

## Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten und mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikationen).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

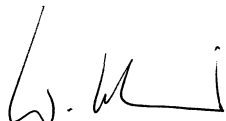
Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst.

Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben.

Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 15. März 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die HSLU SA das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der /die Studierende/r Rechtsinhaber.

**Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit empfiehlt diese Bachelor-Arbeit besonders zur Lektüre!**

**Diese Bachelor-Arbeit erscheint in der Edition Soziothek**

Die Ausgabe der Edition Soziothek kann bei der Edition Soziothek gekauft  
oder in einer Bibliothek ausgeliehen werden.



*Michaela Beck*

# **Frauen Migration Gesundheit**

*Praxis der Prävention/Gesundheitsförderung für  
Frauen mit Migrationsgeschichte aus der  
Perspektive der systemischen Theorie*



Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit  
Studiengang Soziokulturelle Animation  
Januar 2009

Bachelorarbeit  
Ausbildungsgang Soziokulturelle Animation  
Kurs TZ 2005-2009

**Michaela Beck**

**Frauen Migration Gesundheit**

**Praxis der Prävention/Gesundheitsförderung für Frauen mit Migrationsgeschichte  
aus der Perspektive der systemischen Theorie**

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im Januar 2009 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Soziokulturelle Animation.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

---

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelorarbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelorarbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Soziokulturell-animatorisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelorarbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen soziokulturellen Animatorinnen und Animatoren mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2009

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## **Abstract**

Frauen mit Migrationsgeschichte bilden eine Bevölkerungsgruppe, die in Statistiken am meisten über schlechtes Befinden berichtet und am häufigsten in ärztlicher Behandlung ist. Trotz dieser Resultate werden kaum Präventionsmassnahmen spezifisch für diese Zielgruppe realisiert. Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Praxis der Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte aus der Perspektive der systemischen Prävention und mit der Frage, inwiefern die Soziokulturelle Animation in der Prävention tätig sein könnte. Basierend auf der systemischen Prävention nach Martin Hafen (2007a, 2007b) wurde ein praxisnahes Modell entwickelt, welches eine differenzierte Analyse von physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Belastungs- und Schutzfaktoren ermöglicht sowie die Wirkungswahrscheinlichkeit der Prävention durch die gezielte Auswahl methodischer Aspekte erhöht. Die Analyse der Belastungs- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationsgeschichte anhand einer Literaturrecherche zeigte, dass die fehlende Chancengleichheit in wichtigen sozialen Systemen der Gesellschaft als zentrale Belastungen einzustufen und hohe Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen als Ressourcen für die Bewältigung von Belastungen zu deuten sind. Das sozialraumorientierte und niederschwellige Angebot eines offenen Treffs für Frauen stellt eine vielversprechende Herangehensweise dar, die die bestehenden Präventionsmassnahmen auf den Ebenen der sozialen Belastungsfaktoren und den psychischen Schutzfaktoren sinnvoll erweitern. Das Führen eines offenen Treffs mit dem Ziel der Aktivierung und Selbstbefähigung der Zielgruppe entspricht durchaus dem Kompetenzprofil der Soziokulturellen Animation.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
1.1	Ausgangslage.....	3
1.2	Fragestellungen und Ziele .....	4
<b>2</b>	<b>WAS IST GESUNDHEIT UND WIE KANN SIE GEFÖRDERT WERDEN?....</b>	<b>5</b>
2.1	Die Geschichte der Gesundheitsförderung .....	5
2.1.1	Die WHO und die Ottawa-Charta .....	6
2.1.2	Das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovski.....	7
2.1.3	Gesundheitsförderung in der Schweiz .....	8
2.2	Systemische Prävention .....	10
2.2.1	Systemtheorie – ein Instrument zur Erfassung der Komplexität.....	10
2.2.2	Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum .....	13
2.2.3	Physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Belastungs- und Schutzfaktoren.....	14
2.2.4	Das Präventions-Behandlungs-Kontinuum .....	15
2.2.5	Gesundheitsförderung und/oder Prävention .....	15
2.2.6	Medizinsystem und/oder Gesundheitssystem .....	16
2.2.7	Ein Modell der systemischen Prävention .....	17
<b>3</b>	<b>WELCHE BELASTUNGS- UND SCHUTZFAKTOREN BEEINFLUSSEN DIE GESUNDHEITSSITUATION VON FRAUEN MIT MIGRATIONS- GESCHICHTE? .....</b>	<b>20</b>
3.1	Zielpersonen.....	20
3.1.1	Zielpersonen und Zielgruppen .....	21
3.1.2	Frauen mit Migrationsgeschichte .....	21
3.1.3	Kriterien der Zielpersonenauswahl.....	21
3.2	Bestimmung der Problemlage .....	22
3.2.1	Statistische Daten.....	22
3.2.2	Daten der Migrationsforschung.....	25
3.2.3	Die Gefahr der Stigmatisierung und Kulturalisierung .....	26
3.3	Theoretische Erklärungsmodelle .....	28
3.3.1	Das Stress- und Bewältigungsmodell .....	28
3.3.2	Die Ressourcenorientierung .....	29
3.3.3	Prämigration, Transmigration und Postmigration.....	30
3.4	Analyse der Problemursachen: Belastungsfaktoren .....	31
3.4.1	Physische Belastungsfaktoren.....	32
3.4.2	Psychische Belastungsfaktoren.....	33
3.4.3	Soziale Belastungsfaktoren .....	34
3.4.4	Physikalisch-materielle Belastungsfaktoren.....	38
3.5	Bestimmung der zentralen Schutzfaktoren .....	39
3.6	Zusammenfassung der Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse .....	40

---

<b>4</b>	<b>WIE WIRD PRÄVENTION GEPLANT UND REALISIERT? .....</b>	<b>44</b>
4.1	Systemreferenz: Verhaltens- und Verhältnisprävention.....	45
4.2	Bestimmung und Erreichung der Zielgruppen .....	45
4.2.1	Zielgruppenfaktoren .....	45
4.2.2	Zielgruppenerreichung .....	47
4.3	Methodische Ansätze.....	49
4.3.1	Grundsätzliches Vorgehen .....	50
4.3.2	Konkrete Kontaktgestaltung .....	52
4.3.3	Rahmenbedingungen .....	55
<b>5</b>	<b>WIE KANN DIE GESUNDHEIT VON FRAUEN MIT MIGRATIONSGESCHICHTE GEFÖRDERT WERDEN? .....</b>	<b>60</b>
5.1	Verhältnisprävention in der Lebenswelt.....	60
5.2	Verhältnisprävention in der Gesellschaft .....	62
5.3	Verhaltensprävention .....	65
5.3.1	Zielgruppenerreichung in der Verhaltensprävention .....	67
5.4	Vielschichtige Prävention am Beispiel des Mutter-Kind-Treffs Shehrazad.....	69
5.5	Zusammenfassung der Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte .....	71
<b>6</b>	<b>IST DIE PRÄVENTION FÜR FRAUEN MIT MIGRATIONSGESCHICHTE EIN HANDLUNGSFELD DER SOZIOKULTURELLEN ANIMATION? .....</b>	<b>73</b>
6.1	Eine zusammenfassende Beschreibung der Soziokulturellen Animation.....	73
6.2	Soziokulturelle Animation und (systemische) Prävention .....	75
6.3	Soziokulturelle Animation und Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte ..	76
<b>7</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN .....</b>	<b>78</b>
	<b>DANK .....</b>	<b>81</b>
	<b>QUELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>82</b>
	<b>ANHANG .....</b>	<b>86</b>



# 1 Einleitung

## 1.1 AUSGANGSLAGE

Christiane<sup>1</sup> sitzt mir am Tisch gegenüber und blickt ins Leere:

*„Seit meiner Migration von Deutschland in die Schweiz ist es mit meiner Gesundheit nur noch bergab gegangen. Der Aufbau von neuen Freundschaften gestaltete sich viel schwieriger als erwartet, Konflikte bei der Arbeit belasteten mich und die zurückweisenden Reaktionen auf meine Herkunft bei Begegnungen mit Menschen erschwerten den Prozess, mich hier zu Hause fühlen zu können. Ich ging selten aus dem Haus und reduzierte meine sozialen Beziehungen auf meinen Partner. Sukzessive machte sich Unlust und Antriebslosigkeit breit und eines Tages diagnostizierte mein Hausarzt eine Depression, die sich soweit verstärkte, dass ein Klinikaufenthalt unausweichlich wurde. Heute beziehe ich eine IV-Rente, lebe alleine und fühle mich abhängig von Medikamenten gegen die Depression. Ich weiss nicht, wie es weiter gehen soll und ob eine Rückkehr nach Deutschland meine Gesundheit verbessern würde.“*

In meiner Tätigkeit als freiwillige Mitarbeiterin im Integrationszentrum *Zentrum 5* in Bern, begegneten mir viele Frauen, die eine solche oder ähnliche Geschichte wie Christiane erzählten. Ihre Schilderungen veranlassten mich zu einer vertiefenden Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und Migration. Aufgefallen dabei ist, dass die Themen Prävention und Gesundheitsförderung sowie Migration und Integration sowohl getrennt als auch in Kombination in den Medien, den politischen Debatten und den Konzepten sozialer Institutionen wiederholt präsent sind. So orientiert sich zum Beispiel das Bundesamt für Gesundheit [BAG] bereits in einer zweiten Phase an einer Bundesstrategie „Migration und Gesundheit“. Gemäss dem BAG unterscheidet sich, unter Berücksichtigung der Heterogenität dieser Gruppe, der Gesundheitszustand zwischen der Migrationsbevölkerung und der Aufnahmegesellschaft: die Migrationsbevölkerung leidet stärker unter psychischen Krankheiten, erkrankt häufiger an HIV/AIDS, Tuberkulose, Hepatitis, Malaria sowie an bestimmten Krebsarten, ist stärker von Schwangerschaftsabbrüchen betroffen und weist ein grösseres Risikoverhalten in den Bereichen Tabakkonsum, Bewegung und Ernährung auf (2008a, S.7).

Die Recherche zeigte auch, dass ein kaum überblickbares Feld an Projekten und Massnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung besteht, viele Begriffe unterschiedlich definiert und verwendet werden und migrationspezifische sowie geschlechtsspezifische Differenzierungen nur zeitweise erwähnt werden. Aufgrund dieser Ausgangslage setzt sich diese Bachelorarbeit in Soziokultureller Animation eingehend mit der Gesundheitssituation von sowie der Prävention und Gesundheitsförderung für Frauen mit Migrationsgeschichte auseinander. Dabei stellt sich im Anschluss die berufsrelevante Frage, welchen Beitrag die Soziokulturelle Animation in der Prävention und Gesundheitsförderung für Frauen mit Migrationsgeschichte leisten könnte.

---

<sup>1</sup> Dieses Beispiel ist frei erfunden.

## 1.2 FRAGESTELLUNGEN UND ZIELE

Diese Arbeit hat das Ziel, mittels einer Literaturrecherche eine differenzierte Analyse der Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte zu erstellen, die darauf basierenden zielgruppenspezifischen Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung aufzuzeigen und darin mögliche Handlungsfelder der Soziokulturellen Animation darzustellen. Es soll also anhand einer spezifischen Zielgruppe die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung ausführlich bearbeitet und analysiert und damit Fachleuten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Soziokulturellen Animation die Konkretisierung und Realisierung der zielgruppenspezifischen Arbeit ermöglicht bzw. erleichtert werden. In einem ersten Schritt wird der Frage nachgegangen, was Gesundheit ist und wie die Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte analysiert werden kann. Dazu gehört eine Schilderung der Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz sowie der systemischen Prävention nach Martin Hafen (2007b), mit der die Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur eine theoretische Grundlage erhält, sondern auch systemtheoretisch begründete Begriffsdefinitionen und methodische Aspekte. Anhand einer ausführlichen Analyse von Belastungs- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationsgeschichte kann der weitere Handlungsbedarf in der Prävention und Gesundheitsförderung aufgezeigt werden. In einem zweiten Schritt werden allgemeine Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren Umsetzung in der Praxis dargestellt und basierend auf der Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse in Bezug auf Frauen mit Migrationsgeschichte konkretisiert. Unter Bezug systemtheoretischer Überlegungen wird das aktuelle Professionsverständnis der Soziokulturellen Animation aufgezeigt und anschliessend mögliche Handlungsfelder der Soziokulturellen Animation in der Prävention und Gesundheitsförderung für Frauen mit Migrationsgeschichte beschrieben.

## 2 Was ist Gesundheit und wie kann sie gefördert werden?

Um die Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte umfassend analysieren zu können, muss zuerst geklärt werden, was Gesundheit ist und wie sie gefördert werden kann. Die Antwort auf diese Frage führt über einen kurzen geschichtlichen Verlauf der Gesundheitsförderung bis zur aktuellen Situation. Die hohe Komplexität dieses Feldes, das Fehlen von einheitlichen Begriffsdefinitionen und der Mangel an theoretischen Grundlagen bergen die Gefahr der Willkür einzelner Massnahmen und erschweren die Legitimation gesundheitsförderlicher Massnahmen (Martin Hafén, 2007b, S 5). Damit sowohl die Komplexität der Gesundheitsförderung wie auch die der Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte erfasst werden kann, braucht es eine theoretische Grundlage. Im zweiten Teil dieses Kapitels werden daher die für das Verständnis der systemischen Prävention wichtigen Grundlagen der Systemtheorie sowie die systemische Prävention nach Hafén dargestellt. Hafén ist es in seinen Werken „Mythologie der Gesundheit“ (2007a) und „Grundlagen der systemischen Prävention“ (2007b) gelungen, aufgrund der Systemtheorie nach Niklas Luhmann, das Gesundheitssystem systemtheoretisch zu erfassen, die Vielfalt der Begriffe zu ordnen sowie Begriffsdefinitionen zu konkretisieren. Er entwickelte ein Modell, mit welchem es möglich ist, eine komplexe Problemsituation und deren Ursachen zu ordnen und zu analysieren. Im letzten Teil dieses Kapitel wird dieses Modell für die Anschlussfähigkeit in der Praxis nochmals vereinfacht und zu einem *Modell der Einflussfaktorenanalyse in der systemischen Prävention* weiterentwickelt. Mit diesem Analysemodell wird es später in Kapitel 3 möglich sein, die Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte umfassend darzustellen.

### 2.1 DIE GESCHICHTE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

In den Ausführungen zur historischen Entwicklung der Gesundheitsförderung zeigt Martin Hafén (2007b, S.107-114) auf, dass sich die Menschen in Europa – soweit belegbar – seit über 2000 Jahren mit der Erhaltung ihrer Gesundheit beschäftigten. So lehrte bereits in der Antike Hippokrates über das Gleichgewicht der Körpersäfte und im Mittelalter war das Seelenheil im Wesentlichen in der Religion zu finden. Auffallend dabei ist, dass die verschiedenen Gesundheitsverständnisse nie nur die körperlichen, sondern auch die sozialen und seelischen Aspekte miteinbezogen. Ab der Renaissance ist dann – massgeblich geprägt durch Paracelsus – eine schrittweise Fokussierung auf die medizinische Behandlung von Krankheiten und Verletzungen erkennbar. In Anlehnung an Niklas Luhmann schildert Hafén, wie sich durch die Entwicklung von einer stratifizierten (geschichteten) zu einer funktional differenzierten Gesellschaft auch ein Medizinsystem herausbildete, welches in der Gesellschaft eine ganz spezifische Funktion übernahm. Dabei entwickelte sich dank den erfolgreichen naturwissenschaftlichen Forschungen und Erkenntnissen ein Medizinsystem, welches sich an einem reduktionistischen Verständnis von Gesundheit orientierte: die Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit und körperliche sowie ab dem 19. Jahrhundert auch psychische Krankheiten gilt es mit chirurgischen und medikamentösen Mitteln zu bekämpfen. Obwohl immer auch Massnahmen zur Verhinderung von Krankheit (z. B. durch Hygiene) ergriffen wurden, erhielt das auf die Behandlung ausgerichtete Medizinsystem, mit Unterstützung der Wirtschaft und der Politik, eine grosse Bedeutung und prägte unser Gesund-

heitsverständnis nachhaltig (ebd., S. 123). Erst die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1948 bewirkte, dass sich das Gesundheitsverständnis, und in der Folge auch die Massnahmen zur Erhaltung der Gesundheit wieder erweiterten.

### 2.1.1 Die WHO und die Ottawa-Charta

Bei der Gründung der UNO 1945 durch die Siegermächte des 2. Weltkrieges war klar geworden, dass das Ziel der Sicherung des Weltfriedens und der Menschenrechte langfristig nur erreicht werden konnte, wenn zusätzlich zu militärischen Interventionen auch in wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und humanitären Bereichen Massnahmen ergriffen wurden. Die Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organization) wurde 1946 als eine von zahlreichen Sonderorganisationen der UNO gegründet und trat 1948 in Kraft. (Brüscheiler, Werner et al., 1996, S.327ff)

An der ersten Versammlung der WHO 1948, an der Delegierte von 55 Mitgliedstaaten teilnahmen, wurde beschlossen, die Massnahmen primär auf Malaria und die Gesundheit von Frauen und Kindern auszurichten. 2007 zählte die WHO 193 Mitgliedstaaten, beschäftigte an ihrem Hauptsitz in Genf sowie in sechs regionalen und 147 nationalen Standorten über 8000 Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten sowie weitere Angestellte. Sie ist aktuell in der Katastrophenhilfe, in Impfprogrammen, in globalen Statistiken zu Gesundheits-, resp. Krankheitszahlen und in der Gesundheitsforschung tätig. Letztere bezieht sich nicht nur auf Krankheiten sondern auf ein umfassendes Wohlbefinden des Menschen. Dabei betont Dr. Margaret Chan, Generaldirektorin der WHO, im Vorwort der Broschüre ‚Working for Health: an introduction to the World Health Organization‘: „Unsere grösste Sorge muss immer den benachteiligten und vulnerablen Gruppen gelten. [...] Die WHO arbeitet daran, diese Menschen – und ihre unerfüllten Gesundheitsbedürfnisse – mehr sichtbar und daher zu unserer prioritären Sorge zu machen“ (WHO, 2007, S.1, Übersetzung mb). (WHO, 2007)

Aufgrund zunehmender Forderungen nach einem erweiterten Gesundheitsverständnis wurde 1986 die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Kanada durchgeführt (Radix, o.D.). Die an dieser Konferenz verabschiedete Charta der Gesundheitsförderung markierte eine entscheidende Veränderung weg von einem reduktionistischen hin zu einem neuen ganzheitlichen Gesundheitsverständnis. Dabei wurden nicht nur die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, die biologisch-genetischen Voraussetzungen und das individuelle Verhalten als Einflussfaktoren auf die Gesundheit benannt, sondern auch „Lebensbedingungen wie Friede, sozialer Status, Bildung, Beschäftigung, Einkommen, Wohnen und die Umwelt [...]. Diese Erweiterung machte die Gesundheitsförderung zu einem Thema aller Politikbereiche, nicht nur der Gesundheitspolitik“ (Leibundgut-Fischer, Edith & Von Greyerz, Salome, 2007, S. 27). Zudem wurde in der Ottawa Charta auch auf die Prozesshaftigkeit und auf den Ansatz der Selbstbestimmung der Menschen in der Gesundheitsförderung hingewiesen (Leibundgut-Fischer & Von Greyerz, 2007, S. 27ff).

*„Gesundheit zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne wie auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (Radix, o.D.).*

Dieses neue Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung hatte zur Folge, dass sich das Feld der gesundheitsfördernden Interventionen diversifizierte und weitere Professionen darin tätig wurden (Hafen, Martin, 2007b, S.122). Im Jahr 2005 erweiterte die WHO die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung mit der ‚Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt‘. Die zentrale Forderung darin ist, dass die WHO alle Regierungen, Politikerinnen und Politiker auf allen Ebenen, Wirtschaftsunternehmen sowie zivilgesellschaftliche und internationale Organisationen mit dem Ziel der höchstmöglichen Gesundheitsstandards für alle Menschen zum Dialog aufruft (Radix, o.D.).

### 2.1.2 Das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovski

In diesem Kapitel wird das Salutogenese-Konzept des Soziologen Aaron Antonovski<sup>2</sup> anhand von Sekundärquellen kurz zusammengefasst, um seinen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsförderung aufzuzeigen. Weiter unten bei den systemtheoretischen Ausführungen wird vertiefend auf einzelne Aspekte seines Konzeptes eingegangen.

Basierend auf der Kritik an der pathogenetischen Sichtweise des Medizinsystems und deren leitenden Frage „Was macht die Menschen krank?“, entwickelte Antonovski das Salutogenese-Konzept, welches sich an der Frage „Was hält die Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund?“ orientiert. Dabei versteht Antonovski die Gesundheit nicht als statischen Zustand sondern als Gegenseite der Krankheit auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Ob sich ein Individuum eher auf der Seite der Gesundheit oder der Krankheit positioniert, ist abhängig von den persönlichen und sozialen Schutzfaktoren, welche die Belastung durch Risikofaktoren senken können. (Leibundgut-Fischer & Von Greyerz, 2007, S. 28)

Während sich also das Medizinsystem weitgehend auf die Eliminierung von Belastungsfaktoren richtete, lenkte Antonovski den Fokus auf weitere Einflussfaktoren der Gesundheit und ermöglichte damit eine Erweiterung der gesundheitsförderlichen Massnahmen (Hafen, 2007b, S.97). Mit diesem Konzept hat Antonovski eine neue Sichtweise eingebracht, welche auch das Verständnis der Gesundheitsförderung der WHO entscheidend prägte. Der Frage ob und wie das Konzept der Salutogenese in der systemischen Prävention nach Martin Hafen realisierbar ist, wird weiter unten in Kapitel 2.2.3 nachgehen.

---

<sup>2</sup> Antonovski, Aaron (1997) *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke*. Tübingen: Dgvt-Verlag

### 2.1.3 Gesundheitsförderung in der Schweiz

Zu Beginn dieses Kapitels ist es wichtig zu erwähnen, dass die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention zum Teil synonym verwendet werden und zum Teil eine klare Unterscheidung betont wird. So definieren Edith Leibundgut-Fischer und Salome Von Greyerz (2007, S.28) in einer Publikation des Bundesamtes für Gesundheit den Begriff Prävention als Bezeichnung für „alle Massnahmen, welche das Auftreten, die Ausbreitung und die negativen Auswirkungen von bestimmten Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Unfällen verhindern sollen“ (ebd., S. 28), während sich die Massnahmen der Gesundheitsförderung als Bestandteil der Prävention auf die Verbesserung der Lebensbedingungen beziehen. Bis im Kapitel 2.2.5 näher auf diese Begriffsdefinitionen eingegangen wird, werden Gesundheitsförderung und Prävention vorläufig synonym verwendet.

In den Ausführungen zur Geschichte der Gesundheitsförderung wurde aufgezeigt, dass die Sorge und das Bemühen um Gesundheit keine ‚Erfindung‘ der Moderne ist. Gemäss Martin Hafen haben aber der Präventionsbegriff und die damit verbundenen Massnahmen in den vergangenen vierzig Jahren einen enormen Aufschwung erlebt. Die Popularität des Präventionsbegriffes wurde vor allem durch die Drogenprävention geprägt. Als erste Reaktion auf das Drogenproblem machte sich ein autoritärer Präventionsstil breit, mit welchem durch eine Aufrechterhaltung von Recht und Ordnung versucht wurde, das Problem in den Griff zu bekommen. Dieser Stil wurde bald überlagert von einer psychologischen Denkweise, welche die Sucht als Flucht der Jugendlichen vor Problemen verstand. Es wurde Suchtprävention an Schulen betrieben und in den frühen 80er Jahren öffneten die ersten Präventionsfachstellen ihre Türen, wobei sich diese im Laufe der Zeit auch auf den legalen Suchtmittelkonsum wie Alkohol und Zigaretten ausrichteten. (Hafen, 2007b, S.124-128)

Hafen betont, dass die Drogen- bzw. Suchtproblematik nicht alleinentscheidend war für die enorme Erweiterung der Präventionsmassnahmen, sondern auch der gesellschaftliche Wandel, der Individualismus und die damit verbundene erhöhte Bedeutung eines gesunden Körpers sowie die durch die Massenmedien beeinflusste Wahrnehmung einer bedrohenden Zahl von Risiken. Hafen formuliert deshalb die These, dass der Prävention die Funktion der „Beruhigung einer risikosensibilisierten Gesellschaft“ zukommt. (Hafen, 2007b, S. 135)

Heute gibt es in der Schweiz eine Vielzahl von Fachstellen und Organisationen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene, welche sich der Gesundheitsförderung annehmen. Im Folgenden werden die wichtigsten nationalen Organisationen und Beispiele kantonaler und kommunaler Institutionen sowie deren Aufgabenbereiche kurz dargestellt:

Name	Aufgabenbereiche
Bundesamt für Gesundheit BAG www.bag.admin.ch	Das Bundesamt für Gesundheit ist seit 1893 ein Bundesamt des Eidgenössischen Departements des Innern. Nebst Themen wie Epidemien, Infektionskrankheiten, Lebensmittelschutz, Suchtprävention, Forschung und Kranken- und Unfallversicherung nehmen auch die Prävention und/oder die Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert ein.
Radix www.radix.ch 031 312 75 75	Radix ist eine nationale Stiftung, die 1972 gegründet wurde, sich an den Grundsätzen der Ottawa Charta und allen Folgekonferenzen orientiert und zum Zweck hat, „dass Behörden auf kommunaler und kantonaler Ebene und Entscheidungstragende in Organisationen die Gesundheitsförderung als wichtige laufende Annahme erkennen und entsprechende Massnahmen treffen“.
Gesundheitsförderung Schweiz www.gesundheitsförderung.ch	Seit 1996 hat die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ die Aufgabe, die Gesundheitsförderung gemäss dem Krankenversicherungsgesetz auf den kantonalen Ebenen gesamtschweizerisch zu institutionalisieren.
Kantonales Beispiel: Berner Gesundheit BEGES www.beges.ch	Der Verband Bernerischer Fürsorgestellen für Alkoholranke wurde 1931 gegründet und erweiterte 1986 sein Angebot auf Suchtfragen aus. Daraus entstand 1998 die Stiftung Berner Gesundheit. Sie ist namhaft im Bereich der Suchtprävention, -beratung, -behandlung und -betreuung sowie in der Sexualpädagogik im Kanton Bern tätig.
Gesundheitsinspektorat /Gesundheitsdienst der Stadt Bern www.bern.ch/stadtverwaltung/bss/gsd	Der öffentliche Gesundheitsdienst der Stadt Bern ist seit 1989 zuständig für Vorsorgeuntersuchungen in Schulen, Schulsozialarbeit, Mütter- und Väterberatung, Ernährungsberatung, Wohnhygiene und Gesundheitsförderung in der Stadt Bern.
Healthproject www.healthproject.ch	Healthproject ist eine Datenbank, in welcher alle in der Schweiz laufenden Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention eingesehen werden können.
Healthorg www.healthorg.ch	Healthorg ergänzt die Datenbank Healthproject mit Informationen für und zu den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung in der Schweiz.
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP www.sggp.ch	Die SGGP setzt sich seit 1976 mit Tagungen, Fachbeiträgen und Büchern für die Entwicklung einer besseren Gesundheitspolitik und für ein besseres Gesundheitswesen ein.
Quint Essenz www.quint-essenz.ch	Diese Homepage der Gesundheitsförderung Schweiz bietet seit 2000 eine Vielzahl an konkreten Checklisten und Fachliteratur mit dem Ziel der Qualitätsentwicklung in Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten.
Migration und Gesundheit www.miges.admin.ch	Ein nationales Programm des Bundesamts für Gesundheit BAG, das seit 2002 zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung zuständig ist.
Schweizerisches Rotes Kreuz www.redcross.ch	Das Schweizerische Rote Kreuz organisiert verschiedene Kurse und Ausbildungen in den Bereichen Krankenpflege, Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten.

Tabelle 1: Übersicht über die Organisationen der Gesundheitsförderung in der Schweiz

Die Tabelle, welche bloss einen Überblick über die wichtigsten Organisationen im Bereich der

---

Gesundheitsförderung bietet, macht noch einmal deutlich, wie hoch die Wichtigkeit dieses Themas aktuell eingestuft wird.

## 2.2 SYSTEMISCHE PRÄVENTION

Wir haben zu Beginn des Kapitels 2 gesehen, dass der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sehr vielfältig, komplex und daher kaum zu überblicken ist. Mit Hilfe der systemischen Prävention nach Martin Hafen (2007b) soll ein praxisbezogenes Analysemodell entwickelt werden, welches gleichzeitig auf einer theoretischen Grundlage basiert sowie in der Praxis ermöglicht, die Komplexität der Krankheitsursachen zu erfassen und die zu ergreifenden Massnahmen zu begründen. Da Hafen die systemische Prävention weitgehend auf der Systemtheorie nach Niklas Luhmann abstützt, sollen einige Grundkenntnisse der Systemtheorie vorgängig dargestellt werden. Wichtig zu erwähnen gilt, dass in dieser Arbeit aus Gründen der Vereinfachung und der Anschlussfähigkeit in der Praxis einige Aspekte für das Verständnis der Systemtheorie ausgelassen werden. Die hier erwähnten Grundkenntnisse sollen das Verständnis der von Hafen reformulierten Begriffsdefinitionen und seiner theoretischen Modelle zur Erfassung der Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie zur Entwicklung von präventiven Massnahmen ermöglichen. Im letzten Teil dieses Kapitels wird das mögliche Vorgehen einer Einflussfaktorenanalyse in Anlehnung an die systemische Prävention nach Hafen in einem neu erstellten Modell dargestellt.

### 2.2.1 Systemtheorie – ein Instrument zur Erfassung der Komplexität

Vorliegende Darstellung der systemtheoretischen Grundbegriffe ist wie gesagt stark vereinfacht und unvollständig<sup>3</sup>. Zudem entwickelten verschiedene Systemtheoretiker/innen unterschiedliche Modelle, welche von Analytiker/innen auch wieder individuell interpretiert und angewandt werden. Allen Systemtheorien ist gemeinsam, dass sie anhand bestimmter Kriterien eine komplexe Gesamtheit durch die Einteilung in diverse Untergruppen zu erfassen versuchen. Dies könnte zum Beispiel heissen, dass bei einem Auto der Motor, das Räderwerk, die Elektrizität, die Bedienung, die Innen- und die Aussenausstattung und weiteres als einzelne Teilsysteme eines ganzen Autos eingeteilt werden können. Bei der Gesellschaft als Ganzes wird diese systemische Betrachtungsweise um einiges komplexer. Da sich Martin Hafen (2007b) wie bereits erwähnt vor allem an der Systemtheorie von Niklas Luhmann orientiert, sollen dessen Betrachtungsweisen auch für diese Arbeit beigezogen werden. Zudem wird die Luhmannsche Systemtheorie aufgrund der Ausführungen von Martin Hafen aus der Sekundärquelle zitiert, da es Hafen gelungen ist, bereits in seinen Büchern die vielen Werke von Luhmann für die in der Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Themen zu präzisieren und somit auch etwas zu vereinfachen.

#### *DAS PSYCHISCHE SYSTEM*

Blieben wir bei dem Beispiel von Christiane, welche in der Einleitung ihre Gesundheitssituation als

---

<sup>3</sup> Für ausführlichere Darstellungen der systemtheoretischen Begrifflichkeiten nach Luhmann ist folgendes Werk zu empfehlen: Baraldi, Claudio; Corsi, Ciancarlo, Esposito, Elena (1997). GLU – Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag



Frau mit Migrationsgeschichte in der Schweiz schilderte. Aus systemischer Sicht besteht Christiane aus einem psychischen System und einer Reihe organischer Systeme. Das psychische System umfasst das Bewusstsein und das Unterbewusstsein und es beobachtet seine Umwelt über die Wahrnehmung, welche mit Gedanken und Vorstellungen verarbeitet wird. Zu der Umwelt des psychischen Systems gehören das Gehirn, die organischen Systeme im Körper sowie eine Reihe von sozialen Systemen. (Hafen, 2007b, S. 11)

### *DIE SOZIALEN SYSTEME*

Bei sozialen Systemen handelt es sich nicht um reale und sichtbare Dinge. Soziale Systeme sind nur durch die Unterscheidung von anderen Systemen erkennbar (Hafen, 2007b, S.15). Diese Unterscheidungsleistung geschieht nicht über Wahrnehmung sondern über die Kommunikation. Soziale Systeme sind immer dann vorhanden, wenn sich eine Gruppe von Personen kommunikativ strukturiert (ebd., S. 19). Soziale Systeme im Leben von Christiane sind zum Beispiel ihre Familie, ihr Freundeskreis, das Quartier, in welchem sie wohnt, sowie das Integrationszentrum. Weitere soziale Systeme in der Umwelt von Christiane sind der Betrieb, in welchem sie arbeitete, die psychiatrische Klinik, die Invalidenversicherung, der Sportverein, die Institution, bei welcher sie einen Abendkurs in Wildpflanzenkunde belegt und auch der Lebensmittelladen, bei welchem sie einkauft. Zusätzlich zu diesen Organisationen können soziale Systeme in der Gesellschaft, in der Christiane lebt, eine bestimmte Funktion zur Erhaltung der Gesellschaft übernehmen. Sie werden Funktionssysteme genannt. So ist die Politik für „kollektiv bindende Entscheidungen“, die Wirtschaft für die effiziente Nutzung der Ressourcen, die Medien für die Information, die Wissenschaft für die „Erzeugung neuen Wissens“, das Rechtssystem für die Sicherheit und das Medizinsystem für die „Abwehr von Krankheiten“ zuständig (Krause, Detlef<sup>4</sup>, 2001, S. 43, S. 209ff, zit. in Voisard, Michel, 2005, S. 23). Für Niklas Luhmann ist die Gesellschaft die Gesamtheit der Kommunikationen aller sozialen Systeme. Die Gesellschaft ist folglich nicht direkt ansprechbar und kann auch nicht für Probleme verantwortlich gemacht werden. Aber auch die erwähnten Funktionssysteme sind nicht direkt ansprechbar, sondern nur einzelne Personen, welche einem Funktionssystem angehören. (Hafen, Martin, 2007b, S. 16f)

### *DIE PERSON*

Christiane besteht nicht nur aus einem psychischen System, welches seine eigenen organischen Systeme und die Systeme aus der Umwelt beobachtet, sondern sie ist auch eine Person, welche in Kommunikationen mit sozialen Systemen eingebunden wird. Christiane nimmt als Person in sozialen Systemen unterschiedliche Rollen ein – oder anders gesagt – es werden unterschiedliche Erwartungen an sie gestellt. Anders als bei sozialen Systemen, welche nicht direkt angesprochen werden können, kann Christiane als Person physisch wahrgenommen und kommunikativ angesprochen werden. So hat beispielsweise das psychische System von Christine wahrgenommen, dass andere Personen in ihrer Umwelt aufgrund ihrer Herkunft aus Deutschland bestimmte Verhaltenserwartungen an sie stellen. Wenn diese sozial konstruierten Erwartungen nicht dem Selbstbild von Christiane entsprechen, können sie für Christiane einen Anpassungs-

---

<sup>4</sup> Krause, Detlef (2001<sup>3</sup>). Luhmann-Lexikon. Stuttgart: Lucius und Lucius

druck bedeuten. Hafen geht davon aus, dass sich psychische Systeme fortlaufend unterschiedlichen Erwartungen anpassen müssen und dieser Realität in der Prävention mit der Offenlegung von klaren Erwartungen begegnet werden muss. Rollenerwartungen werden zudem von personalen Aspekten wie Geschlecht, Bildung, Herkunft, Kleidung und Alter beeinflusst. Diese personalen Aspekte sind in der Prävention vor allem für die Zielgruppenbestimmung von Bedeutung. Sie verdeutlichen den Einfluss von Erwartungshaltungen auf die Gesundheit sowohl bei der Bestimmung der Problemursachen, als auch bei der Entwicklung von zielgruppenspezifischen Massnahmen (Hafen, 2007b, S. 25f).

### *INKLUSION UND EXKLUSION*

Luhmann verwendet für die Integration einer Person in die Kommunikation eines sozialen Systems den Begriff der Inklusion (Hafen, 2007b, S. 26). Ob Christiane in das Funktionssystem der Wirtschaft inkludiert ist, hängt von ihrer Inklusionsfähigkeit ab. Diese Inklusionsfähigkeit ist durch ihre Depression stark eingeschränkt, da sie kein Erwerbseinkommen hat und die finanzielle Unterstützung der Invalidenversicherung nur knapp für den Lebensunterhalt ausreicht. Das Gegenteil der Inklusion ist die Exklusion. Weil Christiane nur in dem Moment in ein soziales System inkludiert ist, in welchem sie in dessen Kommunikation mit ihrer physischen Anwesenheit eingebunden ist, ist sie ständig aus verschiedenen Systemen exkludiert. Diese Exklusion ist erst dann problematisch, wenn sie Chancenungleichheit schafft. Im Fall von Christiane ist die Inklusionsfähigkeit durch die knappen finanziellen Mittel und durch die Depression bedeutend reduziert. (Hafen, 2007b, S. 27f)

### *DAS EIGENLEBEN DER SYSTEME*

Sowohl psychischen wie auch sozialen Systemen ist gemeinsam, dass sie aufgrund unterschiedlicher Wirklichkeitskonstruktionen ein Eigenleben in der Art wie sie operieren entwickeln. Wie bereits erwähnt, heben sich die einzelnen Systeme von der Umwelt durch Beobachtung ab, indem sie Unterschiede erkennen, benennen und ihnen eine Bedeutung beimessen (Hafen, 2007b, S. 8). Dieser Prozess ist in hohem Masse abhängig von der Perspektive des einzelnen psychischen Systems, denn jedes psychische System ordnet die Beobachtungen aufgrund von vorgängig gemachten Erfahrungen und soziale Systeme verfügen nicht über Wahrnehmungsfähigkeit, sondern über Kommunikation. Die Luhmannsche Systemtheorie geht davon aus, dass die Wirklichkeit eine Konstruktion ist, welche aufgrund von komplexen Zusammenhängen vom psychischen System gebildet wurde und immer wieder neu gebildet wird. (Hafen, 2007b, S. 9f)

Dies bedeutet, dass eine Freundin die Gesundheitssituation von Christiane anders beurteilt, als sie es selbst tut und auch anders, als es zum Beispiel die Invalidenversicherung tat. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Systemtheorie davon ausgeht, dass es keine allgemeingültige Wirklichkeit gibt, sondern viele verschiedene Wirklichkeiten. Somit ist auch die Systemtheorie nach Luhmann eine von vielen möglichen Konstruktionen der Wirklichkeit und sie erhebt keinen Anspruch auf globale Gültigkeit (Hafen, 2007b, S. 9f).

Eine Gemeinsamkeit von psychischen und sozialen Systemen ist ihre operative Geschlossenheit. Das bedeutet, dass jedes System nicht nur die Wirklichkeit selbst konstruiert, sondern auch selbst entscheidet, wie Informationen aus der Umwelt verarbeitet werden. So kann Christiane noch lange

zu überzeugen versucht werden, sie solle doch wieder nach Deutschland zurückkehren. Sie wird selbst bestimmen, welche Massnahme sie ergreifen will oder nicht. Weder ein psychisches noch ein soziales System kann von aussen gesteuert werden. Es können nur Irritationen in der Umwelt des Systems erzeugt werden in der Hoffnung, dass diese das System auf die gewünschte Weise verarbeitet. (Hafen, 2007b, S. 11)

### 2.2.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Mit dem systemtheoretischen Blickwinkel ist Martin Hafen der Frage nachgegangen, wie sich die Gesundheit definieren lässt, um dann in einem zweiten Schritt zu fragen, wie sich diese Gesundheit fördern liesse. Die WHO definiert die Gesundheit als „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens des Menschen“ (Leibundgut-Fischer, Edith & Von Greyerz, 2007, S. 27). Aaron Antonovski (1997, S. 33ff, zit. in Hafen, 2007b, S. 98) beschreibt die Gesundheit als Kohärenzgefühl, wenn ein Mensch Umweltreize verstehen kann, seinen Fähigkeiten vertraut und das Leben und seine Herausforderungen als sinnvoll empfindet. Gehen wir davon aus, dass ein psychisches System seine Wirklichkeit selbst konstruiert, so kann angenommen werden, dass sich das Empfinden von Gesundheit in hohem Masse individuell unterscheidet. So kann sich eine krebserkrankte Person in Bezug auf das Kohärenzgefühl zum Beispiel viel gesünder fühlen, als eine an einer Grippeinfektion erkrankte Person. Gesundheit kann folglich nicht als statischer Zustand, welcher für alle gilt, erfasst werden. Vielmehr ist Gesundheit als Prozess zu verstehen, ein Prozess, der für die Beobachtung eine Unterscheidung erkennen muss, welche nur durch den Einbezug der Gegenseite, der Nicht-Gesundheit oder eben der Krankheit, realisierbar ist. Gemäss Hafen bietet das Bild des Kontinuums von Aaron Antonovski eine gute Möglichkeit, die wechselseitige Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit darzustellen. (Hafen, 2007b, S. 88ff)

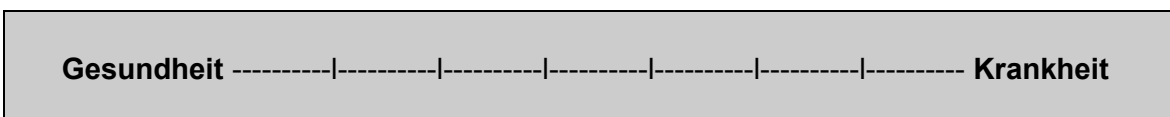


Abbildung 1: das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Aaron Antonovski (Hafen, 2007b, S.88)

Die Positionierung eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist abhängig von verschiedenen Faktoren. Sie wird bestimmt durch die Beobachtung anhand von Symptomen, welche auf eine Krankheit hindeuten. Dabei kann sich die Beobachtungsleistung des Individuums erheblich von der des Medizinsystems unterscheiden (subjektivierende und objektivierende Sicht). So kann sich zum Beispiel Christiane psychisch sehr schlecht fühlen, ihr Arzt und/oder die Invalidenversicherung die beobachtbaren Symptome jedoch als weniger gravierend deuten. (Hafen, 2007b, S. 93f)

*„Wir schliessen aus dieser unterscheidungstheoretischen Fassung des Gesundheitsbegriffs, dass auch die Förderung der Gesundheit auf der anderen Seite der Unterscheidung ansetzen muss – bei der Krankheit, der Verletzung, der sozialen Pathologie und*

---

*bei deren Erklärungen, also deren (vermuteten) Risiko- [Belastungs-<sup>5</sup>] und Schutzfaktoren (-defiziten).“ (Hafen, Martin, 2007b, S. 92)*

### 2.2.3 Physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Belastungs- und Schutzfaktoren

Wie unter Kapitel 2.1.2 aufgezeigt wurde, fragt Aaron Antonovski infolge der Kritik an der krankheitsbezogenen Sichtweise des Medizinsystems nach den Faktoren, welche einen Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund halten. Martin Hafen (2007b, S. 96f) meint, dass der Begriff der Salutogenese in der Praxis nicht realisiert werden kann, denn die Erschaffung (Genese) der Gesundheit ist ohne den Einbezug der Krankheit nicht möglich. In Anlehnung an Antonovski schlägt Hafen (2007b, S. 91f) vor, bei den Einflussfaktoren auf die Positionierung eines Individuums auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum zwischen Belastungs- und Schutzfaktoren (auch Stressoren und Ressourcen genannt) zu unterscheiden. Belastungsfaktoren sind proaktive Faktoren, welche eine Krankheit verursachen können. Genau genommen sind wir ständig von Risiken umgeben, welche unsere Gesundheit gefährden und nur den Schutzfaktoren verdanken wir es, dass die Krankheit nicht eintritt. In der Prävention und der Gesundheitsförderung gilt es zu fragen, welche Risiken mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine Krankheit verursachen und welche reaktiven Schutzfaktoren diese Wahrscheinlichkeit vermindern. Systemtheoretisch gesehen kann dabei nur von Wahrscheinlichkeiten ausgegangen werden, denn das psychische System und alle organischen Systeme einer Person bestimmen mit, ob eine Krankheit eintritt oder nicht. So kann eine stark zigarettenrauchende Person ein ganzes Leben gesund bleiben, auch wenn statistisch das Rauchen als hoher Risikofaktor für Krebserkrankungen gilt. (Hafen, 2007b, S. 91-97)

Hafen differenziert diesen Analyseprozess weiter, indem er sowohl bei den Belastungs- als auch bei den Schutzfaktoren physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Dimensionen einführt (2007b, S. 91). So könnte für Christiane eine genetische Veranlagung, welche eine Depression begünstigt, ein physischer, ihr geringes Selbstvertrauen ein psychischer, ihre fehlenden sozialen Kontakte ein sozialer und die lärmexponierte Wohnung ein physikalisch-materieller Belastungsfaktor sein.

*„Je nachdem ob Gesundheit auf körperliche Gesundheit reduziert wird, wie das seit der Aufklärung im europäischen Kulturraum mehrheitlich der Fall ist, oder ob auch psychische, soziale und ökologische Aspekte resp. die Interaktionen zwischen den vier Ebenen (Körper, Psyche, Soziales, physikalisch-materielle Umwelt) betrachtet werden, verändern sich die Konzepte der Wiederherstellung und Erhaltung von Gesundheit grundlegend.“ (Hafen, Martin, 2007a, S. 13)*

Somit dient die Unterteilung in physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Belastungs- und Schutzfaktoren einer ganzheitlicheren und differenzierteren Gesundheitsförderung und Prävention und sie vermindert so die Gefahr einer Nichtbeachtung relevanter Einflussfaktoren.

---

<sup>5</sup> Im mündlichen Gespräch vom 12.08.2008 empfahl Martin Hafen, anstelle von Risikofaktoren neu den Begriff Belastungsfaktoren zu verwenden, da dieser präziser sei.

## 2.2.4 Das Präventions-Behandlungs-Kontinuum

Die Betrachtung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis macht deutlich, dass die Einteilung der Massnahmen in Prävention und Behandlung nicht trennscharf gemacht werden kann (Hafen, 2007b, S. 56f). Hafen unterscheidet die zwei Begriffe mit Hilfe des Zeitfaktors.

*„Schauen wir uns die Form der Behandlung an, so können wir feststellen, dass die Behandlung bestrebt ist, einen gegenwärtigen unerwünschten Zustand (eine Krankheit, eine Verletzung, Sucht, Gewalt etc.) durch ihre Massnahmen so zu bearbeiten, dass er verschwindet oder sich zumindest nicht verschlimmert.“ (Hafen, 2007a, S. 75)*

Folglich bezweckt die Prävention (und die Gesundheitsförderung) die Verhinderung einer noch nicht bestehenden Krankheit. Sie operiert in der Gegenwart, ist aber auf einen zu erreichenden oder zu verhindernden Zustand in der Zukunft ausgerichtet. Prävention und Behandlung unterscheiden sich demzufolge darin, dass Prävention das Problem zu verhindern und die Behandlung das Problem zu lösen versucht. Diese Unterscheidung ist jedoch nicht trennscharf, denn jede Prävention ist immer auch behandelnd, da sie einen für die Erhaltung der Gesundheit problematischen Zustand der Gegenwart zu verändern beabsichtigt und jede Behandlung ist immer auch präventiv, da sie eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern versucht. (Hafen, 2007a, S.75)

Weil also die Prävention nie ganz von der Behandlung losgelöst betrachtet werden kann, bietet sich auch hier ein Modell eines Kontinuums an:

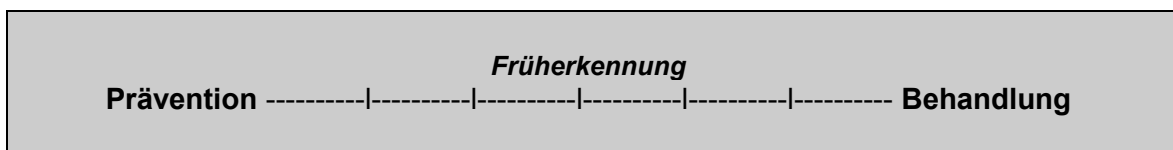


Abbildung 2: Das Präventions-Behandlungs-Kontinuum nach Hafen (2007b, S. 58)

Um eine Massnahme auf dem Präventions-Behandlungs-Kontinuum verorten zu können, muss gefragt werden, zu welchem Zeitpunkt – vor oder nach Eintreten der Krankheit – sie einsetzt. Martin Hafen führt, in Anlehnung an die durch den israelischen Psychiater Gerald Caplan<sup>6</sup> entwickelte Unterteilung der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, den Begriff der Früherkennung als Übergang von der Prävention zur Behandlung ein (2007b, S. 70-76). Früherkennung ist immer dann gegeben, wenn das Auftreten von Problemen in einem frühen Stadium beobachtet wird und bereits behandelnde Massnahmen eingeleitet werden können (ebd., S. 84). So wäre bei unserem fiktiven Beispiel zur Gesundheitssituation von Christiane der zunehmende Rückzug von der Aussenwelt ein Anlass, frühbehandelnde Massnahmen, wie zum Beispiel die Motivierung zu einem Besuch einer (informellen) Austauschgruppe deutscher Frauen in der Schweiz oder zu einem Beitritt in einen Verein, zu realisieren.

## 2.2.5 Gesundheitsförderung und/oder Prävention

Bisher wurde darauf verzichtet, die Gesundheitsförderung von der Prävention zu unterscheiden. In

<sup>6</sup> Caplan, Gerald (1964). Principles of preventive psychiatry. New York/London

diesem Kapitel wird nun anhand der Begriffsdefinitionen aufgezeigt, dass sich die beiden Begriffe auf funktionaler Ebene kaum unterscheiden. Wie weiter oben dargestellt, hat das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovski die Massnahmen im Medizinsystem erheblich erweitert, was auch zur Folge hatte, dass zusätzliche Professionen die Aufgabe der Erhaltung der Gesundheit übernahmen. Um das Salutogenese-Konzept von den Massnahmen der bisherigen Krankheitsbekämpfung abzugrenzen, wurden alle Massnahmen, welche sich an der Salutogenese orientierten, mit dem Begriff Gesundheitsförderung bezeichnet. Das führte zu der in der Praxis häufig versuchten Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention, wobei Prävention vorwiegend der Pathogenese zugeordnet wurde (Hafen, 2007b, S. 95).

Martin Hafen (2007b, S. 94f) zeigt auf, dass sich die Gesundheitsförderung und die Prävention weder in ihrer Funktion noch in ihrer Methodik unterscheiden lassen. Alle Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention zielen darauf ab, die Positionierung einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu erhalten oder in Richtung Gesundheit zu verschieben, indem sie Belastungsfaktoren und Schutzfaktorendefizite beseitigen sollen.

Durch die Unterscheidung von Behandlung und Prävention auf einem Kontinuum kommt dem Begriff Prävention eine andere Bedeutung zu. Prävention als Gegenseite von Behandlung bedeutet, dass die Massnahme das Eintreten einer Krankheit verhindern soll. Der Begriff der Gesundheitsförderung hingegen kann als Überbegriff für die Prävention und die Behandlung verwendet werden, da alle Massnahmen beider Seiten die Positionierung einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum stabilisieren oder in Richtung Gesundheit verschieben sollen. Die vorliegende Arbeit orientiert sich am Vorschlag Hafens<sup>7</sup>, den Begriff Gesundheitsförderung als Überbegriff für die Prävention und die Behandlung zu verwenden, im Bewusstsein, dass im Diskurs in der Praxis zeitweise sprachliche Anpassungsleistungen gefordert sein werden.

## 2.2.6 Medizinsystem und/oder Gesundheitssystem

Im Abschnitt zu den sozialen Systemen haben wir gesehen, dass die Funktion des Medizinsystems die Abwehr von Krankheiten ist. Hafen (2007a, S. 23, S. 93ff) schreibt dem Medizinsystem eine einseitige Ausrichtung auf physische Faktoren und auf die Krankenbehandlung zu. Würden also das Medizinsystem auf dem Präventions-Behandlungs-Kontinuum verortet, so müsste es der Seite der Behandlung zugeordnet werden. Für das System, welches zusätzlich zur Behandlung auch eine umfassende Prävention beinhaltet, verwendet Hafen den Begriff des Gesundheitssystems. Der Einbezug behandelnder und präventiver Massnahmen in das Gesundheitssystem erweitert für Personen die Inklusionschancen sowie die Massnahmen und die Mitwirkung weiterer Professionen. Hafen geht davon aus, dass sich das Medizinsystem gegen eine (finanzielle) Investition in die Prävention stellt, weil es damit Patientinnen und Patienten verlieren und somit die eigene Existenz gefährden könnte. (Hafen, 2007a, S. 99-108)

---

<sup>7</sup> Erläuterungen aus einem mündlichen Fachpool-Gespräch mit Martin Hafen vom 14. August 2008 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

*„(...) , dass eine grundsätzliche positive Einstellung der Prävention gegenüber besteht, dass sich diese Einstellung aber schnell ändert, wenn die Massnahmen mehr kosten. So hat die Schweiz gemäss der Statistik der Krankenkassenversicherung im Jahr 2001 nur 2,3 Prozent der gesamten Kosten im Gesundheitswesen für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben, während auf die stationäre und ambulante Behandlung 77 Prozent entfallen.“ (Siffert, 2004, S. 230, zit. in Hafén, Martin, 2007b, S. 150)*

Im Rahmen dieser Arbeit soll im Sinne der Prävention vom Begriff des Gesundheitssystems ausgegangen werden. Der Begriff des Medizinsystems wird verwendet, wenn eine reduktionistische, auf Behandlung ausgerichtete Sichtweise im Zentrum steht.

### 2.2.7 Ein Modell der systemischen Prävention

Die systemische Prävention nach Martin Hafén bietet eine Reihe von Begriffen und Modellen, um die Vielfalt an Massnahmen im Gesundheitssystem zu systematisieren und in der Folge die Wirkung zu erhöhen. Unter dem systemischen Blickwinkel macht Hafén (2007a, S. 74) aber darauf aufmerksam, dass die Prävention durch die operative Geschlossenheit psychischer und sozialer Systeme nicht direkt-kausal in Systeme eingreifen kann. Mit anderen Worten: ob und wie präventiv eine Massnahme letztendlich wirkt, kann nicht im Vorherein gesagt werden. Gleichzeitig kann aber von einer gewissen Wahrscheinlichkeit der gewünschten Wirkung einer Massnahme ausgegangen werden. Eine Wahrscheinlichkeit, die einerseits etwas Bescheidenheit auslöst und andererseits die Erweiterung der wissenschaftlichen Forschung und Entwicklung im Gebiet der Prävention erforderlich macht.

Im Sinne einer Professionalisierung präventiver Massnahmen wurde im Rahmen dieser Bachelorarbeit ein Modell der systemischen Prävention für die Praxis entwickelt. Der erste Teil dieses Modells stellt die umfassende Analyse der Einflussfaktoren auf die Positionierung einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum dar. Das Vorgehen anhand dieses Modells ermöglicht, die Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte so umfassend wie möglich darzustellen. Aufgrund dieser Analyse wird es in einem zweiten Schritt anhand eines weiteren Modells möglich sein, geeignete Präventionsmassnahmen zu bestimmen (siehe Kapitel 4). Die beiden Modelle werden im Anhang zusammengefügt dargestellt. Es kann durchaus auch für die Prävention anderer Zielpersonen oder Problemsituationen beigezogen werden. Hafén entwickelte eine vereinfachte Darstellung, welche die zentralen Aspekte der Prävention aufzeigt (2007b, S. 173). Von dieser Darstellung leitete er eine Reihe von Fragestellungen und etwas detaillierter dann auch ein Klassifizierungsmodell für die Ursachenanalyse von Krankheit ab (ebd., S. 185). Beide Modelle und die Fragestellungen bildeten die Ausgangslage für die Entwicklung einer grafischen Darstellung der systemischen Prävention.

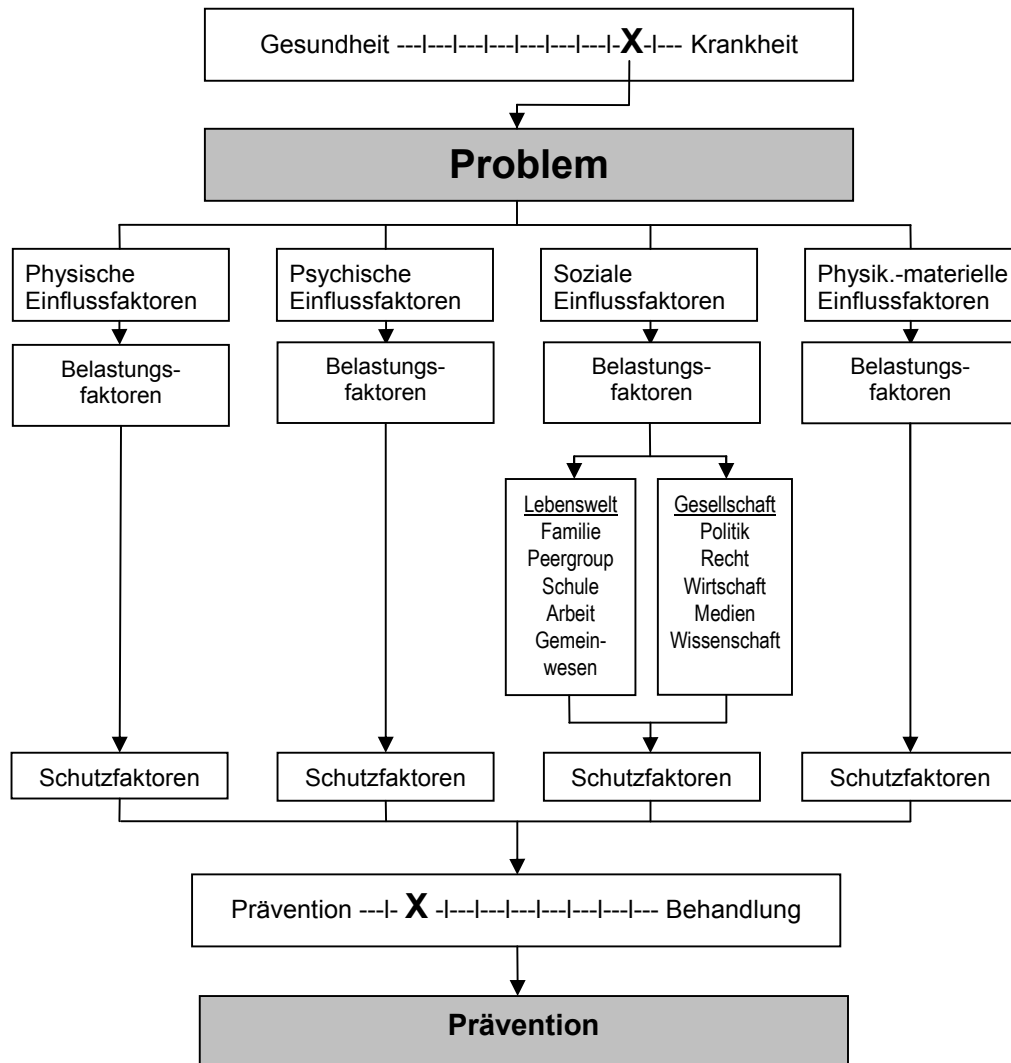


Abbildung 3: Modell der Einflussfaktorenanalyse in der systemischen Prävention (eigene Darstellung in Anlehnung an Hafén, 2007b)

Zu Beginn der Analyse muss das Problem, welches in der Prävention durch Auftreten einer oder mehrerer Krankheiten erkannt wird, benannt sein. Präventive Massnahmen bearbeiten nicht direkt das Problem, sondern versuchen mögliche Belastungsfaktoren und Schutzfaktorendefizite zu vermindern (Hafén, 2007a, S. 76). Es geht also nach der Problemdefinition in einem zweiten Schritt darum, die Belastungen (auch Risiken oder Stressoren genannt), welche Krankheiten oder eine bestimmte Krankheit verursachen können, in den physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Bereichen aufgrund wissenschaftlicher Befunde zu Krankheitsursachen zu bestimmen. Die Bestimmung der Schutzfaktoren (auch Ressourcen genannt) bezieht sich ebenfalls auf wissenschaftliche Erkenntnisse. Die Definition der Schutzfaktoren entspricht der Salutogenese von Aaron Antonovski, denn sie richtet sich nach der Leitfrage: „Was bewirkt, dass eine Person trotz Belastungen nicht krank wird?“. Für die Prävention bedeutet dies, dass sowohl die Verminderung von Belastungsfaktoren, wie auch die Erhöhung der Schutzfaktoren die Positionierung einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum stabilisieren oder in Richtung Gesundheit verschieben können.

Besondere Bedeutung kommt den sozialen Einflussfaktoren zu, da die physischen und später auch



die psychischen Einflussfaktoren bereits viel breiter erforscht sind. Hafen teilt die sozialen Systeme zur Vereinfachung in zwei Gruppen: die sozialen Systeme, welche sich auf die direkte Lebenswelt einer Person beziehen und diejenigen, welche sich auf die Ebene der Gesellschaft, also hauptsächlich die Funktionssysteme, beziehen (2007b, S. 184). Aus der Fülle dieser Schutzfaktoren gilt es später, zentrale Präventionsmassnahmen zu entwickeln. In einem nächsten Schritt gilt es also, eine Analyse der Belastungs- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationsgeschichte zu erstellen, um dann im Kapitel 4 das systematische Vorgehen bei der Realisierung der Präventionsmassnahmen ausführlich darzustellen.

### 3 Welche Belastungs- und Schutzfaktoren beeinflussen die Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte?

Bevor in diesem Kapitel eine umfassende Analyse der Belastungs- und Schutzfaktoren gemacht werden kann, gilt es die Zielgruppe und die Problemlage zu bestimmen. Weiter werden mit einer kurzen Darstellung des Stress- und Bewältigungsmodells, der Ressourcentheorie sowie der Einteilung des Migrationsprozesses in eine Prä-, Trans- und Postmigration die häufig verwendeten theoretischen Erklärungsmodelle der Gesundheitsforschung im Bereich der Migration aufgeführt.

Für die Analyse der Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationshintergrund dienten insbesondere vier Fachbücher als Grundlage: *Macht Migration krank?* von Regula Weiss (2005), *Gesundheit und Migration* von Khalil Al-Jaar (2002), *Migration und psychische Gesundheit* von Theda Borde und Matthias David (Hrsg.) (2007) und *Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit* von Katja Johanna Eichler (2008). Diese Literaturrecherche belegte die von Martin Hafen dargestellte Komplexität der Bereiche Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention.

*„Die Zahl der Probleme, die durch präventive Massnahmen bei den Zielpersonen verhindert und dadurch insgesamt reduziert werden sollen, ist riesig, und noch weit grösser ist die Zahl der (bestenfalls wissenschaftlich anerkannten) Einflussfaktoren (Belastungs- und Schutzfaktoren) auf all diese Probleme.“ (Hafen, Martin, 2007b, S. 175)*

Das vorliegende Kapitel versucht, die Komplexität soweit zu vereinfachen, als dass konkrete Massnahmen für die Prävention herzuleiten möglich sind und trotzdem gleichzeitig die Perspektive für die Gesamtheit nicht verloren geht. Aufgrund von Statistiken, die vermehrtes Kranksein bei Frauen mit Migrationsgeschichte im Vergleich zu Frauen ohne Migrationsgeschichte belegen, wird der Frage nachgegangen, welche Ursachen in der Migration zu Krankheiten führen können. Dabei bestätigte sich, dass sowohl die Verminderung von Belastungsfaktoren, als auch die Förderung von Bewältigungsressourcen (Schutzfaktoren) die Positionierung eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum stabilisieren oder in Richtung Gesundheit verschieben können.

Für die Determination von Belastungs- und Schutzfaktoren wurden frauenspezifische Erkenntnisse sowie Forschungsergebnisse, bei denen der Genderaspekt nicht berücksichtigt wurde, beigezogen. Wo sich die Erkenntnisse spezifisch auf die Frauen mit Migrationsgeschichte beziehen, wird dies explizit erwähnt. Ansonsten beziehen sich die Darstellungen auf beide Geschlechter. Weil der frauenspezifische Fokus in der wissenschaftlichen Forschung oft ausgelassen wird, soll hier versucht werden, auf dem Stand der aktuellen geschlechterunabhängigen Erkenntnisse, Zusammenhänge und auch Vermutungen und Hypothesen zu formulieren und somit auch den Bedarf an weiterführender Forschung zu belegen.

#### 3.1 ZIELPERSONEN

Der Bestimmung der Zielpersonen kommt in der Prävention eine zentrale Bedeutung zu. Sie basiert meistens auf statistischen Erkenntnissen, wonach ein gesundheitliches Problem bei einer

bestimmten Gruppe gehäuft auftritt (Hafen, 2007b, S. 292ff). Dabei gilt es zu beachten, dass der Gruppe nicht in Form einer Stigmatisierung ein bestimmtes Problem zugeschrieben wird, sondern mit dem Ziel der Entproblematisierung Massnahmen aufgrund von Tendenzen entwickelt werden (ebd., S. 294f). Bevor in Kapitel 3.2 die gesundheitliche Problemlage von Frauen mit Migrationsgeschichte bestimmt wird, soll diese Gruppe definiert und die Auswahl begründet werden.

### 3.1.1 Zielpersonen und Zielgruppen

In der aktuellen Prävention wird der Begriff Zielgruppe zum einen für die Gruppe verwendet, bei der ein Problem auftaucht und zum anderen auch für die Gruppe, welche für eine präventive Massnahme erreicht werden soll, was nicht unbedingt die gleiche sein muss. So kann zum Beispiel die fehlende Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für die Migrationsgeschichte von Frauen als eine Ursache für die Morbidität (häufige Erkrankung) erkannt werden (Eichler, Katja Johanna, 2008, S. 25). In diesem Falle wäre die Zielgruppe der Prävention das Gesundheitspersonal und nicht primär die Frauen mit Migrationsgeschichte. Um begriffliche Unschärfen zu vermeiden bezeichnet in dieser Arbeit der Begriff Zielpersonen die Gruppe, bei der das Hauptproblem in Erscheinung tritt. Der Begriff Zielgruppe wird für die Gruppen verwendet, auf welche die spezifische Präventionsmassnahme ausgerichtet wird.

### 3.1.2 Frauen mit Migrationsgeschichte

Sowohl in der Fachliteratur, den Medien und in der Öffentlichkeit werden die Begriffe Ausländerinnen, Migrantinnen oder Asylbewerberinnen verwendet. Verschiedene Expertinnen und Experten machten in der Vergangenheit darauf aufmerksam, dass diese Begriffe Menschen auf ihr Fremdsein reduzierten und damit ihre Integrationsprozesse behinderten. Nach und nach etablierte und etabliert sich der Begriff *Menschen mit Migrationshintergrund* (Sezgin, Hilal, 2008, S. 54). Damit sind Menschen gemeint, die entweder selbst oder aber deren Eltern in die Schweiz eingewandert sind (Dahinden, Janine, 2004, S.2). In der vorliegenden Arbeit soll der Fokus auf Frauen gelegt werden, welche als Volljährige in die Schweiz migrierten. In dieser Zielpersonenauswahl wird von der Hypothese ausgegangen, dass Kinder mit Migrationshintergrund, welche in der Schweiz geboren wurden oder zusammen mit ihren Eltern einwanderten, den Migrations- und Integrationsprozess anders erleben als erwachsene Frauen und dabei durch die Eltern und die Schule auch unterschiedlich begleitet werden können. Folglich unterscheiden sich Belastungs- und Schutzfaktoren von Kindern zu jenen von Erwachsenen so stark, dass eine getrennte Analyse unausweichlich wird. Frauen, die als Erwachsene in die Schweiz einwandern, werden in dieser Arbeit Frauen mit Migrationsgeschichte genannt, da das Verlassen einer Heimat und der Neustart in einem anderen Land ein wichtiger Bestandteil ihrer Biografie darstellt.

### 3.1.3 Kriterien der Zielpersonenauswahl

Die Entscheidung, in dieser Arbeit Frauen mit Migrationsgeschichte als Zielpersonen für präventive Massnahmen zu wählen, basiert auf der Erkenntnis, wonach Frauen und Männer sowie Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte unterschiedlichen Rollenerwartungen unterstellt sind (Martin

Hafen, 2007b, S. 310ff). Diese Rollenerwartungen haben einen bedeutungsvollen Einfluss auf die Inklusionschancen in bedeutende Funktionssysteme und auf das Erleben der Wirklichkeit. Im Sinne eines Gender Mainstreamings (Einbezug der sozialen Geschlechterrealitäten in Analysen und Strategien (ebd., S. 311)) soll in dieser Arbeit der frauenspezifische Fokus in der Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse sowie in der Planung und Realisierung der Massnahmen im Zentrum stehen.

Frauen mit Migrationsgeschichte machen heute 46,5% des Ausländeranteils in der Schweiz aus (Bundesamt für Statistik [BFS], 2008). Simone Prodoliet<sup>8</sup> (1999, zit. in Weiss, 2005, S. 57) meint, dass der Frauenanteil in der Migration infolge des Globalisierungsprozesses weiter zunehmen wird und besonders in den Pflege- und Betreuungsbereichen aufgrund von Personalmangel die Anstellung von Frauen mit Migrationsgeschichte notwendig sein wird. Regula Weiss (2005, S. 57) geht davon aus, dass Frauen mit Migrationsgeschichte von einer dreifachen Benachteiligung betroffen sind: Auf dem Arbeitsmarkt, in der Gesellschaft und in der Familie. All diese Umstände beeinflussen in unterschiedlichem Masse die Gesundheitssituation der Zielpersonen.

Es stellt sich bei dieser Zielpersonenauswahl die Frage, ob die Heterogenität der Gruppe nicht weiter reduziert werden müsste. Es böte sich zum Beispiel die Möglichkeit, eine Einschränkung aufgrund der Herkunftsgebiete vorzunehmen. Darauf soll jedoch in dieser Arbeit verzichtet werden, denn diese Vorgehensweise birgt die Gefahr der Kulturalisierung (siehe 3.2.3). Zudem werden bei solchen Untersuchungen meist Herkunftsgebiete ausgewählt, aus denen eine grosse Anzahl Frauen in die Schweiz migrierten und kleinere Gruppen werden nicht berücksichtigt. Die Gefahr der Stigmatisierung durch die Homogenisierung einer Gruppe ist eine zentrale Schwierigkeit in der Prävention und sie wird im Zusammenhang mit der Kulturalisierung unter 3.2.3 weiter berücksichtigt.

## 3.2 BESTIMMUNG DER PROBLEMLAGE

Wie bereits in der Einleitung des Kapitels 3 dargestellt, unterscheidet sich in der Schweiz die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund bedeutend von derjenigen der Aufnahmegesellschaft. Diese Unterschiede werden meist anhand von Statistiken erfasst. Die Forschung zu den Ursachen dieser Unterschiede hat erst seit ein paar Jahren an Bedeutung gewonnen. In diesem Kapitel werden aktuelle Statistiken und Forschungsergebnisse sowie der weitere Forschungsbedarf in Bezug auf die Gesundheit von Frauen mit Migrationsgeschichte aufgeführt. Im letzten Teil dieses Kapitels wird die Gefahr der Stigmatisierung und Kulturalisierung bei der Bestimmung einer Problemlage erläutert.

### 3.2.1 Statistische Daten

In diesem Kapitel wird die Komplexität der demografischen Datenerhebung aufgrund unterschiedlichen Aufenthaltsstadien dargestellt. Bei den darauf folgenden Ausführungen zu den bisherig

---

<sup>8</sup> Prodoliet, Simone (1999). *Fremde Arbeitskräfte. Nischenproduktion und prekäre Arbeitsverhältnisse*. Luzern: Caritas Schweiz.

erfassten Gesundheitsdaten der Frauen mit Migrationsgeschichte muss angenommen werden, dass eingebürgerte Frauen und Frauen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung in den Erhebungen kaum berücksichtigt wurden.

### *DEMOGRAPHISCHE DATEN*

Gemäss dem Bundesamt für Statistik [BFS] lebten Ende 2007 knapp 7,7 Millionen Menschen in der Schweiz. Von den statistisch erfassten 1,7 Millionen Ausländerinnen und Ausländer sind knapp 800'000 Frauen. Dabei nicht mitgerechnet sind über 40'000 Asylbewerbende, wovon knapp 17'000 Frauen sind. (BFS, 2008a)

Menschen, welche im Rahmen eines Einbürgerungsverfahrens die Schweizer Staatsbürgerschaft erhielten, werden nicht mehr als Menschen mit Migrationsgeschichte erhoben. In der Zeitspanne von 1981 bis 2007 erlangten gesamthaft gut 555'500 Menschen die Schweizer Staatsbürgerschaft, wovon ca. die Hälfte Frauen sind. (BFS, 2008b)

Ebenfalls nicht erfasst sind die Frauen, welche ohne gültigen Aufenthaltsstatus in der Schweiz leben. Ihre Zahl ist sehr schwierig zu erheben, da die Menschen durch die ständige Angst vor einer Ausweisung in der Illegalität leben. Gemäss dem gfs.bern, Forschung für Politik, Kommunikation und Gesellschaft, leben in der Schweiz schätzungsweise 90'000 sogenannte Sans Papiers, Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus (2005, S. 2). Etwas mehr als die Hälfte davon sind Frauen, welche fast alle vorwiegend in Privathaushalten sowie in der Gastronomie- und Reinigungsbranche erwerbstätig sind (ebd., S. 38f).

Aus diesen Daten ist zu entnehmen, dass in der Schweiz heute schätzungsweise 1.1 Millionen Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund leben. Gemäss den Altersangaben sind etwa 700'000 (70%) im Erwachsenenalter. Die Erhebung zeigt bereits hier einen bedeutenden Unterschied in der Lebenswirklichkeit der Frauen auf: der Aufenthaltsstatus. Es ist erwiesen, dass der Aufenthaltsstatus auch einen Einflussfaktor auf die Gesundheitssituation darstellt, wie wir weiter unten sehen werden.

### *GESUNDHEITLICHE DATEN*

In der Statistik des BFS „Ausgewählte gesundheitliche Aspekte nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht“, von 2002 weisen die Ausländerinnen im Vergleich zu den Schweizerinnen und zu den Männern eine deutlich höhere Morbidität auf. Sie nehmen ihren Gesundheitszustand als schlechter wahr, fühlen sich weniger psychisch ausgeglichen, leiden vermehrt unter Einsamkeitsgefühlen, klagen verstärkt über körperliche Beschwerden, sind häufiger arbeitsunfähig und besuchen öfters die Ärztin oder den Arzt oder lassen sich im Spital behandeln. (BFS, 2002)

Khalil Al-Jaar (2002, S.186) zeigt in seiner Forschung über psychosomatische Beschwerden auf, dass bei Frauen mit Migrationsgeschichte am häufigsten Unterleibsschmerzen, Zyklusstörungen, Haarausfall, Magen-Darm-Krankheiten, Allergien, Hautkrankheiten und Herzerkrankungen auftreten. Al-Jaar geht davon aus, dass sich bei der Psychosomatik psychische Leiden in Form von physischen Krankheiten äussern (2002, S. 22). Frauen mit Migrationsgeschichte gaben in seinen Befragungen signifikant häufiger an, dass sie von Heimwehgefühlen und Trauer geplagt seien

(ebd., S. 186). Ulrike Maschewsky-Schneider et. al.<sup>9</sup> (1988, zit. in Regula Weiss, 2005, S. 55) belegt zudem, dass die psychischen Belastungen und Erkrankungen bei Frauen verstärkt in Erscheinung treten. Weiss betont, „dass psychische Störungen weltweit ein grosses Problem für die allgemeine Gesundheit darstellen“ und gleichzeitig vergleichsweise wenig öffentliche Gelder in die Psychiatrie fliessen (2005, S. 116). Desjarlais Robert et al.<sup>10</sup> (1995, zit. in Weiss, 2005, S. 14) heben zudem die negativen sozialen und ökonomischen Auswirkungen hervor, die Depressionen weltweit verursachen.

Weiss führt in ihrer Zusammenfassung Schweizer Forschungsergebnisse auf, dass Frauen (und Männer) mit Migrationshintergrund

- ein allgemein schlechteres Wohlbefinden haben,
- geringere Kontrollüberzeugungen zur eigenen Erhaltung der Gesundheit haben,
- ein schlechteres Gesundheitsverhalten haben,
- eine höhere perinatale (vorgeburtliche) Sterblichkeitsrate aufweisen,
- infolge Flucht aus ihrem Herkunftsgebiet traumatisiert sind,
- häufiger unter Infektionskrankheiten leiden,
- ein erhöhtes Unfallrisiko bei der Arbeit haben,
- Verständigungsprobleme mit dem Gesundheitspersonal haben,
- seltener professionelle gesundheitliche Behandlung in Anspruch nehmen
- sowie geringeren Zugang zu Präventionsangeboten haben (Weiss, 2005, S. 288f).

Diese Darstellungen zeigen deutlich auf, dass eine offensichtliche Problemlage besteht. Bei den Erhebungen der statistischen Daten wird häufig zwischen subjektivem und objektivem sowie physischem und psychischem Gesundheitsbefinden unterschieden. Die Daten zeigen, dass diese Unterscheidungen durchaus Sinn machen, denn die Resultate zeigen bedeutende Differenzen auf. Weiss relativiert die statistischen Daten mit dem Hinweis, dass sowohl Frauen und Männer, wie auch Menschen mit und ohne Migrationshintergrund und sogar das Gesundheitspersonal unterschiedlich mit der Wahrnehmung und Behandlung von Krankheiten umgehen und somit ähnliche Umstände individuell sehr verschieden einschätzen (2005, S. 56). Diese Relativierung nimmt auch Martin Hafén (2007a, S. 42-48) in der systemischen Prävention vor und er zeigt auf, dass die Wahrnehmung der Befindlichkeit immer an psychische Systeme gebunden ist. Somit kann ein soziales System (Spital, Wissenschaft, Wirtschaft) nur über die Kommunikation eine Krankheits-situation determinieren, da ein soziales System nicht wahrnehmen kann. Trotzdem kann ein subjektives Verständnis von Krankheit und Gesundheit durch die Wissenschaft und die Medizin bis zu einem gewissen Teil objektiviert werden und als allgemein gültig erscheinen. Dabei sind physische Krankheiten leichter zu objektivieren als psychische. Bei der Feststellung, ob sich eine Person gesund oder krank fühlt, sind sowohl gesellschaftliche wie auch subjektive Vorstellungen

---

<sup>9</sup> Maschewsky-Schneider, Ulrike; Greiser, E. & Helmert, U. (1988). Sind Frauen gesünder als Männer? *Sozial- und Präventivmedizin*, 33, 173.180.

<sup>10</sup> Desjarlais, Robert; Eisenberg Leon; Good, Byron et al.(1995). *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income-Countries*. New York & Oxford: Oxford University Press

entscheidend und beide Seiten beeinflussen sich gegenseitig. Leider fehlen gemäss Weiss (2005, S. 290) spezifische Forschungen zum Thema Migration und Gesundheit mit einem Gender Mainstreaming, um die statistischen Daten zu erhärten oder verwerfen.

### 3.2.2 Daten der Migrationsforschung

Weil die aktuelle Migrationsforschung einen erheblichen Einfluss auf die Definition der Problemlage hat, sollen hier der aktuelle Stand und die Lücken der Migrationsforschung dargestellt werden.

Regula Weiss (2005, S.7) schildert, dass in der Nachkriegszeit dem Thema Gesundheit und Migration wenig Bedeutung beigemessen wurde, weil angenommen wurde, dass die vornehmlich Gastarbeitenden wieder in ihr Herkunftsgebiet zurückkehren würden. Mit der Erkenntnis, dass die eingewanderten Menschen dauerhaft in der Schweiz bleiben und hier auch ihre Kinder grossziehen, hat sich eine sich immer mehr differenzierende Migrationspolitik entwickelt. Mit der Zeit wurde erkannt, dass nicht nur die eingewanderten Menschen, sondern auch die Aufnahmegesellschaft viel für die Integration beitragen kann. Im Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer (AuG) wurden per 16. Dezember 2005 neu Förderungsmassnahmen für die Integration gesetzlich verankert. So sollen Bund, Kantone und Gemeinden „günstige Rahmenbedingungen für die Chancengleichheit und die Teilhabe der ausländischen Bevölkerung am öffentlichen Leben“ schaffen, „den Spracherwerb, das berufliche Fortkommen, die Gesundheitsvorsorge“ fördern (Art. 53 Abs. 2-3 AuG, siehe Gesetzestexte im Anhang). Diese Veränderungen der Aufnahmegesellschaft im Umgang mit der Migrationsbevölkerung haben auch die Migrationsforschung wesentlich beeinflusst.

In der aktuellen Migrationsforschung wird vor allem auf den Mangel einer breiten und interdisziplinären Forschung hingewiesen. Meist können die Forschungsergebnisse aufgrund fehlender empirischer Daten nur als Hypothesen formuliert werden (vgl. Regula Weiss, 2005, S. 158ff). Weiss bemängelt, dass die Faktoren, welche die Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund beeinflussen, nicht systematisch erhoben wurden und daher die Resultate nicht miteinander vergleichbar sind (2005, S. 147). Zudem würde die Sichtweise der Menschen mit Migrationshintergrund zu wenig berücksichtigt (ebd., S. 278). Auch an der bestehenden Forschung werden vor allem die defizitorientierte sowie die fehlende geschlechtsspezifische Perspektive bemängelt.

Die defizitorientierte Sichtweise von Forschungsdesigns bezieht sich vorwiegend auf Krankheiten und auf die damit verbundenen Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund. Damit werden die Menschen vor allem als Kranke und somit als Problem betrachtet, was den Stigmatisierungseffekt aufgrund von Rollenerwartungen deutlich macht. Bülent Kaya (2007, S. 10) führt diese Sichtweise auf die Angst der Aufnahmegesellschaft zurück, die eingewanderten Menschen könnten „ein Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellen“. Weiss macht darauf aufmerksam, dass gerade bei der Analyse der Gesundheitssituation die Ressourcen der Zielpersonen eine tragende

Rolle spielen:

*„Die Handlungsstrategien und Entwicklungsmöglichkeiten von MigrantInnen, ihre geschlechtsspezifischen und lebenszyklischen Entwürfe haben wesentliche Auswirkungen auf die Gesundheit.“ (Weiss, 2005, S. 278)*

Im Gegenzug dazu ist bei ressourcenorientierten Forschungen im Bereich Migration und Gesundheit zu kritisieren, dass sie vor Problemen der Menschen mit Migrationshintergrund die Augen verschliessen (Yalcin Yildiz, 2005, Abs. 5). Der Konflikt entspricht der Diskussion um die salutogenetische und pathogenetische Sichtweise und dem Versuch, diese strikt zu trennen. Auch im Bereich der Migrationsforschung kann hier an die Meinung von Martin Hafen angeknüpft werden, dass die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund nicht ohne Einbezug der krankheitsbedingten Probleme betrachtet werden kann. Somit soll in dieser Arbeit versucht werden, einen Mittelweg zu beschreiten: für die Entwicklung von Präventionsmassnahmen werden die Belastungs- und Schutzfaktoren gleichwertig betrachtet.

Der zweite Kritikpunkt bezieht sich auf die fehlende geschlechtsspezifische Sichtweise. Regula Weiss meint hierzu:

*„Frauen werden in der Mainstream-Migrationsforschung kaum berücksichtigt. Häufig gelten sie als Anhängsel von Männern. Das Geschlechterstereotyp, wonach Frauen im Migrationsprozess hilflos, passiv und abhängig sind, schlägt sich in Gesetzesgrundlagen sowie in Forschungsdesigns nieder, welche Frauen eine aktive Rolle absprechen.“ (Weiss, 2005, S. 57)*

Diese Kritik bezieht Weiss auch auf die medizinische Grundlagenforschung, bei der die unterschiedlichen Realitäten von Frauen und Männern meist nur auf biologischer Ebene betrachtet werden (2005, S. 50).

### 3.2.3 Die Gefahr der Stigmatisierung und Kulturalisierung

Im Folgenden soll noch einmal auf die oft geäusserte Kritik, wonach eine problemorientierte Sichtweise die Menschen stigmatisiere, eingegangen werden. Statistische Resultate wie die oben genannten, können dazu führen, dass in unserem Beispiel Frauen mit Migrationsgeschichte generell als krank betrachtet werden, was zur Exklusion in bedeutende Systeme wie zum Beispiel dem Arbeitsmarkt führen kann. Arbeitgebende stellen keine Menschen an, bei denen sie denken, dass sie häufig krank sind.

Das gleiche gilt auch für das Herkunftsgebiet. Diverse Forschungen vergleichen „grosse heterogene Herkunftsgruppen miteinander“ (Weiss, 2005, S. 290). Es stellt sich die Frage, welchen Einfluss die Kultur des Herkunftsgebietes auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund hat. Weiss zitiert Hans-Rudolf Wicker<sup>11</sup> (1996), welcher sagt, dass der Fokus auf

---

<sup>11</sup> Wicker, Hans-Rudolf (1996). *Migrationen aus anderen ‚Kulturen‘. Ursachen – ökonomische, soziale und kulturelle Wirkungen*. Paper präsentiert an der Veranstaltung: Einwanderung und Flucht – Überleben, Leben in Zusammenhängen. Basel, 4.11.1995



die Kultur dann problematisch ist, wenn Kultur als statisch und unveränderbar betrachtet wird.

*„Häufig dient dieser unkritische Gebrauch des Kulturbegriffs dazu, „das Fremde“ zu erfassen und Probleme damit zu beschreiben. (...) Die Kulturalisierung sozialer Unterschiede verstärkt aber die Marginalisierung von Minderheiten, beispielsweise von MigrantInnen, und nähert sich rassistischem Denken.“ (Wicker, Hans-Rudolf, 1996, S. 26, zit. in Weiss, 2005, S. 64)*

Die Folgen einer Kulturalisierung bestehen nebst der Stigmatisierung und Diskriminierung darin, dass ein Problem auf eine nicht zu verändernde Kultur zurückgeführt wird und andere Einflussfaktoren unterschätzt oder nicht beachtet werden. Weiss betont, dass „der Einfluss kulturtypischer ‚Prägungen‘ auf die Häufigkeit und den Verlauf von Krankheiten“ oft überbewertet werde (2005, S. 283). Vielmehr hätten Faktoren wie „*der unsichere Aufenthaltsstatus, der sozioökonomische Status<sup>12</sup> und geschlechts- und altersspezifische Entwicklungsthemen*“ einen Einfluss auf die Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund (2005, S. 278).

Auch Martin Hafen (2007b) erwähnt die Gefahr der Stigmatisierung bei der Zielpersonenbestimmung anhand deren Kultur. Trete bei einer Gruppe eine Krankheit häufiger auf, so müsse gleichzeitig auch die Wahrscheinlichkeitsrate einbezogen werden (2007b, S. 295). Bei den Frauen mit Migrationsgeschichte würde dies bedeuten, dass es nebst der erhöhten Morbiditätsrate auch zu beachten gilt, dass weitaus die Mehrheit der Frauen mit Migrationsgeschichte (über 80%) gesund sind und sich auch gesund fühlen (vgl. BFS, 2002). Hafen betrachtet Kultur als „soziales Gedächtnis“ unter dem Gesichtspunkt, dass Menschen mit Migrationshintergrund „in anderen sozialen Kontexten sozialisiert wurden“ (2007b, S. 313). Hafen schlägt für den Umgang mit der Gefahr der Kulturalisierung vor, „dass die kulturellen Differenzen zur gleichen Zeit problematisiert und entproblematisiert werden“ (2007b, S.315).

*„Auf der einen Seite ist man sich der Differenzen bewusst und weiss, dass man die präventive Kommunikation anpassen muss, um die gewünschten Veränderungen zu erreichen; auf der anderen Seite werden die Veränderungen nur möglich sein, wenn man das Unbekannt-Sein und die Andersartigkeit akzeptiert und nicht von der ‚Überlegenheit‘ der eigenen Kultur ausgeht.“ (Hafen, 2007b, S. 315)*

Diese Haltung bezieht sich nicht nur auf die präventiven Massnahmen, sondern auch auf die Forschung und die daraus resultierenden Bestimmungen der Problemlagen. Für diese Arbeit bedeutet dies einerseits, dass bereits bei der Auswahl der Zielpersonen auf die Unterteilung nach Herkunftsgebieten verzichtet wird. Andererseits kann davon ausgegangen werden, dass die Sozialisation im Herkunftsgebiet einen bedeutenden Einfluss auf das Gesundheitshandeln von Frauen mit Migrationsgeschichte hat. Angesichts der Heterogenität der Zielpersonen soll in dieser Arbeit auf eine Zuordnung bestimmter Belastungsfaktoren und Schutzfaktorendefizite zu entsprechenden Herkunftsgebieten verzichtet werden. Bei der Planung und Realisierung von Präventions-

---

<sup>12</sup> Der sozioökonomische Status wird aufgrund der Ausbildung, der Arbeit und des Einkommens/Vermögens bestimmt (Amstutz, Raphael; Huwiler, Karin & Minder, Christoph E., 2003, S. 55).

massnahmen wird sich zeigen, dass der Heterogenität einer Zielgruppe, welche aus systemischer Sicht unabhängig vom Herkunftsgebiet besteht, weiter Rechnung getragen werden kann.

### 3.3 THEORETISCHE ERKLÄRUNGSMODELLE

Wir haben gesehen, dass bereits die Auswahl der Zielpersonen und die Definition der Problemlage die Schwierigkeit des Balanceaktes zwischen Vereinfachung und Beachtung der Komplexität beinhalten. In der relativ kurzen Geschichte der Migrationsforschung unter dem Aspekt der Gesundheit wurden bisher verschiedene, vor allem psychosoziale theoretische Erklärungsmodelle beigezogen, um die Ursachen der erhöhten Morbiditätsrate zu bestimmen: die Kulturschock-Theorie von Garza-Guerrero (1974), das Stress-Modell von Richard S. Lazarus (1974), das Vulnerabilitäts-Konzept von Kaplan (1977) sowie modernere Konzepte der sozialen Unterstützung und sozialen Netze sowie der Ressourcenorientierung (Borde, Theda & David, Matthias, 2007, S. 9). Es gibt bisher in der Migrationsforschung keine Theorie, welche den Einfluss von sozialen Faktoren der Migration in Zusammenhang mit der Morbidität bringt (Al-Jaar, Khalil, 2002, S. 52).

Es fällt zudem auf, dass sämtliche theoretischen Konzepte sich entweder mit der Frage nach Belastungs- oder aber nach Schutzfaktoren auseinander setzen. Wie bei der Forschung kann auch der Einbezug einer einseitigen Theorie problematisch sein, weil er ganze Gruppen von Menschen problematisieren oder eine Situation verharmlosen kann. Es soll folglich mit dieser Arbeit versucht werden, eine Brücke zu schlagen, indem einerseits die Bestimmung von Belastungsfaktoren auf defizitorientierten Theorien beruht, und andererseits bei den Schutzfaktoren ressourcenorientierte Modelle beigezogen werden. So gesehen eignet sich die systemische Prävention hervorragend, um hinderliche Abgrenzungsdiskurse in der Migrationsforschung zu reduzieren. Im Folgenden werden als defizitorientierte Theorie das Stress- und Bewältigungsmodell und als ressourcenorientierte Theorie die Ressourcenorientierung vorgestellt. Weiter wird eine wichtige Unterscheidung von drei Phasen des Migrationsprozesses dargestellt.

#### 3.3.1 Das Stress- und Bewältigungsmodell

Im vorliegenden Kapitel soll das Stress- und Bewältigungsmodell und die Definition des soziokulturellen Stresses von Richard S. Lazarus kurz dargestellt werden. Beide finden heute in der Migrationsforschung häufig Verwendung (Weiss, Regula, 2005, S. 49). Auch Khalil Al-Jaar hat für die Forschung mittels ausführlichen Befragungen von Menschen mit Migrationshintergrund zu ihrem Gesundheitshandeln weitgehend die Stresstheorie von Lazarus als Grundlage verwendet (2002, S. 64).

Lazarus war einer der ersten, welcher in den 50er Jahren aufgrund empirischer Forschungen erkannte, „dass Entstehung und Auswirkungen von Stress davon abhängen, wie die jeweils Betroffenen das Geschehen beurteilen und wie sie mit dieser persönlichen Bedeutung umgehen“ (Lazarus, Richard S., 2005, S. 232). In seinem mehrfach revidierten Stress- und Bewältigungsmodell von 1991 bedingen personelle Faktoren wie Ziele, Zielhierarchien, Überzeugungen in Bezug auf sich selbst und auf die Umwelt sowie persönliche Ressourcen, ob Reize aus der Umwelt als

Schädigung, Verlust, Bedrohung, Herausforderung oder gar Nutzen bewertet werden (ebd., S. 250). Lazarus entwickelte zudem die Theorie des soziokulturellen Stresses (1982<sup>13</sup>, zit. in Weiss, 2005, S. 49). Diese Theorie findet heute in der Migrationsforschung vielfache Verwendung. Kommen Stressoren in gehäufte Form und/oder während kritischen Lebensphasen vor, so können sie krank machen, weil die Handlungsfähigkeit (Coping-Mechanismus) des Individuums nicht ausreicht, um die Stressoren zu bewältigen. In der Migrationsforschung wird davon ausgegangen, dass sowohl Stressoren, wie auch Coping-Mechanismen einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Migration wird als eine Lebensphase betrachtet, in der psychosoziale und physische Anforderungen die Individuen übermässig belasten können. (Weiss, Regula, 2005, S. 49)

Dieses Modell eignet sich für die Analyse der Belastungs- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationshintergrund, weil es teilweise der systemischen Prävention nach Martin Hafén (2007b) entspricht. Es wird bei beiden Theorien vom problematischen Ungleichheitsverhältnis zwischen Belastungen und Ressourcen ausgegangen und davon, dass es keine direkt-kausalen Krankheitsursachen gibt, sondern eine grosse Vielzahl von Einflussfaktoren, welche zueinander in einem komplexen und höchst individuellen Verhältnis stehen. Es geht also in dieser Arbeit nicht darum, die Ursachen einer bestimmten Krankheit zu erkennen – wie das in der gängigen Gesundheitsförderung häufig gemacht wird. Vielmehr geht es darum, die Belastungen aufzuzeigen, welche in gehäufte Form auftreten und somit bei gleichzeitigem Ressourcendefizit zu verschiedenen Krankheiten führen können.

### 3.3.2 Die Ressourcenorientierung

Die Autorinnen und Autoren der in diesem Kapitel zitierten Werke erwähnen die Ressourcenorientierung als wichtige Ergänzung zur bisherigen defizitorientierten Sichtweise. Leider verzichten sie darauf, sie genauer zu definieren. Martin Hafén weist darauf hin, dass gemäss Peter Bündler<sup>14</sup> der Begriff Ressourcenorientierung erst Ende der 80er Jahre in der Sozialen Arbeit verwendet wurde. Heute habe sich der Begriff in der Sozialen Arbeit und auch in der Prävention etabliert. Dabei werde zwischen materiellen und nicht-materiellen sowie zwischen personalen und sozialen Ressourcen unterschieden. (Hafén, 2007b, S. 261)

Hafén definiert die Ressource aus systemischer Sichtweise wie folgt:

*„Wir sprechen bei einer ‚Ressource‘ von einer Konstruktionsleistung, die von einem Beobachter zur Bezeichnung von sozialen oder psychischen Strukturen eingesetzt wird, welche psychischen oder sozialen Systemen eine ‚bessere‘ Bewältigung von Problemen ermöglichen.“ (Hafén, 2007b, 265)*

Hafén geht davon aus, dass *„schlicht alles eine Ressource ist“*, denn jedes System operiert nach der besten Möglichkeit, um ein Problem zu überwinden (2007b, S. 263). Gleichzeitig zeigt er auf,

<sup>13</sup> Lazarus, Richard S. (1982). The psychology of stress and coping. New York: Springer

<sup>14</sup> Bündler, Peter (2002). Geld oder Liebe? Verheissungen und Täuschungen der Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. Münster: LIT-Verlag. Zit. In Hafén, 2007b, S. 261f

dass eine ressourcenorientierte Sichtweise ohne Einbezug der Probleme nicht möglich ist. In der Prävention würden die mangelnden Ressourcen als Problemursachen betrachtet und müssten somit gestärkt werden. (ebd., S. 265)

Bei diesen Ausführungen zu der Ressourcenorientierung wird einmal mehr klar, dass der Versuch, die Probleme von den Ressourcen zu trennen, ein erfolgloses Unterfangen bleibt. Gleich wie das Stress- und Bewältigungsmodell in Bezug auf die Belastungsfaktoren, ähnelt auch die Ressourcenorientierung der systemischen Prävention in Bezug auf die Schutzfaktoren.

### 3.3.3 Prämigration, Transmigration und Postmigration

Eine oft verwendete Unterscheidung ist die Einteilung des Migrationsprozesses in eine Phase der Prä-, Trans- und Postmigration. Die Phase der Prämigration bezieht sich auf die Herkunftsgeschichte sowie die dortigen Lebensumstände in Bezug auf die rechtliche, soziale und ökonomische Lage. Als Phase der Transmigration werden die Vorbereitung und der Verlauf der tatsächlichen Reise bezeichnet. Die Niederlassung in einer neuen Gesellschaft, der Aufenthaltsstatus, die Integration in den Arbeitsmarkt und in den soziokulturellen Alltag sowie die Aufrechterhaltung der Beziehungen zum Herkunftsgebiet werden der Phase der Postmigration zugeordnet. (Weiss, Regula, 2005, S. 81)

Für die Analyse der Belastungs- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationsgeschichte spielen alle drei Phasen des Migrationsprozesses eine Rolle. Verschiedene Belastungsfaktoren gründen auf einer Ursachenkette, welche bis in die Phase der Prämigration zurückgreift. Bei der Benennung von Schutzfaktoren gilt der Fokus der Postmigration, da die Prozesse dieser Phase andauern und sich die Massnahmen der Prävention nur auf diese Phase beziehen können, da die anderen Phasen zum Zeitpunkt der Niederlassung der Frauen in der Schweiz abgeschlossen und ausserhalb des nationalen Einflussbereiches sind. Präventive Massnahmen in Bezug auf die Prä- und Transmigration könnten zumindest auf einer aussenpolitischen Ebene in Betracht gezogen werden, wenn es um die Akquisition billiger Arbeitskräfte im Ausland, um Familiennachzug oder um die (politische) Verantwortung für die globalisierten Armutsursachen geht.

Im Sinne einer Reduktion der Komplexität wird auf die Darstellung von ganzen Ursachenketten verzichtet und es werden bevorzugt die Krankheitsursachen benannt, welche der Postmigration zugeordnet werden können. Im Folgenden sollen aber die Einflussfaktoren auf die Gesundheit der prä- und transmigratorischen Phasen kurz dargestellt werden, um für das teilweise hohe Ausmass an Belastungsfaktoren zu sensibilisieren.

Bedeutend für die Phase der Prämigration ist die Sozialisation in dem Herkunftsgebiet. Je mehr sich die Werte und Normen des Herkunftslandes von denen des Einwanderungslandes unterscheiden, desto stärker kann die Belastung durch die Neuorientierung im Einwanderungsland sein. Khalil Al-Jaar (2002, S. 162-175) stellt zum Beispiel in seiner Forschung fest, dass Menschen aus arabischen Herkunftsgebieten am stärksten von Heimweh betroffen sind. Er kommt zu der Erkenntnis, dass Menschen, welche aus einem Nicht-europäischen Herkunftsgebiet nach Europa migrieren, stärkeren Belastungen ausgesetzt sind. Wie Martin Hafén (2007a, S. 18) geht auch Regula

Weiss (2005, S.73) davon aus, dass Konzepte von Krankheit und Gesundheit ein soziales Konstrukt sind, welches sich aus einer subjektiven und objektiven Betrachtungsweise zusammensetzt. Somit hat die Sozialisation einen erheblichen Einfluss auf das Gesundheitshandeln und auf das subjektive Gesundheitsempfinden. Sie bestimmt auch mit, wann eine Person den Arzt aufsucht und wie sie ihre Beschwerden äussert. (Weiss, 2005, S. 69)

In der Phase der Transmigration spielt vor allem der Migrationsgrund eine zentrale Rolle in Bezug auf die Gesundheit. So konnte zum Beispiel Azra Pourgholam-Ernst<sup>15</sup> (2002, zit. in Theda Borde, 2007, S. 210) aufzeigen, dass Frauen, „die aus sozialen Gründen (Familie, Heirat) nach Deutschland kamen, bessere Gesundheitsindikatoren aufwiesen als Frauen, welche ihre Heimat aus politischen oder wirtschaftlichen Gründen verlassen mussten“. Regula Weiss (2005, S.56) führt in Anlehnung an Simone Prodoliet<sup>16</sup> zusätzlich zu geschlechterunabhängigen Migrationsgründen wie schwierige Lebens- und Arbeitsbedingungen, politische Gründe oder Familiennachzug auch frauenspezifische Gründe für eine Migration auf:

- Frauen sind weltweit ökonomisch benachteiligt.
- Weltweit nimmt die Zahl alleinerziehender Mütter und damit deren ökonomischen Probleme zu.
- In den Industrieländern besteht eine grosse Nachfrage nach weiblichen Arbeitskräften. Dies sei auf die tiefen Lohnforderungen, die Anpassungsfähigkeit und die Geschicklichkeit von Frauen zurückzuführen.
- Es besteht ein Bedarf nach „Ehefrauen, Dienstbotinnen und Sexarbeiterinnen“.
- Frauen unterliegen in ihrem Herkunftsgebiet teilweise spezifischen Normen. Wenn sie diesen Normen nicht entsprechen, so kann es geschehen, dass sie vor harter Bestrafung flüchten müssen (Widerstand gegen Zwangsverheiratung, Zwangsprostitution, genitale Verstümmelung, Witwenverbrennung).
- Es kann vorkommen, dass die Ehefrauen von politischen Aktivisten stellvertretend Opfer von Anschlägen werden.
- In Kriegen sind Frauen Opfer von Vergewaltigung als Mittel der moralischen Kriegsführung.
- „Frauen migrieren weltweit häufiger als Männer, gelangen aber seltener als Männer nach Europa“. (Weiss, 2005, S.56)

Die Auflistung bestätigt, dass bereits der Migrationsgrund ein wesentlicher Belastungsfaktor sein kann und auf globaler Ebene erheblicher Handlungsbedarf bestünde, um Migrationsgründe für Frauen (und Männer) zu eliminieren.

### 3.4 ANALYSE DER PROBLEMURSACHEN: BELASTUNGSFAKTOREN

Wir haben in den vorangegangenen Kapiteln gesehen, dass aufgrund fehlender Theorien kaum auf

---

<sup>15</sup> Pourgolam-Ernst, Azra (2002). *Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Frauen und Gesundheit*. Münster: Telos Verlag.

<sup>16</sup> Prodoliet, Simone (1999). Ohne Migrantinnen geht wirtschaftlich nichts. Frauen – der blinde Fleck in der Migrationsforschung. *Widerspruch* 19/37, S. 95-106.

direkt-kausale Wirkungsketten krankheitsauslösender Faktoren bei Menschen mit Migrationsgeschichte zurückgegriffen werden kann. Trotzdem sollen in diesem Kapitel die zentralen Belastungsfaktoren im Leben von Frauen mit Migrationsgeschichte in Zusammenhang mit der Morbidität gestellt werden. Dies geschieht im Wissen, dass es sowohl aus systemischer Sichtweise wie auch aufgrund fehlender Theorien keine eindeutig bestimmbar Ursachen gibt, sondern eine Reihe von Stressoren, welche das Gesund-Bleiben erschweren können. Somit geht es in dieser Arbeit nicht darum, die Ursachen einer bestimmten Krankheit aufzuzeigen. Es geht primär um die Ursachen des statistisch belegten, häufigen Krankseins von Frauen mit Migrationsgeschichte. Oder mit anderen Worten: im Zentrum stehen die Ursachen der Positionierung der Frauen mit Migrationsgeschichte auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auf der Seite der Krankheit.

Die Darstellung der Stressoren orientiert sich an dem Modell der Einflussfaktorenanalyse in der systemischen Prävention aus dem Kapitel 2.2.7, indem eine Unterteilung in physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Belastungsfaktoren vorgenommen wird. Die Recherche zeigte eine kaum überblickbare Menge an Belastungsfaktoren und aus Gründen der Anschlussfähigkeit in der Praxis sollen hier im Sinne einer Zusammenfassung die zentralen Faktoren dargestellt werden.

### 3.4.1 Physische Belastungsfaktoren

Physische Belastungsfaktoren können eine Erbkrankheit, genetische Voraussetzungen, eine körperliche und neurobiologische Beeinträchtigung oder bestehende Krankheiten sein, welche das Risiko einer Verschiebung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Krankheit erhöhen können. Es geht also um die Frage, durch welche physischen Belastungen (Behinderung, Krankheit) die Gesundheit beeinträchtigt wird und durch welche Belastungs- und Schutzfaktoren das Auftreten dieser Krankheiten beeinflusst wird. So kann beispielsweise medizinisch belegt werden, dass Suchtmittelkonsum, aber auch körperliche Gewalt und physisch stark belastende Arbeit das Auftreten einer Krankheit wahrscheinlicher machen. Wird hier einer Ursachenkette gefolgt, so führt die Frage nach den Ursachen von Suchtmittelkonsum, körperlicher Gewalt und belastender Arbeit zu Belastungsfaktoren der psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Ebene.

Gemäss den Gesundheitsstatistiken können in Bezug auf Erbkrankheiten, genetischen und neurobiologischen Voraussetzungen sowie auf körperliche und neurobiologische Beeinträchtigungen keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt werden (BAG, 2007, S.7). Hingegen konnten im Vergleich zur Aufnahmegesellschaft bei der Migrationsbevölkerung teilweise ein höherer Tabak- und Medikamentenkonsum, geringere sportliche Betätigungen und vorwiegend bei Menschen aus Krisengebieten belastende Gewalterfahrungen festgestellt werden (BAG, 2008a, 14ff). Die möglichen Ursachen dieser Belastungsfaktoren sind meist in direkten Zusammenhang mit Belastungsfaktoren der psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Ebene zu bringen, weshalb hier nicht weiter darauf eingegangen wird.

Grundsätzlich kann – wie bereits bei den statistischen Daten erwähnt – davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund vergleichsweise häufiger krank sind und dass

dieses Krank-Sein ein Belastungsfaktor sein kann, welcher weitere Krankheiten begünstigt. Somit ist Krankheit an und für sich bereits ein Belastungsfaktor, was den Bedarf an differenzierter Ursachenforschung von Krankheit weiter erhöht.

### 3.4.2 Psychische Belastungsfaktoren

Psychische Belastungsfaktoren sind in hohem Masse individuell, da gemäss dem Stress- und Bewältigungsmodell von Richard S. Lazarus sowie der systemischen Prävention jedes Individuum aufgrund von Erfahrungen weitgehend selbst entscheidet, welche Vorkommnisse als Belastungen bewertet werden oder nicht. Das soll aber keinesfalls heissen, dass die Ursachen von psychischen Belastungen direkt-kausal dem Individuum zuzuschreiben sind. Wie Khalil Al Jaar (2002, S. 45f) aufgrund der Stresstheorie betont, gibt es viele migrationsbedingte soziale Belastungsfaktoren, welche sich auf die psychische Verfassung auswirken und physische Krankheiten verursachen können (Psychosomatik). Bei der Erfassung der migrationsbedingten Belastungsfaktoren konnten die Erfahrungen der Prä- und Transmigration, der Identitätsverlust, die fehlende Kenntnis der Landessprache und fehlendes medizinisches Grundwissen dem Bereich der Psyche zugeordnet werden.

Traumata der Prä- und Transmigration, die (unfreiwillige) Familientrennung sowie der Verlust vertrauter Werteorientierungen können psychische Belastungen bedeuten. Diese psychischen Belastungen haben zudem einen starken Einfluss auf die Identität. Die Identität, welche sich gemäss Hilarion Petzold und Hildegund Heini<sup>17</sup> (1983, S. 180 zit. in: Menschliche Entwicklung. Identität und Identitätsbildung, 2005, S. 4) aus dem körperlichen Befinden, den sozialen Beziehungen, der Arbeitsleistung, den materiellen Gütern sowie den Werten und Normen zusammensetzt, ist ein lebenslanger Konstruktionsprozess. Dieser wird sowohl von der subjektiven Selbsteinschätzung als auch von der Umwelt massgeblich beeinflusst. Nach Heiner Keupp (1999, S. 198f) befindet sich das Individuum in einem ständigen Aushandlungsprozess zwischen seinem Ich-Gefühl und den gesellschaftlichen Erwartungen und Zuschreibungen. Durch die Migration erlebt ein Individuum einen „folgenreichen Einschnitt in die Identität“ (Kizilhan, Ilhan, 2007, S. 56).

*„Selbstkontinuitätssinn (Bewahrung des Zusammenhangs zwischen Vergangenheit und Gegenwart), die Selbstbestätigung (Anerkennung in der Interaktion mit anderen Menschen) sowie die Kommunikationsfähigkeit und Handlungskompetenz müssen neu erarbeitet werden. Diese befähigen das Individuum als auch ihre psychosozialen Netzwerke, sich gesund in verschiedenen Welten zu bewegen und eine neue dynamische Synthese zu entwickeln.“ (Kizilhan, Ilhan, 2007, S. 56)*

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass mit der Migration eine Veränderung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen einhergeht, welche sich belastend auf die Identitätsentwicklung sowie auf das psychische Befinden auswirken kann. Psychische Belastungen können bei gleichzeitigem Ressourcendefizit krank machen. In Bezug auf das Stress- und Bewältigungs-

---

<sup>17</sup> Petzold, Hilarion & Heini, Hildegund (1983). Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann-Verlag

modell von Lazarus können sich auch physische, soziale und physikalisch-materielle Belastungsfaktoren negativ auf die Psyche auswirken. Somit können psychische Belastungsfaktoren als zentrale Ursache erhöhter Morbidität eingestuft werden. Für die Analyse lohnt es sich aber, nicht alle Belastungen als psychische Faktoren zu bezeichnen, sondern entsprechend dem Modell der Einflussfaktorenanalyse auf S. 18 in physische, soziale und physikalisch-materielle Faktoren einzuteilen.

### 3.4.3 Soziale Belastungsfaktoren

Sozialen Belastungsfaktoren kommt unter dem Aspekt, dass Krankheit bisher vor allem auf der individuellen Ebene des Körpers und der Psyche betrachtet wurde, besondere Bedeutung zu. Im Folgenden sollen die sozialen Belastungsfaktoren – unterteilt in die Bereiche Lebenswelt und Gesellschaft – aufgezeigt werden. Dabei gilt es sowohl aus systemischer Sichtweise wie auch aus der Sichtweise der hier zitierten Autorinnen und Autoren zu betonen, dass sich die Zusammenhänge zwischen sozialen Belastungsfaktoren und Krankheit aufgrund mangelnder Forschung oft auf Vermutungen und Hypothesen stützen. Gleichzeitig sind sich alle der zitierten Fachpersonen darin einig, dass die sozialen Belastungsfaktoren einen erheblichen und oft unterschätzten negativen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund haben.

#### *SOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN DER LEBENSWELT*

Wie im Modell der Einflussfaktorenanalyse in der systemischen Prävention dargestellt wurde, gehören die Familie, die Peergroup und die Schule/Ausbildungsstätte sowie die Arbeit zum Bereich der Lebenswelt.

Durch die Migration können die sich verändernden sozialen Familienbeziehungen belastende Auswirkungen für das Individuum haben:

*„In Familien kommt es zu Struktur- und Gleichgewichtsveränderungen, zur Modifikation von Rollen und Aufgaben und zu entsprechenden Konflikten. Separations- und Individuationsprozesse sind in Migrationsfamilien verstärkt ambivalent und von Krisen begleitet.“ (Weiss, Regula, 2005, S. 286)*

Bei den sozialen Beziehungen kann das Herkunftsgebiet eine Rolle spielen. Besonders Menschen, welche in einer Kollektivgesellschaft sozialisiert wurden, erleben in der Individualgesellschaft des Einwanderungslandes stark veränderte soziale Beziehungen. So kann sich zum Beispiel die Rolle der Frau innerhalb der Familie soweit verändern, dass sie die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung hat, welche in der Herkunftsgesellschaft im Kollektiv übernommen wurde. Gleichzeitig kann sich auch das Abhängigkeitsverhältnis der Frau vom Ehemann verstärken, da dieser in der Einwanderungsgesellschaft neu die ganze Verantwortung für die Familie trägt. (Beck, Michaela, 2007, S. 9)



*„Fehlende oder ungenügende familiäre Unterstützung in der Migration bei gleichzeitigen familiären Spannungen führen zu gehäuften psychiatrischen Störungen, vor allem bei Frauen und Adoleszenten beiderlei Geschlechts sowie bei alleinstehenden Männern.“  
(Regula Weiss, 2005, S. 158)*

Auch der Verlust des sozialen Netzes im Herkunftsgebiet sowie die fehlenden Kontakte zu der einheimischen Bevölkerung und die Schwierigkeiten beim Aufbau eines neuen Beziehungsnetzes im Einwanderungsland können Belastungsfaktoren darstellen. Khalil Al Jaar (2002, S. 50-63) zeigt auf, dass vor allem Kontaktschwierigkeiten, begleitet durch den Verlust der Kommunikationskompetenz, und die veränderten Rollen in der Gesellschaft, oft bedingt durch einen Statusverlust, psychosozialen Stress erzeugen können. Theda Borde (2007, S. 194) legt zudem dar, dass sich der Kontakt zur einheimischen Bevölkerung auf Begegnungen mit Behörden beschränke, wobei dieser Kontakt von ungleichen Machtverhältnissen geprägt sei. Eine Frau mit Migrationsgeschichte<sup>18</sup> erzählte, dass ihr die fehlenden Kontakte zu Schweizerinnen und Schweizern das Gefühl gäben, ihre Existenz werde im Einwanderungsland nicht wahrgenommen.

Die Situation im Bereich der Arbeit bezieht sich nicht nur auf die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, sondern auch auf die Arbeitsbedingungen, welche zum Teil von den Funktionssystemen Politik und Wirtschaft und deren regulierenden Eingriffen in den Arbeitsmarkt beeinflusst werden resp. beeinflusst werden könnten. Unabhängig von der Migration hat die Arbeit einen grossen Einfluss auf den Gesundheitszustand und insbesondere schlecht bezahlte Arbeit und geringe Bildung gehen mit erhöhten Gesundheitsrisiken einher (Weiss, 2005, S. 54). Gemäss Martin Hafén (2007b, S. 317f) gilt Armut als der bedeutendste Belastungsfaktor, da sie die Inklusionsfähigkeit in soziale Systeme erschwert oder gar verhindert und alle anderen Belastungsfaktoren von der sozioökonomischen Stellung und dem damit verbundenen Bildungsstand beeinflusst werden. Dabei spielen wie erwähnt der Migrationshintergrund sowie die kulturelle Herkunft eine sekundäre Rolle. Vielmehr haben der Bildungsstand, das Geschlecht und die Diskriminierung der Menschen mit Migrationshintergrund auf dem Arbeitsmarkt Einfluss auf die ungesunde Arbeitssituation:

*„Migration ist zwar mit neuen Arbeitsmöglichkeiten verbunden, ein gesellschaftlicher Aufstieg und eine bessere Lebensqualität sind Migrantinnen in der Regel jedoch verwehrt. [...] Auch Migrantinnen mit einer relativ guten Ausbildung wurden durch die westeuropäische Wirtschaftskrise der 90er Jahre mit sozialem Abstieg konfrontiert. Sie waren dazu gezwungen, auch Arbeiten zu übernehmen, die weit unter ihren Fähigkeiten und Erwartungen lagen, was neben Selbstwertproblemen auch gehäufte Arbeitsunfälle zur Folge hatte.“ (Weiss, Regula, 2005, S. 98)*

Zudem sind die Arbeitsverhältnisse vieler Menschen mit Migrationshintergrund von Kommunikationsproblemen, Schicht- und Akkordarbeit, körperlichen Belastungen, erhöhten Unfallrisiken und drohendem Arbeitsplatzverlust gekennzeichnet (Weiss, 2005, S. 12). Auch die Arbeitslosigkeit stellt

---

<sup>18</sup> Kommentar einer Frau aus einem mündlichen Gespräch mit der Autorin am 20. August 2008, im Integrationszentrum Zentrum 5 in Bern.

einen stressgenerierenden Belastungsfaktor dar (ebd., S. 41). Im Bereich der Arbeit sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bedeutsam. „Alleinstehende, verwitwete oder geschiedene Frauen ohne unmündige Kinder sind auf dem Arbeitsmarkt stark benachteiligt“ (Bartley, M.; Sacker, A.; Firth, D. et al.<sup>19</sup> 1999, zit. in Weiss, 2005, S. 52). Frauen erhalten nach wie vor weniger Lohn als Männer für die gleiche Arbeit, sind im Niedriglohnsektor übermässig vertreten, leisten viel mehr unbezahlte Arbeit, verfügen über schlechtere Ausbildungen und machen 80% der alleinerziehenden Eltern aus (Ernst, Marie-Louise; Leibundgut, Edith; Tschannen, Pia & Von Greyerz, Salome, 2007, S. 16).

Es gilt hier zu erwähnen, dass Frauen mit Migrationsgeschichte, welche durch eine Anstellung als akademische Fachkräfte in der Schweiz leben, kaum unter prekären Arbeitsbedingungen leiden. Somit zeigt sich, dass die Belastungsfaktoren im Bereich Arbeit nicht primär auf den Migrationshintergrund zurückzuführen sind, sondern vielmehr auf die sozioökonomischen Verhältnisse. Der Migrationshintergrund wirkt sich dadurch aus, dass die Menschen mit Migrationshintergrund auf dem Arbeitsmarkt aufgrund ihrer Herkunft und ihres Aufenthaltsstatus im Vergleich zu der einheimischen Bevölkerung mit dem gleichen sozioökonomischen Status diskriminiert werden. So sind gemäss dem CEDAW-Bericht (2001, S.120) Frauen mit Migrationsgeschichte stärker von Armut betroffen als Frauen ohne Migrationsgeschichte. Im Bericht *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz* (BFS, 2004, S. 52) wird zudem eine ungleiche Verteilung der Erwerbstätigen ohne Schweizerpass in den Wirtschaftssektoren aufgezeigt. So ist über ein Drittel (33,3%) im Industrie- und Bausektor (Sekundärsektor) tätig im Vergleich zu nur 20,9% der Erwerbstätigen mit Schweizerpass. Letztere sind dafür im Dienstleistungs- und Landwirtschaftssektor übervertreten. (ebd., S. 52) Dass Menschen mit Migrationshintergrund auf den Gesundheitsstatistiken generell eine höhere Morbiditätsrate aufweisen als Menschen ohne Migrationshintergrund ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass sie häufiger belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind.

### SOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN DER GESELLSCHAFT

Gemäss der Unterteilung der sozialen Faktoren in eine Ebene der Lebenswelt und der Gesellschaft nach Martin Hafén (2007b, S. 184), sind die Bereiche Politik, Recht, Wirtschaft, Medien und Wissenschaft der Ebene der Gesellschaft zuzuordnen. Sämtliche der hier zitierten Autorinnen und Autoren teilen die Meinung, dass die sozialen Faktoren auf der Ebene der Gesellschaft einen massgeblichen Einfluss auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund haben und ebendiese Faktoren sowohl in der Politik wie auch in der Wissenschaft folgenschwierig unterschätzt werden.

Der Bereich der Politik bezieht sich vor allem auf den Umgang mit der Einwanderungsbevölkerung, welcher sich in den rechtlichen Bestimmungen niederschlägt. Gemäss Hans-Rudolf Wicker (1996, S. 21ff, zit. in Weiss, Regula, 2005, S. 12) wird die ausländische Bevölkerung grösstenteils als „Manövriermasse“ missbraucht um wirtschaftliche Konjunkturzyklen auszugleichen. Somit sollen in konjunkturschwachen Zeiten die von Arbeitslosigkeit betroffenen Menschen mit Migrations-

---

<sup>19</sup> Bartley M.; Sacker, A.; Firth, D. et al. (1999). Social position, social roles and women's health in England: Changing relationships 1984 – 1993. *Social Science & Medicine*, 48/6, 99 – 115.

hintergrund in ihre Heimat zurück geschickt werden können, damit sie das Sozialversicherungssystem im Einwanderungsland nicht belasten. Durch den Minoritätenstatus, die Verweigerung von politischen Rechten und die erschwerte Einbürgerung – die Schweiz hat eine der tiefsten Einbürgerungsquoten Westeuropas (Weiss, 2005, S.16) – haben die Menschen keine Möglichkeit, über ihren unsicheren Aufenthaltsstatus und über die Bedingungen im Aufnahmeland mitzubestimmen. Diese Verweigerung der Mitsprache ist eine direkte Abwertung, welche einen bedeutenden negativen Einfluss auf das Selbstwertgefühl und somit auf die psychische Gesundheit hat (Weiss, 2005, S.50).

Gemäss Weiss (2005, S. 15) stellt die öffentliche Meinung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund ein ungenügend berücksichtigter Einflussfaktor auf deren Gesundheitssituation dar. Es ist davon auszugehen, dass sich die Marginalisierung der Menschen mit Migrationshintergrund auch in den Medien, der Politik und der Wissenschaft widerspiegelt, indem schwergewichtig Meldungen über unangepasstes oder gar kriminelles Verhalten sowie über soziale Probleme dieser Bevölkerungsgruppe publiziert werden. Dabei scheint es nicht primär um die Probleme zu gehen, welche Menschen mit Migrationshintergrund in der Postmigration belasten, sondern vielmehr und die Probleme, welche die Aufnahmegesellschaft aufgrund der Einwanderung zu bewältigen hat. Diese Problematisierung einer Bevölkerungsgruppe legitimiert „ausländerfeindliche Vorstösse“ in der Politik (Weiss, 2005, S. 16). Zudem werden damit die Fremdenfeindlichkeit und der Rassismus geschürt, welche gemäss Khalil Al Jaar als hohe Belastungsfaktoren für Menschen mit Migrationshintergrund einzustufen sind (2002, S. 77).

Der Bereich der Wissenschaft ist nebst der Migrationsforschung vor allem in Bezug auf das Medizinsystem von Relevanz. Obwohl das Medizinsystem zusätzlich zu Vorsorgeuntersuchungen vorwiegend im Krankheitsfalle zum Zuge kommt und somit eher dem Bereich der Behandlung zugeschrieben werden muss, soll hier anhand der Frage, wie die Reaktion des Medizinsystems auf die Krankheit die Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum negativ beeinflussen kann, ein präventiver Blickwinkel auf die Behandlung beleuchtet werden.

Katja Johanna Eichler (2008, S. 21-25) legt in Anlehnung an Ramazan Salman<sup>20</sup> dar, dass neben individuellen Bedingungen wie unterschiedliche Erklärungsmuster und (Rollen-) Erwartungen vor allem institutionelle Bedingungen bewirken können, dass Menschen mit Migrationshintergrund zu spät oder ungenügend professionelle Gesundheitsversorgung beanspruchen. Mangelhafte interkulturelle Kompetenz<sup>21</sup> beim Gesundheitspersonal führt zu Missverständnissen und Fehlbehandlungen. Sprachliche Missverständnisse aufgrund fehlender Übersetzungsdienste, ein „segmentiertes undurchschaubares Gesundheitsversorgungssystem“, Angst vor ausländerrechtlichen Folgen durch das Behördenimage der Gesundheitsinstitutionen und die Orientierung des Gesund-

---

<sup>20</sup> Salman, Ramazan (2001). Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: D. Domenig (Hrsg.), Professionelle Transkulturelle Pflege (87-100). Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

<sup>21</sup> Der Begriff interkulturelle Kompetenz, auch transkulturelle Kompetenz genannt, bezeichnet die Fähigkeit, aufgrund der Reflexion eigener Prägungen bewusst mit Unterschieden umzugehen und Kommunikation mit einer selbstrelativierenden Haltung empathisch zu gestalten (Eicke, Monika, 2004, S.7).

heitspersonals an der Routine aufgrund von Zeitmangel erschweren eine adäquate Behandlung und können somit einen Krankheitszustand weiter verschlimmern. (Eichler, 2008, S. 21-25)

Wie Eichler (2008, S. 9) führt auch Regula Weiss (2005, S. 160f) auf, dass in der Medizinforschung migrationsspezifische und in der Folge auch sozioökonomische Aspekte kaum berücksichtigt werden. Weiss fügt hinzu, dass stattdessen der Fokus auf operativen und medikamentösen Behandlungsmassnahmen läge: „Am Beispiel von MigrantInnen im Medizinsystem zeigt sich deutlich, wie soziale Konflikte medikalisiert und im Gesundheitssystem zwischengelagert werden“ (ebd., S. 66). Zudem kritisiert Weiss den krankheitsspezifischen Blickwinkel in der migrationsspezifischen Medizinforschung:

*„Die grosse Mehrheit der empirischen Studien befasst sich mit übertragbaren Erkrankungen. Diese Forschungsperspektive spiegelt nur zu deutlich die Sorge von Einwanderungsgesellschaften wider, MigrantInnen könnten Krankheiten mitbringen und zu deren Verbreitung beitragen. Weit weniger gut untersucht sind die gesundheitlichen Risiken für MigrantInnen selbst.“ (Weiss, Regula, 2005, S. 82)*

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Frauen mit Migrationshintergrund gesellschaftlich auf allen Ebenen von Diskriminierung betroffen sind. Wie bereits beim Bereich der Arbeit muss auch hier davon ausgegangen werden, dass nicht der Migrationshintergrund krank macht, sondern die erfahrenen Benachteiligungen und deren Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl sowie der tiefe soziale Status aufgrund der Diskriminierung.

#### 3.4.4 Physikalisch-materielle Belastungsfaktoren

Den physikalisch-materiellen Belastungsfaktoren sind sowohl Naturereignisse, beispielsweise in Form von Hitze, Erdbeben und Überschwemmungen sowie von Menschen verursachte Belastungen wie Abgase, Lärm und Elektromog und auch Ernährung oder Medikamente zuzuordnen. Ein physikalisch-materieller Belastungsfaktor, der Menschen mit Migrationshintergrund betreffen kann, ist gemäss Khalil Al Jaar (2002, S. 168) der Klimawechsel. So gaben viele Menschen, welche aus südlichen Ländern nach Europa migrierten, in seinen Befragungen an, unter den kalten Temperaturen und dem schlechten Wetter zu leiden.

Sowohl Al Jaar (2002, S. 77) wie auch Regula Weiss (2005, S. 98) zeigen auf, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund von schlechten Wohnverhältnissen betroffen sind. Dies bezöge sich vor allem auf lärmexponierte und enge Wohnräume, aber auch auf vorhandene Wohngifte. Weiss (2005, S. 98) macht darauf aufmerksam, dass die schlechten Wohnverhältnisse oft in direktem Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status stehen und Menschen mit Migrationshintergrund auch auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert werden. So sind die Ursachen für enge Wohnverhältnisse zusätzlich zu den Bauvorschriften und Lärmschutzmassnahmen vor allem auf die gesellschaftlichen Diskriminierungen zurückzuführen.

### 3.5 BESTIMMUNG DER ZENTRALEN SCHUTZFAKTOREN

Die Bestimmung der zentralen Schutzfaktoren richtet sich nach der Frage von Aaron Antonovski: „Was bewirkt, dass eine Person trotz Belastungen nicht krank wird?“. Die Recherche zeigte, dass es keine migrationsspezifischen Schutzfaktoren gibt. Katja Johanna Eichler (2008, S. 258) kommt in ihrer Befragung aber zur Erkenntnis, dass die Migration die Lebensweisen der Frauen in positivem Sinne verändern und daher durchaus auch gesund sein kann.

Die Orientierung an der Stresstheorie und an der systemischen Prävention lässt uns zum Schluss kommen, dass sich wohl die Belastungen je nach Zielpersonen unterscheiden, nicht aber die Bewältigungsressourcen. Dabei muss das Verhältnis zwischen Belastungs- und Schutzfaktoren beachtet werden. Ein nicht vorhandener Belastungsfaktor wie zum Beispiel Diskriminierung wirkt sich positiv auf die Positionierung einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus und hat demnach auch eine präventive Wirkung. Schutzfaktoren hingegen sind nicht einfach nicht-vorhandene Belastungsfaktoren, sondern Ressourcen für den Umgang mit Belastungen. Nicht immer ist diese Trennung klar zu vollziehen. So gilt zum Beispiel der familiäre Zusammenhalt als zentrale Ressource, gleichzeitig kann der Verlust des familiären Beziehungsnetzes als erhebliche Belastung erlebt werden. So kann ein nicht-vorhandener Belastungsfaktor ebenso entlastend wirken, wie eine nicht vorhandene Ressource belastend wirken kann. Die Unterscheidung zwischen Belastungs- und Schutzfaktoren soll dem Anspruch dienen, weder eine problemorientierte noch eine verharmlosende ressourcenorientierte Sichtweise einzunehmen.

#### *PHYSISCHE SCHUTZFAKTOREN*

Wie wir bei der Belastungsfaktorenanalyse gesehen haben, können in Bezug auf physische Belastungsfaktoren wie Erbkrankheit, genetische Voraussetzungen oder körperliche und neurobiologische Beeinträchtigungen keine Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. Die statistisch belegte erhöhte Morbidität der Migrationsbevölkerung und insbesondere der Frauen mit Migrationsgeschichte ist aber als physischer Belastungsfaktor einzustufen und folglich kann ein gesunder Körper als verminderter Belastungsfaktor definiert werden. Als Schutzfaktoren sind somit alle Bedingungen zu bestimmen, welche eine Krankheit für den gesunden Körper verhindern und dafür sollen in dieser Arbeit die zentralen psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Belastungs- und Schutzfaktoren bestimmt werden.

#### *PSYCHISCHE SCHUTZFAKTOREN*

Die Ottawa-Charta führt die Förderung von persönlichen Schutzfaktoren und sozialen sowie lebenspraktischen Fähigkeiten als wichtige Präventionsmassnahme auf (Radix, o.D.). Somit wird davon ausgegangen, dass zusätzlich zu externen Einflussfaktoren auch erworbene Kompetenzen eines psychischen Systems massgeblich dazu beitragen, dass sich die Positionierung einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum stabilisiert oder in Richtung Gesundheit verschiebt. Ernst Von Kardorff (2004, S. 135) geht davon aus, dass eine Person für die Erhaltung ihrer Gesundheit über ganz bestimmte Fähigkeiten, wie „die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Nutzung sozialer Kontakte“, „das Geben und Annehmenkönnen von Hilfe“, „die Fähigkeit zur (...)

Inanspruchnahme professioneller Hilfe“, „die Fähigkeit zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen“ sowie die Fähigkeit, eigenes Befinden und Verhalten zu reflektieren und zu verbalisieren, verfügen muss. Katja Johanna Eichler (2008, S. 75ff) geht in Anlehnung an Ernst Von Kardorff (2004, S. 135) davon aus, dass die Belastungen durch die Migration einerseits durch individuelle Fähigkeiten besser bewältigt werden können und andererseits durch die Migration auch weitere Kompetenzen angeeignet und gefördert werden. Regula Weiss (2005, S. 50) nennt als zentrale psychische Schutzfaktoren eine starke Identität und ein gutes Selbstwertgefühl. Zusammenfassend wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass eine hohe Selbst-, Sozial- und Fachkompetenz als tragender psychischer Schutzfaktor eingestuft werden kann. Unter 5.3 wird der Frage nachgegangen, wie diese Kompetenzen entwickelt und gefördert werden können.

### *SOZIALE SCHUTZFAKTOREN LEBENSWELT*

Alle in diesem Kapitel zitierten Autorinnen und Autoren sind mit Martin Hafén (2007b, S. 194ff) einig, dass gelingende soziale Beziehungen und die Einbindung in soziale Netze die wesentlichen Schutzfaktoren darstellen. Auch hier ist eine wichtige Bedingung für gelingende soziale Beziehungen eine gute Selbst- und Sozialkompetenz der beteiligten Personen. Dem Bereich der Lebenswelt sind auch eine gute Aus- und Berufsbildung zuzuordnen.

### *SOZIALE SCHUTZFAKTOREN GESELLSCHAFT*

In der Fachliteratur werden weitgehend nicht-vorhandene Belastungsfaktoren als soziale Schutzfaktoren der Gesellschaft aufgeführt. So nennt Regula Weiss (2005, S. 35) Frieden, Sicherheit, Chancengleichheit, Anerkennung der Ressourcen und Kompetenzen sowie politische und soziale Teilhabe und Teilnahme eminente Schutzfaktoren. Weiss (2005, S. 150) geht zudem davon aus, dass eine Ursache von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit sowie der Abwertung durch die Verweigerung politischer Teilhabe und durch Diskriminierung auf die Angst der Angehörigen der Aufnahmegesellschaft vor dem eigenen Identitätsverlust zurückzuführen ist. Diese Annahme würde bedeuten, dass eine gestärkte Identität der Angehörigen der Aufnahmegesellschaft ebenfalls ein Schutzfaktor sein kann.

### *PHYSIKALISCH-MATERIELLE SCHUTZFAKTOREN*

Während das Klima ein Faktor darstellt, auf den zu keiner Zeit Einfluss genommen werden kann – ausser vielleicht bei der Auswahl des Migrationslandes – können schlechte Wohnverhältnisse durch rechtliche Regulierungen (Bauregelungen, Verkehrsreduktion, Lärmschutz usw.) und quartieraufwertende Massnahmen verbessert und somit die Lebensqualität in der Wohnumgebung erhöht werden.

## **3.6 ZUSAMMENFASSUNG DER BELASTUNGS- UND SCHUTZFAKTORENANALYSE**

Obwohl sich die Analyse der Belastungs- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationsgeschichte auch auf Annahmen und Vermutungen abstützt, können aufgrund des Stress- und Bewältigungsmodells zentrale Faktoren benannt werden, welche Stress bewirken, vermindern oder den Umgang mit dem Stress erleichtern können. Die Analyse zeigt, dass Migration mit zahlreichen

stressgenerierenden Erfahrungen und Herausforderungen verbunden ist und sowohl persönliche als auch soziale Umstände den Stress vermindern oder den Umgang mit Stress erleichtern können. Zu viele Stressoren und zu wenig Bewältigungsressourcen können krank machen (Al Jaar, Khalil, 2002, S. 63).

In der nachfolgenden Tabelle werden die zentralen Belastungs- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationsgeschichte in einer Übersicht dargestellt. Für die Prävention sind wie erwähnt nicht nur die Schutzfaktoren, sondern auch die Wege zur Verminderung der Belastungsfaktoren von wegweisender Bedeutung. Aus diesem Grund wurden in der mittleren Spalte die Faktoren aufgeführt, deren Reduktion sich positiv auf die Positionierung eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auswirkt. Die dritte Spalte führt alle Schutzfaktoren auf, welche einem Individuum helfen, mit den Belastungen / dem Stress konstruktiv umzugehen. Diese Unterscheidung ist nicht immer trennscharf vollziehbar, da zum Beispiel ein soziales Beziehungsnetz sowohl den Belastungsfaktor der Isolation vermindert als auch Unterstützung im Umgang mit Belastungen bietet.

<b>Belastungsfaktoren / Stressoren</b>	<b>Verminderung von Belastungsfaktoren / Stressfaktoren</b>	<b>Schutzfaktoren / Bewältigungsressourcen</b>
<b>Physische Belastungsfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestehende Krankheit</li> <li>• Körperliche oder neuro-biologische Beeinträchtigung</li> <li>• Genetische Voraussetzungen</li> </ul>	<b>Verminderung von physischen Belastungsfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein gesunder Körper</li> </ul>	<b>Physische Schutzfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Fehlen von Belastungsfaktoren</li> <li>• Aktivierte Schutzfaktoren</li> </ul>
<b>Psychische Belastungsfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumata der Prä- und Transmigration</li> <li>• Verlust vertrauter Wertorientierungen</li> <li>• Identitätsverlust</li> <li>• Fehlende Sprachkenntnisse</li> <li>• Fehlendes Wissen</li> </ul>	<b>Verminderung von psychischen Belastungsfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beibehaltung wichtiger Werte</li> <li>• Sprachkenntnisse</li> <li>• Bildung</li> </ul>	<b>Psychische Schutzfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstkompetenz</li> <li>• Gestärkte Identität</li> <li>• Selbstvertrauen</li> <li>• Kohärenzgefühl</li> <li>• Kreativität</li> <li>• Reflexionsfähigkeit</li> <li>• Sozialkompetenz</li> <li>• Fachkompetenz</li> </ul>
<b>Soziale Belastungsfaktoren der Lebenswelt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familientrennung</li> <li>• Veränderte Familiensituation</li> <li>• Veränderte Familienrolle</li> <li>• Fehlende soziale Netzwerke</li> <li>• Fehlender Kontakt zur einheimischen Bevölkerung</li> <li>• Verlust der Kommunikationskompetenz</li> <li>• Prekäre Arbeitsbedingungen</li> <li>• Armut</li> <li>• Arbeitslosigkeit</li> </ul>	<b>Verminderung von sozialen Belastungsfaktoren der Lebenswelt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungsnetze</li> <li>• Kontakte zur einheimischen Bevölkerung</li> <li>• Kenntnisse der Sprache des Einwanderungslandes</li> <li>• Gute Arbeitsbedingungen</li> <li>• Soziale Sicherheit</li> </ul>	<b>Soziale Schutzfaktoren der Lebenswelt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungsnetze</li> </ul>
<b>Soziale Belastungsfaktoren der Gesellschaft</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskriminierung auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt</li> <li>• Unsicherer Aufenthaltsstatus</li> <li>• Minoritätenstatus</li> <li>• Keine politische Mitsprache</li> <li>• Statusverlust</li> <li>• Problematisierung durch Medien und Politik</li> <li>• Rassismus und Fremdenfeindlichkeit</li> <li>• Angst vor Identitätsverlust bei Angehörigen der Einwanderungsgesellschaft</li> <li>• Fehlende migrationsspezifische Anpassungen in der Gesundheitsversorgung</li> <li>• Fehlende Kenntnisse des Gesundheitssystem</li> <li>• Fehlende Forschungserkenntnisse</li> <li>• Medikalisierung von sozialen Konflikten</li> </ul>	<b>Verminderung von sozialen Belastungsfaktoren der Gesellschaft</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chancengleichheit auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt</li> <li>• Sicherer Aufenthaltsstatus</li> <li>• Erleichterte Einbürgerung</li> <li>• Politische Partizipation</li> <li>• Anerkennung</li> <li>• Positive Darstellung der Migrationsbevölkerung in den Medien und der politischen Propaganda</li> <li>• Transkulturelle Kompetenzen der Einwanderungsgesellschaft und des Gesundheitspersonals</li> <li>• Übersetzungsdienste</li> <li>• Beratungsstellen</li> <li>• Kenntnisse des Gesundheitssystem und der Krankheitssymptome</li> <li>• Frauen- und Migrations-spezifische Forschung</li> </ul>	<b>Soziale Schutzfaktoren der Gesellschaft</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipationsmöglichkeiten</li> <li>• Frieden</li> <li>• Sicherheit</li> <li>• Chancengleichheit</li> <li>• Anerkennung</li> <li>• Starke Identität der Angehörigen der Aufnahmegesellschaft</li> </ul>
<b>Physikalisch-materielle Belastungsfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klima</li> <li>• Schlechte Wohnverhältnisse</li> </ul>	<b>Verminderung von physikalisch-materiellen Belastungsfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gute Wohnverhältnisse</li> </ul>	<b>Physikalisch-materielle Schutzfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhte Lebensqualität durch Quartierentwicklung</li> </ul>

Tabelle 2: Zusammenstellung der Belastungs- und Schutzfaktoren von Frauen mit Migrationsgeschichte



Die Analyse der Belastungs- und Schutzfaktoren macht deutlich, dass gesundheitsfördernde Massnahmen bei der Stärkung von individuellen Ressourcen, der Förderung von sozialen Netzwerken und auf der Ebene der Gesellschaft ansetzen müssen.

*„In Gesellschaften mit hoher sozialer Ungleichheit und geringer Mobilität [sozialer Aufstieg, Anmerkung der Autorin] und Chancengleichheit ist es schwierig, die Gesundheit von sozial benachteiligten Personen oder Gruppen zu verbessern. Auch für hochentwickelte Länder gilt jedoch: Das effizienteste Mittel zur Verbesserung der Gesundheit ist die Bekämpfung von Armut und sozialer Diskriminierung und damit die Ermöglichung von sozialem Aufstieg.“ (Weiss, Regula, 2005, S. 46)*

Obwohl die Frauen mit Migrationsgeschichte als Zielpersonen dieser Arbeit definiert wurden, beziehen sich die Belastungs- und Schutzfaktoren weitgehend auf beide Geschlechter. Die meisten Belastungs- und Schutzfaktoren sind auch auf beide Geschlechter übertragbar. Die entscheidende Begründung für die geschlechtsspezifische Betrachtungsweise liegt darin, dass Frauen mit Migrationsgeschichte zusätzlich zu ihrem Status als Einwanderinnen auch aufgrund ihres Geschlechts Diskriminierung und Benachteiligung sowohl in ihrem Herkunfts- als auch im Einwanderungsland erfahren. Die gesellschaftliche Benachteiligung von Frauen ist ein weltweites Phänomen.

*„Migrierte Frauen sind oft mehrfachen Stressoren ausgesetzt: einem niedrigen sozio-ökonomischen Status, instabilen familiären Rollenkonzepten, auseinander driftenden inter-generationellen Lebensentwürfen sowie Dreifachbelastungen in Familie, Ehe und Beruf. Migrantinnen sind insgesamt gesehen eine wissenschaftlich oft wenig betrachtete und zugleich gesundheitlich stark gefährdete Gruppe.“ (Weiss, Regula, 2005, S. 288)*

Somit müsste hier erwähnt werden, dass bereits das Frau-Sein ein erheblicher Belastungsfaktor für die Gesundheit darstellt. Weil wir uns aber am Grundwert der „rechtlichen und tatsächlichen Gleichstellung“ (Art. 8 Abs. 3 BV) von Frau und Mann orientieren, sollen alle geschlechtsspezifischen Massnahmen dazu führen, dass das Frau-Sein nicht mehr als Belastungsfaktor bezeichnet werden kann.

Es gilt nun anhand der Leitfrage, wie individuelle Ressourcen und soziale Netzwerke gefördert und gesellschaftliche Bedingungen verändert werden können, geeignete Massnahmen für die Prävention zu entwickeln. Dafür ist es lohnenswert die systemische Prävention nach Martin Hafén (2007b) beizuziehen.

## 4 Wie wird Prävention geplant und realisiert?

Die Analyse der Gesundheitssituation anhand eines Modells der systemischen Prävention im letzten Kapitel hat gezeigt, dass eine enorme Vielzahl von Einflussfaktoren auf die Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte besteht. Diese Einflussfaktoren eröffnen ein kaum zu erfassendes Feld an Handlungsmöglichkeiten und es ist notwendig, nicht nur für die Analyse, sondern auch für die Planung der methodischen Zugänge einige Klassifizierungen vorzunehmen. In diesem Kapitel wird – gestützt auf die systemische Prävention nach Martin Hafen (2007a + b) – die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention als hilfreiches Mittel für die Strukturierung der Massnahmen vorgestellt. Weiter sollen Faktoren der Zielgruppenbestimmung und Zielgruppenerreichung, verschiedene methodische Möglichkeiten für die konkrete Kontaktgestaltung mit der Zielgruppe sowie wesentliche Rahmenbedingungen, welche es in der Prävention zu beachten gilt, dargelegt werden. Dabei werden neben der systemischen Prävention nach Hafen auch andere Betrachtungsweisen und Fachliteratur aus den Bereichen Gesundheitsförderung, sozialraumorientierte und frauenspezifische Arbeit sowie Integrale Projektmethodik beigezogen. Mit dieser theoretischen Darstellung soll es später möglich sein, die gesundheitsfördernden Massnahmen für Frauen mit Migrationsgeschichte zu konkretisieren und somit mögliche Handlungsfelder für die soziokulturelle Animation zu benennen. Für einen Überblick über dieses Kapitel kann das Modell der Einflussfaktorenanalyse in der systemischen Prävention mit einem Modell geeigneter Präventionsmassnahmen ergänzt werden.

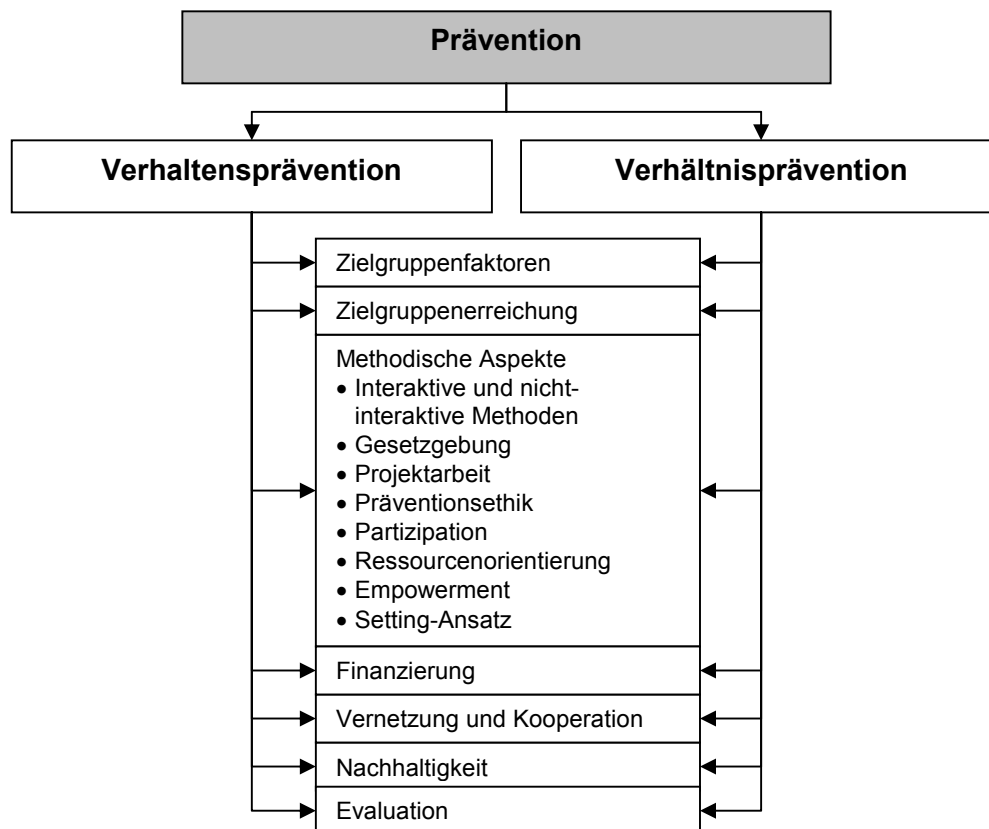


Abbildung 4: Modell geeigneter Präventionsmassnahmen (eigene Darstellung in Anlehnung an Hafen, 2007b)

## 4.1 SYSTEMREFERENZ: VERHALTENS- UND VERHÄLTNISPRÄVENTION

Bei der Verhaltens- und Verhältnisprävention wird zwischen Massnahmen unterschieden, welche entweder Personen, bei denen ein gesundheitliches Problem gehäuft auftritt, oder soziale Systeme in der Umwelt dieser Personen erreichen sollen. Unter der Berücksichtigung der operativen Geschlossenheit von Systemen und deren unterschiedlichen Konstruktionen der Wirklichkeit versucht die Verhaltensprävention einzelne psychische Systeme so zu irritieren, dass sie eigenständig die gewünschten Anpassungsleistungen, von denen eine präventive Wirkung erwartet wird, vornehmen. Bei der Verhältnisprävention geht es unter der Annahme, dass auch soziale Systeme in der Umwelt des psychischen Systems einen Einfluss auf die Gesundheitssituation haben, um die Veränderung von strukturellen Bedingungen in ebendiesen sozialen Systemen. Verhältnisprävention geschieht demnach häufig in Form von Beratung in einem organisierten Setting, welches ein geschlossenes soziales System bildet (Schule, Spital, Firma), während die Verhaltensprävention momentan eher mit Information von Individuen durch Broschüren, Plakate, Kurse und Veranstaltungen die psychischen Systeme zu irritieren versucht. Letztlich geht es immer um die Irritation von psychischen Systemen, selbst wenn strukturelle Bedingungen verändert werden sollen, denn diese werden von Personen entschieden und organisiert (Hafen, 2007b, S. 183-202).

Die Analyse der Einflussfaktoren auf die Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte macht deutlich, dass für eine umfassende Verhältnisprävention gesellschaftliche Strukturen verändert werden müssen. Bei der Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte wird sich in Kapitel 5 daher die Frage stellen, wie zusätzlich zu verhaltenspräventiven Massnahmen die notwendigen gesellschaftsstrukturellen Veränderungen erzeugt werden können.

## 4.2 BESTIMMUNG UND ERREICHUNG DER ZIELGRUPPEN

Mit der systemischen Sichtweise der Prävention wird ersichtlich, dass es die Prävention mit einer unüberblickbaren Zahl von Möglichkeiten zu tun hat, was ihre Evaluation und in der Folge auch ihre Legitimation erheblich erschwert. Die genaue Bestimmung der Zielgruppe ist gemäss Martin Hafen ein weiterer Schritt in der Professionalisierung der Prävention. Zudem trage dieses Vorgehen der Gegebenheit Rechnung, dass die psychischen Systeme sich wenig bis sehr stark unterscheiden und sich dazu noch in den unterschiedlichsten sozialen Systemen bewegen. Ist die Zielgruppe einmal bestimmt, so können mit dem Ziel einer erhöhten Wirkung und einem effizienten Vorgehen auch die Möglichkeiten der Zielgruppenerreichung entsprechend angepasst werden. (Hafen, 2007b, S. 292f)

### 4.2.1 Zielgruppenfaktoren

Ausgehend von der unter 3.1.1 vorgenommenen Differenzierung zwischen den Zielpersonen, bei denen ein Problem gehäuft auftritt, und den Zielgruppen, nach denen sich eine präventive Massnahme richtet, müssen vorerst die Zielpersonen und die zentralen Einflussfaktoren auf deren Gesundheit bestimmt werden, bevor entschieden werden kann, welche Zielgruppen es zu erreichen

gilt. Obwohl die Frauen mit Migrationsgeschichte als Zielpersonen in dieser Arbeit bereits unter 3.1.3 bestimmt wurden, werden hier – mit dem Ziel der Anwendung dieser Instrumente für andere Zielpersonen in der Prävention – die vier zentralen Faktoren, welche bei der Auswahl der Zielpersonen berücksichtigt werden sollten, nach Hafén (2007b, S. 293 - 317) dargestellt. Es ist anzunehmen, dass sich Hafén mit den Zielgruppenfaktoren vor allem auf die Zielpersonen, bei denen ein Problem in gehäufte Form auftritt, bezieht. In einem zweiten Schritt wird deshalb aufgezeigt, wie sich die Zielpersonenfaktoren der Verhaltensprävention von den Zielgruppenfaktoren der Verhältnisprävention unterscheiden.

- Alter:

Das Alter ist insofern bedeutend, als in bestimmten Lebensphasen und deren Übergängen unterschiedliche Anpassungsleistungen von einem psychischen System gefordert werden können, welche in gehäufte Form Krisen verursachen, welche wiederum als Belastungsfaktoren wahrgenommen werden können. (Hafén, 2007b, S. 302)

- Geschlecht:

Obwohl die gesellschaftlich konstruierte Differenz zwischen Mann und Frau in der Geschlechterforschung und gemäss Hafén auch in der soziologischen Systemtheorie bezüglich den Funktionssystemen keine Rolle spielt, ist die Unterscheidung bei den präventiven Massnahmen dennoch von besonderer Bedeutung, da aufgrund des Geschlechts unterschiedliche Erwartungen an eine Person gestellt werden und somit ihre Inklusionschancen in bedeutende soziale Systeme unterschiedlich ausfallen können. (ebd., S. 310ff)

- Ethnische Zugehörigkeit (Migrationshintergrund):

Wenn Hafén von ethnischer Zugehörigkeit spricht, so bezieht er sich in erster Linie auf die Migrationsbevölkerung hinsichtlich der Sozialisation in deren Herkunftsgebieten und macht gleichzeitig darauf aufmerksam, dass sich die Gesundheitssituation von Personen mit Migrationshintergrund wie bereits erwähnt von denen ohne Migrationshintergrund zum Teil bedeutend unterscheidet. Diese Differenz macht eine Berücksichtigung des Migrationshintergrundes als Zielgruppenfaktor in der Prävention notwendig. (ebd., S. 312)

- Sozioökonomische Unterschiede:

Die sozioökonomischen Unterschiede, welche sich auf die Bildungsabschlüsse, die Arbeit und die Einkommensverhältnisse beziehen, sind entscheidend für die Inklusion in bedeutende soziale Systeme und ein massgeblicher und empirisch nachgewiesener Einflussfaktor auf die Gesundheitssituation. (ebd., S. 318)

Mit der Bestimmung der erwachsenen Frauen mit Migrationsgeschichte als Zielpersonen der Prävention wurden bereits drei wichtige Faktoren der Zielpersonenbestimmung einbezogen: Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit resp. Migrationshintergrund. Aufgrund der Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse soll entschieden werden, welche Zielgruppen es für die Prävention von Frauen mit Migrationsgeschichte zu erreichen gilt.

In Ergänzung an die Zielpersonenfaktoren von Hafén wird hier davon ausgegangen, dass in der umfassenden Prävention anhand einer Problemlage gleichzeitig mehrere Zielgruppen unterschiedlich angesprochen werden können. Diese Möglichkeit bezieht sich auf die Verhältnisprävention. Wie die Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse zeigte, beeinflussen mehrere Faktoren in den Verhältnissen der Umwelt eines psychischen Systems dessen Gesundheit. Es kann durchaus vorkommen, dass die Gruppe, bei der ein Problem in gehäufte Form in Erscheinung tritt, nach der Gesundheitssituationsanalyse nicht zwangsläufig als primäre Zielgruppe bestimmt wird.

Die Bestimmung der Zielgruppe in der Verhältnisprävention ist folglich nicht nach den zentralen Zielpersonenfaktoren nach Hafén auszurichten, sondern nach der Funktion, welche ein soziales System in der Umwelt eines psychischen Systems erfüllt, sowie den Handlungs- und Einflussmöglichkeiten des sozialen Systems. So muss den Fragen nachgegangen werden, nach welchen Kriterien die Zielpersonen in das soziale System inkludiert oder exkludiert werden, wie die Machtverhältnisse innerhalb des sozialen Systems verteilt sind und ob das soziale System ein Interesse an einer präventiven Veränderung haben könnte. Folgende Darstellung zeigt, wie sich die Zielgruppenfaktoren der Verhältnisprävention von den Zielpersonenfaktoren der Verhaltensprävention unterscheiden:

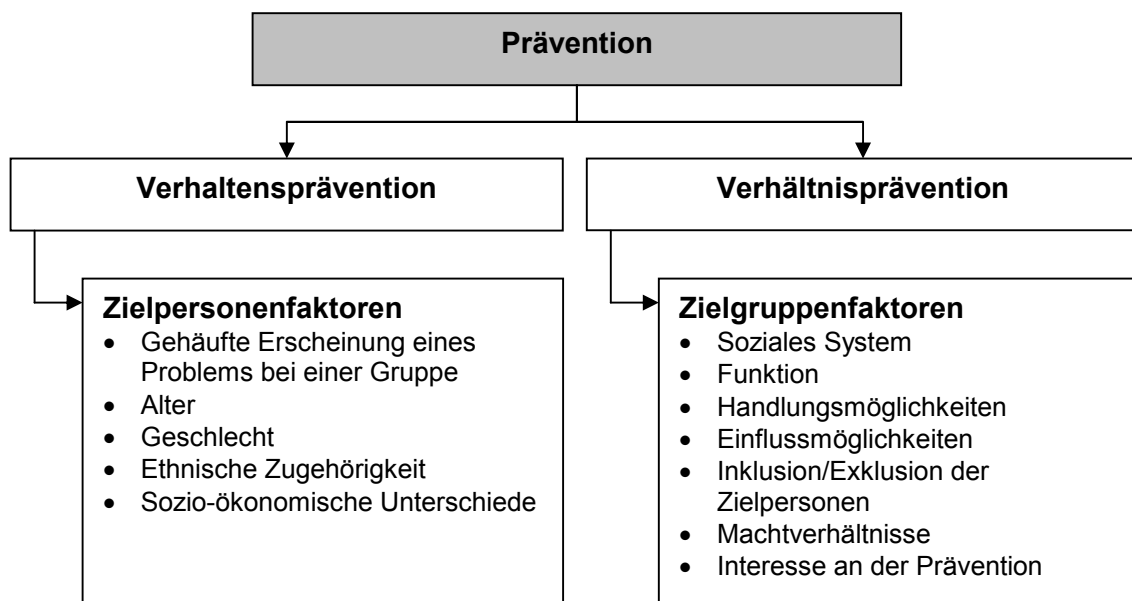


Abbildung 5: Zielgruppenfaktoren der Verhaltens- und Verhältnisprävention (eigene Darstellung in Anlehnung an Hafén, 2007b)

#### 4.2.2 Zielgruppenerreichung

Für die Zielgruppenerreichung ist entscheidend, ob die Personen, bei denen ein Problem gehäuft festgestellt werden kann (Zielpersonen), oder in soziale Systeme inkludierte Personen aus der Umwelt der Zielpersonen erreicht werden sollen. Wie wir bereits gesehen haben, geht es auch bei der Erreichung von sozialen Systemen letztlich um psychische Systeme, welche im betreffenden sozialen System inkludiert sind.

Eine wirkungsvolle Strategie der Zielgruppenerreichung ist der Zugang über eine Schlüsselperson, die durch ihre Rolle die Tür zur gewünschten Zielgruppe sowohl in der Verhaltens-, wie auch in der Verhältnisprävention öffnen kann. So können beispielsweise eine Person, die in ihrem Freundeskreis eine leitende Rolle innehat, eine beratende Person, die auf der Beratungsstelle Vertrauensbeziehungen aufbaut, eine leitende Person eines Quartierzentrums oder eine Person aus der Politik, die weitere Personen sowie die Öffentlichkeit für ein Anliegen sensibilisieren kann, die Rolle einer Schlüsselperson einnehmen.

Martin Hafen teilt diese Schlüsselpersonen in Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie in Mediatorinnen und Mediatoren auf. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können in der Prävention dazu beitragen, dass Informationen an möglichst viele Personen gelangen. Mediatorinnen und Mediatoren hingegen sind primär für die möglichst unverfälschte Vermittlung der Information und für die Vermittlung im Falle von Missverständnissen und Konflikten zuständig. Ihnen kommt eher eine erklärende Funktion zu. (Hafen, 2007b, S. 271)

In Anlehnung an Martin Hafen wurden hier folgende Fragen formuliert, die beim Einsatz von Schlüsselpersonen geklärt werden müssen:

- Welche soziale Stellung hat die Schlüsselperson in der Gruppe der Zielpersonen oder innerhalb des sozialen Systems?
- Ist die Schlüsselperson motiviert, die ihr zuge dachte Rolle zu übernehmen?
- Wie könnte sich allenfalls ihre Stellung verändern, wenn sie die Rolle der Schlüsselperson übernimmt?
- Welches Wissen und welche Kompetenzen hat die Schlüsselperson und wie könnte ihr zusätzlich benötigtes Wissen und erforderliche Kompetenzen vermittelt werden?

Hafen zeigt zudem auf, dass Schlüsselpersonen, welche aufgrund ihrer Herkunft einer ethnischen Gruppe angehören, über spezifisches Wissen verfügen, welches für ihre Rolle von bedeutender Wichtigkeit ist:

*„Ihre Kenntnis des Wohnlandes [Herkunftsgebiet] und der jeweiligen Zielgruppe sowie deren Traditionen und Erwartungen eröffnet diesen Personen als Mediatorinnen [und Mediatoren] oder Multiplikatoren [und Multiplikatorinnen] andere Kommunikationsmöglichkeiten, als einer Fachperson, welche die ethnischen Besonderheiten einer Zielgruppe bestenfalls aus Büchern kennt und ihre Sprache nicht oder nur ansatzweise spricht.“*  
(Hafen, 2007b, S. 316)

In Anlehnung an Hafens (2007b, S. 313) kann davon ausgegangen werden, dass jedes soziale System eine eigene Kultur hat, unabhängig vom Migrationshintergrund. Demzufolge kann die Rolle einer Schlüsselperson als Expertin für ein Herkunftsgebiet auch auf soziale Systeme wie Spitaler, Schulen oder Firmen übertragen werden. Soll beispielsweise das Pflegepersonal im Spital für die Lebenswirklichkeiten von Menschen mit Migrationshintergrund sensibilisiert werden, so macht es durchaus Sinn, für die Entwicklung und Durchführung der präventiven Massnahme Schlüsselpersonen aus dem Pflegepersonal einzubeziehen.

Fassen wir also zusammen: Die Zielgruppenerreichung ist ein entscheidender Schritt für eine wirkungsvolle Prävention. Zielgruppen werden anhand der Belastungs- und Schutzfaktoren im Handlungsbereich eines psychischen Systems (Verhaltensprävention) und in den sozialen Systemen in der Umwelt eines psychischen Systems (Verhältnisprävention) bestimmt.

Zielgruppen können über

- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- Mediatorinnen und Mediatoren,
- Organisationen,
- Gruppen und
- Information (mündlich oder schriftlich)

erreicht werden. Dem Aspekt, dass es sich bei einer Zielgruppe letztlich immer um psychische Systeme handelt, die über die Wahrnehmung und die Kommunikation in einem komplexen Verhältnis in entsprechende soziale Systeme inkludiert sind, ist bei der Zielgruppenerreichung Rechnung zu tragen.

### 4.3 METHODISCHE ANSÄTZE

Betrachten wir die Vielzahl von Belastungs- und Schutzfaktoren, so wird klar, dass die Verringerung von Belastungsfaktoren und die Förderung von Schutzfaktoren ebenso eine Vielzahl an präventiven Massnahmen beinhalten kann und eine Übersicht über die zentralen Methoden<sup>22</sup> notwendig ist. Im Folgenden werden sowohl die methodischen Aspekte von Martin Hafén (2007b, S. 243-291) als auch weitere Ansätze aus der Praxis zuerst in der Übersicht und anschliessend im Detail dargestellt.

Methoden beschreiben den Weg zu einem Ziel hin. Weil in dieser Arbeit nicht von der Verhinderung einer einzigen spezifischen Krankheit, sondern von einer Zielgruppe, bei der verschiedene gesundheitliche Probleme gehäuft auftreten, ausgegangen wird, gibt es unzählige Wege zum Ziel der Prävention (Verminderung von Belastungsfaktoren und Schutzfaktorendefizite), welche sowohl alleine als auch in Kombination begangen werden können. Bei der Auswahl des Vorgehens ist die Frage nach der höchsten Wirkungseffektivität massgeblich. Auf der Suche nach dem geeigneten Vorgehen soll in wohlwollender Bescheidenheit bedacht werden, dass aufgrund der operativen Geschlossenheit der psychischen und sozialen Systeme von einer relativen, nicht kalkulierbaren Erfolgswahrscheinlichkeit ausgegangen werden muss (Hafén, 2007b, S. 243). Folgende Möglichkeiten können die Art und Weise des Vorgehens in der Prävention bestimmen und werden im Anschluss an die Aufzählung präzisiert:

- Interaktion:  
Wird unter physischer Anwesenheit der Zielgruppe kommuniziert?

---

<sup>22</sup> Nach Duden bedeutet der Begriff ‚Methode‘ entsprechend dem griechischen Wort ‚méthodos‘ ‚der Weg zu etwas hin‘, also die ‚Art und Weise eines Vorgehens‘. Deutsches Universalwörterbuch (2003, S. 1075). Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.

- Nicht-Interaktion:  
Wird unter physischer Abwesenheit der Zielgruppe kommuniziert (Medienkampagnen, Plakate, Informationstexte)?
- Gesetzgebung:  
Können die gewünschten Veränderungen in der Gesetzgebung wirkungsvoll verankert werden?
- Projektarbeit:  
Soll primär mit zeitlich befristeten Vorhaben auf sich veränderte Umstände flexibel reagiert oder längerfristige Strukturen geschaffen werden?
- Präventionsethik:  
Welche Werte sollen verhandelt werden können?
- Partizipation:  
Wer kann zu welchem Grad bei der Gestaltung der Prävention mitwirken?
- Empowerment:  
Wer sind die Expertinnen oder Experten?
- Ressourcenorientierung:  
Welche bestehenden oder ungenutzten Ressourcen sind bei der Zielgruppe vorhanden?
- Setting-Ansatz:  
In welchem Lebensbereich soll die Zielgruppe erreicht werden?
- Vernetzung und Kooperation:  
Mit welchen psychischen und sozialen Systemen ist eine Zusammenarbeit wirkungsvoll?
- Finanzierung:  
Wie soll und kann die Prävention finanziert werden?
- Evaluation:  
Welche Ziele können wie gemessen werden?
- Nachhaltigkeit:  
Wie können die Angebote der Prävention längerfristig verankert werden?

### 4.3.1 Grundsätzliches Vorgehen

Zusätzlich zu der Entscheidung, ob sich die präventiven Massnahmen direkt an die Personen richten, bei denen ein Problem gehäuft auftritt (Verhaltensprävention), oder an soziale Systeme in der Umwelt der Personen (Verhältnisprävention), gilt es den Fragen nachzugehen, ob vor allem mit interaktiven oder mit nicht-interaktiven Methoden gearbeitet werden soll, ob Gesetzgebungen eine präventive Wirkung erzeugen können und ob die Projektarbeit eine angebrachte Methode darstellt.

#### *INTERAKTION*

Martin Hafen (2007b, S. 20) übernimmt die Definition der Interaktion von der Systemtheorie von Niklas Luhmann, nach der Interaktion nur dann gegeben ist, wenn die kommunizierenden Personen physisch anwesend sind. Hafen schliesst daraus, dass interaktive Prävention nur unter der „Bedingung wechselseitiger Wahrnehmbarkeit“ der Beteiligten geschehen kann. Sie hat den Vorteil, dass – ausgehend von der operativen Geschlossenheit eines psychischen Systems – direkt bei der



adressierten Person nachgefragt werden kann, ob und wie sie die Information verstanden hat. Zudem können in Gesprächen, Beratungen, Rollenspielen und Life-Skill-Trainings die Reaktionen auf die Information beobachtet und gegebenenfalls Anpassungsleistungen vollzogen werden, so dass die Information noch klarer von der adressierten Person verstanden werden kann. (Hafen, 2007b, S. 244–247)

### *NICHT-INTERAKTION*

Als Ergänzung zur interaktiven Prävention können nicht-interaktive Methoden wie Plakat- und Medienkampagnen, Warnhinweise auf Konsumgütern oder Informationsbroschüren eingesetzt werden. Nicht-interaktive Methoden sind „sehr viel weniger zeit- und personalintensiv“ da eine grosse Anzahl Personen gleichzeitig erreicht werden kann. Jedoch belegten Anneke Bühler und Christoph Kröger (2006, S. 66, zit. in Hafen, 2007b, S. 244) in ihrer Untersuchung die „weitgehende Wirkungslosigkeit“ von isolierten nicht-interaktiven Kampagnen. Gemäss Hafen (2007b, S. 244) wird in der Prävention seit einigen Jahren vermehrt erkannt, „dass interaktive Prävention wirkungsvoller ist als nicht-interaktive“. (Hafen, 2007b, S. 244-246)

### *GESETZGEBUNG*

Eine weitere Möglichkeit der Prävention sind nach Hafen (2007b, S. 242) gesetzliche Massnahmen. So können beispielsweise Werbeverbote für Suchtmittel, Konsumationsverbote, Altersbeschränkungen oder auch Bestimmungen in der Bildungs-, Sozial- und Wirtschaftspolitik gesetzlich verankert werden. Hafen macht jedoch darauf aufmerksam, dass viele Verbote in der Prävention kaum durchsetzbar sind (z. B. Hanfverbot) und daher unglaubwürdig sind und kaum Wirkung erzielen. Er kommt zum Schluss, dass gesetzliche Massnahmen sich eher auf die gesamtgesellschaftliche Ebene beziehen sollen, etwa in Form eines Präventionsgesetzes.

### *PROJEKTARBEIT*

In einer sich rasch verändernden Gesellschaft kann die Methode der Projektarbeit ein Mittel sein, die Prävention flexibel und unmittelbar dem Kontext anzupassen (Hafen, 2007b, S. 281). Nach Alex Willener (2007, S. 33) ist ein Projekt „ein grösseres, zeitlich befristetes, neuartiges Vorhaben, welches interdisziplinär und/oder interorganisationell gelöst wird und dessen Zielsetzung aus einer klar definierten Aufgabenstellung oder einem ausgewiesenen Handlungsbedarf abgeleitet wird“.

Weil bei einem Projekt die Neukonzipierung und die Geldmittelbeschaffung erheblichen Aufwand bedeuten, sollte vor oder während des Projektes entschieden werden, ob die Massnahme zeitlich unbefristet und fest verankert werden soll und kann. Zudem ist besonders in der interaktiven Prävention der Aufbau von Vertrauensbeziehungen mit Personen der Zielgruppe eine Ressource, welche auch nach dem Ende eines Projektes erhalten und weiter genutzt werden sollte. Auch eine fest verankerte Prävention kann in ihrer Struktur so geschaffen sein, dass flexible Anpassungsleistungen möglich bleiben. Hafen fordert ausserdem für eine effiziente Ressourcennutzung, dass Projekte in Präventionsprogramme zusammengefasst werden sollten, anstatt finanzielle Unterstützung an einzelne Projekte zu vergeben (2007b, S. 319f).

### 4.3.2 Konkrete Kontaktgestaltung

Für die konkrete Ausgestaltung des Kontaktes mit der Zielgruppe werden sowohl von Martin Hafen (2007b) als auch von Fachpersonen aus der Integralen Projektmethodik sowie aus der geschlechtsspezifischen Präventionsarbeit verschiedene Vorgehensweisen empfohlen. Es gilt sich mit Fragen der Ethik auseinanderzusetzen, sich über die Möglichkeiten der Partizipation der Zielgruppe und zur eigenen (Experten-)Rolle in Bezug auf den Empowermentansatz bewusst zu werden sowie sich Gedanken zu den Ressourcen der Zielgruppe und ihren möglichen Settings zu machen.

#### PRÄVENTIONSETHIK

Die systemische Sichtweise und auch die Erfahrungen der Praxis in einer pluralisierten Gesellschaft machen deutlich, dass in der Prävention nicht von allgemeingültigen Werten ausgegangen werden kann. Moralisierende Informationen können eine Person abwerten und kaum die gewünschte Wirkung zeigen, was aber nicht heißen soll, dass Prävention frei von Werten sein muss. Vielmehr sollte die Diskussion und kontextbezogene Vereinbarung über geltende Werte als Methode in die Prävention eingeplant und Werte mit Offenheit immer wieder kritisch reflektiert werden. Dies gilt nicht nur aber besonders in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund. Hafen nennt die kritische Reflexion von Werten „Präventionsethik“. (Hafen, 2007b, S. 255f)

#### PARTIZIPATION

Der Begriff Partizipation hat seinen Ursprung in politischen Beteiligungsprozessen, bei denen es darum geht im Sinne einer Demokratisierung die Öffentlichkeit zum Beispiel in Form von Mitsprache einzelner Interessensgruppen an politischen Entscheidungen teilhaben und teilnehmen zu lassen (Moser, Heinz et al., 1999, S. 109). Annette Hug (2007, S. 60f) schildert, wie die Partizipation auch ein wirkungsvolles Mittel in der Organisationsentwicklung, der Betriebswirtschaft und der Entwicklungszusammenarbeit geworden ist, da durch die Beteiligung der Betroffenen die Motivation und Identifikation mit dem Vorhaben gefördert sowie bessere Entscheidungen gefällt werden. Sowohl Hug (2007, S. 61) als auch Hafen (2007b, S. 269) warnen aber vor einer „Pseudopartizipation“, bei der die Betroffenen zwar angehört werden, aber über keine Entscheidungsmacht verfügen. Maria Lüttringhaus (2000, S. 63) stellt in einer einfachen Darstellung das Zusammenspiel komplexer Machtverhältnisse in der Partizipation auf. Sie konnte anhand von Fallstudien belegen, dass nicht nur das Angebot der Partizipation sondern auch objektiv-strukturelle und subjektive Grundlagen entscheidend für die Teilhabe und Teilnahme sind. Die wichtigsten Determinanten politischer Partizipation und die vier Partizipationsstufen sind hier in einer Tabelle dargestellt:

Objektiv-strukturelle Grundlagen	Entscheidungssituation	Subjektive Grundlagen
Betroffenheit Zeit Ökonomische Ressourcen Kommunikationssystem Milieu	<b>4. Selbstverwaltung</b>	Selbst-, Sozial-, Personen- und Systemvertrauen Sozial- und Bildungspotential Räumliche Identität Interesse
	<b>3. Mitentscheid</b> ↑	
	<b>2. Mitwirkung</b> ↑	
	<b>1. Information</b> ↑	

Tabelle 3: Determinanten politischer Partizipation nach Maria Lüttringhaus (2000, S. 63)

Es liegt auf der Hand, dass auch in der Prävention partizipative Strukturen die Erfolgswahrscheinlichkeit erhöhen können. Hafen (2007b, S. 269) bestätigt aus systemtheoretischer Sicht, dass durch die direkte Beteiligung der operativ geschlossenen Systeme Widerstände verringert und die Bereitschaft zu Anpassungsleistungen erhöht werden können. Um bestehende ungleiche Machtstrukturen nicht zu stabilisieren sowie die mitwirkungswilligen Beteiligten nicht zu frustrieren und damit die Schwelle für zukünftige Partizipation nicht zu erhöhen, fordert Hug (2007, S. 68) eine fundierte und transparente Analyse der Mitwirkungsmöglichkeiten bei jedem Vorhaben. Es gilt zu bestimmen, „wer, wann, wie und wozu partizipiert“ (ebd., S. 68). Um die Partizipation zu fördern, braucht es „aktive und aktivierende politisch-strukturelle Antworten, die identitätsbildend sind und das Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl sowie das Systemvertrauen stärken“ (Lüttringhaus, 2000, S. 70). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Partizipation gleichzeitig die Erfolgswahrscheinlichkeit von Vorhaben aller Art erhöht sowie demokratische Strukturen und damit auch unser Gesellschaftssystem erhalten und sichern kann.

### **EMPOWERMENT UND RESSOURCENORIENTIERUNG**

Das Konzept des Empowerment ist ein wichtiges Mittel für die Förderung der Partizipation. Es hat seinen Ursprung in der amerikanischen Gemeindepsychologie und „hat in den letzten Jahrzehnten auch Eingang in die Diskussion um die Gesundheitsförderung gefunden“ (Stark, Wolfgang, 2004, S. 28). Edith Leibundgut-Fischer und Salome Von Greyerz (2007, S. 32) sehen den Ansatz des Empowerment in direkter Verbindung mit der Ottawa-Charta, in der die Selbstbestimmung der Menschen über ihre Gesundheit als Kernziel formuliert wurde. Sie gehen von folgender Begriffsdefinition aus:

*„Mit Empowerment bezeichnet man Strategien und Massnahmen, die geeignet sind, das Mass an Selbstbestimmung und Autonomie im Leben der Menschen zu erhöhen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Belange (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortet und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten. Empowerment bezeichnet dabei sowohl den Prozess der Selbstermächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen.“ (Leibundgut-Fischer, Edith & Von Greyerz, Salome, 2007, S. 32)*

Leibundgut-Fischer und Von Greyerz (2007, S. 32) gehen davon aus, dass Empowerment eine andere Grundhaltung von Fachleuten der Prävention erfordert. Sie müssen auf die Rolle der Expertin oder des Experten verzichten und sich stattdessen an einer Grundhaltung des Vertrauens in die Selbsthilfefähigkeiten der Zielgruppen orientieren (ebd., S. 32). Dabei gilt die Frage nach den Bedingungen, „welche Empowerment fördern oder behindern“, als zentrale Ausgangslage für die Entwicklung von Unterstützungsmassnahmen (Stark, 2004, S. 29).

*„GesundheitsförderInnen können für deren Entdeckung [der Handlungsfähigkeit der Zielgruppe] im Alltag sensibel werden und sie gezielt fördern – durch Bereitstellung von instrumentellen Hilfen (Räume, Finanzen etc.), gegebenenfalls durch Beratung von Personen, Gruppen oder Organisationen oder durch sozialpolitische Einflussnahme.“ (Stark, 2004, S. 29)*

Laut Hafen ist die Haltung des Empowerments ein notwendiger Ansatz in der systemischen Prävention, denn die psychischen und sozialen Systeme können sich aufgrund ihrer operativen Geschlossenheit „nur selbst empoweren“ und sie tun dies „allein auf der Basis ihrer bisherigen Entwicklung (ihrer Strukturen)“ (Hafen, 2007b, S. 260).

Der Begriff der Ressourcenorientierung findet in der Prävention häufige Verwendung und entspricht teilweise dem Ansatz des Empowerment, weshalb er hier in Ergänzung zu 3.3.2 nochmals detaillierter in Bezug auf die methodische Ausgestaltung der Prävention dargestellt werden soll. Bei der Ressourcenorientierung wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen über Ressourcen verfügen, welche ihnen die Bewältigung von Problemen ermöglichen. Wie erwähnt, gibt es beim Einbezug der Ressourcen in die Migrationsforschung viele Parallelen zu den Schutzfaktoren der systemischen Prävention. Hafen weist darauf hin, dass die Ressourcenorientierung vor allem auf der methodischen Ebene von Bedeutung ist, da auf der theoretischen Ebene „schlicht alles eine Ressource“ sein kann (2007b, S. 263 + S. 266f).

Stefan Bestmann und Gaby Strassburger (2008, S. 20) empfehlen, im Sinne einer Ressourcenorientierung die vorhandenen Ressourcen aus der Sicht der Betroffenen direkt für die Lösung des Problems einzubeziehen. Dabei betonen sie wie Hafen (2007b, S. 265) die Konstruktion der Ressourcen. Was eine Ressource ist, entscheiden die Betroffenen selbst und es kann durchaus sein, dass in der Betrachtung einer Fachperson für Prävention ein Problem definiert wird, dass für die Betroffenen eine Ressource darstellt. So kann zum Beispiel der starke familiäre Zusammenhalt in einer Familie mit Migrationshintergrund von einer aussenstehenden Person als sozialer Druck und Kontrolle problematisierend gedeutet werden, während er für die Familienmitglieder Geborgenheit und Schutz bedeutet. (Bestmann & Strassburger, 2008, S. 20-26)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Empowerment und die Ressourcenorientierung in der systemischen Prävention die Erfolgswahrscheinlichkeit erhöhen können, weil sie der systemtheoretischen Erkenntnis der operativen Geschlossenheit von Systemen Rechnung tragen, indem sie die Betroffenen zu Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt machen. Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass sich der Ansatz des Empowerments und in der Folge auch die Ressourcenorientierung positiv auf die Selbstkompetenz der Beteiligten auswirkt. „Das Selbstwert- und Kohärenzgefühl wird verbessert, was wiederum die Bereitschaft verstärkt, aktiv die eigene Welt mitzugestalten“ (Geryerz von & Leibundgut-Fischer, 2007, S. 32).

### **SETTING-ANSATZ**

Der spezifisch in der Prävention verwendete Setting-Ansatz fasst verschiedene Begriffe wie Sozialraumorientierung, Gemeindeorientierung, Stadtteilarbeit<sup>23</sup> und Community medicine zusammen. Er „basiert auf der Erkenntnis, dass in der örtlichen Umgebung eines Menschen“ sowohl die wesentlichen Belastungs- als auch die Schutzfaktoren zu suchen sind. (Trojan, Alf, 2004, S. 43)

Hans Günther Homfeldt und Stephan Sting (2006, S. 185) begründen den Setting-Ansatz mit dem Belastungsfaktor der sozialen Ausgrenzung, welche sowohl in Netzwerken als auch in benach-

---

<sup>23</sup> Weitere Informationen siehe auch: [www.stadtteilarbeit.de](http://www.stadtteilarbeit.de), [www.sozialestadt.de](http://www.sozialestadt.de).

teiligten Stadtteilen in Erscheinung treten kann, wobei zusätzlich zu den nachbarschaftlichen auch familiäre, informelle, berufliche und öffentliche Beziehungsnetze dem Begriff Netzwerke zuzuordnen sind.

*„Gesundheitsförderung im Gemeinwesen setzt am Stadtteil, dem überschaubaren, fassbaren und veränderbaren Lebensort an; seine strukturellen Beschränkungen und Beeinträchtigungen müssen in einem kooperativen und interaktiven Prozess wahrgenommen werden. Gemeinsam werden anschliessend Wege einer partizipativen, selbstbestimmten Verbesserung der Lebensqualität erarbeitet.“ (Homfeldt & Sting, 2006, S. 190)*

Wie bei der Ressourcenorientierung und dem Empowerment setzt auch der Setting-Ansatz bei der „Selbstbestimmung der Betroffenen und der sozialen Partizipation“ an (ebd., S. 185). Es geht also nicht primär darum, gesundheitsrelevantes Wissen zu vermitteln, sondern die Menschen da aufzusuchen, wo sie leben und sie dort zu unterstützen, die Lebensqualität zu verbessern. Trojan (2004, S. 44) empfiehlt, den Sozialraum als zusätzlichen Zielgruppenfaktor in der Prävention einzubeziehen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aufgrund des Setting-Ansatzes in der Verhaltensprävention eine stadtteilbezogene Zielgruppenerreichung und zugleich in der Verhältnisprävention problematische Lebensbedingungen im betreffenden Stadtteil mit der Zielgruppe angegangen werden sollen. Oder mit anderen Worten: die Verhältnisprävention wird direkt mit den Zielpersonen selbst realisiert, wobei letztere in ihren Ressourcen und Kompetenzen gestärkt werden, was folglich auch der Verhaltensprävention zugeordnet werden kann.

### 4.3.3 Rahmenbedingungen

Bei der Entwicklung von präventiven Massnahmen kann die Berücksichtigung von weiteren Rahmenbedingungen auch zu den Methoden – dem Weg hin zu einer präventiven Wirkung – gezählt werden. So gelten bereits vor und während der Durchführung der Massnahme die Vernetzung mit weiteren Fachpersonen, die Finanzierungsstrategien sowie Gedanken zur Evaluation und zur Nachhaltigkeit zu den zentralen Faktoren des Gelingens.

#### **VERNETZUNG UND KOOPERATION**

Die Notwendigkeit der Vernetzung und Kooperation bei der Entwicklung und Realisierung von Prävention zeigt sich aus mehreren Gründen. Aufgrund der hohen Komplexität ergeben sich Schnittstellen „zwischen dem Sozial- und Gesundheitsbereich“ sowie „Bezüge auch zum Arbeitsmarkt oder zu Integrationsbemühungen“ (Ernst, Marie-Louise, 2007, S. 38). Oder mit Blick auf die systemische Prävention formuliert: Will die Prävention mit ganzheitlichen Massnahmen auf Belastungs- und Schutzfaktoren der physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Bereichen reagieren können, muss sie mit sozialen Systemen zusammenarbeiten, welche über spezifisches Knowhow oder über Einflussmöglichkeiten verfügen. Margrit Brückner und Lotte Rose (2002, S. 62) weisen zudem darauf hin, dass der Zerfall von Sozialräumen „in immer kleinere ‚Inseln‘ ganz spezifisches Wissen von Fachpersonen verlange.

*„Und wo diese Inseln ein immer ausgefeilteres und hochkonzentriertes Spezialistentum entwickeln, entstehen neue Defizite und Begrenztheiten und damit die Notwendigkeit, zwischen den spezialisierten Systemen interdisziplinär zu vermitteln (...). Mehr denn je muss jedes Teilsystem in der Lage sein, sein Profil, seine Leistungen und Grenzen sehr genau zu sehen und sich die zur Lösung einer Aufgabe fehlenden Ressourcen durch Vernetzungen zielgenau zu holen.“ (Brückner & Rose, 2007, S. 62)*

Nebst dem Füllen von Wissenslücken und dem mehrdimensionalen Vorgehen bringt eine Vernetzung auch Vorteile für die Finanzierung der Prävention (Ernst, 2007, S. 38). Werden geographische Einzugsgebiete oder auch kleinere präventive Massnahmen zusammengeschlossen, kann die Legitimität wie auch die effiziente Ressourcennutzung erhöht werden (ebd., S. 38). Zudem weisen Stefan Bestmann und Gaby Strassburger darauf hin, dass Fachpersonen durch die Kenntnis weiterer Institutionen und Organisationen die Zielpersonen mit spezifischen Bedürfnissen professionell an die entsprechende Stelle vermitteln können (2008, S. 59).

Somit lohnt es sich, bereits bei der Entwicklung einer Präventionsmassnahme „im jeweiligen Feld Sondierungen, Vorgespräche und Abklärungen“ zu treffen und dabei gleichzeitig Kontakte zu knüpfen und gegebenenfalls weitere Mitwirkende zu engagieren (Willener, 2007, S. 70). Bei der konkreten Zusammenarbeit bilden die offene Kommunikation über persönliche und institutionelle Ziele und Interessen, eine „konstruktive Feedback-Kultur“ sowie eine gegenseitige Vertrauensebene die Basis für ein erfolgreiches Gelingen (ebd., S. 71). In einer verbindlichen transdisziplinären Kooperation verschiedener Fachpersonen müssen sich die Beteiligten auf einheitliche Ziele, Methoden und Begriffsdefinitionen einigen und mit einem „breiten Interesse, Offenheit und Neugier“ dem Wissen anderer begegnen (ebd., S. 77).

## **FINANZIERUNG**

Wie bereits erwähnt wird nur ein kleiner Prozentsatz der gesamten Kosten im Gesundheitswesen für die Prävention ausgegeben, obwohl die Wichtigkeit der Prävention von allen Seiten erkannt wird. Laut Martin Hafen (2007a, S. 90) sprechen auch die übermässigen „Behandlungs- und Folgekosten von vielen Krankheiten“ für eine verstärkte Investition in die Prävention. Werden alle Kosten einberechnet, welche eine Krankheit verursacht, so kann die Prävention tatsächlich kosteneffektiv sein und es gilt in der Prävention ebendiese Kosteneffektivität zu belegen (ebd., S. 90f). Karl W. Lauterbach, Evelyne Plamper und Stephanie Stock (2007, S. 376) unterschieden zwischen einer monetären Kosten-Nutzen-Analyse, welche die Kosten der Prävention mit denen der Behandlung der zu verhindernden Krankheit vergleicht, und einer Kosten-Effektivitäts-Analyse. Bei der Kosten-Effektivitäts-Analyse werden nicht die Kosten, sondern die Wirkung der Massnahmen erhoben. Dafür werden mindestens zwei verschiedene Massnahmen in Bezug auf eine Krankheit anhand ihrer Wirkung gemessen und verglichen.

Die Komplexität der Belastungs- und Schutzfaktoren, die operative Geschlossenheit von Systemen und die zeitlich grosse Verzögerung von der Prävention zum Auftreten einer Krankheit machen eine glaubwürdige Kosten-Effektivitäts-Analyse beinahe unmöglich. Für eine breitere Finanzierung der Prävention ist es naheliegender, wenn sie ihren Nutzen mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen

über die Zusammenhänge der Belastungs- und Schutzfaktoren und der statistisch erhobenen erhöhten Morbidität legitimiert (Hafen, 2007b, S. 151).

Martin Hafen (2007b, S. 173) macht darauf aufmerksam, dass längst nicht alle Einflussfaktoren „mit den zur Verfügung stehenden Mitteln beeinflussbar“ sind. Er zeigt auf, dass für die Durchführung von differenzierten Präventionsmassnahmen gesetzliche Rahmenbedingungen Voraussetzung sind und eine allumfassende Prävention aufgrund der komplexen Ursachen-Ketten wohl kaum realisierbar sein wird (ebd., S. 290). Deshalb ist es unabdingbar, „dass die Differenz von Wünschbarem und Machbarem laufend reflektiert werden muss“ und „das Nicht-Realisierte immer mit zu beobachten“ (ebd., S. 291).

Wenn eine präventive Massnahme finanziert werden soll, so bedarf sie neben einer fundierten und gut kommunizierten Begründung auch einer sorgfältig geplanten Finanzierungsstrategie, unabhängig davon, ob die Massnahme im Rahmen einer Institution oder aus verschiedenen Geldquellen finanziert wird. Die von Markus Kopp (2007, S. 277-294) empfohlenen Marketing-Strategien für Projektfinanzierungen können auch für Projekte und Massnahmen der Prävention beigezogen werden. Kopp zeigt auf, dass aufgrund einer grossen Anzahl sich konkurrenzierender Ideen eine Konkurrenzanalyse auch im Markt der Gesundheitsförderung durchaus Sinn machen kann. Für die Finanzierung durch die öffentliche Hand auf Bundes-, Kantons- oder Gemeindeebene oder durch Stiftungen, Vereine, nicht-staatliche Organisationen oder private TrägerInnen muss ein Antrag zusätzlich zu einer klaren Darlegung der Ziele und Strategien auch ein Liquiditätsplan (wann welcher Betrag benötigt wird), ein Finanzierungsplan (aus welchen Quellen die Beträge kommen) und ein Budget enthalten. Dabei lohnt es sich, die Gesetzgebungen, Statuten und Richtlinien der potentiellen Geldgebenden gut zu kennen und verschiedene auch nicht-finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Infrastruktur) vorzuschlagen sowie als Organisation mit einer Rechtsform regelmässigen Kontakt zu potentiellen Geldgebenden zu pflegen.

Stefan Bestmann und Gaby Strassburger (2008, S. 68) wenden am Beispiel der sozialraumorientierten Arbeit ein, dass eine Projektfinanzierung im Vergleich zur Regelfinanzierung wegen der zeitlichen Befristung problematisch ist.

*„Eine langfristig abgesicherte Finanzierung ist insbesondere notwendig, um personale Bindungen aufrechtzuerhalten. Das betrifft nicht nur die direkte Arbeit mit den Zielgruppen, also den Beziehungsaufbau, sondern auch das personengebundene Wissen um sozialräumliche Gegebenheiten und Ressourcen sowie Kontakte zu zentralen Schlüsselpersonen im Stadtteil.“ (Bestmann & Strassburger, 2008, S. 68)*

Bestmann und Strassburger kommen zum Schluss, dass eine längerfristige und sorgfältig geplante Finanzierung die „Achillesferse“ der von ihnen untersuchten Projekte ist. Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass vor allem in interaktiven Methoden mit den Zielpersonen der Prävention, trotz sich rasch wandelnden Umständen, eine längerfristige (Finanzierungs-)Perspektive die Teilnahmebereitschaft der Zielpersonen sowie die Ressourcen der Fachpersonen erhöht und somit auch die Wirkung der Prävention.

## EVALUATION

Wie bereits bei Gesichtspunkten der Finanzierung dargestellt, betont auch Hafén (2007b, S. 151) mit Bezug auf Alfred Uhl<sup>24</sup> (1998), dass eine Evaluation präventiver Massnahmen nicht deren Wirkung belegen könne, da durch die unüberschaubare Zahl an Einflussfaktoren auf eine Krankheit eine Wirkungsanalyse kaum und nur unvollständig zu realisieren sei. Die Legitimation präventiver Massnahmen müsse sich vielmehr auf empirische Forschungsanalysen stützen, welche den Zusammenhang zwischen den Problemen, den Belastungsfaktoren und den Schutzfaktoren nachweisen. Die Evaluation von präventiven Massnahmen dient folglich nicht primär als Wirkungsbeweis als vielmehr der Überprüfung einer effizienten Kostennutzung, gerade im Hinblick auf Geldgebende. (ebd., S. 151)

Für die Evaluation von präventiven Massnahmen muss bereits vor deren Ausführung bestimmt werden, wie die zu erreichenden Ziele evaluiert werden. So schlägt Alex Willener (2007, S. 171ff) in seinem Buch ‚Integrale Projektmethodik‘ vor, zwischen Fernziel, Hauptziel und Teilzielen zu unterscheiden. Ein Fernziel stellt dabei eine Vision dar, die mit dem geplanten Projekt nicht erreicht werden kann, aber richtungsweisend für das Hauptziel und die Teilziele ist. Die Teilziele werden erreichbar, wenn sie einen messbaren Ist-Zustand in der Zukunft beschreiben, dessen Erreichbarkeit mit den vorhandenen Mitteln als realistisch eingeschätzt wird. Dieses Vorgehen ermöglicht eine professionelle Evaluation.

In der Prävention müssen folglich bereits bei der Zielformulierung messbare Indikatoren ausgewählt werden, welche in direktem Zusammenhang mit dem Hauptziel und dem Fernziel stehen.

## NACHHALTIGKEIT

Sicher stellt die professionelle und messbare Evaluation von präventiven Massnahmen einen wichtigen Punkt zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit der Massnahmen dar. Martin Hafén zählt in seiner Aufzählung die Nachhaltigkeit zu den zentralen Kriterien einer erfolgreichen Prävention (2007b, S. 218). Gemäss Alex Willener (2007, S. 100) wird die Nachhaltigkeit in der Praxis unterschiedlich gedeutet. Zum einen bedeutet Nachhaltigkeit, dass die Wirkung einer Massnahme auch nach deren Durchführung anhält. Zum anderen wird der Begriff der Nachhaltigkeit seit der ‚Konferenz für Umwelt und Entwicklung der Vereinten Nationen‘ von 1992 in Rio de Janeiro als verantwortungsvollen Umgang mit ökologischen, ökonomischen und sozialen Ressourcen gebraucht. Willener schlägt vor, in Projekten beide Begriffsverständnisse einzubeziehen. Die Ziele und Methoden sollen sich gleichzeitig nach den Kriterien lang anhaltender Wirkung und sozialer, ökonomischer und ökologischer Zukunftsperspektiven ausrichten.

Der Umgang mit der Nachhaltigkeit in der ‚Integralen Projektmethodik‘ nach Alex Willener kann gut auf die Prävention übertragen werden. Werden die gewählten Massnahmen aufgrund der physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Belastungs- und Schutzfaktoren auf eine lang anhaltende Wirkung ausgerichtet, so stellen sich zwangsläufig auch Fragen in ökonomischer

---

<sup>24</sup> Uhl, Alfred (1998). Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs. Definitions – Concepts – Problems. In: Uhl, Alfred; Springer, Alfred (Hrsg.). COST-A6 Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse. Brüssel: 139-236.



und ökologischer Hinsicht.

## 5 Wie kann die Gesundheit von Frauen mit Migrationsgeschichte gefördert werden?

Wir haben gesehen, dass Frauen mit Migrationsgeschichte in Gesundheitsstatistiken am häufigsten über physische und psychische Beschwerden berichten und in ärztlicher Behandlung sind. Eine Hauptursache für diese statistische Auffälligkeit liegt in einem Ungleichgewicht von Belastungsfaktoren im Verhältnis zu den Schutzfaktoren. Die Analyse der Faktoren der Positionierung einer Frau mit Migrationsgeschichte auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum hat deutlich gemacht, dass eine wirkungsvolle Prävention nicht nur auf der Verhaltensebene der betroffenen Frau ansetzen muss, sondern auch in den Verhältnissen (sozialen Systemen), in denen sie lebt. Dafür steht eine Vielzahl von Vorgehensweisen zur Verfügung. Im folgenden Kapitel geht es darum, die Prävention für Frauen mit Migrationshintergrund in der Auswahl von Angehensweisen zu konkretisieren. Die Auswahl geschah aufgrund der Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse in Kapitel 3 sowie der Darstellung möglicher Herangehensweisen in Kapitel 4. Die Konkretisierungen beruhen auf den Erkenntnissen der Autorin und wo möglich werden wissenschaftliche Erklärungen zur Begründung beigezogen. Oftmals können vorerst nur Empfehlungen zur Entwicklung möglicher Handlungsansätze gegeben werden, da noch keine Umsetzung in die Praxis bekannt ist.

### 5.1 VERHÄLTNISPRÄVENTION IN DER LEBENSWELT

Aufgrund der Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse kann davon ausgegangen werden, dass die sozialen Systeme, in die eine Frau mit Migrationsgeschichte inkludiert oder aus welchen sie exkludiert ist, und die Muster, mit welchen ein soziales System versucht sich selbst zu erhalten, einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheitssituation einer Frau mit Migrationsgeschichte haben können. Die Verhältnisprävention versucht, in diesen sozialen Systemen Veränderungen zu bewirken, welche Belastungen vermindern und Bewältigungsressourcen stärken. Zu den sozialen Systemen in der unmittelbaren Lebenswelt einer Frau mit Migrationgeschichte gehören:

- Familie
- Peergroup
- Schule / Ausbildungsstätte
- Arbeit
- Gemeinwesen und Nachbarschaft

Neben den üblichen Problemen in der Kindererziehung, der Partnerschaft oder aufgrund knapper finanzieller Ressourcen kann es im sozialen System Familie durch eine Migration zu Rollenveränderungen und damit verbundenen Konflikten und Spannungen kommen (Weiss, Regula, 2005, S. 286). Martin Hafen (2007b, S. 227f) macht darauf aufmerksam, dass sich Familien durch die raumplanerischen Strukturen von der Umwelt isolieren können (oder isoliert werden) und sie gleichzeitig einen wichtigen Ort der Zugehörigkeit darstellen. „Die Familie stellt heute einen Hort der Intimität dar, welcher in Zeiten enorm diversifizierter Inklusionsmöglichkeiten für Personen Vollinklusion anbietet“ (ebd., S. 277). Für die Prävention bedeutet dies, dass die Familie als Bewältigungsressource der Frauen mit Migrationsgeschichte gestärkt und damit auch mögliche

Belastungen im System der Familie vermindert werden müssen. Hafén schlägt vor, Begegnungsmöglichkeiten für Familien zu schaffen, damit sich diese nicht zu stark isolieren (2007b, S. 278). Ein weiterer Schritt wäre in unserem Fall das Angebot von niederschweligen Beratungen für Familienfrauen mit Migrationsgeschichte sowie Anschlussmöglichkeiten für Frauen, welche ohne Familie in die Schweiz migrierten und alleine leben. Besonders diesen Bedürfnissen entspricht das Beispiel eines sozialraumorientierten Angebots in Form eines offenen Treffs. Im Beispiel des Mutter-Kind-Treffs Shehrazad in Berlin Neukölln unter 5.4 wird geschildert, wie Begegnungsmöglichkeiten, Beratungen, Inklusion und weitere präventive Aspekte in einem Angebot realisiert werden können.

Der Begriff Peergroup wird in der Gesundheitsförderung weitgehend für die Bezeichnung einer gleichaltrigen und gegebenenfalls statusbezogenen Jugendgruppe verwendet. In der Präventionsarbeit mit Peergroups geht es primär darum, einzelne Personen zu befähigen, Wissen, Werte und Verhaltensweisen in der Peergroup zu vermitteln (Backes, Herbert, 2004, S. 176). Aus systemischer Sicht ist dieses Vorgehen durchaus sinnvoll und es entspricht dem methodischen Ansatz der Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, welche durch ihre Inklusion ein soziales System von innen her zu irritieren versuchen. Stefan Bestmann, Sarah Häsler und Gaby Strassburger (2008, S. 50f) verwenden den Peergroup-Ansatz auch in der sozialraumorientierten interkulturellen Arbeit mit Familien, wobei beispielsweise Mütter mit Migrationshintergrund darin geschult werden, Wissen zum Sozialraum und über Beratungsstellen an andere Mütter im Stadtteil weiterzugeben, sowie Räume geschaffen werden, in welchen Mütter ihre Erfahrungen informell austauschen können. Während es beim Vermitteln von Wissen primär um Verhaltensprävention geht, gilt es in der Verhältnisprävention den Austausch in Peergroups und die Bildung von Netzwerken als wichtige Bewältigungsressource im Umgang mit Belastungen zu unterstützen und zu fördern. Ein konkretes Beispiel hierzu sind die FemmesTISCHE: eine Gastgeberin lädt Frauen aus ihrem Umfeld zu sich nach Hause ein, wo sie von einer ausgebildeten Moderatorin zu gewünschten Themen Information erhalten und sich austauschen können ([www.femmestische.ch](http://www.femmestische.ch)).

Da Frauen mit Migrationsgeschichte gemäss der in dieser Arbeit verwendeten Definition nicht mehr im schulpflichtigen Alter sind, wird hier auf die Schilderung möglicher Prävention in der Schule verzichtet. Dafür gilt es die präventiven Aspekte im Bereich von Berufsausbildungsstätten und Arbeitsstellen zu betrachten. Eine wichtige Voraussetzung mit präventiver Wirkung wäre sicher die Anerkennung ausländischer Diplome und im Ausland erworbener Kompetenzen, auch wenn sie nicht vollständig dem Anforderungsprofil der vergleichbaren Berufssparte im Einwanderungsland entsprechen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Verbesserung prekärer Arbeitsbedingungen vor allem auf gesetzlicher Ebene in Form von Regulierungen im System der Wirtschaft realisierbar ist. Daher werden in der Verhältnisprävention auf der Ebene der Gesellschaft mögliche präventive Ansätze bezogen auf die Arbeitsbedingungen benannt.

Wie wir in Kapitel 4.3.2 gesehen haben, kommt dem stadtteil- und nachbarschaftsbezogenen Setting-Ansatz in der Prävention besondere Bedeutung zu. Gemeinwesenarbeit im Sinne von Gemeinschaftszentren in Wohnquartieren ermöglicht Begegnungen, die Bildung von informellen oder formellen Netzwerken sowie die partizipative Verbesserung der Lebensqualität im Quartier und trägt somit auch zu einer progressiven Stadtentwicklung mit dem Ziel des Standortmarketings

(attraktive Lage für wirtschaftliche Investitionen) bei. Gerade in Quartieren, welche sich zu sozialen Brennpunkten entwickelten und in welchen aufgrund der Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt ein hoher Anteil Menschen mit Migrationshintergrund leben, ist die Gemeinwesenarbeit auf der Basis von Empowerment und Partizipation ein vielversprechendes Mittel für die Aktivierung der Bevölkerung für die Verbesserung der sozialen Verhältnisse.

## 5.2 VERHÄLTNISPRÄVENTION IN DER GESELLSCHAFT

Wir haben unter 3.4.3 gesehen, dass eine Reihe von Belastungsfaktoren für Frauen mit Migrationsgeschichte in den Funktionssystemen der Gesellschaft zu verorten sind. Bülent Kaya (2007, S. 15f) fasst die Verminderung von Belastungsfaktoren auf der Ebene der Gesellschaft mit der Forderung nach gesundheitlicher Chancengleichheit zusammen.

*„Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass ein fairer und gerechter Zugang zu gesundheitsrelevanten Ressourcen dazu beiträgt, dass alle Menschen, unabhängig von Herkunft, sozio-ökonomischem Status, Alter oder Geschlecht, die gleichen Möglichkeiten haben, ihre Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten.“ (Kaya, Bülent, 2007, S. 34)*

Kaya stützt diese Forderung nach gesundheitlicher Chancengleichheit auf der Tatsache ab, dass „der schlechte Gesundheitszustand auf eine schlechte Verteilung der gesundheitsrelevanten sozialen Determinanten zurückzuführen ist (beispielsweise fehlende Chancengleichheit beim Zugang zu Bildung, Beschäftigung oder den Leistungen des Gesundheitssystems)“ (2007, S. 15). Die Forderung nach Chancengleichheit kann auf alle Funktionssysteme bezogen werden:

- Politik
- Recht
- Wirtschaft
- Medien
- Wissenschaft

Es geht bei der Entwicklung der Verhältnisprävention auf der Ebene der Gesellschaft folglich um die Frage, wie die einzelnen Funktionssysteme die Chancengleichheit ermöglichen, bzw. garantieren können.

Martin Hafen (2007b, S. 318) betont, dass für die Erreichung von sozialer Gleichheit vor allem „sozial-, familien- und bildungspolitische Massnahmen“ nötig wären. Werner Jann und Kai Wegreich (2003, S. 83 + 92) zeigen in ihren Darstellungen des Policy Cycle auf, dass der Politik die Aufgabe zukommt, Probleme der Gesellschaft zu bearbeiten und dass diese Bearbeitung massgeblich davon abhängig ist, ob ein Problem als solches wahrgenommen wird. Probleme können von politischen Entscheidungsinstanzen sowie einzelnen Politikerinnen und Politikern selbst erkannt werden oder sie werden durch die Massenmedien, Fachöffentlichkeiten oder aufgrund eines Ereignisses (z.B. Umweltkatastrophe) auf die politische Agenda gesetzt (Agenda Setting) (ebd., S. 83). In der Verhältnisprävention für Frauen mit Migrationsgeschichte geht es folglich primär darum, dass Politikerinnen und Politiker, Medien und Fachöffentlichkeiten die Belastungs-

faktoren der Migration in Kombination mit der Chancenungleichheit der Frauen problematisieren. Werden Frauen mit Migrationsgeschichte dabei im Sinne des Empowerments als Expertinnen für ihre Lebenswelt angesehen, so kann auch deren politische Mitsprache als präventive Massnahmen betrachtet werden. Es bräuchte folglich in der Verhältnisprävention eine institutionalisierte politische Partizipation von Frauen (und Männern) ohne Schweizerpass und in der Verhaltensprävention die Förderung der subjektiven Grundlagen für die politische Teilhabe und Teilnahme (siehe 4.3.2, ‚Partizipation‘).

Wie unter 4.3.1 dargestellt wurde, können präventive Wirkungen mit gesetzlichen Massnahmen realisiert werden. Dabei wäre es wirksamer, anstatt die Konsumation von gesundheitsgefährdenden Suchtmitteln zu verbieten, Gesetze zu schaffen, welche die Chancengleichheit in der Bildung, auf dem Wohn- und Arbeitsmarkt und in der Gesundheitsversorgung sowie bessere Arbeitsbedingungen, einen sicheren Aufenthaltsstatus für Menschen ohne Schweizerpass und eine gesunde Wohnqualität garantieren. Die Alt-Nationalrätin und ehemalige Vizepräsidentin der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus EKR, Cecile Bühlmann, machte im Unterricht vom 23. Oktober 2007 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit den Vorschlag, zusätzlich zu dem im Schweizerischen Strafgesetzbuch verankerten Strafrechtsartikel zur „Rassendiskriminierung“ (Art. 261<sup>bis</sup> StGB) auch die Diskriminierung strafrechtlich zu verankern. Bisher sind die Chancengleichheit und die Diskriminierung lediglich im Artikel 8 ‚Rechtsgleichheit‘ in der Bundesverfassung verankert (Art. 8 Abs. 1-3). Im Bundesgesetz über die Gleichstellung von Frau und Mann (Gleichstellungsgesetz GIG) ist die Geschlechterdiskriminierung im Erwerbsleben verboten sowie besondere Massnahmen, wie beispielsweise ein *Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann*, für die Realisierung der Gleichstellung rechtlich geregelt. Ein Verbot der Diskriminierung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Gleichstellung von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund wurden bisher nicht gesetzlich verankert.

Ausser dem Antirassismusartikel von 1995 konnten in den vergangenen Jahren auch weitere Erfolge für die Prävention verzeichnet werden. So wurde im Ausländergesetz AuG vom 16. Dezember 2005 erstmals in einem Gesetzesartikel die Förderung der Integration von in der Schweiz lebenden Menschen ohne Schweizerpass verankert und auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie Chancengleichheit und Teilhabe als wichtige Voraussetzungen im Integrationsprozess anerkannt (Kapitel 8 Art. 53 Abs. 1-5 AuG). (Gesetzesartikel siehe Anhang)

Weiter beschloss der Bundesrat, dem Bundesamt für Gesundheit [BAG] die Entwicklung einer nationalen Strategie „Migration und Gesundheit“ in Auftrag zu geben. In einer ersten Phase wurden von 2002 bis 2007 vor allem verschiedene Massnahmen in den Bereichen sprachliche Übersetzungen in Gesundheitsdiensten und AIDS-Prävention angegangen sowie die Durchführung von verschiedenen von Menschen mit Migrationshintergrund realisierten Präventionsprojekten unterstützt. In einer Nachfolgestrategie für 2008-2013 geht es nun darum, bei der Konzeption von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen auch die Menschen mit Migrationshintergrund einzubeziehen, zusätzliches Wissen über die Gesundheit der Migrationsbevölkerung zu erheben und die migrationsspezifische Kompetenz des Gesundheitspersonals zu erhöhen. Dem gilt anzufügen, dass sich die Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme des BAG vor allem

auf die Verhaltensprävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Alkohol, Tabak, Medikamenten, Arbeitsplatz, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Krebsvorsorge, psychische Gesundheit und Zahngesundheit in Form von Bildungsmassnahmen zur Erweiterung der Fachkompetenz<sup>25</sup> der Zielpersonen beziehen. (BAG, 2008a, S. 19-23) Das heisst, dass sich die Prävention an spezifischen Krankheiten orientiert und nicht wie in unserem Falle an einem allgemeinen Krank-Sein, resp. einer Tendenz zur Positionierung auf der Seite der Krankheit im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.

Die Massnahmen des BAG zeigen, dass der Bund die Problematik der Chancenungleichheit im Medizinsystem für Menschen mit Migrationshintergrund erkannt hat. Gemäss unserer Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse wären zusätzlich zu den bereits verfolgten Strategien

- kostenlose Beratungsangebote für die Orientierung im Gesundheitsversorgungssystem
- sowie Investitionen in wissenschaftliche Forschungen, welche eine Kombination von geschlechts-, migrations- und gesundheitsspezifischen Fragestellungen unter Einbezug von physischen, psychischen, sozialen und physikalisch-materiellen Faktoren verfolgen,

weitere notwendige Präventionsmassnahmen im Gesundheitssystem.

Martin Hafen (2007b, S. 318) macht wiederholt geltend, dass die Prävention auf der politischen Ebene sehr schwierig zu realisieren sei und aus diesem Grund Massnahmen in der Verhaltens- und Verhältnisprävention auf der Ebene der Lebenswelt der Zielpersonen wirksamer entwickelt und durchgeführt werden können. Gleichzeitig fordert er ein nationales Präventionsgesetz, damit die Realisation von Präventionsmassnahmen fest verankert und somit nicht mehr von politischen Zyklen abhängig ist (ebd., S. 319). Tatsächlich hat der Bundesrat am 28. September 2007 die Erarbeitung eines Präventionsgesetzes in Auftrag gegeben und am 25. Juni 2008 wurde die Vernehmlassung dieses Gesetzes eröffnet (Bundesamt für Gesundheit BAG, ohne Datum). Bis im Frühjahr 2009 werden die Stellungnahmen ausgewertet und dem Bundesrat vorgestellt. Mit dem Ziel einer Gesamtstrategie sollen alle acht Jahre nationale Ziele und alle vier Jahre eine bundesrätliche Strategie festgelegt werden (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2008b). Eine regelmässige Neubestimmung der strategischen Ausrichtung ermöglicht eine dem raschen Wandel angemessene Realisierung der Prävention und bietet die Chance, dass bisher ungenügend beachtete Ursachen durch eine Problematisierung in die Strategien aufgenommen werden können. Die tatsächliche Implementierung wird von den aktuellen politischen Machtverhältnissen sowie von den aktuellen zu bearbeitenden Problemlagen abhängig sein.

Eine grosse Frage stellt sich in Bezug auf die Medien, welche wie erwähnt einen erheblichen Einfluss darauf haben, ob ein gesellschaftliches Problem von der Politik bearbeitet wird. Wie können die Medien dazu gebracht werden, stereotypisierende und stigmatisierende Bilder der Migrationsbevölkerung zu dekonstruieren und neben den migrationsbedingten Belastungsfaktoren für die Einwanderungsgesellschaft auch Belastungsfaktoren der Frauen mit Migrationshintergrund

---

<sup>25</sup> Wir orientieren uns hier an der Definition von Kitty Cassée (2007, S. 36), die die Kenntnis von elementarem und spezialisiertem Allgemeinwissen wie Lesen, Sprach- und Medienkenntnisse sowie alltagstechnische Fähigkeiten der Fachkompetenz zuordnet. Siehe auch 5.3 Verhaltensprävention.

darzustellen? Martin Hafén (2007b, S. 307) zeigt auf, dass gesellschaftliche Konstruktionen, wie zum Beispiel Vorurteile, nicht von heute auf morgen verändert werden können, aber Darstellungen von „alternativen Beschreibungen“ durchaus eine präventive Wirkung haben können. An der Podiumsdiskussion<sup>26</sup> zum Thema Integration in den Medien forderte der Publizistikwissenschaftler Prof. Dr. Heinz Bonfadelli, dass die zukünftigen Journalistinnen und Journalisten in ihrer Ausbildung für migrationspezifische Lebenswirklichkeiten sensibilisiert werden sollten. Anwesende Journalistinnen und Journalisten forderten von den Menschen mit Migrationshintergrund, dass sie sich in Organisationen zusammengeschlossen vermehrt um die Kommunikation mit den Medien kümmern sollten. Frauen mit Migrationsgeschichte aus dem Publikum hingegen wandten ein, dass die Anstellung von Journalistinnen und Journalisten mit Migrationshintergrund einer stereotypisierenden Berichterstattung entgegenwirken würde.

Im Funktionssystem Wirtschaft hat sich in den letzten zehn Jahren im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements viel getan. So besteht neben privaten Beratungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement in Firmen auch eine Abteilung „*Gesundheitsforschung und betriebliches Gesundheitsmanagement*“ als Kooperationseinrichtung zwischen dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Uni Zürich (ISPM) und dem Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften (ZOA) der ETH Zürich“ (Birchmeier Sonja; Hartmann, Nicole & Zürcher Andrea, 2007, S. 18f). Bei den Massnahmen geht es vor allem um die Verhinderung eines Arbeitsausfalls von Arbeitnehmenden infolge Krankheit oder Unfall (ebd., S. 19).

Auch die Gesundheitsförderung Schweiz hat mit ‚KMU-vital‘ ein Programm entwickelt, mit welchem Arbeitgebende in Form einer Weiterbildung befähigt werden, sich für die Gesundheit ihrer Arbeitnehmenden einzusetzen (siehe [www.kmu-vital.ch](http://www.kmu-vital.ch)). Aufgrund dieser Ausgangslage kann gesagt werden, dass im Funktionssystem Wirtschaft vor allem noch auf der Ebene der Lohnungleichheit und der Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt angesetzt werden muss, weil Frauen, die im Niedriglohnsektor arbeiten, trotz betrieblichem Gesundheitsmanagement häufiger krank sind. (Ernst, Marie-Louise et al., 2007, S. 9)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Verhaltensprävention auf der Ebene der Gesellschaft einerseits bereits erforderliche präventive Massnahmen realisiert werden und andererseits günstige Bedingungen für die Entwicklung weiterer Massnahmen bestehen. Trotzdem ist der Bedarf an weiteren Handlungsansätzen für die Sicherstellung gesundheitlicher Chancengleichheit besonders für Frauen mit Migrationsgeschichte unbestritten.

### 5.3 VERHALTENSPRÄVENTION

In der Verhaltensprävention geht es darum, die psychischen Systeme der Zielpersonen so zu irritieren, dass sie eigenständig die beabsichtigten Anpassungsleistungen vornehmen. Die Belastungs- und Schutzfaktorenanalyse zeigte, dass nicht generell das Verhalten der Frauen mit

---

<sup>26</sup> Die Podiumsdiskussion mit dem Titel „*Integration – (k)ein Thema für die Medien*“ fand im Rahmen des Literatur-Projektes „Wortwelten“ am 3. Dezember 2008 in Integrationszentrum Zentrum 5 in Bern statt. (siehe [www.zentrum5.ch](http://www.zentrum5.ch))

Migrationsgeschichte als Belastungsfaktor einzustufen ist, sondern eine Reihe von externen Faktoren. Das Verhalten spielt jedoch bei der Reaktion auf Belastungen eine Rolle. Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen und eine stabile Identität können erheblich dazu beitragen, Belastungen besser bewältigen zu können. Die aktuellen Massnahmen in der migrationspezifischen Prävention des BAG gehen hingegen davon aus, dass ein Mangel an medizinischem Grundwissen in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Vorsorgeuntersuchungen, Risikoverhalten und Behandlungsmöglichkeiten eine Ursache für die vergleichsweise hohe Morbidität von Menschen mit Migrationshintergrund darstellt. Da für die Förderung der gesundheitsspezifischen Fachkompetenz im Bereich des medizinischen Grundlagenwissens bereits differenzierte Massnahmen der Verhaltensprävention durch das BAG ergriffen wurden, stellt sich hier die Frage, wie die Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen sowie die Identität von Frauen mit Migrationsgeschichte gefördert und gestärkt werden können.

Das vielfach weiterentwickelte Konzept der Selbst-, Sozial- und Fachkompetenz beruht auf Heinrich Roth<sup>27</sup>, welcher 1971 vor allem die Schulpädagogik mit dem Blickwinkel auf das soziale und persönliche Lernen erweiterte (De Boer, Heike, 2008, S. 20). Kitty Cassée ordnet den drei Kompetenzbereichen folgende Fähigkeiten zu, über die Personen verfügen müssen, „um Aufgaben, mit denen sie im täglichen Leben konfrontiert sind, adäquat zu bewältigen“ (2007, S. 29 + 34ff):

- Sozialkompetenz:  
Soziale Wahrnehmung, Einfühlungsvermögen/Perspektivenwechsel, Kommunikation, Kooperation, Konfliktlösung, Gruppen- und Teamkompetenz, Führungskompetenz.
- Selbstkompetenz:  
Selbstbeobachtung, Erkennen von Gefühlen, Selbständigkeit, Selbstkontrolle, Selbsteinschätzung, Selbstbewertung, Selbstverantwortung, Selbststeuerung, Selbstlernen, Selbstverwirklichung.
- Fachkompetenz:  
Elementares Allgemeinwissen, spezialisiertes Allgemeinwissen, elementare handwerkliche Fähigkeiten, berufsspezifische Fähigkeiten, Spezialistenwissen, methodische Fähigkeiten, Lernfähigkeit.

(Cassée, 2007, S. 34ff)

Die Suche nach methodischen Anhaltspunkten für die Förderung der Sozial- und Selbstkompetenz für erwachsene Frauen mit Migrationsgeschichte bestätigte die Aussage von Ernst Von Kardorff,

---

<sup>27</sup> Roth, Heinrich (1971). *Pädagogische Anthropologie*. Band 2: Entwicklung und Erziehung. Grundlagen einer Entwicklungspädagogik. Hannover: Hermann Schroedel Verlag KG



wonach die Kompetenzförderung vor allem „in der Suchtprävention und der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“ angewandt wird (2004, S. 136). Im Folgenden werden die Methoden der Kompetenz-Bildung in der Kinder- und Jugendhilfe kurz aufgeführt, im Wissen, dass für die Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte angepasste Vorgehensweisen erst noch entwickelt werden müssen.

Von Kardorff stützt sich auf die aus Untersuchungen bekannte Erkenntnis, „dass die Chancen zum Kompetenzerwerb schicht- und lebenslagenspezifisch sozial ungleich verteilt sind“ (2004, S. 135). Daher muss sich die Verhaltensprävention für die Kompetenzförderung an den unterschiedlichen Lebensrealitäten der Zielpersonen sowie deren Bedürfnissen und Lernverhalten orientieren (ebd., S. 137). Heike De Boer betont, dass der Erwerb von Kompetenzen vor allem in kommunikativen Prozessen in sozialen Gruppen geschieht (2008, S. 22). Sie kommt zur Schlussfolgerung:

*„Bildungsprozesse erfordern in diesem Kontext deswegen zum einen, die Bedeutung positiver Gleichaltrigenbeziehungen für die Entwicklung sozialer, emotionaler und kommunikativer Kompetenzen anzuerkennen und Räume und Gestaltungsmöglichkeiten für Gleichaltrigenbeziehungen zur Verfügung zu stellen.“ (De Boer, Heike, 2008, S. 30f)*

Susanne Thurn (2008, S. 194) macht geltend, dass Kinder und Jugendliche in der Übernahme von Verantwortung für sich selbst, für das gemeinsame Zusammenleben und für die Gestaltung des Alltags Sozial- und Selbstkompetenzen entwickeln können. Kitty Cassée (2007, S. 171) orientiert sich für die Entwicklung von Massnahmen zur Kompetenzförderung an lerntheoretischen Ansätzen und nennt das Geben von Feedback und Verhaltensanweisungen, das Modell stehen und das Initiieren von Verhaltensübungen als wichtige Techniken für Fachkräfte in der Kompetenzförderung von Zielpersonen.

Die Analyse der psychischen Belastungsfaktoren zeigte, dass sich die Erfahrungen in der Postmigration belastend auf die Identitätsentwicklung auswirken können. Demnach gilt es für die Entwicklung von Präventionsmassnahmen auch zu fragen, wie die Identität von Frauen mit Migrationsgeschichte gestärkt werden kann. Heiner Keupp (2004, S. 34-41) nennt die sozialen Netzwerke, die Anerkennung, das Zugehörigkeitsgefühl und die (politische) Partizipation als notwendige Faktoren für eine „gelingende Identitätsarbeit“.

Wenn es in der Verhaltensprävention von Frauen mit Migrationsgeschichte primär darum geht, die Identität und die Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen zu fördern, so müssen setting-orientierte (gemeinwesenorientierte) Strukturen geschaffen werden, in denen die Frauen Zugehörigkeit und Anerkennung erfahren, ihre Ressourcen einbringen, Verantwortung übernehmen und partizipieren, mit anderen Frauen kommunizieren und soziale Netzwerke aufbauen sowie im Austausch mit anderen Frauen und durch Fachpersonen neues Wissen erwerben können.

### 5.3.1 Zielgruppenerreichung in der Verhaltensprävention

Anders als in der Verhältnisprävention, in der beispielsweise in der Schule, am Arbeitsplatz oder

durch die Gesetzgebung verpflichtende Präventionsmassnahmen realisiert werden können, geschieht die Verhaltensprävention bei den Frauen mit Migrationsgeschichte auf der Basis von Freiwilligkeit. Dadurch kommt den Strategien der Zielgruppenerreichung in der Verhaltensprävention eine bedeutende Rolle zu, welche es sowohl in der Zeit- wie auch in der Finanzplanung der Prävention zu berücksichtigen gilt.

Alex Willener geht davon aus, dass es für eine Bereitschaft zur Teilnahme an einem Projekt Betroffenheit bei den Zielpersonen braucht (2007, S. 196f). Oder anders gesagt: die Teilnahme an einem neuen und unbekanntem Angebot muss den Zielpersonen nützlich sein, bzw. einem Bedürfnis entsprechen. Die Schwierigkeit, eine Präventionsmassnahme zu entwickeln und durchzuführen, welche gleichzeitig auch noch einem Bedürfnis der Zielpersonen entspricht, erfordert und legitimiert die grundsätzliche Orientierung an der Lebenswelt der Zielpersonen, wie sie in der sozialraumorientierten Prävention, im Empowerment und der Ressourcenorientierung angewandt wird. Dafür ist es notwendig, die Zielgruppe der Frauen mit Migrationsgeschichte in unterschiedliche Bedarfsgruppen zu unterteilen, denn die Bedürfnisse von Müttern mit Kleinkindern, arbeitstätigen oder stellenlosen Alleinstehenden, jungen Heiratsmigrantinnen und von Seniorinnen können sehr verschieden sein.

Marie-Louise Ernst (2007, S. 39) führt die direkten Kontakte mit den Zielpersonen, Kontakte über Multiplikatorinnen, die persönliche Kontaktpflege und der Aufbau von Vertrauensbeziehungen mit den Zielpersonen als wichtige Faktoren der Zielgruppenerreichung auf. Gerade sozio-ökonomisch benachteiligte Frauen sind kaum auf anderen Wegen zu erreichen, da sie selten in relevanten sozialen Systemen inkludiert sind, über die sie kontaktiert werden könnten (ebd., S. 39). Stefan Bestmann, Sarah Häsler und Gaby Strassburger (2008, S.32) stellen in ihrer Analyse von sozialraumorientierten interkulturellen Angeboten fest, dass nicht fehlendes Interesse sondern oftmals „nicht adäquate Informations- und Zugangsstrategien“ für die geringe Teilnahme von Frauen mit Migrationsgeschichte verantwortlich sind. Besonders erfolgreich waren indes Strategien des sozialräumlichen Aufsuchens: mit Stadtteilbegehungen und über Schlüsselpersonen wurde erkundet, wo sich die Zielpersonen aufhalten und so wurden beispielsweise Mütter mit Kindern auf Spielplätzen, an Bushaltestellen, in Schulen und in Einkaufsläden direkt angesprochen oder Spielveranstaltungen für Kinder in Hinterhöfen und auf Quartierstrassen öffneten die Türe zu den Müttern (ebd., 34f). Dabei wurde die Erfahrung gemacht, dass aufwändige Websites und das blosses Verteilen eines Handzettels kaum die gewünschte Wirkung erzielten, hingegen die Websites für die Geldgebenden interessant waren und die Handzettel sich eigneten, um wichtige Information wie Adresse und Öffnungszeiten nach der mündlichen Vermittlung nochmals nachlesen zu können (ebd., S. 36). Diese Erfahrung bestätigt die systemische Betrachtungsweise, wonach nicht-interaktive Methoden viel weniger Wirkung erreichten, als interaktive (Hafen, Martin, 2007b, S. 244).

Bestmann, Häsler und Strassburger (2008, S. 38-43) betonen, dass in den von ihnen untersuchten Angeboten die offene und flexible Ausgestaltung eines kostenlosen Angebots einen bedeutenden Erfolg in der Zielgruppenerreichung bewirkt. So konnte ein wohnortsnahe Lokal mit langen und regelmässigen Öffnungszeiten, unterschiedlich nutzbaren Räumlichkeiten und einem grossen

Fenster auf der Strassenseite im Erdgeschoss, welches von aussen Einblick in eine gemütliche Einrichtung erlaubte, das Interesse der Frauen wecken und deren Bereitschaft, sich auf Unbekanntes einzulassen erhöhen (ebd., S. 35). Auch zeigte sich, „dass es oft hilfreich ist, wenn ein niederschwelliger Beratungstreff nicht die Probleme, die dort bearbeitet werden können, in den Vordergrund der Aussenpräsentation stellt, sondern eher die Geselligkeit“ (ebd., S. 40). Diese Erfahrung entspricht der Forderung der Sozialraumorientierung, Einrichtungen nicht nach problemorientiertem Bedarf zu spezialisieren, sondern generalisierte Angebote zu schaffen (Strassburger, Gaby, 2008, S. 154). Zudem haben sich die Anstellung von Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund und mit Kenntnissen der Erstsprachen der Zielgruppen sowie die interkulturelle Kompetenz der Fachkräfte positiv auf die Zielgruppenerreichung ausgewirkt (Bestmann, Häsler & Strassburger, 2008, S. 39-43, Strassburger, 2008, S. 161).

Gaby Strassburger (2008, S. 152-163) macht deutlich, dass sich sozialraumorientierte Arbeit nicht nur auf Zielgruppen, bei denen ein Problem in gehäufte Form auftritt, ausrichten soll, sondern die ganze Quartierbevölkerung einbeziehen kann und sollte.

*„Denn im Kern geht es immer darum, das gut zu machen, was grundsätzlich bei Sozialraumorientierter Sozialer Arbeit gefragt ist: Menschen persönlich anzusprechen, mit ihren Stärken zu arbeiten und Ressourcen des sozialen Raums zu erschliessen und aufzubauen; das Ganze ausgehend von ihren Interessen und angesiedelt in ihrer Lebenswelt. Das Geheimnis erfolgreicher Arbeit liegt nicht etwa in migrationspezifischen Methoden, sondern darin, das die Professionellen bewährtes Handwerkzeug interkulturell sensibel anwenden.“ (Strassburger, 2008, S. 158)*

Das Beispiel eines offenen Treffs für Mütter mit Kindern macht deutlich, dass die Verhaltensprävention neue Wege gehen muss, wenn sie die Frauen mit Migrationsgeschichte erreichen will. Dabei geht es nicht in erster Linie darum, die Frauen aufgrund eines zu verhindernden gesundheitlichen Problems zu erreichen, sondern sie zu befähigen, ihre individuellen Belastungsfaktoren und Schutzfaktorendefizite zu vermindern und die Lebensqualität zu erhöhen. Ausgehend von der systemischen Sichtweise werden Faktoren von psychischen Systemen sehr unterschiedlich als Belastung oder als Ressourcen wahrgenommen und die sozialraumorientierte Vorgehensweise ermöglicht eine individualisierte Anpassung auf die Lebenswirklichkeiten, sowohl in der Verhaltens- als auch in der Verhältnisprävention.

#### 5.4 VIELSCHICHTIGE PRÄVENTION AM BEISPIEL DES MUTTER-KIND-TREFFS SHEHRAZAD

Die Darstellung des Mutter-Kind-Treffs Shehrazad im Berliner Bezirk Neukölln von Tabea Witt (2008, S. 75-83) im *Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit* ist ein geeignetes Beispiel der Erreichung von Müttern mit Kindern und der Realisierung verschiedener Präventionsmassnahmen in einem Angebot. In diesem Kapitel werden die Entstehungsgeschichte und die Angebotsstruktur des Mutter-Kind-Treffs Shehrazad dargestellt und anhand von direkten Zitaten der Benutzerinnen die möglichen präventiven Wirkungen aufgezeigt.

Nach einer zweijährigen Konzeptionierungsphase, in welcher die stadtteilbezogenen Bedarfslagen wie „Armut, Arbeitslosigkeit, schlechter Kontakt zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen, Drogenmissbrauch, Alkoholismus, Fehlernährung, das Entstehen krimineller Strukturen innerhalb von Familien und Gewalt“ sowie der Ausländeranteil und die Anzahl Sozialhilfeempfangende und Kinder berücksichtigt wurden, eröffnete im März 2005 der Mutter-Kind-Treff Shehrazad in einem Ladenlokal im Erdgeschoss eines Gebäudes an einer vielfrequentierten Strassenecke im Berliner Quartier Neukölln seine Türen (Witt, 2008, S. 75f). Die Stärkung der Erziehungskompetenz der Mütter, die Sprach- und Entwicklungsförderung von Kindern, die nachbarschaftliche Netzwerkförderung, die Förderung kulturübergreifender Kontakte, die Partizipation in der deutschen Gesellschaft sowie die Emanzipation und Entwicklung der Frauen gehören zu den leitenden Zielen dieses Angebots. Das Shehrazad besteht aus einem grosszügigen Café-Raum, einem Büro- und Beratungszimmer, einem Spielzimmer für Kinder und einer geräumigen Küche. Es ist montags bis freitags von 12.00 bis 18.00 Uhr geöffnet und die Besucherinnen können unverbindlich kommen und gehen. Ausserhalb der Öffnungszeiten werden die Räumlichkeiten teilweise für die von den Besucherinnen gewünschten oder organisierten Kurse, Veranstaltungen, Themenabende oder Feste benützt. Während den Öffnungszeiten kommen die Frauen mit unterschiedlichen Bedürfnissen täglich, unregelmässig oder einmalig in das Shehrazad. Einige kochen gemeinsam ein Mittagessen für sich und die Kinder, andere geniessen die Gespräche mit weiteren Besucherinnen während die Kinder selbständig spielen und immer wieder kommen Frauen mit spezifischen Fragen und Problemen in Erziehungs- und Lebensfragen auf eine der drei Mitarbeiterinnen zu. Besonders beachtenswert sind die informellen Gespräche und Diskussionen über Erlebnisse, Befindlichkeiten, Kindererziehung, Ernährung, Gesundheit sowie über Ideen für Ausflüge und Veranstaltungen. Der offene Treff bietet sehr viel Selbstgestaltung und Selbstbestimmung für die Besucherinnen und ermöglicht ihnen damit die Übernahme von Mitverantwortung für das Shehrazad.

Das Angebot eines offenen Mutter-Kind-Treffs kombiniert verschiedene Aspekte präventiver Methoden wie der Setting-Ansatz, die Partizipation, das Empowerment, die Ressourcenorientierung, die Netzwerkförderung sowie die Projektarbeit. Die Erfahrungen im Shehrazad zeigen, dass mit diesem Methodenmix eine hohe präventive Wirkung erzielt werden konnte. Um den Nutzen eines solchen Angebots aufzuzeigen, werden nachfolgend einige anonymisierte Zitate von Besucherinnen des Shehrazad aufgeführt:

*„Meine Kinder wollen immer hierher kommen. Und ich auch. Um zu quatschen, reden, lernen. Wir reden hier auch über politische Themen, man kriegt viel mit. Es ist hier einfach sehr abwechslungsreich.“*

*„(...) Man kann von allen etwas lernen. Und alle helfen sich gegenseitig. Das ist gerade für Frauen, die noch kein Deutsch können, sehr wichtig.“*

*„Warum ich hierher komme? Um Leute kennen zu lernen und mit ihnen zu reden. Ausserdem kann meine Tochter hier ohne mich spielen. Für mich bedeutet dies endlich mal eine Pause zu haben. Da weiss ich, es geht ihr gut und sie ist sinnvoll beschäftigt und ich kann abschalten. Dann habe ich mal Zeit für mich.“*

*„Was mich hinzog, waren die intensiven sozialen Beziehungen der Mitarbeiter zu uns, das Gefühl, dass ich für sie wichtig war, dass ich für meinen Erfolg alle Möglichkeiten geboten bekam. Die Mitarbeiter hier helfen bei Schwierigkeiten in meiner Familie oder mit meinen Kindern immer weiter. Wenn sie persönlich nichts machen konnten, dann haben sie mir Adressen gegeben, an die ich mich wenden konnte.“*

*(Alle Zitate aus Bestmann, Stefan & Strassburger, Gaby, 2008, S. 38ff)*

Die Zitate zeigen, wie die Möglichkeit des offenen Treffs die Identität sowie Selbst- und Sozialkompetenz der Frauen stärkt, Zugang zu und Austausch sowie nachbarschaftliche Netzwerkbildung mit Frauen in ähnlichen Lebenslagen (Peergroup) ermöglicht, Chancen zum Erwerb von weiteren Fachkompetenzen (z.B. Sprachkurs) bietet und direkte Unterstützung bei Problemen in den Bereichen Gesundheit, Kindererziehung, Familie und Behörden leistet oder vermittelt. Dieses Präventionsprogramm ist gleichzeitig in der Verhaltens- und in der Verhältnisprävention der Lebenswelt tätig. In einem weiteren Schritt kann dieses Angebot bis zur politischen Lobbyarbeit ausgeweitet werden, indem die Mitarbeiterinnen durch die Kenntnisse der Lebenswelt ihrer Adressatinnen und die zur aktiven Mitsprache befähigten Besucherinnen als Expertinnen auf gesellschaftsstrukturelle Probleme aufmerksam machen. Das Angebot eines offenen Treffs ist eine ausgezeichnete und bisher kaum realisierte Präventionsmassnahme für Mütter mit Migrationsgeschichte, aber auch für Mütter ohne Migrationsgeschichte und für Frauen ohne Kinder.

## 5.5 ZUSAMMENFASSUNG DER PRÄVENTION FÜR FRAUEN MIT MIGRATIONSGESCHICHTE

Die Auswahl möglicher Angehensweisen in der Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte machte deutlich, dass aktuell vor allem versucht wird, im Medizinsystem und in Systemen der Arbeitswelt verhältnispräventive Wirkungen zu erzielen. In der Verhaltensprävention wird insbesondere mit Bildungsangeboten in Bezug auf medizinisches Grundlagenwissen versucht, die psychischen Systeme der Zielpersonen durch Irritationen zu Anpassungsleistungen zu bewegen. Ausgehend von der systemischen Sichtweise, welche durch ihre Erfassung der Komplexität die Ursachenanalyse von Krankheit differenziert erweitert, konnte dargelegt werden, dass für eine umfassende Prävention, in Ergänzung zu den bisherigen, zusätzliche Massnahmen zu realisieren sind. In der Verhältnisprävention braucht es eine grundlegende Familien- und Netzwerkförderung, ein Diskriminierungsverbot bzw. ein Gleichstellungsgesetz, grossflächige Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität im Sozialraum, eine Sensibilisierung von Medienschaffenden sowie die Aufnahme von frauen- und migrationsspezifischen Gesundheitsforschungen in die in einem Präventionsgesetz verankerte nationale Strategie. Es müssen Angebote geschaffen werden, die sich an den Bedürfnissen der sozialraumbezogenen Zielpersonen orientieren und deren Identität sowie ihre Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen stärken. Dabei ist es notwendig, der Zielgruppen-erreicherung und der Bildung und Förderung von sozialen Netzwerken besondere Bedeutung zu schenken. Die Schaffung von generalisierten, kostenlosen und bedürfnisorientierten Bildungs- und Beratungsangeboten in den Bereichen Gesundheit, Erziehung, Schule, Familie und Behörden unterstützt Frauen mit Migrationsgeschichte bei der Bewältigung von postmigrationsbedingten und

nicht-postmigrationsbedingten Problemen. Die Anerkennung der Potentiale und Ressourcen der Frauen mit Migrationsgeschichte ist eine wichtige Voraussetzung für eine partizipative, sozialraumorientierte Verbesserung der Lebensqualität und in der Folge auch für die Befähigung gesellschaftsstrukturelle Ungleichheiten auf politischer Ebene zu thematisieren und zu problematisieren. Damit können erste Schritte initiiert werden, auf dem Weg zu politischen Regelungen, welche Diskriminierung und Stigmatisierung abbauen bzw. verhindern. Wenn das Präventionsgesetz zur Anwendung kommen sollte, so müsste es gelingen, mittels Problematisierung sozialer Krankheitsursachen entsprechende Massnahmen in den regelmässig neu festlegbaren Zielen und Strategien aufzunehmen.

## 6 Ist die Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte ein Handlungsfeld der Soziokulturellen Animation?

Wir haben gesehen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Prävention als bedeutende Zielgruppe erkannt wurden. Dabei werden neben verhältnispräventiven Massnahmen im Medizinsystem und an den Arbeitsplätzen vor allem Bildungsmassnahmen zur Erhöhung der krankheitsrelevanten Fachkompetenzen in Bezug auf Ernährung, Suchtmittelkonsum, reproduktive und psychische Gesundheit, Bewegung, Krebsvorsorge, Zahngesundheit, der Zielgruppe realisiert, meist ohne geschlechtsspezifischen Fokus. Für die Stärkung der familiären und sozialen Netzwerke, der Identität, der Selbst- und Sozialkompetenz sowie der Partizipation, für das Angebot von niederschweligen Beratungen und für die sozialraumorientierte Erhöhung der Lebensqualität wurden bisweilen im Bereich der Prävention kaum Massnahmen ausgearbeitet. Es stellt sich daher auch die Frage, welche zusätzlichen Berufsgruppen in den entwicklungsbedürftigen Bereichen der Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte tätig sein könnten und ob Fachleute der Soziokulturellen Animation die erforderlichen Kompetenzen mitbringen. Für die Beantwortung dieser Frage sollen das Berufsfeld der Soziokulturellen Animation zusammenfassend dargestellt und ebenfalls unter systemtheoretischer Sichtweise mögliche Handlungsfelder der Soziokulturellen Animation in der Prävention aufgezeigt werden.

### 6.1 EINE ZUSAMMENFASSENDE BESCHREIBUNG DER SOZIOKULTURELLEN ANIMATION

Soziokulturelle Animation ist ein relativ junger Beruf in der Deutschschweiz und dementsprechend unbekannt sind seine Aufgabenfelder ausserhalb der Berufspraxis. Im Folgenden soll die Geschichte, das Berufsverständnis, die Funktion in der Gesellschaft, die zentralen Methoden und bisherige sowie mögliche Tätigkeitsfelder dargestellt werden.

Der Ursprung der Soziokulturellen Animation geht bis in die Industrialisierung zurück. Unter dem Begriff Volksbildung sollten die Menschen zur aktiven Mitwirkung an gesellschaftlicher Entwicklung befähigt werden. Die Volksbildung wurde zuerst in Frankreich mit dem Begriff „Animation“ bezeichnet und Ende der Fünfzigerjahre des 20. Jahrhunderts wurde die Terminologie in den Niederlanden als „Soziokulturelle Animation“ erweitert und verwendet. Seit Beginn der Siebzigerjahre werden in der Schweiz Soziokulturelle Animatorinnen und Animatoren ausgebildet. (Wandeler, Bernard, 2004, S. 03)

Es gilt zu erwähnen, dass im internationalen Vergleich verschiedene Bezeichnungen für gleiche oder ähnliche Aufgaben der Soziokulturellen Animation verwendet werden. So können beispielsweise die Freizeitpädagogik, die Erlebnispädagogik, die Gemeinwesenarbeit, das Community Development oder das Community Organizing der Soziokulturellen Animation zugeordnet werden. In der Schweiz bildet die Soziokulturelle Animation neben der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik einen der drei Teilbereiche der Sozialen Arbeit. (Husi, Gregor, 2005, S. 9)

Soziokulturelle Animation ist gemäss Gregor Husi und Bernard Wandeler (2006, S. 6) die Antwort auf den gesellschaftlichen Wandel und den damit einhergehenden Differenzierungen der Lebens-

bereiche nach Funktionen (Funktionssysteme), die sozialen Ungleichheiten und die kulturellen Vielfalt. Sie gehen von der These aus, dass sich die Sozialarbeit ebenfalls differenziert hat und die Soziokulturelle Animation die soziale Ungleichheit im Zusammenspiel mit der kulturellen Vielfalt zum Schwerpunkt ihrer Arbeit macht (ebd., S. 6-8).

*„Soziokulturelle Animation fördert und unterstützt Prozesse bei Gruppen und Einzelnen, sich im sozialen Wandel zu orientieren und für Probleme gemeinsame Lösungen zu finden. Dazu klärt sie die unterschiedlichen Interessen und Bedürfnisse ab und vermittelt zwischen den Positionen. Sie animiert Menschen, das soziale Zusammenleben aktiv mitzugestalten und gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen.“ (HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, 2004, S. 4)*

Die Soziokulturelle Animation geht folglich wie Maria Lüttringhaus (2000, S. 63) davon aus, dass Menschen professioneller Unterstützung bedürfen, um aktiv an der Gesellschaft teilhaben und teilnehmen zu können. So nennen Husi und Wandeler (2006, S. 8f) denn auch die „subsidiäre Realisierung von Teilhabe und Teilnahme“ als Funktion der Soziokulturellen Animation in der Gesellschaft.

Die Soziokulturelle Animation erfüllt ihre Funktion mit einem breiten Methodenrepertoire auf der organisatorischen, konzeptionellen und vermittelnden Ebene. Sie ermöglicht im Umfeld der Menschen Partizipation in „kurz-, mittel- und langfristig angelegten Projekten“ und fördert „mit kreativen Ausdrucksformen die Auseinandersetzung mit der“ und die Vermittlung von Alltagskultur. Sie erweitert mit Bildungsangeboten die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten der Menschen und thematisiert präventiv frühzeitig gesellschaftliche Probleme durch die Zusammenarbeit mit Gruppen. (HSA, 2004, S. 5).

Professionelle der Soziokulturellen Animation verfügen über „ausgeprägte Kompetenzen in Kommunikation, Kooperation, Mediation, Reflexion, Konzeption, Planung, Lobbying, Organisation und Management“ (HSA, 2004, S. 7) und sie verstehen es, das Gleichgewicht zwischen konkreten Anleitungen und offenem Gestaltungsraum zu halten (ebd., S. 9). Sie sind gegenwärtig in der Jugendarbeit, der Quartierentwicklung, in der ausserschulischen Bildungsarbeit auf Spielplätzen, in Kulturzentren, Museen und Institutionen tätig, wobei Heinz Nigg (zit. in HSA; 2004, S. 8) das Community Development und das Diversity Management<sup>28</sup> als weitere Tätigkeitsfelder in der Berufsentwicklung der Soziokulturellen Animation benennt (HSA, 2004, S. 6-8). Interessant für unsere Fragestellung ist die Tatsache, dass Prävention im Berufsbild der Soziokulturellen Animation nur am Rande erwähnt wird, obwohl Regula Glauser als stellvertretende Leiterin eines Quartierzentrums sagt: „Unsere Aktivitäten haben viel mit Prävention zu tun, auch wenn das so meist nicht deklariert wird“ (zit. in HSA, 2004, S. 10).

---

<sup>28</sup> Diversity Management bezeichnet „die Sicherung des sozialen Zusammenhalts, Integration und Chancengleichheit unter Berücksichtigung von Differenz und ungleichen Machtverhältnissen“ und wird „in verschiedenen Ländern als politische Strategie zur ‚Gestaltung der Vielfalt‘“ angewendet (Borde, Theda, 2007, S. 196).



## 6.2 SOZIOKULTURELLE ANIMATION UND (SYSTEMISCHE) PRÄVENTION

Soziokulturelle Animation ist ein Teilbereich der Sozialen Arbeit. Im Folgenden soll aufgezeigt werden, dass die Themen Gesundheit und Prävention in der Geschichte der Sozialen Arbeit eine zentrale Rolle spielten und noch heute spielen. Unter dem systemischen Blickwinkel gilt es der Frage nachzugehen, welche Teilfunktionen der Sozialen Arbeit der Soziokulturellen Animation zugeteilt werden können und ob dieser Beruf für die erforderlichen Massnahmen in der systemischen Prävention als geeignet bezeichnet werden kann.

Sven Huber und Bettina Hünersdorf (2008, S.19-20) legen dar, wie Ende des 19. Jahrhunderts die Gesundheitsfürsorge ein zentrales gesellschaftliches Thema wurde, weil die durch die Industrialisierung verursachten Krankheiten die Arbeitsfähigkeit der Menschen und die militärische Stärke des Landes schwächten. Zusätzlich zu der Armen- und Jugendfürsorge wurde der Sozialen Arbeit mit der Gesundheitsfürsorge in Form von Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung die Funktion der sozialen Integration von kranken und gesundheitsgefährdeten Menschen zugewiesen. Auch heute noch kommt der Sozialen Arbeit in der Prävention die Funktion der sozialen Integration zu, jedoch wird im Vergleich zu früher vor allem in Präventionsmassnahmen investiert, die auf Verhaltensprävention zielen und Gesundheitsfragen individualisieren. Weil es empirisch nachgewiesen ist, dass soziale Benachteiligung eine massgebliche Krankheitsursache darstellt, kommt der Sozialen Arbeit in der Prävention eine zentrale Rolle zu.

*„Betrachtet man die zunehmenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten sowie den Umstand, dass die neuen gesundheitsspezifischen Problemlagen insbesondere dem sozialen Bereich zuzuordnen sind, wird die Relevanz der Sozialen Arbeit für die fast notwendig interdisziplinäre Gesundheitsarbeit überdeutlich“. (Huber & Hünersdorf, 2008, S. 20)*

Huber und Hünersdorf fordern von der Sozialen Arbeit eine stärkere Politisierung sozialer Ungleichheiten, um zu verhindern, dass die Soziale Arbeit instrumentalisiert wird und damit die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten verschärft werden sowie um die notwendigen „sozialpädagogischen Konzepte der Gesundheitsförderung“ realisieren zu können. (Huber & Hünersdorf, 2008, S. 17 -20)

Wird also davon ausgegangen, dass der Sozialen Arbeit in der Prävention eine tragende Rolle zukommt, so stellt sich weiter die Frage, welche Aufgaben darin die Soziokulturelle Animation übernehmen könnte. Michel Voisard<sup>29</sup> (2005) vergleicht die zentralen sowie teilweise unterschiedlichen Selbstbeschreibungen der Soziokulturellen Animation als Teilbereich der Sozialen Arbeit und formuliert aufgrund der Systemtheorie die Teilfunktionen der Soziokulturellen Animation.

---

<sup>29</sup> Voisard, Michél (2004). *Soziokulturelle Animation. Eine systemtheoretische Betrachtung und Reformulierung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. HSA Luzern. Diese Diplomarbeit wurde 2005 als Buch veröffentlicht.

Die gesellschaftliche Funktion aller drei Teilbereiche Sozialer Arbeit bezieht sich auf die Inklusion von Personen in bedeutende soziale Systeme, indem die Inklusionschancen erhöht und die Inklusionshemmnisse beseitigt werden sollen (ebd., S. 38). Werden in der Prävention die sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit anerkannt, so wird hier deutlich, dass die Soziale Arbeit eine zentrale Rolle übernehmen kann und muss. Nach Voisard (2005, S. 63) übernimmt die Soziokulturelle Animation vier gesellschaftliche Teilfunktionen mit folgenden Angehensweisen:

- die Stärkung der Demokratie durch die Förderung von Sozialkompetenz und partizipativen Beteiligungsprozessen
- die Förderung der Zusammengehörigkeit durch die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Alltagskulturen sowie durch die Bildung und Stärkung von Netzwerken
- die Förderung von Vielfalt und Ausdruck durch die Ermöglichung von Entfaltung, Kreativität und Gestaltungsräumen
- die Förderung der Selbstverantwortung durch Bildung und Übernahme von Verantwortung

Voisard verortet die Sozialarbeit, die Sozialpädagogik und die Soziokulturelle Animation auf dem Präventions-Behandlungs-Kontinuum und kommt zum Schluss, dass die Soziokulturelle Animation mehrheitlich auf der Seite der Prävention zu verorten ist, während die Soziale Arbeit vorwiegend in der Behandlung tätig ist und die Sozialpädagogik sich in der Mitte positioniert (2005, S. 65).

In Betrachtung der aufgrund der operativ geschlossenen Systeme geringen Wirkungswahrscheinlichkeit von präventiven Massnahmen, verfügt die Soziokulturelle Animation gemäss Voisard (2005, S. 39f) über besondere Methoden, um die Wirkung zu erhöhen. Durch die Mitwirkung des Systems (Partizipation) und die Unterstützung von Selbstorganisationsprozessen wird den Systemen Raum gegeben und dadurch Kompetenzen gefördert, um eigenständig Anpassungsleistungen vorzunehmen. Durch die konzeptionelle Reduktion der Komplexität und die interaktive Angehensweise können bestehende Systeme gestärkt, neue Systeme gebildet und Wirkungen gemessen werden.

### 6.3 SOZIOKULTURELLE ANIMATION UND PRÄVENTION FÜR FRAUEN MIT MIGRATIONSGESCHICHTE

Die Ausführungen und systemtheoretischen Betrachtungen zur Soziokulturellen Animation als Teilbereich der Sozialen Arbeit lassen zum Schluss kommen, dass dieses Berufsfeld geradezu gemacht ist, um die Massnahmen sowohl der Verhaltensprävention als auch der Verhältnisprävention unter verstärkter Berücksichtigung von sozialen Einflussfaktoren zu realisieren. Werden die sozialen Einflussfaktoren in der Prävention berücksichtigt, so müssen auf der Ebene der Verhältnisprävention strukturelle Inklusionshemmnisse (Belastungsfaktoren) wie Diskriminierung, Stereotypisierung und fehlende Partizipationsstrukturen abgebaut sowie auf der Ebene der Verhaltensprävention Inklusionschancen (Schutzfaktoren) wie die für die Netzbildung und die Partizipation erforderlichen Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen erhöht werden.

In der Verhältnisprävention müssen gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden, welche wiederum eine Problemwahrnehmung in der Politik und der Öffentlichkeit bedingen. Dafür können

einerseits Fachpersonen der Prävention die Belastungsfaktoren in den sozialen Verhältnissen politisieren und andererseits können die Frauen mit Migrationsgeschichte befähigt werden, als Expertinnen ihrer Lebenswelt auf strukturelle Ungleichheiten aufmerksam zu machen und Lösungen zu fordern und mitzugestalten. Die Zielgruppen in der Verhältnisprävention auf der Ebene der Gesellschaft wären hiermit die politischen Vertreterinnen und Vertreter, die Medien und die Wissenschaft. Die Erreichung dieser Zielgruppe durch Fachpersonen der Prävention dürfte infolge einer Vielzahl an öffentlichen Themen als schwieriger zu realisieren sein als die Erreichung von Frauen mit Migrationsgeschichte.

Wie Erfahrungen aus der Praxis der Verhaltensprävention zeigen, kann die Erreichung der Frauen mit Migrationsgeschichte nur gelingen, wenn direkt im Wohnumfeld der Zielgruppe an deren Bedürfnissen angesetzt wird. Dafür müssen neben finanziellen und räumlichen Ressourcen auch Fachleute vorhanden sein, welche über entsprechende Kompetenzen in der Zielgruppenerreichung und der Kontaktgestaltung, im Aufbau von Vertrauensbeziehungen, im Begleiten von Gruppenprozessen und im Aktivieren von Selbstorganisation verfügen. Die praktischen Angehensweisen sowie die Kompetenzanforderungen an Fachleute einer auf soziale Einflussfaktoren ausgerichteten Prävention entsprechen den Zielen, den Methoden sowie dem Kompetenzprofil der Soziokulturellen Animation.

## 7 Schlussfolgerungen

Ausgangspunkt dieser Bachelorarbeit war die Frage, wie die Gesundheit von Frauen mit Migrationsgeschichte professionell gefördert werden kann. Es zeigte sich, dass die systemische Prävention nach Martin Hafén (2007) sich besonders eignet, um die Komplexität der Gesundheitsförderung zu erfassen, eine differenzierte Analyse zielpersonenspezifischer Belastungs- und Schutzfaktoren zu erstellen und geeignete Massnahmen mit erhöhter Wirkung zu realisieren. Die Analyse der Gesundheitssituation von Frauen mit Migrationsgeschichte zeigte, dass diese Zielgruppe erheblichen Belastungen ausgesetzt sein kann und gleichzeitig nicht über genügend Ressourcen verfügen kann. Dieses Ungleichgewicht ist als wesentliche Ursache für eine Verschiebung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Krankheit zu deuten. Es wurde deutlich, dass bedeutende Belastungsfaktoren vor allem zentralen sozialen Systemen der Lebenswelt und der Gesellschaft zuzuordnen sind. Sozial-, Selbst- und Fachkompetenzen von Frauen mit Migrationsgeschichte gelten hingegen als bedeutende Schutzfaktoren, sowohl für den Umgang mit sozialen Belastungsfaktoren als auch für deren Problematisierung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel der Verminderung ebendieser. Prävention bedeutet demzufolge, dass gleichzeitig Belastungsfaktoren zu vermindern und Schutzfaktoren zu stärken versucht werden.

Nebst den strukturellen Veränderungen in Spitälern, der Investition in migrationspezifische Gesundheitsforschung und der Ausbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung, werden aktuell in der Prävention vor allem interaktive (Kurse) und nicht-interaktive (schriftliche Information in verschiedenen Sprachen) Bildungsangebote in der Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund realisiert. Die systemtheoretische Unterteilung in physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Belastungs- und Schutzfaktoren ermöglichte die Erkenntnis, dass trotz vielseitigen Massnahmen bedeutende Aspekte in der Prävention ausgelassen und frauenspezifische Aspekte ungenügend berücksichtigt werden. Zudem widerspiegeln die realisierten Präventionsmassnahmen für Menschen mit Migrationshintergrund eine paternalistische Haltung, mit der Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten die Zielpersonen zu einem aus ihrer Sicht besseren und richtigen Verhalten bringen wollen.

Unter der Berücksichtigung der Heterogenität einer Zielgruppe und der operativen Geschlossenheit eines Systems muss bei klassischen Bildungsangeboten in der Prävention für Frauen mit Migrationsgeschichte von einer relativ geringen Wirkungswahrscheinlichkeit ausgegangen werden. Die Wirkungswahrscheinlichkeit wird hingegen wesentlich erhöht, wenn die Zielpersonen selbst bestimmen können, welche Faktoren für sie Belastungen und welche Ressourcen darstellen und wie diese vermindert bzw. gestärkt werden können.

Eine differenzierte professionelle Prävention, welche alle Bereiche der Belastungs- und Schutzfaktoren berücksichtigt, erfordert zusätzlich zu medizinischen Gesundheitsfachleuten auch Fachpersonen im Aktivieren der Selbstorganisation der Zielpersonen. Die Profession der Soziokulturellen Animation entspricht den Anforderungen an Fachleute der Prävention in sozialen Systemen geradezu idealtypisch. Sowohl in der Berufspraxis als auch in der Professionstheorie wird die präventive Wirkung der Soziokulturellen Animation bestätigt. Eine weiterführende Frage

wäre diesbezüglich, welche Faktoren neben der Ausblendung sozialer Einflussfaktoren in der Prävention erklären, warum die Soziokulturelle Animation bisher noch kaum in der Prävention tätig ist, bzw. warum die Handlungsfelder der Soziokulturellen Animation nicht als Prävention gelten.

Das Modell des offenen Treffs für Frauen mit Migrationsgeschichte stellt eine vielversprechende Möglichkeit dar, gleichzeitig die Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen der Frauen zu erhöhen und soziale Belastungsfaktoren zu vermindern. Ein kostenloser Treffpunkt mit offenen Strukturen und langen, regelmässigen Öffnungszeiten in der Wohnumgebung ermöglicht den heterogenen und einem raschen Wandel unterstellten (Gesundheits-)Bedürfnissen dieser Zielgruppe gerecht zu werden. Das zur Verfügung Stellen von Räumlichkeiten, Zeit, finanziellen Mitteln und bedarfsorientierter fachlicher Unterstützung erlaubt einen ressourcenorientierten und emanzipatorischen Ansatz, welcher psychischen Systemen ermöglicht, selbst die aus ihrer Beurteilung notwendigen Anpassungsleistungen vorzunehmen. Mit einem solchen Angebot wird sowohl der Schwierigkeit der Zielgruppenerreichung als auch der Erhöhung der Wirkung aus systemischer Sicht Rechnung getragen.

Die Prävention muss sich immer wieder bewusst sein, dass sie stigmatisierend wirken kann, indem sie eine „Problemgruppe“ definiert und die Massnahmen nach dieser ausrichtet. Ein Präventionsangebot in Form eines offenen Treffs für Frauen bietet die Möglichkeit, alle Frauen mit und ohne Migrationsgeschichte zu erreichen und damit eine mögliche Stigmatisierung von Frauen mit Migrationsgeschichte zu verhindern. Letztlich soll die Prävention die Frauen erreichen, welche besonderen Belastungen ausgesetzt sind und das können sowohl Frauen mit Migrationsgeschichte als auch Frauen sein, die sozioökonomisch benachteiligt sind oder aufgrund unterschiedlichster Ursachen über geringe Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen verfügen. Zusammenfassend geht es um die Frage, wie Menschen befähigt werden können, trotz Belastungsfaktoren gesund zu bleiben sowie Belastungsfaktoren abzubauen. Dabei ist den Frauen besondere Bedeutung beizumessen, denn die weltweite ungleiche Machtverteilung zugunsten der Männer erschwert den gezielten Abbau von frauenspezifischen Belastungsfaktoren. Hier sind empirische Forschungen zu frauenspezifischen Belastungs- und Schutzfaktoren der Postmigration sowie zur Wirkung kompetenzfördernder Methoden in Angeboten für Erwachsene für die Legitimation der Präventionsmassnahmen unabdingbar.

Die Geschichte der Gleichstellung von Frauen und Männern in der Schweiz und die erfolgreichen Gleichstellungsmassnahmen können auch auf die Situation der Frauen mit Migrationsgeschichte übertragen werden. Bei den Frauen mit und ohne Migrationshintergrund sind die Chancengleichheit und die Diskriminierung wesentliche gesundheitliche Determinanten. Dabei hat sich in der Geschichte der Gleichstellung die Einführung des Frauenstimmrechts als zentraler Wendepunkt in der Diskriminierung der Frauen herausgestellt. Alle Parteien mussten sich zum Thema Gleichstellung positionieren, um die Wahlstimmen der Frauen zu gewinnen. Demzufolge würde sich in Bezug auf Belastungsfaktoren vieles verändern, wenn Frauen und Männern mit Migrationshintergrund das Stimm- und Wahlrecht auch ohne Schweizerpass oder durch erleichterte Einbürgerung zugesprochen würde. Politische Parteien müssten sich in Bezug auf die Diskriminierung von und auf die Chancengleichheit für Menschen mit Migrationshintergrund positionieren,

um deren Wahlstimmen zu gewinnen. Entsprechend zu Gleichstellungsfachstellen würde eine Fachstelle zur Gleichstellung von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund wesentlich dazu beitragen, Belastungsfaktoren der Migrationsbevölkerung zu thematisieren und zu vermindern. Wie beim Gender Mainstreaming, dem Einbezug der sich unterscheidenden Geschlechterrealitäten bei Entscheidungen in Verwaltung und Politik, bräuchte es meines Erachtens auch ein Migration Mainstreaming und für die Frauen mit Migrationsgeschichte ein ‚*Migration and Gender Mainstreaming*‘. Die sozialstrukturellen Belastungsfaktoren von Frauen mit Migrationsgeschichte müssen zu einem verbindlichen Querschnittsthema gemacht werden. Hierbei wäre weiterführend sicher der Frage nachzugehen, warum die Forderung nach einem Stimm- und Wahlrecht für Menschen mit Migrationshintergrund bei der Aufnahmegesellschaft auf so viel Widerstand stösst und wie dieser Widerstand abgebaut werden könnte.

Kurz vor dem Abschluss dieser Bachelorarbeit traf ich einige Frauen mit Migrationsgeschichte, aus deren Geschichten das erfundene Beispiel von Christiane in der Einleitung dieser Arbeit konstruiert wurde, an einer Veranstaltung zum Thema Integration im Integrationszentrum *Zentrum 5* in Bern. Auf die Schilderung der Fragestellungen und Schlussfolgerungen dieser Bachelorarbeit reagierten die Frauen mit einer engagierten Diskussion und in den Worten von Christiane würden sich ihre Aussagen etwa so zusammenfassen lassen:

*„Aufgrund meiner persönlichen Erfahrung bin ich überzeugt, dass Migration krank macht. Jetzt bin ich schon seit sieben Jahren in der Schweiz und ich fühle mich hier nicht glücklich. Ich habe keine Chancen auf dem Arbeitsmarkt und fühle mich gegenüber der Politik und den Medien machtlos. Wir Frauen sind nicht genug wichtig für die Politik, auch deshalb, weil wir nicht abstimmen und wählen können. Es bräuchte unbedingt frauenspezifische Prävention, in der uns nicht männliche Experten sagen, wie wir Frauen unser Verhalten verändern sollen, sondern in der wir selbst bestimmen können, was wir brauchen, um gesund zu bleiben. Ich wäre eine engagierte Besucherin eines offenen Treffs für Frauen und ich verstehe nicht, warum es in Deutschland solche Angebote gibt, aber hier nicht. Wir müssen etwas unternehmen, damit mehr für unsere Gesundheit gemacht wird.“*

Euch, liebe Frauen, ist diese Arbeit gewidmet.

## **Dank**

Besonderer Dank geht an

### **Christine Schuppli**

für die Freisetzung meines Potentials, dank der ich über meine Fähigkeiten hinausgewachsen bin,

### **Martin Hafén**

für die Unterstützung im Rahmen der Fachpoolstunden und für das fachliche Knowhow,

### **Leticia Roldán**

für die Bereicherung dieser Arbeit durch die Erzählung deiner Migrations- und Gesundheitsgeschichte und für deine Musik,

### **Sarah Baumann**

für das Zuhören, die Feedbacks und die engagierte Auseinandersetzung mit der Thematik während dem Gegenlesen,

### **Jürg Trefzer**

für das gründliche Lektorieren und die linguistischen Inputs,

### **Michael Stettler**

für den Zauber in deinem Sein und in der Gestaltung dieser Arbeit sowie für dein gründliches Gegenlesen,

**Parvin Hemmati, Alma Bektasevic, Baian Hosseinzadeh, Hadjat Bahidja, Karina Otero, Nermin Ahmed, Elena Boos, Mileidys Horisberger, Dasha, Ghennet Medhin, Seriyé Öztürk, Anita Renfer, Rina Grossenbacher, Cristina Anliker-Mansour, Hüru, Saime, Elisabetha, Jutta Herzler, Heike Pfeiffer, Monica Pereira, Lena Breca, Antonika Stankovic, Marina Pavlovic, Sidonie, Sefika Göçen, Maryam Soltan Mohammadi, Kalaiselvi Karunakaran, Jankovic Nada, Anita, Eva und viele weitere Frauen, denen ich begegnet bin**

für das Teilen eurer Erfahrungen und für eure besonderen Potentiale.

---

## Quellenverzeichnis

- Al Jaar, Khalil (2002). *Gesundheit und Migration*. Münster: LIT Verlag.
- Amstutz, Raphael; Huwiler, Karin & Minder, Christoph E. (2003). Soziale Ungleichheit in der Gesundheit – ein Thema auch in der Schweiz. In Caritas Schweiz, *Sozialalmanach. Gesundheit – eine soziale Frage* (S. 55-63). Luzern: Caritas-Verlag.
- Backes, Herbert (2004<sup>5</sup>). Peer Education. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (S. 43-45). Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- Beck, Michaela (2007). *Konzept Zugangssicherung zu den Angeboten der Mädchenarbeit Thun für Mädchen mit Migrationshintergrund*. Unveröffentlichtes Dokument im PDF-Format zu beziehen bei der Mädchenarbeit Thun.
- Bestmann, Stefan & Strassburger, Gaby (2008). *Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit*. Berlin: Stiftung Mitarbeit.
- Bestmann, Stefan; Häsler, Sarah & Strassburger, Gaby (2008). Faktoren des Gelingens. Ein Zusammenspiel von Haltung, Methode und Struktur. In Stefan Bestmann & Gaby Strassburger, *Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit* (S. 12-74). Berlin: Stiftung Mitarbeit.
- Birchmeier, Sonja; Hartmann, Nicole & Zürcher, Andrea (2007). *Gesundheitsmanagement – Bedrohung oder Chance für die betriebliche Sozialarbeit?* Bern: Edition Soziothek
- Borde, Theda & David, Matthias (2007). *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Borde, Theda (2007). Psychosoziale Potentiale und Belastungen der Migration. In Theda Borde & Matthias David (Hrsg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale* (S.193-212). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Brückner, Margrit & Rose, Lotte (2002). *Innovative Frauen- und Mädchenarbeit: Untersuchung am Beispiel Frankfurt am Main*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2006a). Forschung, Migration und Gesundheit. Im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002-2007“. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2006b). Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2007). *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten?* Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2008a). *Migration und Gesundheit. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008-2013)*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2008b). *Vorentwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG). Eröffnung der Vernehmlassung, 25. Juni 2008, Kernelemente*. Gefunden am 24. Oktober 2008 unter <http://www.news-service.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/12407.pdf>.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (ohne Datum). *Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung - Präventionsgesetz*. Gefunden am 24. Oktober 2008 unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=de>.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2002). *Ausgewählte gesundheitliche Aspekte nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht*. Gefunden am 09. September 2008 unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/06/02.Document.102817.xls>.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2004). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Gefunden am 13. November 2008 unter: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen\\_statistik/cd\\_roms/uebersicht.Document.50762.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/cd_roms/uebersicht.Document.50762.pdf).



- 
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2008a). *Ausländische Wohnbevölkerung – Übersicht*. Gefunden am 08. September 2008 unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/01.html>.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2008b). *Erwerb des Schweizer Bürgerrechts*. Gefunden am 08. September 2008 unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/03/01.html>.
- Brüscheiler, Werner; Dörig, Roman; Frey, Walter; Gerster, Richard; Haefeli, Ueli; Hirter, Hans; Segesser, Jürg; Seitz, Hans; Sonderegger, Christian; Späti, Ursula & Stampfli, Marc (Hrsg.) (1996). *Neues Staatskundelexikon für Politik, Recht, Wirtschaft, Gesellschaft*. Aarau: Sauerländer; Zürich: Sabe.
- Cassée, Kitty (2007). *Kompetenzorientierung. Eine Methode für die Kinder- und Jugendhilfe*. Bern: Haupt.
- CEDAW-Bericht (2001). Erster und zweiter Bericht der Schweiz über die Umsetzung des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Bern: Eidgenössisches Büro für Gleichstellung von Frau und Mann.
- Dahinden, Janine (2004). *Eine migrationsspezifische Mädchenarbeit? Einige Überlegungen*. Bern: Referat gehalten an der Fachtagung Mädchenarbeit Schweiz vom 12. & 13. November 2004. Gefunden am 26. September 2006 unter: [http://www.voja.ch/archiv/pdf/genderize-it\\_WS\\_8\\_Dahinden.pdf](http://www.voja.ch/archiv/pdf/genderize-it_WS_8_Dahinden.pdf).
- De Boer, Heike (2008). Bildung sozialer, emotionaler und kommunikativer Kompetenzen: ein komplexer Prozess. In Marius Harring; Christian Palentin & Carsten, Rohlf (Hrsg.) *Kompetenz-Bildung. Soziale, emotionale und kommunikative Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen* (S. 19-33). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eichler, Katja Johanna (2008). *Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eicke, Monika (2004). *Ein Diskussionspapier zum begrifflichen Verständnis von Interkulturalität und Transkulturalität*. Unveröffentlichtes Skript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Ernst, Marie-Louise; Leibundgut-Fischer, Edith; Tschannen, Pia & Von Greyerz, Salome, (2007). *Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit. Ein Praxis-Handbuch*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Ernst, Marie-Louise (2007). Empfehlungen. Projekte mit sozial benachteiligten Frauen. In Bundesamt für Gesundheit. *Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit. Ein Praxis-Handbuch* (37-42). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- gfs.bern, Forschung für Politik, Kommunikation und Gesellschaft (2005). *Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt nicht Asylpolitik ist entscheidend*. Gefunden am 09. September 2008 unter: [http://www.sans-papiers.ch/site/uploads/media/Studie\\_Anzahl\\_Sans-Papiers\\_2005.pdf](http://www.sans-papiers.ch/site/uploads/media/Studie_Anzahl_Sans-Papiers_2005.pdf).
- Hafen, Martin (2007a). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2007b). *Grundlagen der systemischen Prävention*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Homfeldt, Hans-Günter & Sting, Stephan (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: E. Reinhardt Verlag.
- HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (2004). *Soziokulturelle Animation – Vermitteln über Grenzen hinweg*. Gefunden am 5. April 2008 unter [http://www.hslu.ch/berufsfeld\\_soziokultur.pdf](http://www.hslu.ch/berufsfeld_soziokultur.pdf).
- Huber, Sven & Hünersdorf, Bettina (2008). Gesundheit fördern und fordern. Die Rolle der Sozialen Arbeit in der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik. *Sozial Aktuell. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*, 7/8, S. 16-20.
- Hug, Annette (2007). Partizipation. In Alex Willener, *Integrale Projektmethodik für Innovation und Entwicklung in Quartier, Gemeinde und Stadt* (S. 58-68). Luzern: Verlag Interact Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

- Husi, Gregor (2005). Über das Verhältnis von Soziokultureller Animation und Freizeitpädagogik. In Michel Voisard, *Soziokulturelle Animation beobachtet. Ein systemtheoretischer Beitrag zur Freizeitpädagogik* (S. 9-12). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Husi, Gregor & Wandeler, Bernard (2006). Einige theoretische und empirische Grundlagen zur Zukunft der soziokulturellen Animation. *Sozial Aktuell. Neue Wege der soziokulturellen Animation*, 9, S. 6-9.
- Jann, Werner & Wegrich, Kai (2003). Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle. In Dr. Nils C. Bandelow & Univ.-Prof. Dr. Klaus Schubert (Hrsg.), *Lehrbuch der Politikfeldanalyse* (S. 71-103). München & Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Kaya, Bülent (2007). *Migration und Gesundheit. Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimension in der Prävention und Gesundheitsförderung*. Neuchâtel: SFM.
- Keupp, Heiner (2004). Identitätsarbeit und Wertorientierung in einer globalisierten Netzwerkgesellschaft. *Supervision*, 3, S. 28-41.
- Kizilhan, İlhan (2007). Potentiale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. In Theda Borde & Matthias David (Hrsg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale* (S.53-67). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kopp, Markus (2007). Projektfinanzierung. In Alex Willener, *Integrale Projektmethodik* (S. 277-294), Luzern: Verlag Interact Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Lauterbach, Karl W.; Plamper, Evelyn & Stock, Stephanie (2007<sup>2</sup>). Kosten und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann; Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 369-379). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lazarus, Richard S. (2005). Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In Virginia Hill Rice (Hrsg.), *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft* (S. 231-263). Bern: Verlag Hans Huber.
- Leibundgut-Fischer, Edith & Von Greyerz, Salome (2007). Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. In Ernst, Marie-Louise; Leibundgut-Fischer, Edith; Tschannen, Pia & Von Greyerz, Salome, *Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit. Ein Praxishandbuch* (S.27-35). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Lüttringhaus, Maria (2000). *Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen, Katernberg und der Dresdner Äusseren Neustadt*. Bonn: Stiftung Mitarbeit.
- Menschliche Entwicklung. Identität und Identitätsbildung* (2005). Unveröffentlichtes Skript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Moser, Heinz; Müller, Emanuel; Wettstein Heinz & Willener Alex (1999). *Soziokulturelle Animation. Grundfragen, Grundlagen, Grundsätze*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Radix (ohne Datum). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Gefunden am 17.04.08 unter: [http://www.radix.ch/d/data/data\\_38.pdf](http://www.radix.ch/d/data/data_38.pdf).
- Sezgin, Hilal (2008). Wir sind längst angekommen! *Terra cognita. Identitäten*, 13, S. 54-55.
- Stark, Wolfgang (2004<sup>5</sup>). Empowerment. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (S. 28-31). Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- Strassburger, Gaby (2008). Sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit. Theoretische Überlegungen zum Abschluss. In Stefan Bestmann & Gaby Strassburger, *Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit* (S. 150-163). Berlin: Stiftung Mitarbeit.
- Thurn, Susanne (2008). Emotionale, soziale und kommunikative Bildung durch Teilhabe an Verantwortung. In Marius Harring; Christian Palentin & Carsten, Rohlf's (Hrsg.) *Kompetenz-Bildung. Soziale, emotionale und kommunikative Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen* (S. 191-207). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

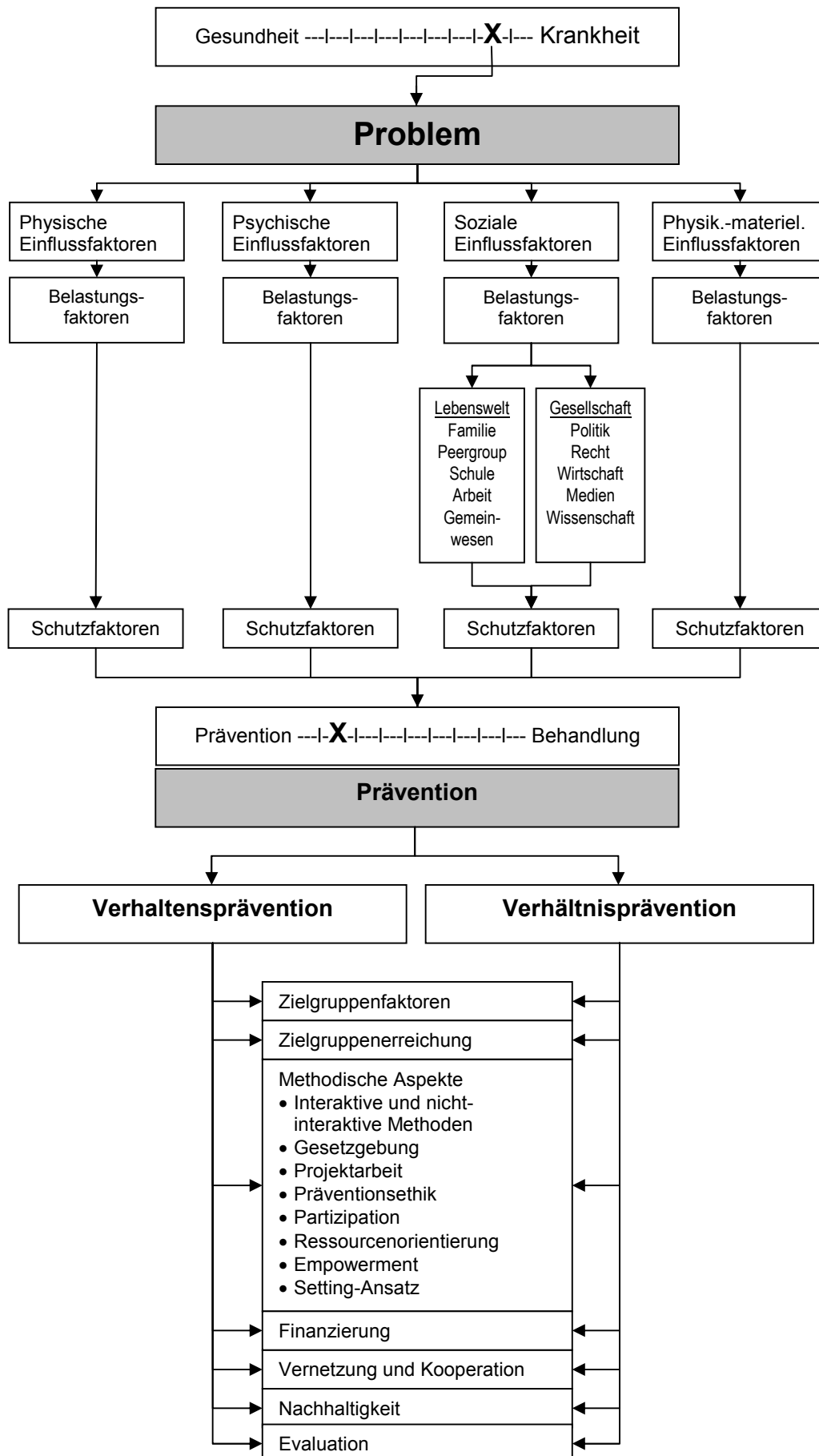
- 
- Trojan, Alf (2004<sup>5</sup>). Gemeindeorientierung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (S. 43-45). Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- Voisard, Michel (2005). *Soziokulturelle Animation beobachtet. Ein systemtheoretischer Beitrag zur Freizeitpädagogik*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Von Kardorff, Ernst (2004<sup>5</sup>). Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Bzga (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (S. 134-137). Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- Weiss, Regula (2005<sup>2</sup>). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Wandeler, Bernard (2004). Soziokulturelle Animation ... wie bitte? In HSA Hochschule für Soziale Arbeit Luzern, *Soziokulturelle Animation – Vermitteln über Grenzen hinweg* (S. 3). Gefunden am 5. April 2008 unter [http://www.hslu.ch/berufsfeld\\_soziokultur.pdf](http://www.hslu.ch/berufsfeld_soziokultur.pdf).
- Willener, Alex (2007). *Integrale Projektmethodik. Für Innovation und Entwicklung in Quartier, Gemeinde und Stadt*. Luzern: Interact Verlag.
- Witt, Tabea (2008). Der Mutter-Kind-Treff Shehrazad. In Stefan Bestmann & Gaby Strassburger, *Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit* (S. 75-83). Berlin: Stiftung Mitarbeit.
- World Health Organization [WHO] (2007). *Working for Health. An introduction to the World Health Organization*. Genf: WHO Press. Gefunden am 18. Juli 2008 unter [http://www.who.int/about/brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/about/brochure_en.pdf).
- Yalcin, Yildiz (2005). *Rezension zu: Annette Schöpe-Kahlen: „Es ist ein Reifungsprozess. Den hat man sicher, egal wo man lebt“*. Bern, Stuttgart, Wien: Hauptverlag. Gefunden am 17.04.2008 unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/3213.php>.

---

## Anhang

<b>Anhang 1: Modell der systemischen Prävention .....</b>	<b>87</b>
<b>Anhang 2: Art. 8 Rechtsgleichheit [BV] .....</b>	<b>88</b>
<b>Anhang 3: Art. 53 Förderung der Integration [AuG] .....</b>	<b>89</b>
<b>Anhang 4: Art. 261<sup>bis</sup> Rassendiskriminierung [StGB].....</b>	<b>90</b>

## Anhang 1: Modell der systemischen Prävention



---

## **Anhang 2: Art. 8 Rechtsgleichheit [BV]**

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft

vom 18. April 1999 (Stand am 1. Januar 2008)

---

### **Art. 8 Rechtsgleichheit**

<sup>1</sup> Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

<sup>2</sup> Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.

<sup>3</sup> Mann und Frau sind gleichberechtigt. Das Gesetz sorgt für ihre rechtliche und tatsächliche Gleichstellung, vor allem in Familie, Ausbildung und Arbeit. Mann und Frau haben Anspruch auf gleichen Lohn für gleichwertige Arbeit.

<sup>4</sup> Das Gesetz sieht Massnahmen zur Beseitigung von Benachteiligungen der Behinderten vor.

---

## **Anhang 3: Art. 53 Förderung der Integration [AuG]**

Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer

vom 16. Dezember 2005 (Stand am 1. Januar 2008)

---

### **Art. 53 Förderung der Integration**

<sup>1</sup> Bund, Kantone und Gemeinden berücksichtigen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Anliegen der Integration.

<sup>2</sup> Sie schaffen günstige Rahmenbedingungen für die Chancengleichheit und die Teilhabe der ausländischen Bevölkerung am öffentlichen Leben.

<sup>3</sup> Sie fördern insbesondere den Spracherwerb, das berufliche Fortkommen, die Gesundheitsvorsorge sowie Bestrebungen, welche das gegenseitige Verständnis zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung und das Zusammenleben erleichtern.

<sup>4</sup> Sie tragen den besonderen Anliegen der Integration von Frauen, Kindern und Jugendlichen Rechnung.

<sup>5</sup> Bei der Integration arbeiten die Behörden des Bundes, der Kantone und Gemeinden, die Sozialpartner, die Nichtregierungsorganisationen und Ausländerorganisationen zusammen.

---

## **Anhang 4: Art. 261<sup>bis</sup> Rassendiskriminierung [StGB]**

Schweizerisches Strafgesetzbuch

vom 21. Dezember 1937 (Stand am 1. Januar 2008)

---

### **Art. 261<sup>bis</sup> Rassendiskriminierung**

Wer öffentlich gegen eine Person oder eine Gruppe von Personen wegen ihrer Rasse, Ethnie oder Religion zu Hass oder Diskriminierung aufruft,

wer öffentlich Ideologien verbreitet, die auf die systematische Herabsetzung oder Verleumdung der Angehörigen einer Rasse, Ethnie oder Religion gerichtet sind,

wer mit dem gleichen Ziel Propagandaaktionen organisiert, fördert oder daran teilnimmt,

wer öffentlich durch Wort, Schrift, Bild, Gebärden, Tätlichkeiten oder in anderer Weise eine Person oder eine Gruppe von Personen wegen ihrer Rasse, Ethnie oder Religion in einer gegen die Menschenwürde verstossenden Weise herabsetzt oder diskriminiert oder aus einem dieser Gründe Völkermord oder andere Verbrechen gegen die Menschlichkeit leugnet, gröblich verharmlost oder zu rechtfertigen sucht,

wer eine von ihm angebotene Leistung, die für die Allgemeinheit bestimmt ist, einer Person oder einer Gruppe von Personen wegen ihrer Rasse, Ethnie oder Religion verweigert,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.