?lang=de>

¹⁶ Siehe http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infoteh/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/01.html

Zu beachten:

- Die vom GMM aufgeführten Gesundheitsrisiken verstehen sich als statistische Durchschnittswerte, welche im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöht ausfallen. Die in der folgenden Tabelle in Klammern gesetzten Gesundheitsrisiken weisen bei der entsprechenden Gruppe nur eine geringe Erhöhung auf.
- Das GMM benutzt die Kategorie „Ex-Jugoslawien“ ohne weitere Differenzierung nach Staatszugehörigkeit; darin eingeschlossen sind die damaligen Staaten Serbien-Montenegro (inkl. Kosovo), Kroatien und Bosnien-Herzegowina. Die in der untenstehenden Bevölkerungsstatistik vertretenen Gruppen mit Herkunftsland Mazedonien und Spanien wurden im Rahmen des GMM nicht berücksichtigt.
- Die erfragten Vorsorgeuntersuchungen umfassen: Cholesterin, Blutzucker, Gebärmutterhals, Mammographie

Herkunftsland	Anz. Personen	Gesundheitsrisiken
Deutschland	20'008	(Drogenkonsum)
Serbien, Montenegro, Kosovo	19'658	schlechte subjektive Gesundheit, langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung, tiefere psychische Ausgeglichenheit, (Tabakkonsum), Übergewicht, wenig Bewegung, wenig Vorsorgeuntersuchungen, wenig HIV-Tests
Italien	13'298	tiefere psychische Ausgeglichenheit (insb. Frauen), täglicher Alkoholkonsum, (Tabakkonsum), Übergewicht, wenig Bewegung, wenig HIV-Tests (insb. Frauen)
Mazedonien	9'088	keine Angaben
Österreich	6'612	(Drogenkonsum)
Türkei	5'103	schlechte subjektive Gesundheit, langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung, tiefere psychische Ausgeglichenheit, schwerwiegende körperliche Beschwerden (insb. Frauen), Tabakkonsum, Übergewicht, erhöhter Medikamentenkonsum, wenig HIV-Tests (insb. Frauen)
Bosnien/Herzegowina	5'076	schlechte subjektive Gesundheit, langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung, tiefere psychische Ausgeglichenheit, (Tabakkonsum), Übergewicht, wenig Bewegung, wenig Vorsorgeuntersuchungen, wenig HIV-Tests
Portugal	3'774	schlechte subjektive Gesundheit, tiefere psychische Ausgeglichenheit, täglicher Alkoholkonsum, Rauschtrinken, wenig Vorsorgeuntersuchungen,
Kroatien	3'692	schlechte subjektive Gesundheit, langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung, tiefere psychische Ausgeglichenheit, (Tabakkonsum), Übergewicht, wenig Bewegung, wenig Vorsorgeuntersuchungen, wenig HIV-Tests
Spanien	2'146	keine Angaben
Sri Lanka	1'882	wenig Bewegung, wenig Vorsorgeuntersuchungen, insb. Mammographie, wenig HIV-Tests

Die Auswertungen des GMM haben gezeigt, dass – abgesehen von den deutschen, österreichischen und französischen Gruppen – die Migrationsbevölkerung insgesamt in ihrer sozialen Situati-

on schlechter gestellt sind; dies gilt insbesondere für Asylsuchende sowie für die tamilische und kosovo-albanische Bevölkerung (BAG 2007b: 13f). Was die Indikatoren für die gesundheitliche Lage betrifft, zeigt sich eine tendenziell günstigere Lage für italienische Migrierte und eine eher ungünstige Lage für Migrierte aus der Türkei und Asylsuchende (insbesondere albanische Asylsuchende aus dem Kosovo) (Eckert et al. 2006: 15). Frauen zeigen eine eher weniger gute Gesundheit, insbesondere Türkinnen und Tamilinnen (Rommel et al. 2006: 15). Insgesamt zeigen im Hinblick auf sämtliche Gesundheitsindikatoren insbesondere Migrantinnen und Migranten aus der Türkei und, etwas weniger stark ausgeprägt, auch Staatsangehörige der berücksichtigten Nachfolgestaaten Jugoslawiens, d.h. Migrierte mit Herkunft aus Serbien-Montenegro (inkl. Kosovo), Kroatien und Bosnien-Herzegowina (BAG 2007b: 34). Eine Öffnung von Programmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist deshalb insbesondere für Gruppen angezeigt, die sprachlich und sozioökonomisch benachteiligt oder über das hiesige Angebot wenig informiert sind.

Bezogen auf die ausgewählten Programme ist Folgendes zu beachten:

A) Kinder im Gleichgewicht KiG

Die bestehenden empirischen Daten zum Körpergewicht bei Kindern aus der Migrationsbevölkerung verweisen auf eine grundsätzlich erhöhte Neigung zu Übergewicht bei Kindern aus der Migrationsbevölkerung (SuisseBalance 2007); ein Grossteil davon lässt sich auf sozioökonomische Faktoren zurückführen (Suter 2005). Eine vergleichende Studie zwischen drei Schweizer Städten (Stamm et al. 2008) hat ergeben, dass Kinder mit Migrationshintergrund fast doppelt so häufig übergewichtig und mehr als doppelt so häufig adipös sind als Kinder aus Schweizer Familien. Die Ergebnisse aus dem Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung GMM schliessen Jugendliche ab 15 Jahren mit ein. Folgende auf das Körpergewicht von Jugendlichen und Erwachsenen bezogenen Resultate ergeben sich aus dieser Erhebung: Je tiefer die Schichtzugehörigkeit, desto höher die Tendenz zu Übergewicht (insb. Frauen); Migrierte mit Kindern sind hingegen weniger häufig übergewichtig (BAG 2007b: 38f). Von Übergewicht betroffen sind insbesondere Staatsangehörige aus Italien, aus Nachfolgestaaten Jugoslawiens sowie aus der Türkei (BAG 2007b: 40).

Die bestehenden Studien im Bereich Ernährung verweisen darauf, dass im Hinblick auf Ernährung sowohl die Herkunft (Wahl der Lebensmittel) als auch der sozioökonomische Status (Kosten für Lebensmittel, Zeit für Zubereitung und Essen) zu beachten sind (SuisseBalance 2007). Zur Bewegung: Die Quoten sportabstinenten Personen sind in der Migrationsbevölkerung tendenziell höher (ausser D, A, F) als in der Gesamtbevölkerung, am ausgeprägtesten unter Tamilinnen und Tamilen (67%) und Migrierten aus Italien (61%). Jüngere Männer aus der Türkei und den Nachfolgestaaten Jugoslawiens treiben allerdings sehr häufig regelmässigen Sport, häufiger als die Gesamtbevölkerung (Rommel et al. 2006: 22). Frauen treiben in der Migrationsbevölkerung durchgehend weniger Sport als Männer, bei der Mehrheitsbevölkerung ist das Verhältnis in etwa ausgeglichen (BAG 2007b: 28). Im Hinblick auf sportliche Aktivitäten der Migrationsbevölkerung ist einerseits zu beachten, dass Migrantinnen und Migranten, die an ihrem Arbeitsplatz physisch anstrengende Arbeiten verrichten, eher wenig Sport treiben, und dass im Herkunftskontext erworbene Werte und Verhaltensweisen die Wahl von Bewegungsmöglichkeiten beeinflussen können (BAG 2007b: 41).

B) Mammografie-Screening-Programm „donna“

Die Ergebnisse aus nationalen Befragungen (z. B. GMM) zeigen, dass ein wichtiger Anteil der Migrantinnen den Zugang zur Brustuntersuchung durch einen Arzt/eine Ärztin schlechter findet als die Schweizer Frauen. Von den befragten Schweizerinnen (BAG 2007b: 49f, 2008b) haben 62% eine vorsorgliche Mammografie durchgeführt, in den Migrationsgruppen sind dies zwischen 30% und 74%. Die Unterschiede nach Herkunftsland sind gemäss diesen Daten also beträchtlich: benachtei-

ligt sind insbesondere Frauen aus Sri Lanka sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien (Rommel et al. 2006: 20), Frauen, die eine Landessprache nicht genügend beherrschen (BAG 2007b: 51) und Frauen aus einer tieferen sozialen Schicht (BAG 2007b: 48). Allerdings sind diese Daten mit Vorsicht zu bewerten, da nur Gruppen aus einzelnen Herkunftsländern befragt wurden und nur Selbstdeklarationen vorliegen (analog zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung). Zudem sagt die Staatszugehörigkeit nur bedingt etwas aus über Schichtzugehörigkeit und Sprachkompetenzen. Folgende Staatszugehörigkeiten sind in der Zielgruppe des Mammographie-Programms im Kanton St. Gallen vertreten:

Weibliche Bevölkerung zwischen 50 und 69 Jahren	
Gesamtbevölkerung des Kantons	54'365
ausl. (ständige und nichtständige) Bevölkerung	7'540
Deutschland	1'111
Österreich	645
Holland	66
Italien	1'371
Spanien	263
Portugal	188
Serbien	1'398
Kroatien	320
Bosnien-Herzegowina	463
Mazedonien	586
Kosovo	70
Türkei	360
Sri Lanka	71
Afrika	30
Amerika	70
Asien (exkl. Türkei und Sri Lanka)	146

Quelle: Bundesamt für Statistik (ESPOP)

Aufbereitung: Fachstelle für Statistik Kanton St. Gallen

Verteilung der (ständigen und nichtständigen) weiblichen Migrationsbevölkerung ab 50 Jahren nach Regionen, Stand August 2009

gesamt	9'395	100%
Region St. Gallen	2'497	26.6%
Region Rheintal	1'550	16.5%
Region Wil	1'313	14.0%
Region Rorschach	1'006	10.7%
Region See-Gaster	989	10.5%
Region Werdenberg	736	7.8%
Region Toggenburg	666	7.1%
Region Sarganserland	638	6.8%

Quelle: Bundesamt für Migration (ZAR/ZEMIS) 2009

Aufbereitung: Fachstelle für Statistik Kanton St. Gallen

C) Tabakprävention

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung fallen in der Migrationsbevölkerung insbesondere die Migrieren aus der Türkei und aus Sri Lanka auf: Menschen aus der Türkei rauchen besonders viel (mit

48% die mit Abstand höchste Raucherquote und mit 14% die tiefste Quote von ehemaligen Rauchenden), Tamilinnen und Tamilen hingegen besonders wenig (BAG 2007b: 26). Eine gegenüber der Schweizer Bevölkerung erhöhte Quote zeigen zudem die Gruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Italien.

Gewisse Zielgruppen weisen also höhere Raucherprävalenzen auf als die Durchschnittsbevölkerung. Oft werden diese Gruppen auch ungenügend mit Präventionsbotschaften erreicht und haben schlechteren Zugang zu den Präventionsdienstleistungen. Von den eher belasteten Migrationsgruppen sind im Kanton St. Gallen also insbesondere die Migrationsgruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien vertreten, zu kleinerem Teil auch die italienische und die türkische Migrationsbevölkerung. Die bisherigen Diskussionen im Rahmen der Erarbeitung eines kantonalen Tabakprogramms im Kanton St. Gallen haben ergeben, dass eine allfällige Umsetzung von zielgruppenspezifischen Rauchstoppangeboten der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention AT im Kanton aufgrund der Gruppengrößen für Migrantinnen und Migranten aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens zu prüfen sei. Letztere sprechen unterschiedliche Sprachen, die nur bedingt über die Staatszugehörigkeit zu erschliessen sind. Erfragt wird die Hauptsprache in den Volkszählungsdaten; die aktuellen Daten aus der Volkszählung 2010 sind allerdings noch nicht ausgewertet. Die Angaben aus der Volkszählung 2000 zeigen, dass die Sprachgruppen serbisch-kroatisch-bosnisch¹⁷ und albanisch annähernd gleich gross sind:

Angaben zur Hauptsprache VZ 2000		Staatszugehörigkeit	2000	2009
serbisch / kroatisch	11'372	Serbien, Montenegro, Kosovo	19'348	20'008
albanisch	10'388	Mazedonien	7'208	9'088
übrige slawische Sprachen	1'920	Bosnien und Herzegowina	6'168	5'076
		Kroatien	4'278	3'692

(Quelle: VZ 2000, ZEMIS 2009)

D) Zahngesundheit bei Kindern

Gesicherte Daten zur Zahngesundheit bei Kindern mit Migrationshintergrund sind in der Schweiz noch kaum vorhanden. Eine OBSAN¹⁸-Studie (Menghini/Steiner 2007) hat ergeben, dass insbesondere die Migrationsbevölkerung aus dem ehemaligen Jugoslawien¹⁹ eine erhöhte Kariesprävalenz im Kleinkindalter aufweise (Menghini/Steiner 2007: 10). Die hohe Kariesbelastung dieser Gruppe zeigt sich in der Studie auch bei den Schulkindern deutlich. Für den Kariesbefall im Alter von Zweijährigen war insbesondere der Geburtsort der Mutter von Bedeutung: Kinder (mit Schweizer und Nichtschweizer Staatsbürgerschaft) von im Ausland geborenen Müttern wiesen eine dreimal höhere Kariesprävalenz auf als Kinder von in der Schweiz geborenen Müttern (ebd.: 11)²⁰. Folgende Risikoindikatoren konnten in der Studie nachgewiesen werden (aufgrund der erhobenen Daten und Elternbefragungen): schlechte Mundhygiene, Schoppen zum Einschlafen oder in der Nacht, häufiger Konsum von zuckerhaltigen Nicht-Milchgetränken (ebd.: 11). Die Studie zeigt zudem, dass im Kindergartenalter (5 Jahre) 80% der mit Karies befallenen Milchzähne unbehandelt sind; daraus lässt sich schliessen, dass zahnmedizinische Betreuung in der Regel erst mit dem Eintritt in die Schule beginnt (ebd.: 13). Prinzipiell, so die Studie, ist das Kindergartenalter ideal für Prophylaxe, weil dann die ersten bleibenden Zähne wachsen. Um auch das Milchgebiss vor Karies zu schützen, muss Prophylaxe aber in den ersten Lebensjahren beginnen (ebd.: 14).

¹⁷ Diese Kategorien sind von der Volkszählung 2000 so vorgegeben. Bei der Konzeption von sprachspezifischen Angeboten ist zu beachten, dass Serbisch, Kroatisch und Bosnisch gemeinsam genannt werden.

¹⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, siehe <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01.html>

¹⁹ Die Studie von Menghini/Steiner 2007 unterscheidet die Kategorien Schweizerinnen/Schweizer und Ausländerinnen/Ausländer und wertet einzelne Statistiken zusätzlich noch nach der Kategorie „Ex-Jugoslawien und Albanien“ aus.

²⁰ Diese Beobachtung der OBSAN-Studie wird dort nicht weiter kommentiert; zur Erklärung wäre weitere Forschung notwendig.

E) HIV/sexuell übertragbare Krankheiten (STI)

Von einer HIV-Infektion oder von anderen sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten besonders häufig betroffene Gruppen der Migrationsbevölkerung sind afrikanische Migrantinnen und Migranten, insbesondere diejenigen aus den Ländern südlich der Sahara (BAG 2008c: 13). Diese Gruppen sind zudem bei einer Infektion deutlich jünger als andere Gruppen und stecken sich häufiger bei heterosexuellen Kontakten an (ebd.). Im Kanton St. Gallen machen Migrierte aus Afrika 1.3 % der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung aus: Es handelt sich um total 1'338 Personen; grössere Gruppen stammen aus Eritrea (221), Tunesien (158), Marokko (112), Somalia (107) und Angola (105). Bei der nichtständigen Wohnbevölkerung (d.h. mit Kurzaufenthaltsbewilligung oder im Asylbereich) machen afrikanische Migrierte mit 774 Personen 16.5 % aus. Grössere Gruppen stammen hier aus Eritrea (245) und Somalia (244)²¹.

Eine spezielle Risikogruppe bezüglich HIV/STI sind zudem Frauen im Sexgewerbe. Hier sind die entsprechenden Herkunftsgruppen schwer zu eruieren. Ein Blick auf die nicht-ständige ausländische Wohnbevölkerung (d.h. auch Kurzaufenthalte, wie sie sog. Cabaret-Tänzerinnen erhalten) 2009 nach Geschlecht zeigt markante Frauenüberschüsse bei den Gruppen aus Ungarn (210 Frauen), der Slowakei (69 Frauen), Rumänien (57 Frauen) und der Tschechischen Republik (36 Frauen)²². Gemäss telefonischer Auskunft einer Mitarbeiterin der kantonalen Beratungsstelle Maria Magdalena sind im Sexgewerbe neben osteuropäischen Migrantinnen auch Asiatinnen, insbesondere Thailänderinnen vertreten. Migrantinnen aus Südamerika und Afrika seien im Kanton hingegen selten.

2.2 Fazit

Aufgrund der Bevölkerungszahlen des Kantons St. Gallen und vor dem Hintergrund der aufgeführten sozioepidemiologischen Kenntnisse drängt sich für den Kanton St. Gallen insbesondere auf, die ausgewählten Programme im Hinblick auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Chancengleichheit zu analysieren. Priorität hat für den Kanton die Öffnung der Programme für alle Benachteiligten, unabhängig von deren Herkunft. Sollten spezifische Massnahmen zur Öffnung für bestimmte Herkunfts- resp. Sprachgruppen umgesetzt werden, dann legen die statistischen Daten bezüglich Gruppengrössen und die Verteilung von Gesundheitsrisiken nahe, die Migrationsgruppen aus den Nachfolgestaaten Jugoslawiens besonders zu beachten. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Körpergewicht und Zahngesundheit, sowie auch im Bereich Tabak. Zu beachten sein wird hier die Zugehörigkeit zu verschiedenen Sprachgruppen (albanisch oder serbisch-kroatisch-bosnisch). Beide Sprachgruppen scheinen im Kanton St. Gallen relativ stark vertreten zu sein; welche die grössere Gruppe ist, kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht genau eruiert werden. Für die Gruppe der Migrierten aus der Türkei besteht aus denselben Gründen ein gewisser Öffnungsbedarf der bestehenden Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote.

Im Hinblick auf das Mammographie-Screening-Programm scheinen aufgrund der Sozialepidemiologie insbesondere die Herkunftsgruppen aus Ex-Jugoslawien und aus Sri Lanka besondere Beachtung zu verlangen. Aufgrund der geringen Gruppengrössen ist hier allerdings zu bedenken, dass das Verhältnis von Aufwand und Ertrag für teilzielgruppenspezifische Massnahmen, die über eine sprachliche Anpassung von Informationsmaterialien und Einladungsbrief hinausgehen, nicht angemessen sein könnte. Deshalb schlagen wir hier andere Massnahmen vor, die eher auf eine grundsätzliche Öffnung des Programms einerseits sowie auf zielgruppenspezifische Sensibilisie-

²¹ Quelle: Bundesamt für Migration, Zemis, per Dezember 2009, aufbereitet durch Fachstelle für Statistik Kanton St. Gallen

²² Quelle: Bundesamt für Migration, Zemis, per Dezember 2009, aufbereitet durch Fachstelle für Statistik Kanton St. Gallen

rungsstrategien für die Wichtigkeit gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen und reproduktiver Gesundheit allgemein im Rahmen bestehender Kanäle (wie z. B. FemmesTische) abzielen.

Im Bereich HIV/STI sind die aufgrund der sozialepidemiologischen Kenntnisse besonders gefährdeten Zielgruppen – Migrierte aus Afrika südlich der Sahara und Sexarbeitende – bereits durch spezifische Angebote abgedeckt. Zu bedenken ist hier einerseits, ob es sinnvoll wäre, die bestehenden Angebote auf andere Zielgruppen resp. um andere gesundheitsrelevante Themen zu erweitern, und ob es angebracht ist, das Thema HIV/STI in anderen Kontexten zu etablieren (z.B. Informationen zu reproduktiver Gesundheit und geschlechtsspezifischen Vorsorgeuntersuchungen). Zudem ist zu klären, ob es sinnvoll wäre, die bestehenden, aufsuchend arbeitenden Akteure im Bereich HIV/STI breiter einzusetzen resp. mit anderen Akteuren zu vernetzen.

Grundsätzlich ist zu überlegen, ob die bestehenden Angebote im Kanton St. Gallen von einer allgemeinen Öffnung profitieren könnten. Potenzial sehen wir insbesondere in der besseren Vernetzung bereits bestehender Angebote (z.B. Integration des Themas Zahngesundheit in das Programm „Kinder im Gleichgewicht“) sowie in einer systematischen Vernetzung der Anbietenden mit der Migrationsbevölkerung, z. B. über den Ausbau eines Multiplikatoren-Netzwerkes, das sich über das ganze Kantonsgebiet verteilt und alle Schwerpunktthemen integriert.

3 Angebot an Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen

In diesem Kapitel wird dargelegt, inwiefern der chancengleiche Zugang von Migrantinnen und Migranten in den Konzepten und Umsetzungen der fokussierten Programme beachtet wird, inwiefern damit die Migrationsbevölkerung erreicht wird und wie diese partizipiert. Dies wird ausgehend von Dokumentenanalysen, insbesondere aber aufgrund der Befragung von Programmverantwortlichen und Fachleuten in den jeweiligen thematischen Bereichen sowie aufgrund der Befragung von Integrationsverantwortlichen im Kanton beurteilt. Ergänzend werden die Ergebnisse aus den Fokusgruppen-Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern der Migrationsbevölkerung beigezogen.

3.1 Chancengleichheit und Partizipation in den Programmen

A) Kinder im Gleichgewicht KiG

Der Kanton St. Gallen legt bei KiG ein besonderes Augenmerk auf die Gewährung von Chancengleichheit im Sinne einer Öffnung der Angebote für die Migrationsbevölkerung²³. Das Programm KiG des Kantons St. Gallen hat diesbezüglich insbesondere für die Zielgruppen der Babies und Kleinkinder bereits erfolgreiche Anstrengungen unternommen: Das Angebot MigesBalù öffnet den Zugang zur Mütter-/Väterberatung mittels interkultureller Übersetzung, und über das Projekt femmesTische wird das Thema Ernährung und Bewegung mit Frauen aus der Migrationsbevölkerung bearbeitet. Im Bereich Kindergarten/Schule steht in der Regel das Setting Schule im Vordergrund; Eltern werden eher indirekt (vermittelt durch die Kinder) mit einbezogen. Informationsmaterialien, die im Programm eingesetzt werden, wurden nicht systematisch in andere Sprachen übersetzt, bestehen aber teilweise.

Ergebnisse der Befragung: Chancengleichheit wird laut den befragten Programmverantwortlichen im Programm KiG als Querschnitt-Thema betrachtet. Da das Programm aus vielfältigen Elementen besteht, muss jeweils konkret überprüft werden, wie Chancengleichheit zu berücksichtigen ist. Das Programm KiG sieht primär Bezugspersonen nach Lebensphase (Lehr-, Betreuungs-, Beratungspersonen), aber auch die Kinder und deren Eltern als Zielgruppe an.

Generell werden über die Aktivitäten im Setting Schule alle Kinder erreicht. Entscheidend für nachhaltige Verhaltensänderung sei hier, dass die Schule hinter den Aktivitäten stehe und Ernährung und Bewegung langfristig und wiederholt thematisiere. Man geht zudem davon aus, dass über die Kinder auch die Eltern von den Aktivitäten in der Schule erfahren. Aussagen dazu, wie gut diese Aktivitäten die Migrationsbevölkerung erreichen würden, seien sehr schwierig, da entsprechende Evidenzen fehlen. Dem entsprechend fällt es den Befragten auch schwer zu sagen, welche Gruppen besonders schlecht erreicht werden. Zudem sei wichtig, dass die Migrationsbevölkerung in ihrer Heterogenität berücksichtigt werde. Grundsätzlich aber sind die Befragten der Meinung, dass die Eltern im Rahmen von KiG noch wenig direkt angesprochen werden. In einer Verstärkung der Elternarbeit im Rahmen von Kindergarten und Schule liege noch viel Potenzial.

Die Aktivitäten im Bereich Babies/Kleinkinder umfassen v.a. Weiterbildungen für Hebammen, Still- und Mütterberaterinnen in Ernährung und Bewegung. Zudem werden hier zwei Angebote integriert, die sich spezifisch an Migrantinnen und Migranten wenden: KiG unterstützt das Projekt MigesBalù der Mütter-/Väterberatung und finanziert im Rahmen von femmesTische die Umsetzung des Moduls zu Ernährung und Bewegung sowie Weiterbildungen für die Moderatorinnen.

²³ Siehe KiG-Projektflyer auf http://www.kinder-im-gleichgewicht.ch/Portals/11/docs/kig_programmflyer.pdf

MigesBalù: Das Projekt wurde 2005 vom Ostschweizer Verein für das Kind (OVK) in Zusammenarbeit mit der Projektförderstelle SuisseBalance zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund und zur verstärkten Integration der Themen Ernährung und Bewegung ins bestehende Angebot der Mütter-/Väterberatungen im Kanton entwickelt, evaluiert und zur Multiplikation aufbereitet. Durch den Einsatz von interkulturellen Vermittelnden und durch die Weiterbildung der Mütter-/Väterberaterinnen in transkultureller Kompetenz und in Ernährung/Bewegung, durch mehrsprachige Informationsmaterialien und durch Öffentlichkeitsarbeit zur besseren Bekanntmachung des Angebotes in der Migrationsbevölkerung (aufsuchende Informationswege, z. B. über religiöse Zentren, über Anwesenheit an Festen etc.) konnte die Nutzungsquote des Beratungsangebotes in der Migrationsbevölkerung deutlich gesteigert werden. Eine generelle Schwierigkeit für Interventionen in der Mütter-/Väterberatung besteht laut Gesundheitsförderung Schweiz (2010: 92) in den knappen finanziellen und personellen Ressourcen sowie der heterogenen regionalen Strukturen der Beratungsangebote; das kantonale Aktionsprogramm KiG soll hier eine Koordinations- und Vermittlerrolle übernehmen. Die Trägerschaft für MigesBalù liegt bei der Fachstelle Gesundheit und Integration, Caritas St. Gallen. Flyer für Eltern sind gegenwärtig erhältlich in den Sprachen bosnisch-serbisch-kroatisch, albanisch, türkisch und tamil; Beratungsgespräche werden je nach Bedarf in verschiedenen Sprachen angeboten. Das Angebot wird gegenwärtig in folgenden Gemeinden umgesetzt: St. Gallen und Umgebung²⁴ (OVK), Wil und Umgebung²⁵ (Mütter-/Väterberatung Untertoggenburg-Wil-Gossau), Rapperswil-Jona und Umgebung (Mütter-/Väterberatung Rapperswil-Jona) und Region See-Gaster²⁶ (Mütter-/Väterberatung See-Gaster).

Ergebnisse der Befragung: Das Projekt MigesBalù wird breit als sehr erfolgreiche Massnahme zur Öffnung eines bestehenden Angebotes für die Migrationsbevölkerung anerkannt. Die Erreichbarkeitsraten konnten in denjenigen Gruppen, in deren Sprache eine Beratung angeboten wird, auf ein Niveau gehoben werden, welches der Mehrheitsbevölkerung entspricht. Bei der albanisch-sprechenden Bevölkerung zum Beispiel, welche das Angebot der Mütter-/Väterberatungen vor MigesBalù sehr wenig in Anspruch genommen hatte, konnte durch die Kombination von aufsuchendem Aufmerksam-Machen auf das Angebot und Beratung unter Beizug von interkultureller Vermittlung die Quote der Inanspruchnahme erheblich gesteigert werden. Aufgefallen ist jedoch, so eine Befragte, dass die serbisch-kroatisch-bosnisch-sprechenden Eltern das Angebot trotz spezifischer Bekanntmachungsmassnahmen und trotz einer gewissen Steigerung der Beratungsquoten nach wie vor unterdurchschnittlich nutzen würden.

Die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung und deren Partizipation ist im Angebot MigesBalù prinzipiell gut gewährleistet, ist aber auch abhängig von den jeweiligen Personen (Beratende und interkulturelle Vermittelnde), die an den lokalen Standorten aktiv sind. Sowohl die Bekanntmachung des Angebots in der Migrationsbevölkerung wie auch die Führung von Beratungsgesprächen bedingen den sorgfältigen Aufbau und die langfristige Pflege von persönlichen Beziehungen. Dazu sind gute transkulturelle und kommunikative Fähigkeiten notwendig. Da Beziehungen sehr wichtig sind, liegt z.B. ein Nachteil grosser Standorte darin, dass mehrere Personen Beratungen machen und deshalb der Beziehungsaufbau schwieriger sei. Noch nicht genügend gewährleistet ist die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung insofern, als spezifische Massnahmen zur Bekanntmachung des Angebotes nicht in allen Sprachgruppen umgesetzt werden können (Beratung hingegen kann in jeder Sprache angeboten werden, welche durch interkulturelle Vermittlung abgedeckt wird) und als noch nicht alle Gemeinden im Kanton St. Gallen das Angebot in ihre Mütter-/Väterberatungen aufgenommen haben.

²⁴ umfasst die Gemeinden St. Gallen, Bernhardzell, Eggersreit, Goldach, Grub SG, Muolen, Rorschach, Rorschacherberg, Tübach, Untereggen, Waldkirch und Wittenbach/Kronbühl

²⁵ umfasst die Gemeinden Gossau, Andwil, Arnegg, Niederbüren, Oberbüren, Niederwil, Flawil, Degersheim, Zuzwil, Züberwangen, Wil, Bronschhofen, Rickenbach, Uzwil, Henau, Jonschwil, Schwarzenbach, Oberuzwil

²⁶ umfasst die Gemeinden Amden, Weesen, Schänis, Rieden, Kaltbrunn, Benken, Gommiswald, Uznach, Schmerikon, Ernetschwil, St.Gallenkappel, Goldingen und Eschenbach

Das Setting der Mütter-/Väterberatung wird von den Befragten als ideales Setting für Prävention beschrieben, denn junge Eltern seien hochmotiviert, präventiv zu handeln. Die Beratung ermöglicht es auch, über längere Zeit ‚an einem Thema dranzubleiben‘. Zusätzliche Themen können in diese Beratungen prinzipiell mit aufgenommen werden; die Beratungszeit ist aber knapp, und es liegt im jeweiligen Ermessen der Beratenden, welche Themen angesprochen werden.

Die Erfahrungen aus den Beratungsgesprächen mit Eltern mit Migrationshintergrund fliessen auch in die Weiterbildungsangebote für Fachleute im Rahmen des Programms KiG mit ein und stossen bei den Teilnehmenden auf grosses Interesse.

femmesTische: Das an Frauen gerichtete Modell femmesTische, das sich auf gesundheitsrelevante Wissensvermittlung und auf Vernetzung in informellen Gruppen spezialisiert, wird im Kanton St. Gallen seit Herbst 2008 und spezifisch für und mit Migrantinnen umgesetzt. Die Trägerschaft liegt bei der Caritas St. Gallen. In Kooperation mit dem Programm KiG wurden die Themen Ernährung und Bewegung in das thematische Angebot von femmesTische integriert und die Moderatorinnen weitergebildet. Umsetzungen des Moduls zu Ernährung und Bewegung werden von KiG mitfinanziert. Diese kantonale Finanzierung hat es ermöglicht, femmesTisch-Veranstaltungen im ganzen Kanton umzusetzen. Zukünftig werden Veranstaltungen in den Gemeinden Gossau, Wil und Rapperswil-Jona umgesetzt; angeboten werden die Sprachen der jeweils grössten regionalen Herkunftsgruppen, nach Wunsch der Gemeinden.

Ergebnisse der Befragung: femmesTische erreicht ihre Zielgruppe (Frauen aus der Migrationsbevölkerung) über informelle Netzwerke der Moderatorinnen; die Qualität der Schlüsselpersonen und ihrer Netzwerke sei somit ausschlaggebend dafür, wie gut die Migrationsbevölkerung erreicht werde. „Gut“ sind Moderatorinnen laut einer Befragten dann, wenn sie gute Beziehungen zur „Community“ haben, wenn sie ein gutes Grundgefühl gegenüber dem Aufenthaltskontext haben, wenn sie gute Deutschkenntnisse und die Fähigkeit zur Reflexion haben. Wichtig ist laut einer anderen Befragten insbesondere auch eine gute Kommunikationsfähigkeit. Zentral für die Vermittlung der Information ist deren adäquate Verpackung, d.h. dass Informationen in der richtigen Sprache, im richtigen Setting und lebensweltbezogen vermittelt werden; dies umzusetzen ist bei femmesTische v.a. Aufgabe der Moderatorinnen.

Auch dem Angebot femmesTische wird eine gute Erreichung der Migrationsbevölkerung zugeschrieben. Insbesondere die Vernetzung der Moderator/innen mit den Fachstellen auf der einen Seite und mit für Institutionen schwer erreichbaren Segmenten der Migrationsbevölkerung auf der anderen Seite gelingt gut. Kritisch angemerkt wird, dass, seit femmesTische nicht mehr auf kantonaler, sondern auf Gemeinde-Ebene umgesetzt wird, nicht mehr alle Sprachgruppen bedient werden (die Auswahl der Sprachgruppen obliegt den Gemeinden) und deshalb gewisse Gruppen, die einen hohen Informationsbedarf hätten, nicht erreicht würden. Zudem liegt eine Schwäche von femmesTische darin, dass sich die erreichten Migrantinnen wiederholende Veranstaltungen zu den behandelten Themen wünschen würden, was in der gegenwärtigen Konzeption von femmesTische nicht möglich sei. Eine wiederholende Arbeit würde auch ermöglichen, auf nachhaltige Veränderung hin zu arbeiten; hier sei die Informationsvermittlung und gemeinsame Informationsverarbeitung in einer einmaligen Veranstaltung nicht genug. Das Angebot von femmesTische kann sich diesbezüglich ev. mit demjenigen von MigesBalù ergänzen, welches die Möglichkeit zur längerfristigen Begleitung habe (allerdings nur für Frauen mit kleinen Kindern). Die Stärke von femmesTische liege hingegen in der breiten Streuung der Kontakte und der thematischen Vielfalt.

B) Mammografie-Screening-Programm „donna“

Alle zwei Jahre erhalten im Kanton St. Gallen wohnhafte Frauen zwischen 50 und 69 Jahren ein Einladungsschreiben mit einem Terminvorschlag zur Erstellung einer Mammografie (Teilnahme freiwillig), mit der Bitte um Terminbestätigung. Wer nicht auf die Einladung reagiert, wird persönlich angerufen. Die Mammographie wird in zertifizierten Instituten von Röntgenassistentinnen und -assistenten durchgeführt und von der Grundversicherung bezahlt. Es stehen 6 verschiedene Zentren im Kanton zur Verfügung. Das Ergebnis der Untersuchung wird schriftlich mitgeteilt; für Rückfragen steht eine Hotline zur Verfügung. Ca. 5% der Frauen werden zu weiteren Abklärungen eingeladen. Das Vorgehen dafür wird individuell mit den Frauen besprochen. Bestätigt sich der Verdacht, wird ein individuelles Beratungsgespräch angeboten.

Bisher werden keine spezifischen Massnahmen zur Erreichung der Migrationsbevölkerung unternommen. Die Anschrift erfolgt in deutscher Sprache. Dem Schreiben liegt gegenwärtig ein kurzer Fragebogen bei, in welchem auch angegeben werden kann, welche Sprache man als Kommunikationssprache wünscht. Eine migrationsspezifische Informationsbroschüre wird zurzeit vom Schweizerischen Verband der Brustkrebs-Früherkennungsprogramme VBKF in Zusammenarbeit mit migesplus und unter Einbezug von Fokusgruppengesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern der Migrationsbevölkerung entwickelt. Sie wird ab Herbst 2011 in Deutsch zur Verfügung stehen und in den darauf folgenden Monaten in verschiedene Sprachen übersetzt werden. Das kantonale Programm beabsichtigt, diese Broschüre zur spezifischen Information der Migrationsbevölkerung einzusetzen; die bereits bestehende Broschüre des Kantons in deutscher Sprache soll weiterhin eingesetzt werden.

Ergebnisse der Befragung: Die Gewährung von Chancengleichheit des Mammographie-Screening-Programms wird unterschiedlich eingeschätzt. Einerseits wird sie als gut beurteilt, weil alle Frauen einer bestimmten Altersgruppe angeschrieben werden und so dieselbe Gelegenheit haben, das Angebot wahrzunehmen. Andererseits wird aber auch darauf verwiesen, dass schriftliche Information allein erfahrungsgemäss nicht immer wahrgenommen werde. Der konkrete Terminvorschlag im Brief wirke dabei durchaus auch fördernd für eine Reaktion auf den Brief. Wenn ein Termin nicht bestätigt werde, folge ein Anruf; dieser biete auch die Möglichkeit, Fragen zu beantworten und Vorbehalte (wie z.B. unangenehme Untersuchung, Angst vor Strahlen) anzusprechen. Man wisse aus den Erfahrungen anderer Programme²⁷, dass gewisse Gruppen das Angebot weniger wahrnehmen würden als andere. Dies seien zum einen Migrantinnen aus Herkunftsländern, in denen keine Tradition der Gesundheitsvorsorge bestehe, zum anderen Frauen mit niedrigem SES, welche Gesundheitsdienstleistungen generell weniger wahrnehmen würden. Weniger wahrgenommen wird das Angebot von Mammographie-Screening-Programmen andererseits auch von Frauen mit hohem SES.

Inwieweit das Programm „donna“ von der Zielgruppe insgesamt genutzt wird, wird sich, sobald das Programm länger läuft, aufgrund der statistischen Auswertungen aus dem Terminverwaltungsprogramm aufzeigen lassen; genauere Aussagen dazu, wer genau das Programm nutzt und wer nicht, werden allerdings nur sehr beschränkt möglich sein. Die Datengrundlage besteht aus Adressdaten des Einwohneramtes und lässt keinen Rückschluss auf Migrationshintergrund und SES zu. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen und Beobachtungen werden in der Befragung der Fachleute folgende Gruppen als besonders schwer erreichbar genannt: Frauen, die noch nie eine Mammographie hatten; Frauen, die nicht in gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen gehen; Migrantinnen mit ungeregeltem Aufenthalt. Aus den Rückmeldungen der Röntgenzentren und aus den Erfahrungen mit der Hotline haben sich zudem Hinweise ergeben, dass z. T. sprachliche Verständigungs-

²⁷ Vergleiche mit anderen Programmen sind jedoch, so die Befragten, nur bedingt sinnvoll. Evidenzbasierte Studien gibt es dazu in der Schweiz keine.

schwierigkeiten und mangelnde funktionelle Gesundheitskompetenzen (den Brief verstehen, den Fragebogen ausfüllen können, vgl. dazu Nutbeam 2000) bestehen. Sprachliche und andere Anpassungen der schriftlichen Materialien wurden bisher noch nicht vorgenommen, werden aber geprüft. Bisher hat man sich bei der Bekanntmachung des Programms auf die Gesamtbevölkerung konzentriert; spezifische Massnahmen zur Information der Migrationsbevölkerung sind geplant; sie werden auf nationaler Ebene in einer Arbeitsgruppe entwickelt werden. Die Hotline ist wegen der Terminkoordination stark genutzt, wird aber auch für allgemeinere Fragen in Anspruch genommen. Gegenwärtig kann nur in denjenigen Sprachen kommuniziert werden, welche die vier Mitarbeiterinnen beherrschen. Bei der Untersuchung an sich wird darauf geachtet, dass in Telefongesprächen im Vorfeld nachgefragt wird, ob Vorbehalte bestehen, und dass die durchführenden Röntgenassistentinnen und -assistenten gut aus- und weitergebildet und die Qualität der Untersuchungen laufend überprüft werden. Transkulturelle Kompetenz ist bisher noch nicht Bestandteil der Weiterbildung.

C) Tabakprävention

Der Kanton St. Gallen hat in den letzten Jahren eine gute verhältnispräventive Gesetzesgrundlage für die Tabakprävention geschaffen und ist gegenwärtig dabei, ein kantonales Tabakpräventionsprogramm zu entwickeln. In diesem Programm soll auch der Zugang zu sozioökonomisch Benachteiligten und zur Migrationsbevölkerung beachtet werden, denn bisher wird Chancengleichheit in der Tabakprävention des Kantons St. Gallen noch kaum berücksichtigt. Dabei geht es nicht nur um eine Öffnung des Regelangebotes, sondern auch um eine Stärkung der Gesundheitskompetenzen in den entsprechenden Zielgruppen.

Ergebnisse der Befragung: Gegenwärtig konzentrieren sich die Bestrebungen der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Tabak auf Jugendliche und junge Erwachsene, und man arbeitet dafür bevorzugt mit Mediatorinnen und Mediatoren zusammen, vor allem in den Settings Schule, Berufsausbildung/Arbeitsplatz und Freizeit/Sport. In diesem Bereich tätig sind ZEPRA und die Lungenliga. Auch die Krebsliga betreibt Prävention im Bereich Tabak und macht Ausstiegsangebote (Beratung, Rauchstoppkurse). Das Konzept der Chancengleichheit ist bei keinem dieser Akteure eine zentrale Leitlinie, und die Befragten stellen ihren Aktivitäten und Angeboten auch schlechte Noten im Hinblick auf die Gewährung von Chancengleichheit aus. Begründet wird dies mit fehlenden Ressourcen, mit anderen Prioritäten wie auch mit fehlenden Vorgaben aus der Politik. Während bei der Konzeption von Angeboten und Massnahmen kaum darauf geachtet wird, Chancengleichheit zu gewähren, gibt es vereinzelt Ansätze, in den laufenden Projekten zu korrigieren. Solche Strategien umfassen z. B. das Beiziehen von Sprachkompetenzen der Mitarbeitenden, die Übernahme von migrationsgerecht aufbereiteten Informationsmaterialien (z.B. von der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention), die Aufbereitung von Informationen für Fachpersonen, die breit mit der Gesamtbevölkerung zu tun haben (Ärzte, Lehrpersonen etc.), oder das Einsetzen von interkulturellen Übersetzenden bei Beratungsgesprächen. Die Migrationsbevölkerung wird weder spezifisch angesprochen, noch nimmt sie die bestehenden Angebote (Beratungen, Rauchstoppkurse) angemessen wahr. Erreicht wird die Migrationsbevölkerung teilweise über Präventionsaktivitäten in Schulen und am Arbeitsplatz: Insbesondere Kinder und Jugendliche aus der Migrationsbevölkerung werden über diese Kanäle erreicht. Andere Altersgruppen werden kaum erreicht. Wichtig wäre gemäss der Fachleute, dass in Zukunft auch Männer über 40 Jahren erreicht würden, sowie Kleinkinder (insbesondere Un-/Neugeborene). Besonders notwendig wären laut Einschätzung der Befragten spezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsbestrebungen in der Migrationsbevölkerung aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien.

Eine Möglichkeit, die Migrationsbevölkerung besser zu erreichen, sieht einer der Befragten darin, das im Jungendbereich angewandte Prinzip der Arbeit mit Mediatorinnen und Mediatoren auch im

Hinblick auf die Migrationsbevölkerung anzuwenden, indem man z.B. mit Vereinsvertreterinnen und -vertretern zusammen arbeite. Ein weiterer Befragter sieht Bedarf in der nachhaltigeren Begleitung von Personen in der Tabakprävention, z.B. Nachbetreuung nach Rauchstoppkursen oder mehrmaliges, langfristiges Arbeiten mit Schulklassen.

In der Migrationsbevölkerung, so lassen die Fokusgruppen-Ergebnisse schliessen, werden die Präventionsbestrebungen im Bereich Tabak wenig wahrgenommen, die Tabakprävention wird als unkoordiniert und unsystematisch empfunden. Erwünscht ist hier einerseits mehr Information über die schädlichen Auswirkungen von Tabak, andererseits auch mehr und früher einsetzende Aktivitäten in der Schule, kombiniert mit Elternbildung.

D) Zahngesundheit bei Kindern

Zahngesundheit bei Kindern wird im Kanton St. Gallen über die Prävention in Kindergärten und Schulen verfolgt; die zuständigen Akteure sind hier die Lehrpersonen, die Schulzahnärztinnen und -ärzte sowie die Zahnprophylaxe-Assistentinnen. Die Prävention im Kleinkindalter wird inzwischen als sehr wichtig für die Zahngesundheit von Kindern erachtet und soll ausgebaut werden. Dabei sollen insbesondere auch Eltern mit Migrationshintergrund erreicht werden, da erfahrungsgemäss die Kariesbelastung in der Migrationsbevölkerung z.T. hoch ist. Bereits praktiziert wird die Prävention im Kleinkindalter in der Stadt St. Gallen durch die Schulzahnklinik: Diese hat eine Zahnprophylaxe-Assistentin angestellt, welche im Rahmen ihrer Arbeitszeit nicht nur Kindergärten und Schulen betreut, sondern auch auf Anfrage hin Informationsveranstaltungen in Institutionen der Kleinkinderbetreuung (Kitas, Spielgruppen u.a.) durchführen kann.

Ergebnisse der Befragung: Alle Befragten sind sich einig, dass Zahnprophylaxe bereits im Kleinkindalter einsetzen sollte und dass insbesondere dort auch ein Bedarf an spezifischen Massnahmen zur Gewährung von Chancengleichheit für Migrierte besteht. Wie Zahnprophylaxe konkret umgesetzt wird und wie dabei die Erreichbarkeit aller berücksichtigt wird, liegt im Ermessen der jeweiligen Schulbehörden und Schulzahnärztinnen und -ärzte. Die Aktivitäten zur Koordination und Steuerung von Seiten des Kantons sind gegenwärtig eher gering; sie konzentrieren sich auf die Arbeit im Rahmen der kantonalen Schulzahnpflege-Kommission.

Zur zahngesundheitlichen Belastung von Kindern aus der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gibt es wenig gesicherte Daten. Persönliche, empirisch nicht weiter belegbare Einschätzungen der Befragten gehen dahin, dass insbesondere Bedarf an Prävention bestehe bei Migrierten aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, aus Sri Lanka und der Türkei. Tiefer SES spiele im Bereich Zahngesundheit auch eine Rolle. Statistische Daten dazu existieren nicht. In den Fokusgruppen wurde betont, dass das Thema Zahngesundheit bei der Migrationsbevölkerung zwar aus Kindergarten und Schule gut bekannt sei, dass aber häufig vorher entsprechende Informationen fehlen würden und deshalb kein Problembewusstsein vorhanden sei.

Schriftliches Informationsmaterial ist, auch in migrationsgerechter Form, genügend und in guter Qualität vorhanden. Wenn dieses einfach nur aufgelegt oder breit gestreut wird, wird es erfahrungsgemäss jedoch wenig wahrgenommen. Es kann jedoch in Zukunft vermehrt noch in konkreten Beratungssituationen und bei Informationsveranstaltungen für Eltern beziehungsgeleitet (d.h. im persönlichen Gespräch) abgegeben werden.

E) HIV/sexuell übertragbare Krankheiten (STI)

Die Aidshilfe St. Gallen hat vom Kanton den Auftrag, für die allgemeine Bevölkerung sowie für besonders vulnerable Gruppen Präventionsarbeit im Bereich HIV/STI zu betreiben. Sie setzt für die

Migrationsbevölkerung aufgrund der besonders hohen Prävalenzen gegenwärtig das aufsuchende Projekt AFRIMEDIA um, das sich nur an die afrikanische Migrationsbevölkerung richtet. 18% der frischen HIV-Diagnosen betrafen 2009 in der Schweiz Menschen aus Afrika. Im Kanton St. Gallen soll dieser Problematik mit aufsuchender Prävention begegnet werden. Dazu werden Mediatorinnen und Mediatoren aus den Zielgruppen ausgebildet. Sie sprechen Migrantinnen und Migranten aus Afrika im informellen Rahmen auf der Strasse, in Asylzentren und an Begegnungsfesten an.

Ergebnisse der Befragung: Die AHSGA verfolgt die Gewährung von Chancengleichheit bei der HIV/STI-Prävention gegenwärtig vor allem über das aufsuchende Projekt AFRIMEDIA. Das Vorgehen wurde von der Aidshilfe Schweiz übernommen und im Austausch mit anderen Kantonen umgesetzt²⁸. Bei der Konzeption des Projektes wurden langjährige Erfahrungen mit aufsuchender migrationsspezifischer Arbeit im Kanton Genf mit einbezogen. Mit dem Projekt werde laut der Befragten Chancengleichheit relativ gut gewährleistet; entscheidendes Element dafür ist das aufsuchende Prinzip. Problematisch sei jedoch die Nachhaltigkeit: Im Kanton St. Gallen bewegt sich die Migrationsbevölkerung aus Subsahara-Afrika vor allem im Asylbereich, und diese äusserst mobile und instabile Zielgruppe kann in der Regel von den Mediatorinnen und Mediatoren nur einmal angesprochen werden, eine längerfristige Begleitung ist nicht möglich. Die knappen Ressourcen und die enge Definition von Zielgruppe und Thema verhindern in der Praxis zudem, dass das hohe Potenzial der aufsuchenden, persönlichen Ansprache noch breiter genutzt werden kann.

Die Prävention in der allgemeinen Migrationsbevölkerung wird über die Sexualpädagogik in den Schulen abgedeckt, d.h. in der Stadt St. Gallen über den schulärztlichen Dienst und im Kanton über Aidshilfe SG. Auf Anfrage werden auch Elternabende gestaltet; erste Erfahrungen mit sprachspezifischen Elternabenden für die Migrationsbevölkerung bestehen, werden von den befragten Fachleuten aber als zwiespältig eingeschätzt. Die Teilnahme von Migrierten erschien ungenügend, insbesondere von Gruppen, die von einem Befragten als besonders „präventionsbedürftig“ wahrgenommen werden, d.h. Eltern mit tiefem SES und Eltern aus Gruppen mit restriktiven moralischen Vorstellungen im Hinblick auf Sexualität. Die Kommunikation mit den anwesenden Eltern wurde als schwierig empfunden, insgesamt fühlte sich die Fachperson nicht erhört, die Diskussionen unter den Eltern hätten sich stark darauf konzentriert, wie „man es in ihren Herkunftsländern handhabe“. Befragte mit viel Erfahrung in der migrationssensiblen Prävention und Gesundheitsförderung vermuten hier, dass das Vorgehen in der Bekanntmachung des Angebotes und insbesondere die Kommunikationsstrategien während der Veranstaltungen dem Thema und den Zielgruppen nicht angemessen waren. In anderen Zusammenhängen hat sich gezeigt, dass gemeinsames Erarbeiten von Inhalten eine wichtige Voraussetzung für Informationsvermittlung ist: Mitarbeitende im Projekt MigesBalù wie auch im Projekt AFRIMEDIA haben im Hinblick auf ihre Tätigkeitsbereiche betont, dass Beratung besser gelingt, wenn sie nicht belehrend ist, sondern interessiert an den Sichtweisen des Gegenübers (vgl. dazu auch die Ausführungen zur ‚interaktiven health literacy‘ in Nutbeam 2000 und Soom Ammann/Salis Gross 2011).

Von Seiten der Migrierten, welche an den Fokusgruppen teilnahmen, wird die Notwendigkeit eines interaktiven Vorgehens bei der Informationsvermittlung in diesem thematischen Bereich bestätigt. Es wurde prinzipiell grosses Interesse und ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis formuliert: Sowohl Kinder wie auch deren Eltern sollten frühzeitig und umfassend über Sexualität, Verhütung und sexuell übertragbare Krankheiten informiert werden. Insbesondere, so die Ergebnisse aus den Fokusgruppen, sei in diesem thematischen Bereich aber nicht bloss Information, sondern vor allem Anleitung und Vermittlung in der Artikulation von tabuisierten Themen und in der Aushandlung von moralischen Konflikten, z.B. zwischen Eltern und Kindern, notwendig.

²⁸ Das Projekt AFRIMEDIA wird im Kanton St. Gallen seit 2008 umgesetzt und folgt den nationalen Vorgaben; das Projekt ist seit 2002 im Einsatz, seit 2006 bei der Aidshilfe Schweiz.

Weitere Zugangswege zur Migrationsbevölkerung wie z.B. Integrations Sprachkurse oder die Zusammenarbeit mit Vereinen und Organisationen der Migrationsbevölkerung wurden von Seiten der AHSGA erwogen, aber noch nicht systematisch erschlossen. Bei der Suche nach Mediatorinnen und Mediatoren wurde der Weg über die Regionalen Fachstellen für Integration gewählt, dies habe sich gut bewährt. Die Kooperation mit anderen Fachstellen im Kanton ist kaum vorhanden; erwünscht wäre hier z.B. eine engere Zusammenarbeit mit den kantonalen Beratungsstellen für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität. Diese bieten schon seit einiger Zeit auch Beratungen unter Beizug von interkultureller Vermittlung an und haben Erfahrungen in der Weiterbildung von Fachpersonen und Projektmitarbeitenden mit Migrationshintergrund.

Im Sexgewerbe besteht seit 2000 ein aufsuchendes Beratungsangebot des Gesundheitsdepartements des Kantons St. Gallen, Kantonsärztlicher Dienst. In dieses Projekt integriert ist die kantonale Umsetzung des nationalen Präventionsangebot APiS der Aidshilfe Schweiz, das sich spezifisch an Sexarbeitende mit Migrationshintergrund richtet. Das Beratungsteam von Maria Magdalena geht aufsuchend vor, konzentriert sich in erster Linie auf den Aufbau von Vertrauensverhältnissen und arbeitet in der Regel ohne Übersetzende. Osteuropäische Sprachen werden von den gegenwärtigen Mitarbeiterinnen abgedeckt. Informationsmaterial ist z.T. übersetzt vorhanden, z. B. Angebotsflyer Maria Magdalena und Broschüre „Stella“ der Aidshilfe Schweiz mit div. gesundheitlichen und rechtlichen Informationen für Sexarbeitende.

3.2 Erklärungsgründe für die mangelnde Partizipation

A) Kinder im Gleichgewicht KiG

Da das Programm KiG im Setting Schule arbeitet und auch zwei speziell auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtete Angebote umfasst, wird das Bewusstsein für und die Gewährung von Chancengleichheit als relativ gut beurteilt. Eine der befragten Fachpersonen meint jedoch, dass die Sichtweisen und Interessen der Eltern im Programm KiG in ihrer Vielfalt nicht genügend berücksichtigt würden. Die Schule setze voraus, dass Eltern verfügbar seien und sich mit Schulfragen auseinandersetzen würden. Die Vorstellungen von Aufgaben und Pflichten der Eltern gegenüber der Schule seien aber unterschiedlich, die Schule hat nicht für alle Eltern eine Vorbildfunktion. Deshalb würde die Schule einige Eltern nicht erreichen, nicht nur in der Migrationsbevölkerung. Relevant erscheint den Befragten für die Erreichbarkeit der Eltern: Bildungsnähe, Reflexionsfähigkeit, Flexibilität in Bezug auf neue Konzepte.

Eine Konstellation, die zu besonders schwieriger Erreichbarkeit führen könne, sieht eine der Befragten in ‚isolierten Familien‘, wo z.B. Mütter nicht erwerbstätig und für die alltäglichen Erziehungsfragen zuständig seien und Väter die einzige Verbindung zu den Institutionen im Aufenthaltskontext darstellen würden. Solche Familien seien zwar auch vernetzt, aber für offizielle Stellen und Akteure kaum zugänglich. Auch die beiden Angebote migesBalù und femmesTische seien nicht genügend in der Lage, solche Familien anzusprechen. Erfolgreich wäre hier ein Vorgehen über wiederholte Hausbesuche (analog zum HEKS-Projekt „schrittweise“ in der Stadt St. Gallen).

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit Migrantinnen und Migranten verweisen darauf, dass Elternarbeit im Sinne von Information und Förderung der elterlichen Verantwortung vonnöten sei, und es wird mehrfach vorgeschlagen, Elternbildung in der Schule verbindlich zu gestalten (d.h. Teilnahme obligatorisch zu erklären und ggf. auch zu sanktionieren). Gleichzeitig wird gewünscht, dies sprachlich angepasst, aber auch diversitätssensibel zu gestalten: Nicht nur die Migrationsbevölkerung habe Informations- und Verhaltensdefizite, doch sei hier das Erhalten und Verstehen der entsprechenden Informationen zu fördern. Begrüsst werden deshalb insbesondere Elternangebote,

die sich an alle richten, aber Übersetzungsmöglichkeiten bieten. Favorisiert wird ein Modell, in dem in deutscher Sprache informiert und in sprachspezifischen Workshops vertieft und diskutiert wird. Informations- und Sensibilisierungsarbeit über Ärzte, über Vereine oder über Arbeitgebende wird ebenfalls als sinnvoll erachtet. Zu beachten sei, nicht nur im Bereich Ernährung und Bewegung, dass Information für Migrierte möglichst früh erfolgen sollte. Grundsätzliche Information also möglichst bei Ankunft/Neuzuzug, sowie spezifische Information im Bereich Ernährung und Bewegung bei der Geburt/Kleinkindpflege.

Als Erklärungsgründe für mangelndes Problembewusstsein bezüglich der Ernährung und Bewegung bei Kindern in der Migrationsbevölkerung werden folgende Gründe angeführt: Veränderte Verfügbarkeit von Lebensmitteln im Vergleich zum Herkunftskontext und fehlendes Wissen bezüglich gesunden/ungesunden Komponenten, veränderte Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, starke zeitliche Auslastung durch Arbeit, migrationsbedingte Herauslösung aus informellen sozialen Netzwerken (Verwandte v.a.), welche im Herkunftskontext sozialisierend auf junge Eltern wirken. Die Angebote von MigesBalù und femmesTische sind in den Fokusgruppen tendenziell eher bei denjenigen Vertreterinnen und Vertretern der Migrationsbevölkerung bekannt, welche aufgrund ihrer persönlichen Situation zur Zielgruppe der Angebote gehören (junge Eltern; Frauen, die eher nicht in institutionalisierten Netzwerken eingebunden sind) oder aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit (z.B. als interkulturell Vermittelnde) von den Angeboten wissen. Deren Vorgehensweisen werden breit als angemessen gutgeheissen.

MigesBalù: Das Angebot hat bei allen bisher angebotenen Sprachen eine gute Erreichbarkeit bewirkt, mit Ausnahme der serbisch-kroatisch-bosnisch sprechenden Eltern. Entsprechende Rückfragen bei Beratenden und interkulturellen Vermittelnden sowie zwei eigens durchgeführte Fokusgruppen konnten dafür keine befriedigenden Erklärungen liefern. Eine Befragte ist der Ansicht, dass Erreichbarkeit einerseits von der Qualität der Schlüsselpersonen (in diesem Fall der interkulturellen Vermittelnden) und ihren Möglichkeiten, die entsprechenden Gruppen zu erreichen, abhängig sei und dass andererseits bei der serbisch-kroatisch-bosnischen Sprachgruppe möglicherweise interne Differenzen und Distinktionen in der Sprache eine Rolle spielen würden.

Die Pilotphase des Projektes MigesBalù hat gezeigt, dass die Beziehungspflege (zu Organisationen der Migrationsbevölkerung für die Bekanntmachung des Angebotes, sowie zu den Klientinnen und Klienten in der Beratung) zentral ist für die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung. Auch bei der Beratung von Klientinnen und Klienten aus der Mehrheitsbevölkerung sei die persönliche Beziehung zur Beratenden zentral; in der Migrationsbevölkerung brauche es aber noch zusätzlichen Effort, um das Angebot bekannt zu machen und die Eltern zur Beratung hinzuführen. Die Erfahrung aus den drei Jahren, in denen MigesBalù beim OVK inzwischen im Regelangebot ist, haben gezeigt, dass bestehende Beziehungen langfristig gepflegt werden müssen und dass auch neue Zielgruppen erschlossen werden müssen, da sich die Migrationsbevölkerung rasch verändere. Die Beziehungspflege müsse, wenn das Angebot langfristig erfolgreich bleiben soll, nachhaltig eingeplant werden. Im Vergleich zur Beziehungsarbeit haben andere Massnahmen wie z.B. angepasste Öffnungszeiten oder übersetzte schriftliche Materialien weniger Erfolg gezeigt. Schriftliche Materialien sind jedoch, so eine Befragte, zwar nicht geeignet zum Beziehungsaufbau, aber hilfreich zur Unterstützung in der Beratung und vermitteln Wertschätzung. Zentral ist auch, dass die Beratenden über gute kommunikative Kompetenzen verfügen (Techniken des ressourcenorientierten Beraters, Beratung im Dialog). Zentral sei hier, so eine Befragte, dass Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten ihrer Bedürfnisse betrachtet würden und dass man eher frage und gemeinsam entwickle als vorschreibe, was wie zu tun sei. Zur Erschliessung neuer Sprachgruppen ist eine Investition in Beziehungsaufbau notwendig, im Sinne einer aufsuchenden Öffentlichkeitsarbeit. Hier hat die Erfahrung gezeigt, dass der lokale Zugang zur Migrationsbevölkerung wichtig ist; Beziehungsarbeit muss auf Gemeindeebene geleistet werden. Bewährt als Vorbereitung auf die

Beratungsgespräche haben sich auch Fokusgruppen und informelle Gespräche mit bereits ‚angeworbenen‘ Klientinnen und Klienten dieser Sprachgruppe.

femmesTische: Als zentral wird auch hier die Qualität der vermittelnden Personen – hier der Moderatorinnen - beurteilt: wie gut sie ihre Netzwerke nutzen können und wie gut sie Information in angemessener Sprache vermitteln können. Wichtig bei der Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen im Migrationskontext ist, so die Befragten, dass man nicht belehrt und kritisiert, sondern fragt und gemeinsam entwickelt (d.h. ressourcenorientiert und lebensweltbezogen arbeitet). Eine Befragte ist der Meinung, dass ausschlaggebend sei, eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln; gemeinsame Herkunft sei dabei zweitrangig.

Die Grenzen der Erreichbarkeit liegen hier einerseits in den Netzwerken und Kommunikationsfähigkeiten der Moderatorinnen und andererseits in der fehlenden Möglichkeit, Themen nachhaltig zu bearbeiten und somit Verhaltensänderung zu bewirken. Begrenzt wird die Erreichbarkeit zudem durch die nicht flächendeckende Umsetzung in den Gemeinden des Kantons und durch die beschränkte Auswahl von Sprachen, in denen Moderatorinnen beschäftigt werden können. Die Erreichbarkeit von bestimmten Herkunfts- und Sprachgruppen ist laut einer Befragten mit dem von femmesTisch angewendeten Vorgehen (aufsuchende, persönliche, informelle Ansprache, ggf. auch wiederholte Ansprache) prinzipiell immer möglich, es hänge lediglich davon ab, wie viel man investiere, wo man aufsuche und wie man kommuniziere, und wie man Rollen und Erwartungen auf beiden Seiten kläre. Diese Einschätzung deckt sich mit den Prinzipien, welche wissenschaftliche Studien und Analysen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Migrationskontext herausgestrichen haben (siehe z.B. Moret/Dahinden 2009, Pfluger et al. 2009, Salis Gross 2010).

B) Mammografie-Screening-Programm „donna“

Evidenzbasierte Begründungen für die Nicht-Teilnahme an Mammographie-Screening-Programmen liegen nicht vor. Die Vermutungen der Befragten aus den Programmen gehen dahin, dass Frauen aus tieferen Schichten und Migrantinnen generell Vorsorgeuntersuchungen weniger wahrnehmen resp. zu wenig Kenntnisse darüber haben, worum es bei der Mammographie gehe. Hier erhofft man sich Einiges von der neuen Broschüre für Migrantinnen. Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit Migrierten stützen letzteres: Mehr Information sei notwendig, und es sei wichtig zu betonen, dass die Kosten der Untersuchungen von der Kasse übernommen würden.

Frauen aus höheren Schichten, so wird von den Fachleuten vermutet, nehmen einerseits nicht am Programm teil, weil sie mammographie-kritisch eingestellt seien, andererseits weil sie durch ihre Gynäkologinnen und Gynäkologen bereits versorgt seien.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Migrationsbevölkerung legen nahe, dass es im Bereich Mammographie vor allem Information und Sensibilisierung braucht. Mammographie sei z.T. allgemein nicht bekannt, auch das Angebot des Screening-Programms kenne man nicht. Eine wichtige Funktion in der besseren Bekanntmachung weisen die Teilnehmenden den Spezialärztinnen und -ärzten zu. Auch Sensibilisierung über Schlüsselpersonen oder Informationsveranstaltungen wird als sinnvoll erachtet. Schriftliches Material (migrationsgerechte Broschüre, Einladungsbrief) kann dabei unterstützend eingesetzt werden.

Im Rahmen der Erarbeitung einer migrationsgerechten Informationsbroschüre durch den nationalen Verband wurden auch Fokusgruppen mit Migrierten durchgeführt. Dort habe sich ergeben, dass das Prozedere der Untersuchung an sich (Brust entblößen vor einer Fachperson) als nicht problematisch eingeschätzt werde. Problematisch sei hingegen in einigen Gruppen der Migrationsbevölkerung das Sprechen über Krebs allgemein, das sei ein Tabu resp. ein unbekanntes Thema.

Unsere Fokusgruppen-Ergebnisse bestätigen dies: Allgemeine Information zu Mammographie und zu Krebs allgemein wird breit erwünscht. Die Erreichbarkeits- und Partizipations-Hürde im Bereich Mammographie scheint also im Moment vor allem zu sein, die schriftliche Information im Einladungsbrief wahrzunehmen und zu verstehen, die Mammographie zu kennen und als sinnvolle Massnahme einzuschätzen, sowie konkret auf die schriftliche Aufforderung zu reagieren. Zudem ist die Methode der brieflichen Kontaktaufnahme grundsätzlich eher hochschwierig. Massnahmen sind deshalb vor allem im Bereich Information und Sensibilisierung sowie im Bereich Sprache sinnvoll.

C) Tabakprävention

Die befragten Akteure der Tabakprävention im Kanton St. Gallen sind sich bewusst, dass die Migrationsbevölkerung von der Tabakprävention ungenügend erreicht wird, weil die Fachstellen gegenwärtig noch zu wenig unternehmen (können), um den Zugang zu erleichtern und die Partizipation zu fördern. Die Befragte der Lungenliga legt den Schwerpunkt auf die Verhältnisprävention und beurteilt Massnahmen und Angebote im Bereich Verhaltensprävention als zweitrangig.

Aufsuchende, nicht migrationspezifische Angebote gibt es in den Schulen, in der Jugendarbeit und am Arbeitsplatz, und über diese Ansätze gelingt auch eine gewisse Einbindung der Migrationsbevölkerung. Auf sprachspezifische Angebote wird jedoch kaum geachtet (ausser in der psychosozialen Beratung der Krebsliga). Die Teilnehmenden an den Fokusgruppen beurteilen sowohl die Schule wie auch den Arbeitsplatz als sehr wichtige Settings, in denen Tabakprävention betrieben werden sollte.

Auffallend ist bei den Fachleuten der Tabakprävention eine gewisse Resignation, begründet mit Ressourcenknappheit, und bei den Vertreterinnen und Vertretern der Migrationsbevölkerung eine Sichtweise von Tabakkonsum als „Sucht“, aus der man nur über den individuellen Willen zum Ausstieg herauskomme. Dass im nationalen Kontext auch sprachspezifische und zielgruppenangepasste Unterstützungsangebote bestehen (Rauchstopp-Telefon in verschiedenen Sprachen, Rauchstoppkurse für Migrierte aus der Türkei), war bei den befragten Vertreterinnen und Vertretern der Migrationsbevölkerung kaum bekannt, wird als Angebot aber sehr begrüsst.

Falls in St. Gallen in Zukunft sprachspezifische Angebote (z.B. Rauchstopp-Kurse) für eine Gruppe der Migrationsbevölkerung anbieten sollte, möchte der Kanton nicht unbedingt ein Angebot für die von den Prävalenzen her zwar hoch belasteten, in St. Gallen aber nicht sehr zahlreich vertretene Gruppe der Migrierten aus der Türkei, sondern eine der grösseren Herkunfts- resp. Sprachgruppen aus den Nachfolgestaaten Ex-Jugoslawiens berücksichtigen. Zu klären wäre hier, ob ein serbisch-kroatisch-bosnisch-sprachiges Angebot oder ein albanisch-sprachiges Angebot vorzuziehen wäre. Die Rückmeldungen aus der Befragung von Integrationsverantwortlichen legen eher ein Angebot für albanisch-sprachige Migrierte nahe, da diese Gruppe mehrfach als schwieriger erreichbar und sozioökonomisch wie gesundheitlich höher belastet eingeschätzt wird. In den Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Migrationsbevölkerung wurden diesbezüglich keine spezifischen Empfehlungen gemacht.

D) Zahngesundheit bei Kindern

Dass eine gewisse höhere Belastung mit Karies bei Kindern mit Migrationshintergrund besteht, diese Einschätzung wird von allen Befragten geteilt. Begründet wird die subjektiv beobachtete hohe Belastung von den befragten Fachleuten mit zuckerreicher Ernährung und ungenügender Mundhygiene. Zur Erklärung wird auf fehlendes Wissen über deren Folgen verwiesen. Zudem wird, wie auch von den Integrationsverantwortlichen und im Rahmen der Fokusgruppen, darauf verwiesen, dass zuckerhaltige Speisen und Getränke im Herkunftskontext u. U. weniger bekannt

und/oder weniger verfügbar waren, sowie dass das Wissen um gesunde Ernährung und ihrer Bedeutung für die Gesundheit informell im familiär-sozialen Umfeld vermittelt werde und Migration die Eltern oft aus solchen Umfeldern herauslöse. Zum einen also, so meinen die Befragten, fehle es an Information, an entsprechendem Bewusstsein. Während im Bereich Vorsorge durch gesunde Ernährung und Mundhygiene also fehlendes Wissen ausschlaggebend zu sein scheint, spielen laut der Befragung beim Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen finanzielle Aspekte eine Rolle. Informationen zu Kosten und zu finanziellen Entlastungsmöglichkeiten seien deshalb insbesondere von Seiten der Zahnärztinnen und -ärzte angebracht.

Zum anderen, so meinen einige Befragte, fehle es einzelnen Eltern (und auch jugendlichen Kindern) an Verantwortungsbewusstsein und Interesse, Zähne zu pflegen und auf gesunde Ernährung zu achten. Dies, so meint ein Befragter, sei tendenziell eher ein Unterschichts-Phänomen. Eine Befragte hat in diesem Bereich gute Erfahrungen gemacht mit dem Aufzeigen von Folgekosten bei unterlassener Behandlung, kombiniert mit dem Zeigen abschreckender Bilder von kariesbefallenen Mündern.

Gemäss den Erfahrungen der befragten Fachleute muss bei der Zahnprophylaxe auf allfällige geschlechtsspezifische Aufgabenteilungen in der Familie geachtet werden: Während tendenziell eher die Mütter als zuständig für die Ernährung und für die Zahnpflege betrachtet werden, seien es oft die Väter, die über finanzielle Ausgaben, und damit auch über Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen entscheiden würden. Idealerweise sollten deshalb sowohl Mütter wie auch Väter über Zahngesundheit informiert werden.

Als geeignete Wege, um Chancengleichheit zu gewähren, werden in der Befragung verschiedene Strategien erwähnt: Wichtig sei das Anbieten von kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen und die Gewährung von Kostenzuschüssen bei Behandlungen durch Schulzahnärztinnen und -ärzten. Kostenlose Vorsorgeuntersuchungen müssten vermehrt auch schon im Vorschulalter durch die Schulzahnärztinnen und -zahnärzte angeboten und das Angebot breit bekannt gemacht werden. Im Bereich der Prävention wird die Einbindung von Schulverantwortlichen und Lehrpersonen als besonders wichtig eingeschätzt, damit Prophylaxe im Schulalltag umgesetzt und das Angebot der Zahnprophylaxe-Assistentinnen genutzt wird. Die Arbeit von Lehrpersonen und von Zahnprophylaxe-Assistentinnen im Kindergarten- und Schulbereich erreicht zwar die Kinder breit, notwendig wäre hier jedoch auch der Einbezug der Eltern, denn diese entscheiden über Ernährung wie auch über Kontrollen und Behandlungen. Angebracht ist hier, so die Befragten, insbesondere Information, u.U. auch sprachliche Vermittlung, sowie Sensibilisierung für die Verantwortung, welche Eltern hier haben. Schulzahnärztinnen und -ärzten können diese Aufgabe im Rahmen von Kontroll- und Behandlungsterminen ‚en passant‘ wahrnehmen. Systematisch informieren und sensibilisieren könnten v.a. die Zahnprophylaxe-Assistentinnen; konkret umgesetzt wird dies jedoch erst in der Stadt St. Gallen. Als angebrachte Form werden v.a. Elterninformationsveranstaltungen genannt. Teilweise wird von den Befragten auch empfohlen, Hausbesuche in Betracht zu ziehen: Zahngesundheit und Ernährung als häusliche, private Bereiche würden sich im Kontext des alltäglichen Umfeldes zu Hause am besten thematisieren lassen. Als weiterer zentraler Kanal, um Eltern allgemein und insbesondere Eltern mit Migrationshintergrund bereits im Vorschulalter für Zahngesundheit zu sensibilisieren, wird ein vermehrtes Transportieren des Themas durch Fachleute in der Baby- und Kleinkinderpflege, wie z.B. Pädaterinnen und Pädatern oder Mütter-/Väterberaterinnen, aber auch Spielgruppen-/Kita-Personal, Tagesmütter und -väter, Hebammen, Stillberaterinnen. Besonders geeignet finden die Befragten ein gleichzeitiges Transportieren der Themen Zahngesundheit und Ernährung. Dazu seien vermehrt Weiterbildungen für diese Berufsgruppen durchzuführen. Im Bereich der Kinderärztinnen und -ärzten sowie Mütter-/Väterberaterinnen bestehen hier schon Erfahrungen. Auch die Vertreterinnen und Vertreter der Migrationsbevölkerung äusserten in den Fokusgruppen eine Präferenz für die frühzeitige Informationsvermittlung an Eltern, insbesondere über

Kinderärzt/innen. Eine verstärkte Information über Institutionen der Kleinkindbetreuung (Kitas, Spielgruppen) wird ebenfalls breit gewünscht. Wie beim Thema Ernährung und Bewegung werden vor allem interaktive Vermittlungsformen im Rahmen von Elternbildung (Informationsanlässe mit Frage- und Austauschmöglichkeiten, u.U. auch sprachlich angepasst) als mögliche Wege genannt.

Die Zahnprophylaxe-Assistentinnen werden als zentrale Akteurinnen in der Förderung von Zahngesundheit beschrieben und als grundsätzlich gut geeignet für die zukünftig erwünschte verstärkte Arbeit mit Eltern und Kleinkindern. Für Zahnprophylaxe-Assistentinnen gibt es gegenwärtig noch sehr unterschiedliche Anforderungen an Qualifikation und Ausbildung sowie sehr wenig Weiterbildungsangebote. Es bestehen auch kaum Austauschmöglichkeiten untereinander. Eine Stärkung des symbolischen Kapitals von Zahnprophylaxe-Assistentinnen sowie die Schaffung von Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten im Kanton wären zu begrüssen.

E) HIV/sexuell übertragbare Krankheiten (STI)

Chancengleichheit wird im Bereich HIV/STI mit den bestehenden Mitteln und für die ausgewählte spezifische Zielgruppe der Migrierten aus Subsahara-Afrika gut gewährt, das Angebot stösst in dieser spezifischen Zielgruppe auf Interesse und wird genutzt. Erfolg hat das Vorgehen, weil es aufsucht und weil die Mediatorinnen und Mediatoren kommunikativ geschickt und lebensweltbezogen mit dem Thema umgehen. Problematisch ist für die aufsuchenden Mediatorinnen und Mediatoren jedoch die Abgrenzung im Feld wegen der engen Definition von Zielgruppe und Thema: Laut einer Mitarbeiterin im Projekt bestehe bei den Angesprochenen ein breiter Bedarf an Information und Austausch zu gesundheitsrelevanten Themen, und man werde oft auch von Migrierten anderer Herkunft angesprochen. Zudem ist es über die einmalige Informationsvermittlung im informellen Gespräch hinaus schwierig, die Nachhaltigkeit der Aktivitäten zu gewährleisten, auch weil die Zielgruppe instabil und hochmobil ist, insbesondere solange die Personen im Asylverfahren sind.

Die übrige Migrationsbevölkerung ist für die AHSGA gegenwärtig schwierig zu erreichen. Begründet wird dies insbesondere mit der ausgeprägten Tabuisierung des Themas in weiten Teilen der Migrationsbevölkerung. Die Teilnehmenden an den Fokusgruppengesprächen haben dies bestätigt. Besonders zu beachten seien, das halten sowohl Fachleute wie auch Vertretende der Migrationsbevölkerung fest, die z.T. widersprüchlichen Thematisierungen von HIV/STI im religiösen und im präventiven Bereich. Deshalb wird von Seiten der Migrierten mehrfach empfohlen, die Zusammenarbeit mit religiösen Institutionen der Migrationsbevölkerung zu suchen.

Die Teilnehmenden in den Fokusgruppen sind zum Teil der Meinung, es fehle an Wissen, zum Teil meinen sie, es liege am Verhalten; einig ist man sich, dass das Thema grundsätzlich schwierig zu kommunizieren ist. Um mit der Tabuisierung umgehen zu können, so die Meinungen in den Fokusgruppen, brauche es die Arbeit mit Vertrauenspersonen, es brauche Gefässe, in denen über längere Zeit am Thema gearbeitet werden könne, und es sei wichtig, Konflikte (z.B. zwischen religiösen und präventiven Vorgaben, oder auch zwischen den familiären Generationen) offen anzugehen. Einige Befragte aus der Migrationsbevölkerung sind der Meinung, es brauche in diesem thematischen Bereich insbesondere mehr (v.a. ermächtigende) Angebote für Frauen. Zudem werden mehr Elternbildung und eine frühere Aufklärung der Kinder in der Schule erwünscht.

Informationsbedarf und Interesse im Bereich sexueller Gesundheitsthemen bestehe gemäss einiger Befragter, die entsprechende Erfahrungen haben, in der Migrationsbevölkerung durchaus, z.B. im Hinblick auf geschlechtsspezifische Gesundheit, auf Hygiene, auf Themen wie Verhütung und Familienplanung. Eine Einbettung des Themas HIV/STI in eine allgemeinere Informations- und Kommunikationsstrategie zu reproduktiver resp. geschlechtsspezifischer Gesundheit könnte es erleichtern, darüber zu sprechen.

3.3 Fazit

A) Kinder im Gleichgewicht KiG

Das Programm Kinder im Gleichgewicht bietet bereits einen relativ gut ausgebauten chancengleichen Zugang. In Kindergarten und Schule besteht ein chancengleicher Zugang für die Kinder, aber nicht unbedingt für die Eltern. Hier sind zusätzliche Massnahmen angezeigt, nicht nur zur Einbindung von Eltern mit Migrationshintergrund, sondern allgemein Elternbildung, welche insbesondere auch diejenigen erreicht, die bisher nicht für Ernährung und Bewegung sensibilisiert sind. Dabei wird darauf zu achten sein, dass die vermittelten Inhalte in angemessener Form kommuniziert werden, um Eltern für die Teilnahme an Angeboten zu gewinnen, um Information verständlich zu vermitteln und deren konkrete Umsetzung im Alltag zu fördern.

Die spezifischen Angebote von MigesBalù und femmesTische ermöglichen eine verbesserte Erreichbarkeit und Partizipation der Migrationsbevölkerung für das Thema Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. Diese beiden Herangehensweisen können als Good Practice für andere Kantone genutzt werden; unter Berücksichtigung der jeweiligen Schwächen, die auch diese Vorgehensweisen haben. Gemäss den Befragungen ist vor allem auch zu beachten, dass gut laufende Projekte nicht vernachlässigt werden dürfen, insbesondere wenn sie aufsuchend und mit Schlüsselpersonen arbeiten würden: Beziehungen müssen nachhaltig gepflegt werden, neue Beziehungen müssen erschlossen werden. Nicht zu vernachlässigen sei auch, dass bei der Öffnung eines Angebotes sich nicht nur die Migrationsbevölkerung auf Neues einlassen müsse, sondern auch die Fachpersonen, und bei letzteren seien Erreichbarkeit und Partizipation teilweise auch schwierig zu erreichen.

Aufgrund der thematischen Nähe ist zudem ein gemeinsames Transportieren der Themen Ernährung und Zahngesundheit zu fördern.

B) Mammografie-Screening-Programm „donna“

Problematisch im Bereich Mammographie scheint weniger das Programm an sich zu sein, sondern das Wissen und die Ermöglichung, das Programm beurteilen, als sinnvolle Massnahme erkennen und wahrnehmen zu können. Hier geht es einerseits darum, die ersten Kontakte von Seiten des Programms sprachspezifisch anzupassen (Anschreiben, Telefon-Hotline). Andererseits braucht es in der Migrationsbevölkerung sensibilisierende Massnahmen. Da die entsprechenden Teilzielgruppen in den jeweiligen Herkunftsgruppen zahlenmässig eher klein sind, ist zu überlegen, wie spezifische Sensibilisierungsmassnahmen am effizientesten zu gestalten sind. Da nicht nur schichtspezifische Besonderheiten (wenig Zeit und wenig Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge), sondern insbesondere auch sprachspezifische und herkunftsspezifische (keine Vorsorge-„Tradition“, Krebs als Tabu) Zugangshürden relevant zu sein scheinen, ist aufsuchende und sprachgruppenspezifische Information, verpackt in ein thematisch breiter gefasstes Angebot, das neben Mammographie auch andere gesundheitsrelevante Themen abdecken kann, am sinnvollsten. Denkbar wäre z. B. ein Angebot zu Krebs oder zu reproduktiver Gesundheit.

C) Tabakprävention

Im Bereich der Tabakprävention wird weder in der Konzeption noch der Umsetzung systematisch auf Chancengleichheit geachtet, und die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung ist dem entsprechend schlecht. Der Optimierungsbedarf ist hier gross. Insbesondere besteht Bedarf an einer Koordination der Aktivitäten und an der Formulierung von Leitlinien und einem konkreten Auftrag für die Tabakprävention. Die Erarbeitung eines kantonalen Tabakprogramms und die Ausformulie-

zung des Ziels, auch die Bevölkerung mit tiefem SES und mit Migrationshintergrund mit einzubeziehen, wird hier sicherlich eine wichtige Grundlage schaffen. Ausbaufähig an der gegenwärtigen Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Tabak ist die bestehende Erfahrung mit der Arbeit über Mediatorinnen und Mediatoren, welche auch im Migrationsbereich eingesetzt werden könnte. Zudem kann auf die national zur Verfügung stehenden Angebote in der migrations-spezifischen Tabakprävention und des Ausstiegs zurückgegriffen werden.

D) Zahngesundheit bei Kindern

Im Bereich Zahngesundheit bei Kindern ist vor allem festzuhalten, dass die lokalen Umsetzungen der Zahnprophylaxe in den Schulen und Kindergärten sehr unterschiedlich erfolgen und dass Prophylaxe im Kleinkindalter noch kaum betrieben wird. Das vorrangige Ziel ist die Förderung der Prophylaxe im Kleinkindalter. Dies kann einerseits über die Einbindung des Themas Zahngesundheit in bestehende Kanäle der Baby-/Kleinkindversorgung (insbesondere in migrations-sensitiven Angeboten) geschehen, andererseits über eine Ausweitung des Arbeitsbereichs von Zahnprophylaxe-Assistentinnen. Diese können nicht nur in den Kindergärten und Schulklassen aktiv sein, sondern auch in Institutionen der Kleinkindbetreuung eingesetzt werden und dort insbesondere auch Elternarbeit betreiben. Eine Erweiterung der Erfahrungen und Kompetenzen von Zahnprophylaxe-Assistentinnen im Bereich Elternarbeit könnte auch einer Aufwertung und Ausweitung von deren Arbeit in den Kindergärten und Schulen dienlich sein. Notwendig ist hierfür eine Investition in Weiterbildung sowie die Schaffung von Austauschmöglichkeiten. Die Erfahrungen der Schulzahnklinik der Stadt St. Gallen können neben anderen im Kanton vorhandenen Kompetenzen und Erfahrungen (z.B. MigesBalù) können dafür genutzt werden. Über Elternarbeit, welche sensitiv ist gegenüber Migrationshintergrund und Bildungsstand, können auch Migrierte angesprochen und eingebunden werden.

E) HIV/sexuell übertragbare Krankheiten (STI)

Im Bereich HIV/STI bestehen ein erfolgreiches Vorgehen und ein kompetentes Netzwerk von Schlüsselpersonen. Diese Erfahrungen könnten auch für andere Themenbereiche der Gesundheitsförderung und für andere Zielgruppen in der Migrationsbevölkerung nutzbar gemacht werden. Zudem besteht in der übrigen Migrationsbevölkerung auch ein Bedürfnis an Informationen im Bereich der sexuellen/reproduktiven Gesundheit, in dessen Rahmen auch Prävention im tabuisierten Bereich HIV/STI betrieben werden könnte. Geeignete Kanäle könnten die Elternbildung sein, oder Vorgehensweisen, die sich an der Intimität von femmesTisch-Veranstaltungen orientieren, aber wiederholend und vertrauensbasiert arbeiten. Denkbar sind auch Sensibilisierungsveranstaltungen mit anschliessender Beratungsmöglichkeit auf einer Fachstelle (z.B. Fachstellen für Familienplanung).

Zugangswege zur Migrationsbevölkerung und geeignete Vermittlungsinstanzen

Die Zugangswege zur Migrationsbevölkerung im Kanton St. Gallen sind zum Teil schon erschlossen worden. Allerdings ist, da die Migrationsbevölkerung sehr heterogen und sehr unterschiedlich organisiert ist und da Zugangswege in der Regel aufsuchend und beziehungsgeleitet erschlossen werden müssen (vgl. z.B. Pfluger et al. 2009), nicht davon auszugehen, dass die Migrationsbevölkerung über einige wenige vermittelnde Instanzen umfassend erreicht werden kann. Es bestehen jedoch Vermittlungsinstanzen und Netzwerke im Kanton, die durchaus für die Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden können. Neben den Angeboten von Gesundheitsförderung und Prävention, welche sich den Zugang zur Migrationsbevölkerung über aufsuchende und beziehungsgeleitete Arbeit erschlossen haben (MigesBalù, femmesTische, AFRIMEDIA), haben im Kanton St. Gallen auch verschiedene Fachstellen im Integrationsbereich, insbesondere die Regionalen

Fachstellen für Integration, die Aufgabe, Zugangswege zur Migrationsbevölkerung zu erschliessen. Die Befragung von Vertreterinnen und Vertretern dieser Integrationsfachstellen hat gezeigt, dass diese unterschiedlich vorgehen und unterschiedlich gute Verbindungen zu einzelnen Gruppen und deren Organisationen unterhalten; eine Zusammenstellung dazu befindet sich im Anhang. Gesundheitsförderung und Prävention ist gegenwärtig kein Schwerpunktthema in deren Arbeit; Hauptaufgabe der Regionalen Fachstellen ist die Vernetzung und Vermittlung in der jeweiligen Region. In dieser Funktion sollten sie auch in zukünftige Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention mit einbezogen werden. Wichtige Schnittstellen zur Migrationsbevölkerung sind auch Schlüsselpersonen, welche im Rahmen von Anstellungen in Projekten (wie z.B. den oben erwähnten) bereits Zugangswegen zu bestimmten Teilen der Migrationsbevölkerung erschlossen haben, sowie die im Kanton St. Gallen im Übersetzungsdienst VERDI von ARGE Integration Ostschweiz zentral organisierten interkulturellen Übersetzenden. Auch diese können als Vermittelnde eingesetzt werden und die Verbindung zur Migrationsbevölkerung herstellen.

4 Empfohlene Massnahmen

4.1 Grundsatz für die Empfehlungen

Zu beachten in jedem Programm:

1. Partizipatives Erarbeiten von neuen Angeboten, von Öffnungen resp. Erweiterungen bestehender Angebote mittels Beizug von Schlüsselpersonen, Fokusgruppen o.ä.; dazu ev. ein systematisches Instrument einführen
2. Informationen aktiv bringen, nicht holen lassen: d.h. breit, wiederholt und wo immer möglich beziehungsgeleitet abgeben lassen (über Vertrauensbeziehungen, auch professionelle)
3. Massnahmen zur Verhaltensänderung bei den Betroffenen oder Betreuungs-/Bezugspersonen umsetzen, gekoppelt mit Normenwandel in Gruppen: d.h. über längerfristige Begleitung, über peer-Ansätze
4. In jedem Programm möglichst ein aufsuchendes Angebot machen (d.h. bestehende erhalten, ggf. ausbauen oder neue schaffen)

Querschnittaufgaben:

Für die Fachstellen: Eine programmübergreifende Struktur schaffen, um Schlüsselpersonen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Fachpersonen mit Erfahrung in aufsuchender, beziehungsgeleiteter Arbeit im Migrationskontext zugänglich zu machen (z. B. Datenbank, Vermittlungsstelle, selbstverwaltete Plattform). Dabei sind die bereits bestehenden Erfahrungen des kantonalen Kompetenzzentrums für Integration sowie die Vorarbeiten für eine an Gemeinden gerichtete Plattform mit einzubeziehen. Zu beachten ist auch der Einbezug der Fachstelle Gesundheit und Integration der Caritas St. Gallen.

Für die Migrationsbevölkerung: Thematisch breite und niederschwellige Information über Gesundheitsförderung ermöglichen, z.B. über die Umsetzung von Veranstaltungen im Rahmen des schweizweiten Gesundheitsprojektes „Von MigrantInnen für MigrantInnen“ des „Forums für die Integration von Migrantinnen und Migranten FIMM“²⁹; sowie gezielt aufsuchende Angebote fördern. Zudem ist eine Systematisierung der Zusammenarbeit mit Organisationen der Migrationsbevölkerung anzustreben (wie im Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer AuG vorgesehen), z. B. über die Zusammenarbeit mit der kantonalen Organisation „Die Stimme der Migrantenvereine“³⁰ oder die nationale Organisation „Forum für die Integration von Migrantinnen und Migranten FIMM“³¹ (z.B. über die Institutionalisierung von „Migration Roundtables“³²). Auch auf Gemeindeebene sollte die Zusammenarbeit mit der Migrationsbevölkerung systematisiert werden (z.B. über die Einführung von Konsultativgremien oder die Umsetzung des Projektes conTAKT-net.ch³³, wie z.T. schon praktiziert, oder über systematische Gemeinwesenarbeit (vgl. z. B. Soom Ammann/ Salis Gross 2011).

²⁹ Das Projekt setzt in Zusammenarbeit mit regionalen Organisationen und Gruppierungen der Migrationsbevölkerung muttersprachliche Informationsveranstaltungen zu fünf vorgegebenen Themen (Schweizer Gesundheitswesen/Ernährung und Bewegung/Depression/Prävention und Gesundheitsförderung/Tabak und Alkohol) um, unter Einbezug von Fachpersonen aus der Region, siehe auch <http://www.fimm.ch/de/projekte/gesundheit.html>

³⁰ <http://www.stimme-sg.ch/>

³¹ <http://www.fimm.ch/de/fimm-schweiz.html>

³² Z.B. in der Form, wie dies im Kanton Basel-Stadt seit 2009 regelmässig durchgeführt wird

³³ <http://www.kontakt-net.ch/net/de/Startseite.html>

Für das Amt für Gesundheitsvorsorge: Der Kanton kann den Gemeinden wie auch den kantonalen Programmen auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Forschung wie auch der vorliegenden Analyse Leitlinien im Sinne der vier oben genannten Grundsatzempfehlungen vorgeben. Diese können ggf. auch in Zusammenarbeit mit den Gemeinden entwickelt werden. Zu prüfen ist zudem die Schaffung eines Anreizsystems für die Gemeinden, damit die Beziehungen zur Migrationsbevölkerung lokal erschlossen und die bestehenden guten Angebote breit umgesetzt werden können. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Vernetzung: Hier kann der Kanton einerseits die Vernetzung von Akteuren im Kanton fördern, andererseits die interkantonale und nationale Vernetzung im Rahmen der Programme und ihrer Angebote anstreben. Die bestehenden Angebote und Projekte, die angemessen vorgehen (d.h. die aufsuchen und die sowohl auf Informationsvermittlung wie auch auf Verhaltensänderung abzielen), sollten vom Kanton aktiv unterstützt werden.

4.2 Empfehlungen zu den einzelnen Programmen

A) Kinder im Gleichgewicht KiG

Möglichkeiten für die Verstärkung der Aktivitäten im Programm KiG sehen die Befragten im Bereich Schwangerschaft/Geburt/Kleinkind, insbesondere bei Gynäkologen/Pädiatern und in der familienexternen Kleinkinderbetreuung (Kitas etc.). In den Kindergärten und Schulen besteht zudem Potenzial im Bereich Elternarbeit/Elternbildung. Als weiterer Bereich, wo noch Handlungsbedarf besteht, wird erwähnt, dass die Zusammenarbeit mit den Gemeinden zu verbessern sei, da nicht alle Gemeinden gleich in Gesundheitsförderung und Prävention allgemein sowie in die Herstellung von Chancengleichheit für ihre Migrationsbevölkerung investieren würden. Alle Befragten betonen zudem die Wichtigkeit von persönlichen Beziehungen und Kontakten für die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung; hier ist gemäss den Befragten einerseits zu beachten, dass diesem Aspekt in der Konzeption und Umsetzung eines Angebotes genügend Beachtung geschenkt werden muss. Andererseits wird darauf hingewiesen, dass einmal erarbeitete Beziehungsnetze nachhaltig nutzbar gemacht werden sollten, dass z.B. Schlüsselpersonen besser vernetzt und nachhaltiger für die Herstellung von Chancengleichheit, auch über Projekt- und Angebots-Grenzen hinaus, eingesetzt werden könnten. Aufgrund der Analyse wird insbesondere empfohlen, Massnahmen im Bereich der Elternbildung zu prüfen, sowie die bestehenden Kanäle zur Migrationsbevölkerung über MigesBalù und femmesTische zu erhalten und ggf. auszubauen. Zudem ist eine gemeinsame Kommunikation zu den Themen Ernährung/Bewegung und Zahngesundheit zu prüfen.

Empfehlungen:

1. Informationen aktiv bringen:

- Das Thema Ernährung und Bewegung in alle bestehenden Bring-Strukturen für die Migrationsbevölkerung einspeisen (z.B. Flyer beziehungsgeleitet abgeben, vorzugsweise über Hausärztinnen und -ärzte sowie Pädiaterinnen und Pädiater)
- Über die bestehenden Kanäle von KiG auch das Thema Zahngesundheit bei Kindern transportieren, insbesondere über die Kanäle, die sich an Eltern von Kleinkindern richten (MigesBalù, femmesTische, aber auch Aktivitäten im Rahmen von Kitas, Spielgruppen etc.)

2. Massnahmen zur Verhaltensänderung:

- Zur Verbesserung der nachhaltigen Verankerung aller Aktivitäten im Programm KiG und zum Bewirken von Verhaltensänderungen auch ausserhalb der Schule kann die Elternarbeit verstärkt werden
- Um Migrierte wie auch Schweizerinnen und Schweizer aus bildungsfernen Schichten zu erreichen, muss Elternarbeit aufsuchend und beziehungsgeleitet sein:
 - Eltern zu Hause aufsuchen (z.B. nach dem Modell femmesTische/hommesTische, Vätertreffs, Hausbesuche bei Familien (analog Projekt „schrittweise“ der HEKS))
 - Elternanlässe gestalten, die nicht nur frontal informierend, sondern in der Form von Gruppengesprächen oder informellem Austausch gestaltet sind (analog Elterninformativonanlässe der Schulzahnklinik St. Gallen)
 - Eltern in Übergangsräumen ansprechen (vor/nach der Schule, vor/nach dem regulären Elternabend, an Schulfesten o.ä.), über Lehrkräfte und ggf. über interkulturelle Vermittelnde, wenn diese anwesend sind (z.B. nach einem Elternabend)
 - Idealerweise wiederholende Veranstaltungen resp. wiederholtes Ansprechen
 - Lehr- und Betreuungspersonen für die Elternarbeit gewinnen
- Weiterbildungsangebot für Hebammen und Stillberaterinnen erweitern um ein Modul zu transkultureller Kompetenz (wie für Mütter-/Väterberaterinnen bereits vorhanden)
- Zusammenarbeit mit Kinderärztinnen und -ärzten verstärken

3. Aufsuchendes Angebot:

- Die bestehenden Angebote (MigesBalù und femmesTische-Modul zu Ernährung und Bewegung) beibehalten und deren weitere Multiplikation im Kanton fördern
- MigesBalù: die aufsuchenden Elemente (Bekanntmachung des Angebotes in der Region, idealerweise durch immer dieselbe Person) genügend berücksichtigen und nach Möglichkeit noch stärken: bestehende Beziehungen zu pflegen und neue Beziehungen zu knüpfen, muss langfristig möglich sein.
- femmesTische: thematische Erweiterung (Integration des Themas Zahngesundheit in Ernährung und Bewegung) und formaler Ausbau (wiederholende Gruppenveranstaltungen) erwägen
- zusätzlich nach Bedarf: FIMM-Sensibilisierungsveranstaltung „Von MigrantInnen für MigrantInnen“, Modul zu Ernährung und Bewegung im Kanton umsetzen
- zusätzlich nach Möglichkeiten: Elternbildungsprojekt (vorzugsweise ein für alle offenes Angebot, ev. auch spezifisch an Migrierte und/oder Eltern mit tiefem SES gerichtet) entwickeln
- ggf. Integration der Themen Ernährung und Bewegung in Angebote, welche Hausbesuche bei Familien machen (z. B. Projekt „schrittweise“ der HEKS), um auch Eltern erreichen zu können, deren Kindern nicht familienextern in Kitas oder Spielgruppen betreut werden

B) Mammografie-Screening-Programm „donna“

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse verweisen darauf, dass grössere Anpassungen des Mammographie-Screening-Programms nicht prioritär sind (ein prinzipiell für alle offenes Angebot vorhanden, Untersuchungsprozedere in der Migrationsbevölkerung akzeptiert, spezifische Herkunftsgruppen in der Zielgruppe klein). Notwendig sind jedoch Aktivitäten zur besseren Bekanntmachung des Programms in der Migrationsbevölkerung, sowie die Erleichterung des Zugangs zum Programm. Dazu wird insbesondere empfohlen, die Sprachwahl im Programm zu erleichtern und die Hotline für verschiedene Sprachen zu öffnen. Zudem werden flankierende Sensibilisierungsaktivitäten in der Migrationsbevölkerung dringend empfohlen. Sinnvoll ist hier die Einbettung des Themas in

einen weiteren Kontext, z.B. reproduktive Gesundheit; in ein solches Gefäss könnte auch das Thema HIV/STI integriert werden.

Empfehlungen:

1. Informationen aktiv bringen:

Zur allgemeinen Information:

- angepasste Broschüre (entwickelt vom Verband) einsetzen, sobald vorhanden
- Broschüre abgeben über alle Strukturen, die bereits Informationen zur Zielgruppe ‚bringen‘: z.B. Ärztinnen und Ärzte, Programme der Gesundheitsförderung im Alter, frauenspezifische Projekte im Kanton, Beratungsstellen für Familienplanung etc.

Zur spezifischen Information im Rahmen des Programms:

- Beilage zum Informationsbrief entwerfen, über welche mitgeteilt werden kann, dass man in einer anderen Sprache als Deutsch kommunizieren möchte (z.B. frankierte Antwortkarte mit Kästchen zum Ankreuzen, anstatt wie gegenwärtig integriert in Fragebogen)
- Einladungsbrief übersetzen lassen und bei Bedarf einsetzen
- ggf. Text des Informationsbriefes inhaltlich anpassen lassen (analog zum Anpassungsprozess der Informationsbroschüre auf Ebene des nationalen Verbandes) → falls ja, dann koordinieren mit Verband
- Telefon-Hotline als bestehende niederschwellige Anlaufstelle besser nutzen, z.B. in verschiedenen Sprachen anbieten (z.B. über Angebot, von einem/r interkulturellen Vermittler/in zurückgerufen zu werden), Mitarbeitende weiterbilden
- Besser kommunizieren, dass Untersuchungen auch gleichzeitig zu zweit (z. B. mit einer Freundin) gemacht werden können
- ggf. Weiterbildung in transkultureller Kompetenz für Röntgenassistentinnen und –assistenten, z.B. ein Modul im Rahmen der bereits bestehenden Kommunikationsseminare für Screening-Mitarbeitende, oder im Rahmen der Qualifikationsausbildungen (insbesondere Multidisziplinärer Kurs, der für alle am Programm Beteiligten obligatorisch ist), die von der Krebsliga St. Gallen/Appenzell angeboten werden

2. Massnahmen zur Verhaltensänderung:

- Sensibilisierung für die Wichtigkeit von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen auch im Alter durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen (z.B. über Förderung thematischer Arbeitszirkel, Netzworkebildung o.ä.) → insbesondere Gynäkologinnen und Gynäkologen sollen Migrantinnen und Schweizerinnen mit tiefem SES zuweisen
- zu prüfen sind zudem Möglichkeiten, den Einladungsbrief beziehungsgeleitet abzugeben oder bekannt zu machen

3. Aufsuchendes Angebot:

- Ausweiten der Sensibilisierungs-Aktivitäten im Migrationsbereich auf gynäkologische Vorsorgeuntersuchung allgemein, damit Migrantinnen regelmässig zur Kontrolle gehen
- Integration des Themas Mammographie in ein bestehendes Gefäss anstreben, z.B. femmesTisch-Veranstaltung zu reproduktiver Gesundheit konzipieren, Integration des Themas geschlechtsspezifischer Vorsorgeuntersuchungen in bestehende FIMM-Sensibilisierungsveranstaltung (z.B. zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung)

- Konzipieren einer neuen Sensibilisierungsveranstaltung zu Krebs/Krebsvorsorge/Krebsbehandlung oder zu reproduktiver Gesundheit (Aufklärung von Jugendlichen, Verhütung/Familienplanung, Vorsorgeuntersuchungen etc.)

Zu beachten: Massnahmen und Entscheide in Koordination mit dem nationalen Verband erarbeiten!

C) Tabakprävention

Im Bereich Tabakprävention besteht noch viel Optimierungsbedarf, um diese chancengleich zu gestalten. Grundsätzlich empfehlen wir, im Rahmen der Ausformulierung des Kantonalen Tabakprogramms auf Chancengleichheit und auf Massnahmen zur Erreichung und zur verbesserten Partizipation sowohl der Migrationsbevölkerung wie auch der Bevölkerung mit tiefem SES einzugehen. Darüber hinaus sollten einerseits bestehende nationale Angebote im Kanton bekannt gemacht und umgesetzt werden, sowie andererseits überlegt werden, wo in den bestehenden Angeboten mit einfachen Mitteln mehr erreicht werden kann. Notwendig scheint vor allem auch eine einheitlichere Informationsvermittlung.

Empfehlungen:

1. Informationen aktiv bringen:

- Fokus des Engagements in der Tabakprävention nicht nur auf Jugendliche legen. Die Vorgehensweisen, die dort erprobt sind, sind auch zur Erreichung von Erwachsenen mit Migrationshintergrund und/oder tiefem SES geeignet (Peer-Ansätze, aufsuchende Information, Arbeit mit Schlüsselpersonen etc.)
- Das Thema Tabak in alle bestehenden Bring-Strukturen für die Migrationsbevölkerung einspeisen
- Die sprachspezifischen nationalen Rauchstopplinen und Rauchstoppkurse der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention bekannt machen, sowohl in der Migrationsbevölkerung als auch bei den Fachstellen
- ggf. Informationsmaterialien, die im Kanton eingesetzt werden, auf ihre Eignung für die Migrationsbevölkerung (sowie ggf. für Zielgruppen mit tiefem SES) überprüfen und/oder bereits bestehende nationale Materialien nutzen (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, Lungenliga, Krebsliga)

2. Massnahmen zur Verhaltensänderung:

- Bestehende Rauchstoppkurse für die Migrationsbevölkerung öffnen
- Neue Ausstiegsprogramme am Arbeitsplatz und mit ärztlicher Begleitung (in der Klinik, beim Hausarzt) weiterverfolgen und allenfalls migrationsspezifisch anpassen
- Sensibilisierung und Begleitung junger Eltern im Hinblick auf die Thematik des Passivrauchens (z.B. analog zu Projekt „Rauchfreie Kinder“ der Lungenliga)

3. Aufsuchendes Angebot:

- Informationsveranstaltungen des FIMM-Projektes „Von MigrantInnen für MigrantInnen“ zum Thema Tabak im Kanton umsetzen

- Umsetzung der bestehenden migrationsspezifischen Präventionskampagnen und der Rauchstopp-Kurse der AT (für türkisch-/kurdischsprachige oder, falls zur Verfügung, für albanisch-sprachige Migrierte³⁴) im Kanton St. Gallen
- Integration des Themas Tabak in bestehende Gefässe: insbesondere das Passivrauchen zu Hause würde sich eignen für eine Integration in MigesBalù, femmesTische und andere aufsuchende Elternangebote

D) Zahngesundheit bei Kindern

In Übereinstimmung mit den Fachleuten will der Kanton insbesondere erreichen, dass Zahnprophylaxe bei Kindern grundsätzlich früher (d.h. vor dem Eintritt in Kindergarten/Schule) einsetzt. Dazu soll insbesondere angeregt werden, dass Kitas und Spielgruppen in den Gemeinden Zahnprophylaxe betreiben. Zur Information der Betreuungspersonen und zur Arbeit mit Kindern und ihren Eltern in den Kitas und Spielgruppen können die Zahnprophylaxe-Assistentinnen eingesetzt und entsprechend weitergebildet werden, so dass auch Migrierte im Rahmen der Elternarbeit adäquat angesprochen werden können. Eine Erweiterung des Themas Zahngesundheit um Ernährung und Bewegung ist für diesen Kontext in Betracht zu ziehen. Die dadurch einsetzende Ausweitung des Aufgabengebiets und der Kompetenzen von Zahnprophylaxe-Assistentinnen kann auch dazu dienen, deren Berufsbild und Arbeitsalltag aufzuwerten.

1. Informationen aktiv bringen:

- Die bestehenden guten Informationsmaterialien in alle bestehenden Bring-Strukturen für die Migrationsbevölkerung einspeisen, insbesondere dort, wo Eltern erreicht werden können (Spitäler, Pädiauerinnen und Pädiauer, Mütter-/Väterberatung, Stillberatung, Kitas und Spielgruppen, migrationsspezifische Elternvereine)
- Integration des Themas Zahngesundheit in alle Aktivitäten zu Ernährung und Bewegung
- Weiterbildungen in Bereich Zahngesundheit für alle Fachleute, die im Bereich Kinderbetreuung, Ernährung/Bewegung und Elternbildung tätig sind

2. Massnahmen zur Verhaltensänderung:

- Sicherstellen, dass Informationen zur Zahngesundheit wiederholt und von verschiedener Seite her kommuniziert werden, idealerweise ab der Geburt
- Stärkung der Kompetenzen und des symbolischen Kapitals von Zahnprophylaxe-Assistentinnen durch Weiterbildung und berufliche Vernetzung untereinander
- Schaffung von mehr Ressourcen für den Ausbau der Zahnprophylaxe-Arbeit in Schulen und für den Einstieg in die Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (analog zu Praxis in der Stadt St. Gallen)
- Verstärkung der Elternarbeit in Schulen wie auch in Betreuungsinstitutionen der Vorschulphase (ev. gekoppelt mit Ernährung/Bewegung)

3. Aufsuchendes Angebot:

- ggf. Migrantinnen als Schlüsselpersonen für die Elternarbeit gewinnen, sowie diese auch für die Arbeit der Zahnprophylaxe-Assistentinnen ausbilden
- ggf. Integration des Themas Zahngesundheit in ein neu zu entwickelndes (z.B. im Stil sich wiederholender Veranstaltungen in Vereinen und Gruppierungen, oder in der Form von in-

³⁴ Ein Antrag auf eine albanisch-sprachige Erweiterung der bestehenden Angebote für Migrierte aus der Türkei ist eingereicht.

teraktiv konzipierten Elternkursen in der Schule) oder thematisch auszuweitendes Elternbildungsangebot (wie z.B. Modul für femmesTische)

- ggf. Integration des Themas Zahngesundheit in Angebote, welche Hausbesuche bei Familien machen (z. B. Projekt „schrittweise“ der HEKS), um auch Eltern erreichen zu können, deren Kindern nicht familienextern in Kitas oder Spielgruppen betreut werden

E) HIV/sexuell übertragbare Krankheiten (STI)

Im Bereich HIV/STI liegen wertvolle Erfahrungen im Ansprechen von schwerst erreichbaren Bevölkerungsgruppen auf höchst sensible Themen vor (AFRIMEDIA, MariaMagdalena). Diese Erfahrungen der Projektmitarbeitenden können auch für andere Projekte und Themen genutzt werden. Für die Ansprache von breiteren Teilen der Migrationsbevölkerung empfiehlt es sich, ein thematisch weiter gefasstes Angebot zu prüfen, z.B. in der Form von interaktiven Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen zu reproduktiver Gesundheit (allenfalls inklusive Mammographie), durchgeführt in Schulen oder in Vereinen der Migrationsbevölkerung.

1. Informationen aktiv bringen:

- Das Projekt AFRIMEDIA ‚bringt‘ die Information vorbildlich, allerdings nur an eine eng definierte Zielgruppe und zu einem eng definierten Thema. Zu wünschen wäre hier mehr Flexibilität, die bisher an den knappen Zeitressourcen und den nationalen Vorgaben scheitert → Empfehlung: Nach einer Lösung suchen, damit mit der bestehenden Methode und den bestehenden Projektstrukturen mehr erreicht werden kann (d.h. strukturelle Öffnung des Angebotes AFRIMEDIA für weitere Themen und für weitere Personen in den Settings).

2. Massnahmen zur Verhaltensänderung:

- Verhaltensänderung würde mehr Begleitung durch die Mediatorinnen und Mediatoren von AFRIMEDIA benötigen (→ mehr Zeitressourcen)
- Beratung und Begleitung könnte auch von einer niederschweligen Anlaufstelle, zu der die Mediatorinnen und Mediatoren hinführen, geleistet werden
- Zu prüfen ist hier eine thematisch breiter gefasste Zugangsweise, z.B. reproduktive Gesundheit (Familienplanung, Hygiene, sexuell übertragbare Krankheiten, ggf. auch geschlechtsspezifische Vorsorgeuntersuchungen)

3. Aufsuchendes Angebot:

- AFRIMEDIA beibehalten und nach Möglichkeiten zur Stärkung und zur flexibleren Nutzung (bezügl. Zielgruppen und Themen) suchen
- Die Vorgehensweise (aufsuchende Informationsvermittlung durch Mediatorinnen und Mediatoren) auch für andere Themen und Zielgruppen in Erwägung ziehen, dabei auf Möglichkeiten der längerfristigen Begleitung oder auf Anschlussangebot achten
- Konzeption einer Informationsveranstaltung zu reproduktiver Gesundheit, mit anschließender individueller Beratungsmöglichkeit, z. B. in Zusammenarbeit mit den Fachstellen für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität³⁵
- Konzeption eines femmesTische-Moduls zum Thema reproduktive Gesundheit (inkl. HIV/STI und Mammographie)

³⁵ Die vier Beratungsstellen im Kanton bieten bereits Beratungsgespräche unter Beizug von Übersetzenden resp. interkulturell Vermittelnden an und haben Erfahrung in der migrationsspezifischen Weiterbildung.

5 Literatur

BAG Bundesamt für Gesundheit 2007a: Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern: Bundesamt für Gesundheit. Download: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCGd353gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

BAG Bundesamt für Gesundheit 2007b: Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“. Bern: Bundesamt für Gesundheit

BAG Bundesamt für Gesundheit 2008a: Factsheet Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung, Download: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07693/07832/index.html?lang=de>, 7. Januar 2011

BAG Bundesamt für Gesundheit 2008b: Factsheet Gesundheitszustand und Risikoverhalten der Migrationsbevölkerung, Download: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07693/07832/index.html?lang=de>, 7. Januar 2011

BAG Bundesamt für Gesundheit 2008c: Migration und Gesundheit. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008 – 2013). Bern: Bundesamt für Gesundheit

BAG Bundesamt für Gesundheit 2010: Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen NPHS 2011 – 2017. Bern: Bundesamt für Gesundheit

Eckert, Josef, Alexander Rommel und Caren Weilandt: Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) 2004. In: BAG Bundesamt für Gesundheit 2006: Forschung Migration und Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit: 15-24

Gesundheitsförderung Schweiz 2010: „Gesundes Körpergewicht“ bei Kindern und Jugendlichen. Was haben wir seit 2005 dazugelernt? Bern: Gesundheitsförderung Schweiz

Menghini, Giorgio und Marcel Steiner 2007: Orale Gesundheit in der Schweiz Stand 2006. Monitoring. OBSAN, Arbeitsdokument 26, Neuchâtel, August 2007

Moret, Joëlle und Janine Dahinden 2009: Wege zu einer besseren Kommunikation. Kooperation mit Netzwerken von Zugewanderten. Eidg. Kommission für Migrationsfragen EKM, Materialien zur Migrationspolitik, Bern-Wabern.

Nutbeam, Don 2000: Health literacy as public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International 15 (3): 259-267.

Pfluger, Thomas; Biedermann, Andreas; Salis Gross, Corina (2009a), Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz: Grundlagen und Empfehlungen. Herzogenbuchsee: Public Health Services, Download: <http://www.transpraev.ch>

Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert 2006: Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung Endbericht. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands WIAD gem. e. V., Bonn

Salis Gross, Corina 2010: Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. In: Suchtmagazin 1/2010: 18-21

Soom Ammann, Eva und Corina Salis Gross 2011: Alt und schwer erreichbar. „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ bei benachteiligten Gruppen. AVM Verlag, 2011

Stamm, Hanspeter et al. 2008: Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Bericht zur Auswertung der Daten des Schuljahres 2006/2007. Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich, April 2008

Stamm, Hanspeter und Markus Lamprecht 2009: Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung, Zürich. Download: http://www.quint-essenz.ch/de/files/Grundlagendokument_Soziale_Ungleichheit.pdf

SuisseBalance 2007: Chancengleichheit: vulnerable Gruppen wie z.B. sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche und deren Familien. Download: http://www.swissbalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Innovationsfonds/Grundlagen_Chancengleichheit_def_d.pdf

Suter, Paolo M. 2005: Ernährung, Lifestyle und Adipositas von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. In: Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) 2005: Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht 2005. Bern: Bundesamt für Gesundheit: 167-198

Anhang

A) Regionale Verteilung der Migrationsbevölkerung in St. Gallen

Die 5 grössten Gruppen der Migrationsbevölkerung nach Regionen (Staatszugehörigkeit Deutschland und Österreich ausgenommen)

	Staatszugehörigkeit	Anz.	in %
Wahlkreis St. Gallen	Serbien, Montenegro, Kosovo	4909	18.0%
	Italien	3654	13.4%
	Bosnien und Herzegowina	1508	5.5%
	Mazedonien	1214	4.4%
	Portugal	1196	4.4%
Wahlkreis Rorschach	Italien	1807	17.7%
	Serbien, Montenegro, Kosovo	1482	14.5%
	Mazedonien	915	9.0%
	Portugal	593	5.8%
	Türkei	574	5.6%
Wahlkreis Rheintal	Serbien, Montenegro, Kosovo	3680	22.1%
	Italien	1827	11.0%
	Mazedonien	1347	8.1%
	Bosnien und Herzegowina	957	5.8%
	Türkei	713	4.3%
Wahlkreis Werdenberg	Serbien, Montenegro, Kosovo	1364	19.8%
	Mazedonien	981	14.2%
	Italien	711	10.3%
	Portugal	488	7.1%
	Bosnien und Herzegowina	417	6.0%
Wahlkreis Sarganserland	Serbien, Montenegro, Kosovo	1364	19.8%
	Mazedonien	981	14.2%
	Italien	711	10.3%
	Portugal	488	7.1%
	Bosnien und Herzegowina	417	6.0%
Wahlkreis See-Gaster	Serbien, Montenegro, Kosovo	2279	21.3%
	Italien	1698	15.9%
	Portugal	675	6.3%
	Türkei	650	6.1%
	Kroatien	387	3.6%
Wahlkreis Toggenburg	Serbien, Montenegro, Kosovo	1387	20.6%
	Mazedonien	779	11.6%
	Türkei	738	10.9%
	Italien	719	10.7%
	Bosnien und Herzegowina	296	4.4%
Wahlkreis Wil	Serbien, Montenegro, Kosovo	2922	19.8%
	Mazedonien	2755	18.7%
	Italien	2012	13.6%
	Türkei	765	5.2%
	Bosnien und Herzegowina	644	4.4%

Quelle: Bundesamt für Migration (ZAR/ZEMIS) 2009

Aufbereitung: Fachstelle für Statistik Kanton St. Gallen, Dezember 2010

B) Auflistung der befragten Programm-Akteure

Kinder im Gleichgewicht KiG

Franziska Güttinger

Programmleiterin KiG und Leiterin Fachstelle Ernährung und Bewegung, ZEPRA (kantonale Ebene)

Barbara Metzler

Mitglied der Steuergruppe KiG, Fachstelle für Jugend und Gesundheit, Bildungsdepartement (kantonale Ebene)

Rosa Plattner

Mütter-/Väterberaterin und Geschäftsführerin, Ostschweizer Verein für das Kind, ehem. Projektleiterin im Pilotprojekt MigesBalù

Sandra Montoya

Bereichsleiterin Gesundheit und Integration, Caritas St. Gallen; Projektleiterin MigesBalù und femmesTische

Ellen Glatzi

Standortleiterin femmesTische, Caritas St. Gallen

Mammographie

Daniela Krucker

Assistentin der Projektleitung im Mammographie-Screening-Programm „Donna“, Krebsliga St. Gallen/Appenzell; zuständig für Marketing des Programms, Mitglied Arbeitsgruppe Migration des VBKF

Doris Summermatter

Generalsekretärin VBKF Schweiz. Verband der Brustkrebs-Früherkennungsprogramme; involviert in Aufbau des St.-Galler Programms auf strategischer Ebene; Mitglied Arbeitsgruppe Migration des VBKF

Klara Högger

zuständig für den Bereich Prävention in der Krebsliga St. Gallen, Rauchstopp-Kursleiterin, Beratungsstelle Uznach, Krebsliga St. Gallen

zudem: informelles Telefongespräch mit **Paola Höchner**, Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität St. Gallen

Tabakprävention

Stefan Christen

Gesamtleiter und verantwortlich für Prävention bei Kindern und Jugendlichen, ZEPRA St. Gallen, involviert in die Entwicklung des kantonalen Tabakpräventions-Programms

Ursula Drechsler

Leiterin Tabakprävention, Lungenliga St. Gallen, involviert in die Entwicklung des kantonalen Tabakpräventions-Programms

Klara Högger

zuständig für den Bereich Prävention in der Krebsliga St. Gallen, Rauchstopp-Kursleiterin, Beratungsstelle Uznach, Krebsliga St. Gallen

Herbert Bamert

Beauftragter Suchtfragen, Kantonsärztlicher Dienst

Zahngesundheit

Yvonne Wagner

Leiterin, Kinder und Jugendzahnklinik der Stadt St. Gallen

Karin Bäumlin

verantwortlich für Prophylaxe in Kindergärten und Schulen, Kinder- und Jugendzahnklinik der Stadt St. Gallen

Beat Wider

Kantonszahnarzt und Mitglied der kantonalen Schulzahnpflegekommission, Schulzahnpflege des Kantons St. Gallen, sowie Schulzahnarzt in der Schulgemeinde Widnau

Sowie informelle Gespräche mit:

Anita Laube, Schulverwaltung Wil

Andreas Trumler, pensionierter Leiter der Schulzahnklinik der Stadt St. Gallen

HIV/STI

Pius Widmer

Projektleiter AFRIMEDIA und verantwortlich für Sexualpädagogik in Schulen, AHSGA Fachstelle für Aids- und Sexualfragen

Herbert Bamert

Beauftragter Suchtfragen, Kantonsärztlicher Dienst

Ellen Glatzi

Mediatorin AFRIMEDIA

sowie:

informelles Telefongespräch mit einer **Mitarbeiterin von MariaMagdalena** (Beratungsstelle für Frauen im Sexgewerbe)

informelles Telefongespräch mit **Paola Höchner**, Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität St. Gallen

C) Auflistung der befragten Integrations-Akteure und deren Zugangswege zur Migrationsbevölkerung

Regionale Fachstelle Integration Rheintal, Theres Affolter

Angliederung: Soziale Dienste Oberes Rheintal, 45 Stellenprozent, seit 2004

Die Beziehung zur Migrationsbevölkerung läuft hier über Ansprechpersonen in den Migrationsvereinen; es wurde auch ein Mailverteiler aufgebaut. Gute Beziehungen bestehen zu tamilischen und serbischen Gruppen; wahrscheinlich, weil diese Gruppen in der Region sehr gut vernetzt sind und ein aktives Vereinsleben pflegen. Schlecht erreicht werden albanische (v.a. aus dem Kosovo) und türkische Gruppen; bei beiden Gruppen sind es insbesondere die Frauen, die man schlecht erreicht. Auch die Italienerinnen und Italiener erreicht man schlecht, dort sehe man kein Bedürfnis nach Information. In dieser Gruppe wird aber das Thema Alter zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Gegenwärtig kommt man auf der Fachstelle eher wieder weg von der Strategie der Netzwerkpflege über Vereine und konzentriert sich auf Schlüsselpersonen auch ausserhalb des Vereinswesens. Wichtig ist gemäss den Erfahrungen der Fachstelle, dass dies Personen sind, die ‚etwas zu sagen haben‘ in ihren Communities. Zu beachten sind zudem deren Arbeitsbelastung und deren Sprachkenntnisse. Zu den Altersgruppen: Kinder und Jugendliche werden über Schule und Jugendarbeit gut abgedeckt; Efforts sind notwendig bei Frauen und bei älteren Personen; man konzentrierte sich oft einseitig auf die Erwerbstätigen.

Regionale Fachstelle Integration Linthgebiet und Toggenburg, Erika Meier

Angliederung: Gemeindeverwaltung Uznach; 50 Stellenprozent, seit 2005 (Toggenburg seit 2009)

Beziehungen zur Migrationsbevölkerung laufen über Vereine (Uznach, Rapperswil-Jona, Wattwil) und Frauengruppen, auf dem Land aber vor allem über Einzelpersonen. Der Kontakt läuft erfahrungsgemäss nur über persönliche Kontakte; schriftliches Kommunizieren ist schwierig. In Rapperswil-Jona (wo es viele Migrierte und auch viele Vereine gibt) läuft der Kontakt über den Fachdienst Integration der Stadt (Claudia Taverna). Die Befragte ist v.a. in Uznach aktiv; dort erreicht sie insbesondere religiöse Organisationen (muslimische, hinduistische, katholische; eher Männer) und Frauengruppen. Gute Erfahrungen macht sie mit eher jüngeren Vereinsfunktionären und –funktionärinnen der zweiten Generation: diese hätten ein Interesse daran, ihre Organisationen gegen aussen zu öffnen. Wenn im Verein die Pflege der eigenen Kultur im Vordergrund stehe, sei eine Kooperation schwierig. Schwierig zu erreichen sind tibetische und italienische Migrationsgruppen, beide Gruppen seien der Ansicht, sie hätten keine Integration mehr nötig. Die Portugiesinnen und Portugiesen, die als schwer erreichbar gelten würden, seien schon Zielgruppe eines Kursangebotes gewesen, dort habe man sie erreicht, weil man eine portugiesische Projektmitarbeiterin gehabt habe und von Tür zu Tür gegangen sei. Vom Alter her hat die Fachstelle vor allem Kontakt zu Migrierten ab 40 Jahren; jüngere und auch betagte Migrierte sind schwieriger zu erreichen. SES ist insofern bedeutsam, als grundsätzlich (auch bei Schweizerinnen und Schweizern) das Erwerbs- und Familienleben vor der Arbeit in Organisationen und Gremien komme.

Regionale Fachstelle Integration St. Gallen-Rorschach-Gossau, Silvia Maag

Angliederung: Verein ARGE Integration Ostschweiz, direkt dem Kanton unterstellt; Leitung 60 Stellenprozent.

Für die Zusammenarbeit mit der Migrationsbevölkerung ist Vernetzung ganz wichtig: Kontakte zu Vereinen pflegen, Anlässe besuchen, Projekte begleiten, über die Fachstelle informieren; Kontakte entstehen auch über Beratungsgespräche auf der Fachstelle. Dabei ist der Faktor Zeit von Bedeutung. Zur Zusammenarbeit mit Vereinen: Man mache viele Versände an alle Vereine, mit wenig Rücklauf; wenn man bedenke, wie viele Vereine es um die Kantonshauptstadt herum gebe, seien die bestehenden Kontakte eher bescheiden. Welche Gruppen die Fachstelle besonders gut erreiche, sei schwierig zu sagen. Die Aufgabe der Fachstelle ist die Vernetzung, und die laufe über informelle Kontakte, weniger über Vereinsvertreterinnen und -vertreter. Unter den Vereinen seien die türkischen und kurdischen am aktivsten; aufgrund ihres Hintergrundes in der Türkei. Andere Vereine sind dann aktiv, wenn in ihrem Herkunftsland ‚etwas los ist‘; dabei ist die finanzielle Unterstützung der Vereine aus den Herkunftsländern zentral. Aktive Vereine sind für die Fachstelle erreichbar. Da es für die Erreichbarkeit sehr wichtig ist, ‚mit den Leuten zu reden‘, erreicht man die Migrationsbevölkerung über Schlüsselpersonen, nicht über Organisationen und Funktionen. Neben Vereinsvertreterinnen und -vertreter sind in der Region auch VERDI-Übersetzende und femmes-Tisch-Moderatorinnen wichtige Schlüsselpersonen. Als besonders schwer erreichbar gelten Migrierte aus Kosovo und Portugal, auch neuere Migrationsgruppen, z.B. Somalia/Eritrea. Ob eine Gruppe erreichbar ist oder nicht, hängt von der jeweiligen Gemeinde ab, ob man dort jemanden kenne (Vernetzung ist vor allem auf lokaler Ebene wichtig!). Wenn man jemanden kenne, dann finde man auch den Zugang. Bei der Erreichbarkeit ist SES der entscheidende Faktor; erschwerend ist auch eine starke Rückkehrorientierung (wie z.B. bei den Portugiesinnen und Portugiesen). Geschlecht könne je nach Herkunft sehr archaische Formen annehmen, Migration kann hier auch verstärkend wirken. Ein sehr guter Zugangsweg sei hier die Schule, denn über die Kinder erreiche man auch die Eltern, und Eltern seien über das Wohl ihrer Kinder gut zu motivieren.

Sinnvolle Massnahmen zur Erreichung der Migrationsbevölkerung sind laut der Befragten insbesondere Deutschkurse. Auch sehr sinnvoll: Frühförderprojekte für junge Familien (d.h. Spezialförderung, aber sinnvolle, die sich an alle wendet, nicht nur an Migrierte. Wenn eine Gemeinde ihre Migrationsbevölkerung erreichen will, muss man zuerst von Tür zu Tür gehen, muss Angebote über die Schule und über Schlüsselpersonen empfehlen lassen. Mit der Zeit gehe es dann auch über Hörensagen. Auch das Internet sei eine wichtige Informationsquelle für Migrierte. Interessant für professionelle Akteure könnten die Veranstaltungen zu den Integrationsvereinbarungen sein.

Regionale Fachstelle Integration Werdenberg-Sarganserland, Anica Hardegger-Lukac

Angliederung: Stiftung Mintegra, im Leistungsauftrag (Gemeinde Buchs, polit. und kathol.). Leitung 100 Stellenprozent, Beratungsstelle 30 Stellenprozent.

Die Befragte bietet ihre Beratungen in serbisch-kroatisch-bosnischer und italienischer Sprache an; erreicht werden damit vor allem kroatische, bosnische, serbische und kosovarische Gruppen. Darüber hinaus erreicht die Fachstelle die Migrationsbevölkerung vor allem über den persönlichen Einsatz der Stellenleiterin Frau Alilovic. Sie pflegt intensiv Kontakte und betreut verschiedene Arbeitsgruppen. Wichtige Ansprechpartner sind die Vereine, an deren Veranstaltungen Frau Alilovic auch regelmässig präsent ist. Die Bekanntmachung ihrer Projekte und Angebote funktioniert am besten über Mund-zu-Mund-Propaganda. Gut erreicht werden in der Region serbisch-kroatisch-bosnisch-sprachige und albanisch-sprachige Gruppen, Migrierte aus Kroatien, Italien und Sri Lanka (in den letzten beiden Gruppen dank einer sehr aktiven Kontaktperson in Mission/in Verein). Der

Zugang gelingt, wenn die Gruppe gut organisiert ist und wenn ein persönlicher Kontakt besteht. Die Strategie: Kontaktaufnahme mit Vereinspräsident/in, dann bei Interesse Infoabend im Verein zur Fachstelle, in Zusammenarbeit mit der Gemeinde (v.a. Kommission für interkulturelles Zusammenleben). Je nach Herkunftsgruppe erreicht man eher die Männer und eher die älteren Erwerbstätigen, eher tiefer SES. Bei der Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen ist deren oft hohe zeitliche Belastung mit Erwerbs- und Freiwilligenarbeit zu beachten. Schlecht erreicht werden spanische und portugiesische Migrierte, die in der Region schlecht organisiert seien. Zudem seien Frauen weniger häufig an Veranstaltungen präsent, das sei z.T. herkunftsbedingt (z.B. Albanerinnen), z. T. auch wg. Arbeit (z.B. Putzen am Abend), z.T. wg. familiärer Pflichten (Kinderbetreuung).

Regionale Fachstelle Integration Region Wil, Felix Baumgartner

Angliederung: Integrationsbeauftragter der Stadt Wil (40%) und Leiter Regionale Fachstelle Integration Wil (30%)

Gute Kontakte zur Migrationsbevölkerung hat der Befragte bei den italienischen (über Vereinsfunktionäre, sehr personenbezogen), albanisch-sprachigen (hier wird ggw. ein lokales Schlüsselpersonen-Netzwerk aufgebaut) und serbisch-kroatisch-bosnischen (gute Schlüsselpersonen vorhanden) Gruppen. Gruppen aus der Türkei sind im Moment schwierig zu erreichen. Erreichbarkeit braucht Beziehungsarbeit, es muss Vertrauen aufgebaut werden, es braucht Zeit. Beziehungen zu knüpfen und zu pflegen ist laut Befragtem die beste Strategie, um besonders schwer erreichbare Gruppen zu erreichen. Zudem ist relevant, welche Zugänge in einer Region bestehen (in Wil ist z.B. eine Moschee, da könnte man den Zugang finden, bisher fehlte aber die Zeit dafür). Besonders schwer zu erreichen sind sozial benachteiligte und bildungsferne Milieus. Frauen sind eher schwieriger zu erreichen als Männer; z.T. gelingt es in der Region über femmesTische.

Geeignete Massnahmen zur Erreichung der Migrationsbevölkerung sind laut dem Befragten insbesondere die sorgfältige Auswahl von guten Schlüsselpersonen. Generell (nicht nur im Migrationskontext) ist bei der Arbeit mit Schlüsselpersonen zu beachten, dass man selektiv ist, es braucht deshalb viel Reflexion. Prinzipiell müsste Schlüsselpersonen-Arbeit bezahlt werden, aber die Grenze zur Freiwilligenarbeit sei schwierig zu ziehen.

Fachstelle Gesundheit und Integration, Sandra Montoya

Angliederung: Caritas St. Gallen, 80 Stellenprozente (inkl. Projektleitungen)

Die Aufgaben der Fachstelle umfassen insbesondere auch das Informieren, Triagieren und Weiterbilden von Fachleuten. Die Befragte findet es schwieriger, die Fachleute zu erreichen und zu sensibilisieren als die Migrationsbevölkerung. Bei Fachleuten sei oft keine Bereitschaft da, sich auf neue Zielgruppen einzulassen. Bei der Migrationsbevölkerung hängt die Erreichbarkeit stark von den Schlüsselpersonen ab. Die konkrete Verpackung von Information und die Wahl der Kanäle zur Infovermittlung wird von den Schlüsselpersonen bestimmt; kontrollieren kann man das nicht bis ins Letzte, aber man muss auch mit bestehenden Ressourcen umgehen, muss ausprobieren, muss evaluieren, dann kann man gut mit Schlüsselpersonen arbeiten. Nötig erreicht zu werden haben es alle; es gibt jedoch Gruppen, die immer wieder untergehen, weil man sich oft auf die grösseren Gruppen konzentriert. Dies gilt im Moment zum Beispiel für Gruppen aus Ostafrika (insb. Eritrea/Äthiopien). Hier liegt ein Nachteil in der Kleinräumigkeit: Gewisse Gruppen sind schwierig auf Gemeindeebene zu ‚bedienen‘.

Gute Strategien für Erreichbarkeit sind: den gewählten Zugang immer wieder überdenken: Wie laufen unsere Infos? Wen erreichen wir damit, und wen nicht? Wichtig ist, dass man immer dran

bleiben muss, und man muss die dafür nötigen Ressourcen langfristig einrechnen, damit eine einmal erreichte Gruppe auch weiterhin erreicht werden kann. Um die Migrationsbevölkerung erreichen zu können, braucht es vor allem Sensibilität (d.h. interkulturelle Kompetenz), und es braucht den Einbezug der Zielgruppe, nach dem Motto: nicht für, sondern mit.

AIDA Fachstelle Integrations-Deutschkurse für den Kanton St. Gallen, Bernadette Bachmann

Angliederung: Koordinationsstelle für Integrations-Deutschkurse im Kanton, seit 2002

Die Fachstelle gibt Empfehlungen ab, wie Informationen über Angebote wie z.B. Sprachkurse vermittelt werden sollten: Flyer allein würden nicht ausreichen, es brauche auch Mund-zu-Mund-Werbung, z. B. über Ärzte, Schulen, Vereine, ehemalige Kursteilnehmende. Dies umzusetzen, ist Aufgabe der jeweiligen Gemeinde; diese würden oft eine spezialisierte Fachstelle (wie Caritas z.B.) damit beauftragen. In den Kursen ist die Informationsvermittlung ein wichtiger Bestandteil, auch Infos, die für Gesundheitsförderung und Prävention wichtig sind, werden vermittelt. Die Lehrpersonen sollten dazu in der Gemeinde verankert sein, damit der Alltag in dieser Gemeinde vermittelt werden kann. Die Kursleitenden sind meist Lehrer/innen oder Erwachsenenbildner/innen. Mit den Integrations-Deutschkursen werden v.a. Leute erreicht, die bildungsgewohnt sind, die im Arbeitsprozess sind oder auf Beratungsstellen gehen, die bereits genügend Informationen über die Schweiz erhalten haben. In den ersten Jahren waren dies v.a. Migrierte aus Italien, Spanien und Portugal, dann aus Sri Lanka und Brasilien, gegenwärtig viele Migrierte aus Afrika. Frauenkurse wurden eingeführt, weil auffiel, dass Frauen oft weniger sagen, wenn Männer dabei sind. Männer sind besser erreichbar, sind oft vernetzter und besser in Arbeitsprozesse eingebunden. Schwer erreichbar für Deutschkurse sind Leute mit wenig Schulbildung und Frauen, die v.a. zu Hause sind. Hier gibt es gewisse Handlungsmöglichkeiten über die Integrationsvereinbarungen. Problematisch ist, wenn jemand am Existenzminimum lebe, dann sei man nicht gleich fähig zu lernen.

Integrationsstelle der Stadt St. Gallen, Peter Tobler

Angliederung: Amt für Gesellschaftsfragen der Stadt St. Gallen, Integrationsbeauftragter zu 60%

Der Schwerpunkt der Stadt liegt auf der Öffnung der Institutionen. Gut erreichbar in der Migrationsbevölkerung sind laut dem Befragten alle, die in Regelstrukturen eingebunden sind: z.B. Eltern über Schule, Gebärende über Spitäler etc. Dabei ist nicht die Frage der Herkunft/Ethnie im Vordergrund, sondern diejenige des sozialen Status (v.a. Berufsstatus). Entscheidend ist dabei, wie die Schnittstellen zwischen Migrationsbevölkerung und Regelstrukturen gestaltet werden: Das Potenzial der Elternarbeit in der Schule z.B. ist riesig, aber auch die Bandbreite, wie jemand seine Arbeit macht, ist riesig. Besonders gut eignen sich langfristige und asymmetrische Verhältnisse wie Lehrer/Eltern, Arbeitgeber/Arbeitnehmer, Sozialarbeitende/Hilfesuchende. Wichtig ist dem Befragten, dass die Verantwortung, die Aufgabe zur Öffnung hier bei der Regelstruktur liegt. Schwierig zu erreichen sind Personen, die nicht in Regelstrukturen sind, wie z.B. kinderreiche Mütter, Kinder vor der obligatorischen Schule, Jugendliche, die nicht im Ausbildungs- oder Arbeitsprozess sind, IV-Bezügerinnen und -Bezüger, Menschen nach der Pensionierung. Hier braucht es zielgruppenspezifische Angebote, z. B. aufsuchende Familienarbeit, Quartierarbeit, Settingarbeit, Arbeit über kleinräumige Regelstrukturen.

Besonders geeignet sind laut dem Befragten Massnahmen, welche über persönliche Betroffenheit und konkreten Nutzen vermittelt werden können. Deshalb ist die Schule ein sehr geeigneter Ort. In der Schule geht es um Themen, die für Eltern relevant sind. Geeignete Strategien, um die Migrationsbevölkerung zu erreichen, müssen projektbezogen sein: man muss sich temporäre Netzwerke

zur Migrationsbevölkerung erschliessen, denn diese ist hochmobil, und Netzwerke neigen zu Instabilität. Netzwerke zu Institutionen der Migrationsbevölkerung werden schon auch gepflegt, aber konkrete Personen müssen jedes Mal neu rekrutiert werden; das sei aber auch im Schweizerischen Vereinswesen so.

Entsprechend des Fokus auf Strukturen verfügt die Fachstelle nicht über direkte Kontakte zur Migrationsbevölkerung, aber über gute Kontakte zu Strukturen, die mit Migrierten zu tun haben: HEKS-Projekt ‚schrittweise‘ (alban. und tamil. Bevölkerung), Qualitätsbeauftragte ‚migrant friendly hospitals‘ des Kantonsspitals, Mütter-/Väterberatung, Binationale Beratungsstelle der Familienberatungsstelle, Fachstelle Gesundheit und Integration der Caritas.

Fachdienst Integration Rapperswil-Jona, Claudia Taverna

Angliederung: Stadtverwaltung, seit 2009, 20 Stellenprozente
--

Die Beziehungen zur Migrationsbevölkerung sollen durch den Fachdienst aufgebaut werden; man hat sich zuerst auf die Vereine konzentriert, bisher ist dies noch nicht sehr gut gelungen. Persönliche Kontakte zu den Vereinen zu pflegen, ist schwierig, die Ressourcen der Stelle sind sehr beschränkt und reichen nicht für Feldarbeit. Kontakte laufen gegenwärtig v.a. schriftlich zu den Vereinen; Einladungen zum städtischen Forum über diesen Weg seien auf wenig Interesse gestossen. Kontakte haben sich eröffnet im Bereich Migration und Alter (über eine in der Region aktive Stiftung) sowie über die Mitarbeit im Pilotprojekt „conTAKT-net.ch“ (zusammen mit Uznach). Bewährt hat sich zudem auch die Information von Fachstellen; zudem versucht man gegenwärtig, die HSK-Lehrkräfte als Schlüsselpersonen zu gewinnen. Verbesserungspotenzial sieht die Befragte vor allem in der vermehrten direkten Kontaktaufnahme zur Migrationsbevölkerung.

Die Befragte geht davon aus, dass es von den einzelnen Schlüsselpersonen abhängig ist, ob bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung erreicht werden können oder nicht. Das Interesse der Vereine an Integrationsarbeit sei, so die Befragte, offenbar eher gering. Vereine würden sich nicht als Brückenbauer verstehen, und wenn doch, dann möchten sie auch eine formelle Einbindung und finanzielle Entschädigung. Dort stelle sich dann die Frage: Wen repräsentieren diese Vereine? Deshalb erscheine ihr die Arbeit mit interkulturellen Vermittelnden, HSK-Lehrpersonen und interkulturellen Organisationen sinnvoller. Problematisch sei hier, dass es sich meist um Frauen-Netzwerke handle und somit die Männer nicht genügend zu erreichen seien.