

Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen

Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung und -versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes

Im Auftrag von AK Wien, BMG, FGÖ, Stadt Wien und WGKK

Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen

Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung und -versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes

Autorinnen:

Judith Anzenberger
Sylvia Gaiswinkler

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im Juni 2016

Im Auftrag von AK Wien, BMG, FGÖ, Stadt Wien und WGKK

Zitiervorschlag: Anzenberger, Judith; Gaiswinkler, Sylvia (2016): Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen. Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung und -versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes. Gesundheit Österreich, Wien.

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

INHALT

Abkürzungen	VI
Vorgeschichte zum Leitfaden	VII
Auftrag und Zielsetzung	VII
Projektlauf	VII
Ergebnisse der Recherche	VII
Ergebnisse der Analyse	VIII
Vorbemerkungen	IX
Zusammenhang von Gesundheit, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund	IX
Was deckt dieser Leitfaden ab und was nicht?	X
Wie ist dieser Leitfaden strukturiert?	XI
Notwendige Werthaltungen und Herangehensweisen – eh klar?!	1
Auf Augenhöhe mit ALLEN	1
Potenziale sehen und stärken	1
Vielfalt sehen und nutzen	2
Gibt es Vielfalt im Projekt-Team?	2
Stigmatisierung vermeiden	2
Projektmanagement – alles anders oder doch nicht?	3
Die Zielgruppe ist eindeutig bekannt – wirklich?!	3
Nach welchen Kriterien sind Zielgruppen zu analysieren?	3
Welche soziokulturellen Hintergründe bringt die Zielgruppe mit?	3
Gesundheitszustand der Zielgruppe?	4
Welche Bedürfnisse haben die Menschen in der Zielgruppe?	4
Wie sieht das soziale Umfeld der Zielgruppe aus?	5
Was gibt es schon, was braucht es noch?	5
Den Sozialraum der Zielgruppe einbeziehen	5
Partizipation von Anfang an	5
Flexibel sein, flexibel bleiben!	6
Welche speziellen Kompetenzen brauchen die Mitarbeiter/innen?	6
Gute Projektplanung	6
Werden die Ressourcen des Projektes bestmöglich verwendet?	7
Wie Ansprechen, Kommunizieren und Informieren?	8
Wie soll Information aufbereitet sein?	8
Einsatz leichter bzw. einfacher Sprache	8
Mehrsprachig	8
Optische Gestaltung	8
Didaktisch	9
Welche Kommunikationsmittel einsetzen?	9
Wo soll Information verbreitet sein?	9

Wie/wo kann Mehrsprachigkeit berücksichtigt werden?.....	10
Schriftliches Material	10
Mündlich	10
Professionelle Dolmetscher/innen	10
Mehrsprachige Mitarbeiter/innen.....	11
...als Trainer/innen, Berater/innen, Psychologinnen/Psychologen, Ärztinnen/Ärzte, etc.	11
...als Dolmetscher/innen	11
Angehörige als Dolmetscher/innen	11
Ansprechpartner/innen im Projekt	12
Kurssprache	12
Ohne Vernetzung geht's nicht.....	13
Welche Voraussetzungen braucht es für Vernetzung?.....	13
Mit wem vernetzen?.....	13
Welchen Nutzen hat Vernetzung?	14
Schlüsselperson Multiplikator/in	15
Wer, mit welchen Qualifikationen?.....	15
Welche Aufgaben, welche Rollen haben Multiplikatorinnen und Multiplikatoren?.....	15
Wie ins Projekt einbinden?.....	16
Einbezug der Zielgruppe (Partizipation).....	17
Welchen Benefit bringt Partizipation?	17
Wen soll man einbeziehen?.....	17
Partizipation in allen Phasen!.....	17
Niederschwellig gestalten.....	19
Entscheidend: Zielgruppe am richtigen Ort ansprechen.....	19
Entscheidend: Zielgruppe <i>richtig</i> ansprechen	20
Entscheidend: richtige Auswahl von Orten und Räumen	21
Vielfalt im Team hilft.....	21
Mehrsprachigkeit berücksichtigen.....	21
Lebensnah organisieren	21
Finanzielle Zugänglichkeit.....	22
Zeitraumen und Zeitumfang	22
Unterschiedliche Familienstrukturen und Kinder einbeziehen.....	22
Inhalte an Lebensrealität anpassen.....	23
Alles Kultur oder was?	24
Haben die Mitarbeiter/innen interkulturelle Kompetenzen?.....	24
Normen, Werte und Verhaltensweisen: Reflektiert? Berücksichtigt?.....	25
Traditionen, Normen oder Regeln.....	25
Religiöse oder kulturelle Feste/Rituale	26
Umgang mit Zeit/Terminen	26
Tabuthemen und Schamgefühle	27
Genderfragen: Reflektiert? Berücksichtigt?.....	27
Rollen.....	28
Wo genau berücksichtigen?	28

Verwendete Literatur	29
Quellen der Definitionen	35
Quellen der Praxisbeispiele	36
Anhang	38
Weiterführende Literatur (Tipps).....	38
Nützliche Links zum Thema im WWW	41
Institutionen/Organisationen die am Sounding Board teilnahmen	42
Auftraggeber/innen.....	43

ABKÜRZUNGEN

AK Wien	Arbeiterkammer Wien
BIG	Bewegung als Investition in Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	Beziehungsweise
ca.	circa
CH	Schweiz
D	Deutschland
etc.	et cetera
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Hg. v.	Herausgegeben von
IKÖ	interkulturelle Öffnung
MIA	Mütter in Aktion
MIGES	Migration und Gesundheit
MIMI	MigrantInnen für MigrantInnen
MuM	Migration & Mobilität
MMR	Mumps Masern Röteln
NÖ	Niederösterreich
o. J.	ohne Jahr
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
REVAN	Richtig Essen von Anfang An
usw.	und so weiter
usf.	und so fort
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
z. B.	zum Beispiel

VORGESCHICHTE ZUM LEITFADEN

Im Jahr 2014 beauftragten AK Wien und BMG die GÖG mit einem Literaturbericht, um Aspekte von Migration und Gesundheit in Österreich und den derzeitigen Forschungsstand zu recherchieren und weiteren Forschungsbedarf zu identifizieren (Anzenberger et al. 2015, siehe Referenzen). Daraus und aus Vorgesprächen mit Vertretern/Vertreterinnen von AK Wien, BMG, FGÖ, Stadt Wien und WGKK ging deutlich hervor, dass Angebote und Maßnahmen in Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration von sozioökonomisch benachteiligten Personen – vor allem mit Migrationshintergrund – seltener in Anspruch genommen werden.

Auftrag und Zielsetzung

Daher beauftragten AK Wien, BMG, FGÖ, Stadt Wien und WGKK einen kompakten Leitfaden mit Empfehlungen zum Abbau von Zugangsbarrieren für sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund (mittelbare Zielgruppe). Der inhaltliche Schwerpunkt sollte auf den Themen Ernährung/Bewegung sowie Adipositas und Diabetes liegen. Diese Themen berühren sowohl Gesundheitsförderung, Prävention als auch Kuration. Direkte Zielgruppe des Leitfadens sind Praktiker/innen aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention oder Kuration, die Maßnahmen für die mittelbare Zielgruppe umsetzen. Der Leitfaden greift auftragsgemäß auf bestehende (Handlungs-)Empfehlungen zurück und fasst diese zusammen.

Projekttablauf

- » **Recherche** bestehender (Handlungs-)Empfehlungen im Internet und in bereits gesammelter Literatur aus GÖG-Projekten mit ähnlicher Themenstellung im deutschsprachigen Raum (Empfehlungen, die über die Erfahrung in Einzelprojekten hinausgehen)
- » **Inhaltliche Analyse** der ausgewählten Literatur (ca. 50 Beiträge/Berichte)
 - » Zusammenfassung der relevanten Inhalte jedes Beitrages
 - » Clusterung der Inhalte zu Themenblöcken
- » **Diskussion/Reflexion** der Ergebnisse mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen (Gesundheit/Soziales/Integration) in einem Workshop (Sounding Board).

Ergebnisse der Recherche

Bereits am Beginn der Recherche zeigte sich, dass es wenige (Handlungs-)Empfehlungen zu spezifischen Themen wie Ernährung oder Diabetes gibt. Daher wurde die Recherche themenunabhängig weitergeführt.

Zudem beschränken sich wenige Leitfäden auf sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund, daher wurde die Suche auf sozioökonomisch benachteiligte Menschen im Allgemeinen erweitert (oftmals wurde der Migrationshintergrund in einem eigenen Kapitel thematisiert).

Empfehlungen zur Kuration betreffen immer Änderungen auf Systemebene (z. B. Verbesserungen im Bildungssystem oder im Gesundheitssystem, wie weitere interkulturelle Öffnung, vermehrter Dolmetsch-Einsatz; Verbesserung sozialer Bedingungen). Es wurde kein Leitfaden gefunden, der sich auf die konkrete Gestaltung von Maßnahmen im kurativen Bereich bezieht.

Um die Themen Bewegung/Ernährung, Adipositas/Diabetes dennoch in den Leitfaden zu integrieren, wurden zusätzlich Projekte mit dem Fokus auf Bewegung/Ernährung und Adipositas/Diabetes recherchiert. Darüber hinaus empfahlen Expertinnen und Experten entsprechende Projekte.

Der Großteil der gefundenen/empfohlenen Projekte sind der Gesundheitsförderung zuzuordnen und beschäftigt sich daher nicht mit Krankheiten, sondern mit einer gesunden Lebensweise.

Projekte, die sich auf die ausgewählten Themen bezogen, waren oftmals nicht speziell für die Zielgruppe sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund zugeschnitten.

Ergebnisse der Analyse

Insgesamt sprechen die identifizierten Empfehlungen kaum spezielle Themen an (die Empfehlung zur *Partizipation* findet sich z. B. sowohl in Bewegungs- und Ernährungsprojekten als auch in Projekten zur Suchtprävention).

Der Großteil der Empfehlungen (bis auf jene zu Sprachspezifika und zur Berücksichtigung von kulturellem Hintergrund) bezieht sich zudem auf sozioökonomisch benachteiligte Menschen, unabhängig vom Migrationshintergrund.

Empfehlungen sind häufig inhaltlich deckungsgleich, Unterschiede zeigen sich lediglich in konkreten Umsetzungsempfehlungen.

In der Literatur fehlen weitgehend Umsetzungsvorschläge, daher werden hier Beispiele aus Praxisprojekten herangezogen. Ziel war es Projekte auszuwählen, die sich auf Zielgruppe und gewünschte Themenstellung beziehen und gelungene Empfehlungsumsetzungen (z. B. aufsuchendes Arbeiten) präzisieren. Sehr wenige Projekte entsprechen diesen Anforderungen, daher wurde auch auf themenfremde Projekte mit teilweise anderen Zielgruppen zurückgegriffen.

Einige erfolgreiche österreichische Projekte wurden hier mangels Publikation (Projektbericht nicht online gestellt, keine präzise Aufbereitung der Umsetzung) nicht einbezogen.

VORBEMERKUNGEN

Zusammenhang von Gesundheit, sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund

Trotz formaler Gleichstellung im österreichischen Gesundheitssystem (nur ca. 2 % sind nicht versichert) weisen Menschen mit Migrationshintergrund durchschnittlich gesehen öfter einen schlechten Gesundheitszustand auf und nehmen präventive Angebote seltener in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung (2006/2007) zeigen, dass sich 56 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund¹ im Vergleich zu 30 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund in den letzten drei Jahren vor der Befragung einem Krebsabstrich unterzogen. Bei den Männern (PSA-Test) lag dieses Verhältnis bei 51 zu 18 Prozent. Deutliche Unterschiede nach Migrationsstatus zeigen sich auch bei Adipositas und Diabetes. Frauen und Männer mit Migrationshintergrund tragen im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund ein höheres Adipositas-Risiko (Frauen: 2,5-fach, Männer: 1,8-fach). Frauen mit Migrationshintergrund unterliegen einem 3-fach höheren Risiko für Diabetes, bei Männern mit Migrationshintergrund ist dieses Risiko mit 1,27 im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund nur leicht höher (Anzenberger et al. 2015).

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe. Sie umfasst Menschen verschiedenster Herkunftsländer, ethnischer Zugehörigen, Religionen (formale Zugehörigkeit sowie tatsächliche Religionsausübung) und Kulturen mit jeweils verschiedensten Traditionen, Werten und Normen sowie verschiedensten Weltbildern, Lebensformen sowie Denk- und Handlungsweisen. Auch Bildungshintergrund, beruflicher Status und Einkommen unterscheiden sich. Ebenso die Länge der Aufenthaltsdauer (z. B. gerade erst im Zielland angekommen, seit der Kindheit in Österreich), der Migrationsstatus (selbst migriert oder zumindest ein Elternteil), Migrationsgrund wie z. B. Flucht, Arbeitsmigration, Studienzwecke etc. (Anzenberger et al. 2015). So haben zum Beispiel eine deutsche Studentin, die zum Studium kam, und eine Frau, die vor Gewalt und Folter floh (außer dem gleichen Geschlecht und dem gleichen Zielland) eventuell wenig gemeinsam.

Die einschlägige Literatur verweist darauf, dass nicht der Migrationshintergrund per se die gesundheitlichen Bedingungen beeinflusst, sondern schwierige sozioökonomische und strukturelle Verhältnisse (öffentliche Strukturen), kombiniert mit Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen sowie sprachlichen und interkulturellen Barrieren (Anzenberger et al. 2015):

- » So zeigt sich, dass der sozioökonomische Status (Bildungsgrad bzw. Möglichkeiten den erworbenen Bildungsgrad am Arbeitsmarkt entsprechen umzusetzen, beruflicher Status und damit verbunden Einkommen) in enger Verbindung mit Gesundheitszustand, Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten (z. B. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Ernährung) steht, und zwar unabhängig vom Migrationshintergrund. Menschen mit Migrationshintergrund gehören überdurchschnittlich oft zur Gruppe sozial benachteiligter Menschen. Prekäre Arbeits- und Lebensbedingungen sind an sich ungesund (z. B. Wohnprobleme wie feuchte und dunkle Wohnungen, die z. B. Schimmel verursachen können, körperlich anstrengende Arbeiten, insbesondere mit Giftstoffen, wenig Geld für gesunde Ernährung) und können auch dazu führen, dass Gesundheit nicht an erster Stelle steht (z. B. Einkommenssicherung wichtiger als Vorsorgeuntersuchungen).
- » Das Gesundheitssystem erfordert ein hohes Maß an Gesundheitskompetenz. Menschen die sich nicht (aus unterschiedlichen Gründen) ausreichend hohe Gesundheitskompetenz aneignen konnten, sind dadurch Benachteiligungen ausgesetzt.

¹ Aufgrund der Datenbeschränkungen beziehen sich die Ergebnisse nur auf Menschen aus der Türkei und Ländern des ehemaligen Jugoslawiens.

- » In viele Institutionen der Gesundheitsversorgung reicht die interkulturelle Öffnung bei weitem noch nicht, was den Zugang zur Versorgung erschwert (z. B. gibt es noch viel Potenzial die interkulturelle Kompetenz des Personals auszubauen).
- » Sprachbarrieren und fehlender flächendeckender Einsatz von Dolmetschdiensten können sich besonders weitreichend auswirken wie auch die Inanspruchnahme behindern. Die Komplexität der Medizin spiegelt sich insbesondere in ihrer Sprache wider, was dazu führt, dass auch Personen mit relativ guten Deutschkenntnissen sich nur schwer über komplexe medizinische Sachverhalte verständigen können (Kletecka-Pulker/Parrag 2015).
- » Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen (nicht unbedingt im Gesundheitsbereich) können zu mangelndem Vertrauen in das Personal und/oder in (insbesondere staatliche) Institutionen/Organisationen führen, was die Inanspruchnahme beeinträchtigen kann. Misstrauen gegenüber (insbesondere staatlichen) Institutionen/Organisationen entsteht aufgrund von Erfahrungen im Aufnahmeland (z. B. daraus resultierende Angst vor *dem System* wie Jugendamt oder anderen Behörden) und/oder aufgrund von Erfahrungen im Herkunftsland (z. B. mit *dem System* oder durch Migrationserfahrungen wie Flucht, Verfolgung, Gewalt).

Mittel- bis langfristig sind daher Strategien vonnöten, diese Barrieren zu reduzieren, um (gesundheitliche) Chancengerechtigkeit zu erreichen.

Was deckt dieser Leitfaden ab und was nicht?

Neben mittel- bis langfristigen Strategien sind auch Zugangswege für spezifische Angebote und Maßnahmen gefragt, die sozioökonomisch benachteiligten Menschen insbesondere mit Migrationshintergrund die Teilhabe daran erleichtern bzw. erst ermöglichen. Das bedeutet nicht unbedingt, dass es Maßnahmen braucht, die ausschließlich für sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund konzipiert sind (in manchen Fällen wird dies dennoch sinnvoll sein), sondern dass sämtliche Maßnahmen so gestaltet werden sollten, dass *auch* sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund sich angesprochen fühlen und – letztlich durch die passende Gestaltung dazu befähigt werden – teilzunehmen.

Die (Handlungs-)Empfehlungen beziehen sich auf Barrieren im Zugang zu konkreten Maßnahmen und nicht auf Zugangsbarrieren, die nur durch eine Verbesserung der (sozialen) Verhältnisse (Verhältnisebene), wie Erhöhen von Bildungschancen, Verbessern der Lebens- und Arbeitsbedingungen, verstärkte interkulturelle Öffnung und niederschwellige Gestaltung des gesamten Gesundheitssystems minimiert werden können.

Mit dem Leitfaden angesprochen sind Praktiker/innen², die im Gesundheitsbereich konkrete Maßnahmen konzipieren und/oder umsetzen (z. B. ein Projekt zur Adipositas-Prävention). Der Leitfaden beinhaltet keine Anleitung, wie Maßnahmen grundsätzlich konzipiert/umgesetzt werden sollen, sondern fokussiert darauf, welche Aspekte für die Zielgruppe (sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund) zu berücksichtigen sind. Er eignet sich daher, bestehende Maßnahmen für die Zielgruppe zu adaptieren oder neue Maßnahmen zu konzipieren.

² Er kann aber auch Fördergeber/innen und Geldgeber/innen für Projekte und Maßnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration sowie Entscheidungsträger/innen aus Verwaltung und Politik helfen, eine Übersicht zu Notwendigkeiten der Maßnahmengestaltung informieren. Ebenso dem mittleren Management in Einrichtungen im Gesundheitsbereich, die Maßnahmen zum Erreichen der Zielgruppe umsetzen. Da alle genannten Akteurinnen/Akteure die Rahmenbedingungen für den operativen Bereich mitbestimmen.

Wie ist dieser Leitfaden strukturiert?

Der Leitfaden wurde so kurz und praxisnah wie möglich gestaltet. Theoretische Herleitungen können in der *verwendeten Literatur* nachgelesen werden. Um den Lesefluss nicht zu stören, wurde darauf verzichtet an jeder Stelle kenntlich zu machen, woher die spezifische Information stammt. Alle verwendeten Grundlagen sind im Kapitel *verwendete Literatur* angeführt. Quellen für Begriffsdefinitionen und Projektbeispiele sind jeweils in einem eigenen Kapitel dargestellt.

Besonders empfehlenswerte Beiträge sind im Anhang unter *Weiterführende Literatur* gesammelt und mit Links versehen. Im Anhang finden sich außerdem *nützliche Links*.

NOTWENDIGE WERTHALTUNGEN UND HERANGEHENSWEISEN – EH KLAR?!

Die analysierten (Handlungs-)Empfehlungen haben einen Grundtenor: Menschenbild und Haltung im Umgang mit Zielgruppen entscheiden mitunter über die erfolgreiche Umsetzung eines Projektes. Fühlen sich angesprochene Menschen ernst genommen und respektiert, werden Angebote eher angenommen. Dies gilt für alle Zielgruppen.

Auf Augenhöhe mit ALLEN

Berater/innen sind offen gegenüber unterschiedlichen Lebensrealitäten, bringen Respekt und Wertschätzung auf bzw. sind entsprechend geschult. Sie begegnen Menschen auf Augenhöhe. Projektleitende leben diese Haltung nach Möglichkeit vor. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gehen ebenso wertschätzend mit der Zielgruppe um (ggf. durch Schulungen aufbauen).

Menschen der Zielgruppe sind Expertinnen und Experten ihrer Anliegen, ihre Bedürfnisse werden einbezogen.

Elternkompetenzen werden geschätzt.

Potenziale sehen und stärken

Die Zielgruppe bringt Erfahrungsschätze und Ressourcen mit, die es zu erkennen gilt und die für Projekte nutzbar gemacht werden können. Zudem sind die Menschen der Zielgruppe darin zu bestärken, sich in ihrer Lebensrealität selbstbestimmt zu bewegen (Empowerment).

Die Zielgruppe ist keine Problemgruppe: Der Blick sollte auf problematische und belastete Situationen gerichtet werden, in denen Menschen leben. Diese Situationen werden vorwiegend durch gesellschaftliche Verhältnisse bestimmt (Vorbemerkungen). Es ist daher wichtig, die Bedingungen auf Verhältnisebene zu verbessern.

Orientieren an Ressourcen der Menschen in der Zielgruppe. Das trägt zum Empowerment bei.

Empowerment in Gesundheitsförderung/Prävention/Kuration stellt einen Prozess dar, der Einzelne oder Gruppen zur und in der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen bestärken und befähigen will und größere Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zum Ziel hat. Personen(-gruppen) werden ermutigt, ihre individuellen und sozialen Ressourcen so zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen Lebenswelt zu erlangen.

Praxisbeispiel: *MIGES – Migration und Gesundheit* (D)

Das Projekt wendet sich vor allem an türkische Frauen. Ziel ist es, ihnen Wissen und Kompetenzen zu vermitteln, um ihre gesundheitliche Situation und die ihrer Familie zu verbessern sowie **eigenverantwortliches gesundheitsförderliches Verhalten** zu entwickeln. Behandelte Themen: u. a. Ernährung, Ess-Störungen und Übergewicht. Es werden Workshops mit kreativ- und erlebnisorientiertem Ansatz angeboten: Gesprächsrunden, Kurzvorträge, Rollenspiele, Bildmaterial, Fragekärtchen und Spielstationen. Die muttersprachlichen Gruppenleiterinnen übersetzen bei Bedarf. Die Themenauswahl findet in Absprache oder auf Wunsch der Frauen statt. (Fortsetzung nächste Seite)

Vielfalt sehen und nutzen

Aufgrund kultureller Vielfalt sozioökonomisch benachteiligter Menschen mit Migrationshintergrund ist Selbstreflexion über eigene Werthaltungen wichtig. Der Überbegriff Kultur ist jedenfalls nach weiteren Kategorien wie Tradition, religiöse Rituale, kulturelle Gewohnheiten oder persönliche Werthaltungen zu zergliedern.

- » Normen, Werte, Gewohnheiten berücksichtigen und wenn möglich einbeziehen
- » Mehrfachzugehörigkeiten anerkennen (z. B. Verbundenheit mit dem Herkunftsland)
- » Kulturen und Sprachen in ihrer Vielfalt als gleichwertig betrachten/betonen
- » Die Genderperspektive insbesondere in Hinblick auf Rollenbilder in unterschiedlichen Kulturen berücksichtigen

Gibt es Vielfalt im Projekt-Team?

- » Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft etc. unterschiedlich zusammengesetztes Projekt-Team
- » Vermittelt Anerkennung von Diversität
- » Unterstützt die Identifikation mit Ansprechpartner/in
- » Ermöglicht vielfältigere Reflexion im Team
- » Gleiche Sprache schafft Vertrauen (nicht nur im Sinne von Landessprache, sondern auch im Sinne von ähnlichem Bildungshintergrund oder ähnlicher Altersgruppe).

Stigmatisierung vermeiden

- » In benachteiligten Settings (z. B. Wohngebiet, Niedriglohnbereich) an alle Personen herangehen und nicht nur benachteiligte Menschen und solche mit Migrationshintergrund ansprechen (Settingansatz)
- » Konstellationen von Problemen betrachten und nicht Personen (nicht die Menschen selbst sind das Problem, sondern ihre soziale Lage verursacht Probleme)

Fortsetzung - MIGES (D)

Die Diskussionsrunden entwickeln sich für die beteiligten Frauen zu einem gewinnbringenden Forum. Sie erzählen, stellen Fragen und diskutieren unterschiedliche Sichtweisen und Lösungsansätze. Ihr **Selbstbewusstsein** wird durch neu erworbenes Wissen und **Kompetenzen** gestärkt. Sie sind besser in der Lage, die Angebote des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen und entsprechend ihrer Bedürfnisse zu nutzen. Durch den Ausgleich von Wissensdefiziten im gesundheitlichen Bereich wird ihnen der Zugang zu Informationen und Angeboten erleichtert. Bildung leistet hier einen wichtigen Beitrag gegen soziale Ausgrenzung.

Diversität/Diversity bedeutet Unterschiedlichkeit und bezieht sich auf die Heterogenität bzw. **Vielfältigkeit** einer Gruppe. Der Begriff wird mit Blick auf das darin steckende Potenzial verwendet und setzt auf einen verantwortungsvollen Umgang und die Nicht-Diskriminierung in den Bereichen Geschlecht, Alter, Religion, Weltanschauung, ethnische Zugehörigkeit oder sexuelle Orientierung. Umsichtiger Umgang mit Diversität ist der Ausgangspunkt für **Chancengerechtigkeit**.

Stigmatisieren bedeutet brandmarken, jemandem oder einer ganzen Gruppe bestimmte, von der Gesellschaft als negativ bewertete Merkmale zuordnen; jemanden in diskriminierender Weise kennzeichnen. Soziale Folgen von Stigmatisierung sind als zweite Krankheit zu verstehen, worunter die ganze Familie leidet.

PROJEKTMANAGEMENT – ALLES ANDERS ODER DOCH NICHT?

Im Kapitel finden sich speziell auf die Zielgruppe bezogene Empfehlungen. Es beleuchtet nicht Projektmanagement an sich.

Es ist unverzichtbar, die Projektplanung an den Bedürfnissen der Zielgruppe zu orientieren. Dazu ist es neben einer tiefgehenden Analyse der Zielgruppe wichtig, ihre Bedürfnisse zu erheben und einzubeziehen. Zusätzlich ist zu überprüfen, welche Angebote es bereits gibt und was noch fehlt. Unumgänglich ist es, den Sozialraum (sozialer und lokaler Kontext) der Menschen zu analysieren, um dort ihre Ressourcen zu aktivieren.

Die Zielgruppe ist eindeutig bekannt – wirklich?!

Zugangswege zu sozioökonomisch benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen, kann den Anschein vermitteln, es sei klar, wer die Menschen sind, die als Zielgruppe gelten. Tatsächlich handelt es sich aber um eine sehr inhomogene Gruppe. Es ist daher notwendig im jeweiligen Setting zu analysieren, wie sich die Zielgruppe zusammensetzt.

Nach welchen Kriterien sind Zielgruppen zu analysieren?

Um Einblick in die Zielgruppe zu erhalten, ist es hilfreich ihre Zusammensetzung nach **Geschlecht, Alter und soziokulturellem Hintergrund** gemeinsam zu analysieren. Dabei werden nicht immer alle angeführten Aspekte relevant sein.

- » Frauen/Mädchen oder Männer/Jungen oder beide Geschlechter?
- » Eingegrenzte oder alle Altersgruppen?

Welche soziokulturellen Hintergründe bringt die Zielgruppe mit?

Verschiedene aufeinander- und zusammenwirkende Merkmale bilden den soziokulturellen Hintergrund und sind daher gemeinsam zu betrachten.

Zielgruppe ist diejenige Gruppe oder sind jene Personen, auf die ein Angebot oder eine Strategie abzielen.

Sozioökonomisch benachteiligte Menschen sind Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichem Status, niedriger Schulbildung, Menschen in schwierigen Lebenslagen; sie sind diejenigen, um deren Gesundheit es geht, einschließlich ihrer Angehörigen, Freundinnen, Freunde und Bekannten.

Tipps

- » Settingansatz in der Gesundheitsförderung bedeutet, **alle** Menschen in einem (benachteiligten) Setting anzusprechen. Dennoch kann das Wissen hinsichtlich spezifischer Zielgruppen helfen, Elemente zu integrieren, von denen sich auch spezifische Gruppen angesprochen fühlen.
- » Der Settingansatz eignet sich auch für Maßnahmen der Prävention oder Kuration, um Menschen mit speziellen Risiken (Übergewicht) zu erreichen.

Beispiele sind:

- » Bestimmte **Herkunftsländer/-regionen** oder ein Mix
- » Bestimmte **Herkunftskulturen/Ethnien** oder unbestimmte
- » Bestimmte **Religionszugehörigkeit** oder unbestimmte
- » Bestimmte **Migrationsgeneration** oder mehrere
- » **Städtische** oder **ländliche** Herkunft oder beides
- » Bestimmter **Bildungshintergrund** oder unbestimmter
- » Bestimmte **Einkommensschicht** oder alle
- » **Erwerbstätig** oder **nicht-erwerbstätig**

Zur Analyse der Zielgruppe können vorhandene Daten (auch kleinräumig) herangezogen (z. B. Homepage der Statistik Austria), aber auch Expertinnen und Experten befragt werden (z. B. wissen Grätzelmanager/innen oft, welche Bevölkerungsgruppen in ihrem Gebiet wohnen).

Gesundheitszustand der Zielgruppe?

Ist der Gesundheitszustand der Zielgruppe gut oder schlecht und wie ist die körperliche Verfassung (z. B. Kondition für Bewegungsprogramme). Unterschiedliche Gesundheitszustände erfordern unterschiedliche Maßnahmen (z. B. Schwangerschaftsdiabetes erfordert anderen Umgang als Altersdiabetes)

Welche Bedürfnisse haben die Menschen in der Zielgruppe?

Die gesammelten Empfehlungen legen nahe, Bedürfnisse bereits in der Planungsphase – durch Partizipation von Menschen der Zielgruppe – einzubeziehen und auch während einer Maßnahme immer wieder anhand von Bedürfnissen zu justieren. Um Bedürfnisse zu erheben, ist es hilfreich, die gesamte Zielgruppe in sinnvolle Subgruppen zu untergliedern und deren jeweilige Wünsche und Bedürfnisse zu erfassen. Dies kann mit verschiedensten Methoden (z. B. Interviews, Fokusgruppen oder Sozialraumbegehungen mit Menschen der Zielgruppe) erfolgen.

Praxisbeispiel: *rundumgesund geschlechts- und kultursensible Gesundheitsförderung bei Adipositas*

Gesundheitszustand berücksichtigen
Viele Männer in den Gruppen litten an Verspannungen bzw. Rückenschmerzen, die oft durch unbewusste Körperfehlhaltungen entstehen. Ein Ziel des Bewegungstrainings war daher ihnen Bewusstsein für Körperhaltung im Alltag zu vermitteln und den Körper mit gezielten Übungen zu stärken.

Praxisbeispiel: *mittendrin* (D)

Methoden Bedürfnisse einbeziehen
Der Zugang über die soziale Lebenswelt von Kindern und Familien stand beim Projekt im Vordergrund. Die gesundheitsförderlichen Lebensstile der Bewohner/innen galt es zu stärken und **vorhandene Ressourcen** in Lebens- und Sozialraum zu **unterstützen**.

Die Bedürfnisse der Kinder wurden in einer breit angelegten *Sozialraumerkundung* über Verbesserungsvorschläge zu Bewegungsmöglichkeiten in ihrem Wohnumfeld erfragt. Während der Umsetzung der daraus entstandenen Maßnahmen (z. B. Bau von Spielgeräten) wurden die Kinder mit kreativen und gestalterischen Methoden in den Gestaltungsprozess weiter eingebunden.

Tipp

Gemeinschaftliches Kochen für Menschen veranstalten, um jene, die gerne kochen und das Bedürfnis nach sozialem Zusammensein haben, zu erreichen.

Wie sieht das soziale Umfeld der Zielgruppe aus?

Die Zielgruppe lebt bereits in einem Umfeld, in das sie eingebunden ist. Es ist für jede Angebots-Gestaltung sinnvoll, sich neugierig auf die Suche zu machen, wie dieses Umfeld aussieht. Gibt es dort bestehende Communities, mit denen Kontakt aufgenommen werden kann? Welche formellen und informellen sozialen Netzwerke gibt es (es sind nicht alle Menschen in Communities organisiert)? Gibt es Nachbarschaftsinitiativen oder Vereine, an die man anknüpfen kann? Welche Gruppen (z. B. Familie) oder Menschen üben sozialen Einfluss auf Menschen der Zielgruppe(n) aus (z. B. Peers bei Jugendlichen)? Wer kommt als Identifikationsfigur oder Multiplikator/in infrage.

Was gibt es schon, was braucht es noch?

Für ein erfolgreiches Projekt ist es ratsam, vor der Planung von Angeboten zu erkennen, welche Bedarfe durch bestehende Angebote bereits abgedeckt sind und für welche Bedarfe neue Angebote erstellt werden müssen.

Den Sozialraum der Zielgruppe einbeziehen

Um Angebote für die Zielgruppe attraktiv zu machen, sollen neue Angebote bestmöglich in bestehende Strukturen (z. B. genutzte Räumlichkeiten oder Orte) eingeflochten und auch unmittelbar in deren Lebensrealität verortet werden (z. B. kann ein Fahrradkurs im nah angrenzenden ohnehin laufend frequentierten Park stattfinden). Der Zugang zu den Menschen ist über ihre gemeinsame Lebensrealität oft wirksamer zu schaffen als über Individuen.

Partizipation von Anfang an

Für den Erfolg eines Projektes lohnt es sich, soziale und individuelle Ressourcen der Zielgruppe zu nutzen, indem sie in den Projektprozess von Beginn an eingebunden wird (z. B. lässt sich so erkennen, welche Sport- und Bewegungserfahrungen die Zielgruppe

Tipps

- » Klären, wer in der Familie eine wichtige Rolle innehat, und diese Person/en auch einbeziehen (z. B. Großeltern)
- » Rollenfunktion außerhalb und innerhalb der Familie klären (teilweise vertreten Männer die Familie bei offiziellen Anlässen nach außen und Frauen sind für innerfamiliäre Angelegenheiten ausschlaggebend).

Tipps

- » Vorhandenes zu nutzen und keine parallelen Strukturen errichten.
- » Bei bestehendem Bedarf Angebote wiederholen, sonst ergänzen.

Praxisbeispiel: *Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung (CH)*

Sozialraum einbeziehen

„Wir haben in den Räumlichkeiten der Schule einen Informationsanlass für Migrationsfamilien organisiert – und hatten damit gar keinen Erfolg, es nahmen nur wenige Leute teil. Als wir aber dieselbe Veranstaltung in der türkischen Moschee durchführten, waren wir überrascht, wie viele Teilnehmende sich einfanden“

hat, an welchen Sportarten sie interessiert ist und an welchem Ort sie diese gerne ausüben möchte). Zur Partizipation gehören auch gemeinsame Evaluierungen mit Teilnehmer/innen während eines Projektverlaufs. Dadurch bleiben die Projektinhalte beweglich.

Flexibel sein, flexibel bleiben!

Evaluationen während eines Projektes (unter Einbezug aller Teilnehmenden) dienen dazu, Angebote gegebenenfalls anzupassen und umzubauen; zum Beispiel an neu entstandene Bedürfnisse der Teilnehmer/innen.

Welche speziellen Kompetenzen brauchen die Mitarbeiter/innen?

- » Kenntnisse über erhöhte Krankheitsrisiken in bestimmten Gruppen
- » Kulturkompetenz (kulturspezifische Werte berücksichtigen)
- » Gendersensible Kompetenz (Rollenanforderungen berücksichtigen)

Gute Projektplanung

Menschen (in den Zielgruppen) sind vielfältig, haben unterschiedliche Interessen und verhalten sich unterschiedlich. Je beweglicher Projekte in der Umsetzung sind, desto höher ist die Chance, dass Angebote auch längerfristig von der Zielgruppe gerne angenommen werden. Folgendes ist beachtenswert:

- » Realistische Ziele und Erwartungen hinsichtlich Erfolg der Maßnahme setzen
- » Erwartungen an die Teilnehmenden nicht zu hoch setzen (z. B. viermal wöchentlich Sport ist vermutlich unrealistisch)
- » Unterschiedliche Zugangswege und Methoden kombinieren
- » Formale Anforderungen mit den Möglichkeiten der Zielgruppe übereinstimmen (z. B. Höhe der Kurskosten)
- » Die Maßnahmen niederschwellig gestalten (siehe Niederschwelligkeit).
- » Auswahl an männlichen und weiblichen Ansprechpersonen ermöglichen
- » Kinderbetreuung zur Verfügung stellen
- » Angebote langfristig und mit Kontinuität planen (Nachhaltigkeit)

Praxisbeispiel: *Bewegung als Investition in Gesundheit: Das BIG-Projekt (D)*

Partizipation von Anfang an
Projektabsicht war gemeinsam mit der Zielgruppe (Frauen in schwierigen Lebenslagen) **Bewegungsaktivitäten** zur Gesundheitsförderung zu entwickeln und nachhaltig umzusetzen. Bereits vor der Planungsphase traten die Projektverantwortlichen an die Zielgruppe heran, auch im Verlauf des Projektes wurden die Frauen systematisch als Mitgestalterinnen einbezogen. So entstanden dann durch die Zielgruppe selbst Initiativen wie die „Frauenbadezeit“ und Schwimmkurse. Auch den Inhalt der Bewegungsprogramme gestaltete die Zielgruppe selbst.

Praxisbeispiel *rundumsund*

Gute Projektplanung

- » Bevor sich die Teilnehmenden verbindlich anmelden konnten, gab es ein Screening-Gespräch, um das Projekt zu erklären sowie abzuklären, welche Vorstellungen hinsichtlich der, Erwartungen an und Motivation für die Teilnahme bestanden.
- » Es wurde auf eine alltagstaugliche Ernährungsumstellung Wert gelegt
- » Es wurden Anstöße gegeben, mehr Bewegung sinnvoll in den Alltag einzubauen (Schrittzähler motivierten erfolgreich zu mehr Bewegung im Alltag)
- » Vermittlung von Spaß an Bewegung und Lust am Tun stand im Vordergrund

Werden die Ressourcen des Projektes bestmöglich verwendet?

Zielgruppenspezifische Zugangswege verursachen höhere Kosten als breit gestreute Angebote ohne spezifische Anpassungen; sie sind jedoch meistens deutlich zielführender. Für Projekte ist es sinnvoll, ausreichend Ressourcen in Form von Budget, Zeit und Personal zur Verfügung zu stellen. Je genauer und gründlicher Angebote geplant werden, desto effizienter können vorhandene Budgets eingesetzt werden.

Hinter einer Projektplanung steht oftmals die Frage nach der **Kosten-Nutzen-Relation**. Das Kosten-Nutzen-Kriterium besagt, dass gesundheitsfördernde Interventionen dann als besonders erfolgreich bezeichnet werden können, wenn der nachgewiesene Nutzen die entstandenen Kosten aufwiegt oder übertrifft. Für Maßnahmen können **Kosten-Wirkungs-Analysen** gemacht werden. Der Erfolg eines Angebots wird dabei anhand von Größen gemessen, die vorher mit Zielen festgelegt werden (z. B. ist ein aktuelles Ziel der österreichischen Regierung für 2016, dass der Anteil von Frauen an der Gesundheits-Untersuchung 2016 größer 14 Prozent sein soll. https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/wirkungsorientierte_verwaltung/wirkungsziele/index.html)).

Sinnvoll ist, auf bereits vorliegende Studien zurückzugreifen und vor allem bewährte Herangehensweisen/Methoden auszuwählen (z. B. lohnt es sich nicht, viel Geld für Hochglanzbroschüren auszugeben, die per Postwurfsendung verteilt werden, da diese Methode bei sozioökonomisch benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund nicht wirkt).

WIE ANSPRECHEN, KOMMUNIZIEREN UND INFORMIEREN?

Sprache ist ein zentrales Element der Kommunikation. Daher ist insbesondere bei Menschen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist und/oder Menschen, die durch ihren Bildungshintergrund benachteiligt sind, mehr Wert darauf zu legen, Angebote so zu gestalten bzw. zu bewerben, dass sie auch verstanden werden können. Neben reiner Verständigung beinhaltet Sprache auch einen symbolischen Wert, der berücksichtigt werden sollte. Mit Informationsbroschüren und dergleichen wird mehr transportiert als das geschriebene Wort. Auch die optische Gestaltung transportiert Inhalte. Bei der Gestaltung von Informationsmaterial sollte daher darauf geachtet werden, Diversität zu berücksichtigen, damit sich verschiedenste Gruppen davon angesprochen fühlen können.

Wie soll Information aufbereitet sein?

Einsatz leichter bzw. einfacher Sprache
Beispiele

- » Kurze, einfache und klare Sätze/ Botschaften
- » **Allgemeingültige Begriffe** verwenden:
Viele Begriffe, Phrasen und Symbole sind nur in einem kulturell-historischen Kontext verständlich. Daher sollte auf diese verzichtet werden.
- » Viele **Bilder** und Abbildungen, **wenig Text**
- » Nur **notwendige Fremdwörter**/Fachbegriffe verwenden, diese aber in einfachen Worten erklären (prinzipiell sollten diese nach den Regeln der einfachen Sprache vermieden werden – da Patientinnen/Patienten oft mit medizinischen Fachbegriffen konfrontiert sind, ist es aber wichtig ihnen diese zu erklären).
- » Ausrichtung auf die Alltagssprache der Zielgruppe mit Alltagsbeispielen
- » Beim Eindruck von Verständnisproblemen sollte sofort interveniert werden

Mehrsprachig

Sämtliche Materialien (z. B. Kursunterlagen, Info-Broschüren, Evaluationsunterlagen) sollten auf Deutsch und in den Erstsprachen der jeweiligen Zielgruppen angeboten werden (bei beiden Varianten einfache Sprache verwenden).

Optische Gestaltung

- » Möglichst **neutral** (z. B. allgemeingültige Symbole/Bilder, Piktogramme, dezente Abbildungen)

Regeln *Leichter Sprache* wurden ursprünglich für Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickelt (von Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten). Sie helfen aber auch Menschen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist. Das entsprechende Gütesiegel gibt es dann, wenn Formulierungen von entsprechend ausgebildeten Personen auf die allgemeingültigen Regeln der *Leichten Sprache* geprüft bzw. in diese übersetzt wurden. www.leichtesprache.org/
Einfache Sprache bezieht sich auch auf einfache Formulierungen, es gibt aber keine allgemeingültigen Regeln bzw. kein Gütesiegel wie bei *Leichter Sprache*. Auch *Leicht Lesen* ist in diesem Zusammenhang hilfreich.

Tipp

- » Optische Gestaltung auf anzusprechenden Menschen (z. B. ältere Menschen, Kinder oder Jugendliche) abstimmen
- » Je heterogener die Zielgruppe ist, desto neutraler soll die Gestaltung sein. Die Vielfalt soll sich auch in Bildern ausdrücken (verschiedene Altersgruppen, Frauen und Männer usw.).

- » **Diversität** berücksichtigen (z. B. Bilder von Müttern und Vätern, Menschen verschiedener Altersgruppen und Herkunft)
- » Deutsch-/mehrsprachiges Material **optisch gleich** (sonst diskriminierend)

Didaktisch

- » Kurze Vorträge
- » Gestalten mit Bildern, Geschichten, Szenen/Handlungen, Musik (dabei Diversität berücksichtigen)
- » Interaktiv gestalten
- » Teilnehmenden ermöglichen sich kreativ auszudrücken, insbesondere bei eingeschränkten sprachlichen Kompetenzen
- » Inhalte an Lebensrealität und Bedürfnisse anpassen
- » Anpassen der Kurssprache an Alter, Bildungshintergrund, Geschlecht

Welche Kommunikationsmittel einsetzen?

- » Persönliche, mündliche Zugangswege (über Multiplikatorinnen/Multiplikatoren) haben sich bewährt.
- » Am besten funktioniert Mundpropaganda innerhalb der Zielgruppe (kaum zu steuern).
- » Reine schriftliche (Erst-)Kontaktaufnahme (Plakate, Broschüren verteilen/auflegen, usf.) funktioniert nicht.
- » Schriftliches Material nur beziehungsgeleitet übergeben und als zusätzlich unterstützende Maßnahme einsetzen.
- » Internet ist bei Jugendlichen und höher gebildeten Personen sinnvoll.
- » Jugendliche können über Kommunikationskanäle wie Instagram und WhatsApp erreicht werden.

Wo soll Information verbreitet sein?

- » Dort, **wo** sich die **Zielgruppe örtlich** aufhält (siehe Kapitel Niederschwelligkeit).
- » In **Medien**, die die **Zielgruppe nutzt**: In jeweiliger Erstsprache (z. B. türkisches Fernsehen / fremdsprachige Fernseh- oder Radioprogramme, fremdsprachige/ ausländische Zeitungen); Bezirks- oder Gratiszeitungen; Internet und Social Media

Praxisbeispiel – *Migration & Mobilität – Für mehr Bewegung im sozialen Raum (MuM)* (D)

Ernährungs-Beratung in Bildern

Die Beratungsgespräche wurden auf einfachem Niveau gehalten und mit Bildmaterial unterstützt. Anhand von Bildern wurden Krankheiten erklärt (z. B. Osteoporose) und Konsequenzen in Form von Bildern und Fotos gezeigt.

Bewegungs-Anleitungen

Verbale Anleitungen zu Sportübungen waren aufgrund der eingeschränkten Deutschkenntnisse der teilnehmenden Frauen beinahe unmöglich. Als Vermittlung wurde daher das Vor- und Nachmachen eingesetzt sowie Körperführung. Auch deutschsprachige Frauen profitierten davon, da diese wenig sporterfahren waren und daher verbale Anweisungen schwer in körperliche Aktivitäten übersetzen konnten.

Praxisbeispiel: *MIMI – MigrantInnen für MigrantInnen*

In diesem Projekt werden sozial engagierte Migrantinnen/Migranten in einem spezifisch konzipierten Lehrgang (kostenlos) zu *MiMi GesundheitslotsInnen* ausgebildet. Zugangsbedingungen sind gute persönliche Zugänge zu **Landsleuten in Österreich** sowie gute **Kenntnisse der deutschen und der Herkunftssprache**. Fachleute im österreichischen Gesundheitswesen vermitteln verschiedene Themen (z. B. Ernährung und Bewegung). Danach organisieren die Teilnehmenden **muttersprachliche Informationsveranstaltungen** zu verschiedenen Themen. Dabei können sie auf **muttersprachliche und qualitätsgesicherte Materialien** zurückgreifen, die speziell im Projekt dafür entwickelt wurden, das sind der: Gesundheitswegweiser *Gesundheit Hand in Hand – Das österreichische Gesundheitssystem* und der Leitfaden *Gesund aufwachsen* für Eltern und werdende Eltern.

für Jugendliche / junge Erwachsene (z. B. WhatsApp, Facebook)

Wie/wo kann Mehrsprachigkeit berücksichtigt werden?

Berücksichtigen von Mehrsprachigkeit hat auch symbolische Wirkung, die wiederum den Zugang erleichtert:

- » Zielgruppe fühlt sich wahrgenommen.
- » Zielgruppe fühlt sich anerkannt und wertgeschätzt.
- » Zielgruppe erkennt Ernsthaftigkeit des Anliegens, sich um sie zu bemühen.

Wahlmöglichkeit zwischen Deutsch und Erstsprache wird empfohlen.

Schriftliches Material

- » Informationsmaterial für die Zielgruppe³
- » Unterstützendes Material für Personen, die mit der Zielgruppe arbeiten (z. B. Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Ärztinnen/Ärzte, Ernährungsberater/innen)
- » Kursmaterial (z. B. Ernährungspläne)

Mündlich

Ob professionell ausgebildete Dolmetscher/innen oder mehrsprachige Mitarbeiter/innen eingesetzt werden sollen, ist von verschiedenen Faktoren wie Kontext und Ressourcen abhängig.

Professionelle Dolmetscher/innen

Sie sind am besten dafür ausgebildet, Fachsprache ausgangsnah zu vermitteln und die manchmal schwierige mehrsprachige Gesprächssituation mit mehreren Beteiligten professionell zu managen. Dafür bieten sich Dolmetschdienste wie zum Beispiel Videodolmetsch an. In der Praxis wird es

Tipp

Informationen (z. B. über das Gesundheitssystem, Gesundheit) können auch als Material für Deutschkurse aufbereitet und den entsprechenden Institutionen zur Verfügung gestellt werden.

Praxisbeispiel: *Türkischsprachiger Hepatitis- und Diabetesinformationstag*

In Kooperation mehrerer Institutionen informierten diese Veranstaltungen in Türkisch über Diabetes und Hepatitis sowie das Projekt REVAN und über WGKK-Angebote. Zudem gab es eine Gesundheitsstraße mit Blutdruck-, Blutzucker-, HbA1C- und BMI-Messungen. Türkischsprachige Ärztinnen und Ärzte besprachen die Befunde mit den Untersuchten. Über die Messstrassen wurden immer wieder neue von Hypertonie- und Diabetes betroffene Personen entdeckt, was den Bedarf an und die Nachhaltigkeit solcher Veranstaltungen aufzeigt. Jeweils zumindest 500 Menschen besuchten diese Veranstaltungen.

Praxisbeispiel: *Videodolmetschen im Gesundheitswesen*

Im Rahmen des Projektes wurde eine zentrale Stelle für Österreich geschaffen, in der speziell für den Gesundheitsbereich geschulte, professionelle Dolmetscher/innen online (per Videochat) u. a. für die Sprachen Türkisch und BKS (Bosnisch, Serbisch, Kroatisch) erreichbar waren. Die Dolmetscher/innen standen im Bedarfsfall sofort zur Verfügung. Ziel des Projektes war es, ein Tool bereit zu stellen, das die professionelle Behandlung von Patientinnen/Patienten mit wenigen bis keinen Deutschkenntnissen im Notfall ermöglicht bzw. vereinfacht.

³ Für kurative Therapieentscheidungen gibt es in Österreich eine gesetzliche Informations- und Aufklärungspflicht

jedoch kaum möglich sein, für jede Gesprächssituation professionelle Dolmetscher/innen zu engagieren.

Mehrsprachige Mitarbeiter/innen...

...als Trainer/innen, Berater/innen, Psychologinnen/Psychologen, Ärztinnen/Ärzte, etc.

Mehrsprachiges Personal stellt ein großes Potenzial dar und sollte auf allen Ebenen strukturell gefördert werden. Beispielsweise sollen in Bewegungskursen (etwa für türkischsprachige Frauen) eher zweisprachige Trainerinnen zum Einsatz kommen als Dolmetscher/innen. Im Krankenhaus wird es jedoch kaum möglich sein, für alle Sprachgruppen entsprechendes Fachpersonal immer im Dienst zu haben.

...als Dolmetscher/innen

Wird mehrsprachiges Gesundheitspersonal zum Dolmetschen herangezogen, muss bedacht werden, dass Sprachkenntnis mit Dolmetschkompetenz nicht gleichzusetzen ist: Eine andere Sprache zu sprechen, bedeutet nicht automatisch, dolmetschen zu können! Dazu braucht es Fortbildungen zur Schulung von Dolmetschkompetenz, um die jeweilige Fachsprache gut vermitteln und mit mehrsprachigen Gesprächssituationen gut umgehen zu können.

Angehörige als Dolmetscher/innen

Manchmal sind die genannten Lösungen im praktischen Alltag nicht möglich und es kommen Zu-/Angehörige zum Dolmetsch-Einsatz. Das gesprächsführende Gesundheitspersonal muss in diesem Fall jedoch zusätzliche Aufgaben übernehmen: Dazu gehört, zu Gesprächsbeginn nachzufragen und zu berücksichtigen, in welcher Beziehung die/der Zu-/Angehörige zur jeweiligen Person steht, wie gut die Person Deutsch spricht und die/den Zu-/Angehörigen zu bitten, wirklich alles Gesagte zu dolmetschen und bei Unklarheiten nachzufragen. Die betroffene Person sollte direkt angesprochen werden (Blickkontakt!) und es sollte nicht mit der/dem Zu-/Angehörigen *über* die/den Betroffenen gesprochen werden. Die Beiträge sollten in überschaubare Sprechereinheiten portioniert werden. Zu-/Angehörige sollten

Tipp

Mehrsprachigkeit ist keineswegs mit interkultureller Kompetenz gleichzusetzen! Dafür braucht es eigene Kompetenzen, die über rein sprachliche Fähigkeiten hinausgehen.

Eine Möglichkeit sprachliche Missverständnisse zu reduzieren, ist der Einsatz sogenannter interkultureller Vermittler/innen.

Interkulturelle Vermittler/innen

Diese sind keine reinen Dolmetscher/innen, sondern gestalten den Verständigungsprozess mit. Sie informieren, zeigen kulturelle Hintergründe auf, klären Missverständnisse und bieten Lösungsansätze in Gesprächen zwischen Menschen mit Migrationshintergrund und Fachpersonal.

No-Go

- » Kinder sollten keinesfalls als Dolmetscher/innen fungieren. Weder sind sie dafür geeignet (insbesondere wenn es sich um medizinische Inhalte handelt), noch ist diese Aufgabe für ihre Entwicklung förderlich.
- » Auch Reinigungspersonal sollte nicht zum Dolmetschen herangezogen werden.

im Gesprächsverlauf immer wieder zum konsequenten Dolmetschen aufgefordert werden.

Ansprechpartner/innen im Projekt

Es ist von Vorteil, wenn in einem Projekt mehrsprachige Ansprechpartner/innen zur Verfügung stehen. Diese erfüllen zusätzlich auch eine Vorbildfunktion.

Kurssprache

Bislang nicht bewährt hat sich paralleles Übersetzen in mehrere Erstsprachen. Wenn Personen aus mehreren Ländern an einem Kurs teilnehmen, sollte die Kurssprache Deutsch sein. Es können aber durchaus unterstützende Materialien in verschiedenen Sprachen eingesetzt werden.

Projektbeispiel: *Muttersprachliche Diabetesschulung türkischer PatientInnen mit Diabetes am Wilhelminenspital*

Gerade im Fall des Diabetes mellitus, sind Informationen zu Therapie und begleitenden Lebensstilmaßnahmen von zentraler Bedeutung. Optimale Kommunikation mit Betroffenen ist eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg. Der Fokus des Projekts wurde von Frauen mit Gestationsdiabetes auf Patientinnen/Patienten mit Typ-2-Diabetes erweitert. Zum Teil nahmen auch Familienangehörige der Patientinnen und Patienten an den türkischsprachigen Schulungen teil.

Praxisbeispiel: *Türkischsprachige Diabetes-Selbsthilfegruppe im Klinikum Schwabing (D)*

Ziel war es ein Modell der Selbsthilfe umzusetzen, das den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Patientinnen/Patienten mit Migrationshintergrund entspricht und ihnen die Möglichkeit gibt, sich am Ort des medizinischen Geschehens genauere Informationen zur eigenen Erkrankung zu holen. Die Selbsthilfegruppe wird durch einen/eine Mitarbeiter/in türkischer Herkunft geleitet. Regelmäßig sprechen zu Themen rund um Typ-2-(Alters-)Diabetes Fachleute, die von den Teilnehmenden ausgewählt wurden. Im Anschluss werden die Fragen der Anwesenden ohne zeitlichen Druck beantwortet (Übersetzung durch die Gruppenleitung). Das Angebot ist gratis und ohne jegliche Verpflichtung. Familienangehörige sind willkommen. Die Gruppe kommt bei den Patientinnen und Patienten und bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten gut an.

OHNE VERNETZUNG GEHT'S NICHT

Vernetzen und Vernetzt-Sein sind Bedingung, um Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen, wozu sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund zählen, zu bekommen. Nur mit Kontakten und Schnittstellen zur Zielgruppe lassen sich Angebote optimal initiieren. Zielgruppen nehmen Angebote vor allem dann in Anspruch, wenn diese von Institutionen oder Menschen empfohlen werden, denen Vertrauen entgegengebracht wird. Die analysierten Empfehlungen legen zudem nahe, auch in neue Netzwerke zu investieren, um Aktivitäten für eine Zielgruppe zu lancieren.

Welche Voraussetzungen braucht es für Vernetzung?

- » Netzwerkarbeit benötigt Ressourcen (Zeit, Budget, Personal).
- » Vernetztes Arbeiten bedeutet interdisziplinäres Arbeiten. Dafür muss mehr Zeit eingeplant werden, um verschiedenen, noch zu klärenden Perspektiven gerecht zu werden.
- » Die eigene Rolle ist gegenüber anderen Netzwerkpartnern klar zu definieren.
- » Klar zu definieren ist auch, was in der Zusammenarbeit möglich ist und was nicht.
- » Kontinuität und Regelmäßigkeit der Netzwerkarbeit sind vonnöten.
- » Wertschätzende und anerkennende Vorgehensweisen sind obligat.

Mit wem vernetzen?

Vernetzen ist in mehrere Richtungen notwendig. Mit Akteuren, die bereits Zugang zur Zielgruppe haben: mit Akteurinnen/Akteuren, die Angebote für die Zielgruppe anbieten oder Zugang zu Vertreterinnen/Vertretern der Zielgruppe haben, sowie mit Einrichtungen/Institutionen, mit welchen die Zielgruppe in Berührung kommt (z. B. Arbeitsmediziner/innen in Betrieben, Sozialämtern, Jugendämtern etc.). Mit Vertreterinnen/Vertretern der Zielgruppe selbst: bestehende Communities, Vereine, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus der Zielgruppe (zu berücksichtigen ist hierbei, dass nicht alle Migrantinnen und Migranten in Communities oder Vereinen vernetzt sind). Wichtige Anknüpfungspunkte sind:

Tipps

Netzwerk-/Umfeldanalyse

Um einen guten Überblick zu erhalten, eignet sich eine Netzwerk- oder Umfeldanalyse.

- » Welche bestehenden Netzwerke / Akteurinnen bzw. Akteure sind für die spezifische Maßnahme hilfreich und nutzbar?
- » Welche neuen Netzwerke / Akteurinnen bzw. Akteure sind notwendig?
- » Welche Schlüsselakteure gibt es?
- » Welche Schlüsselakteure für einen erfolgreichen Zugang zur Zielgruppe können kontaktiert werden?
- » Zu welchen neuen Schlüsselakteuren muss der Kontakt hergestellt werden?

Tipps

- » Die Auswahl der richtigen und wichtigen Ansprechpersonen ist essentiell. Das sind oft nicht unbedingt Vereinspräsidentinnen/-präsidenten.
- » Es ist wichtig, auch neue Netzwerkpartner/innen einzubeziehen, wenn diese in bestehenden Netzwerken nicht berücksichtigt waren, aber eine sinnvolle Ergänzung darstellen.
- » Der Einschluss einer Gruppe (z. B. eines Vereins) bedeutet immer auch, dass andere Gruppen nicht vertreten sind.

Gesundheitsbereich

- » Medizinsystem (z. B. praktische Ärzte/Ärztinnen oder Krankenhäuser in der jeweiligen Region)
- » Gesundheitszentren
- » Gesundheitsämter

Zielgruppennaher Bereich

- » Migrationsbeauftragte
- » Integrationsstellen
- » Präventionsstellen
- » Jugendeinrichtungen
- » Jugendämter
- » Organisationen der Zielgruppen
- » Vertreter/innen der Zielgruppen
- » Religiöse Organisationen

(Sozial)–politischer Bereich

- » Lokale Politik
- » Stadtteilarbeit
- » Entscheidungsträger/innen

Bereits kooperierenden Einrichtungen

Bestehende Strukturen/Netzwerke

Welchen Nutzen hat Vernetzung?

Unabhängig davon, dass Zugänge zur Zielgruppe erst durch Netzwerke möglich sind, hat Vernetzung auch noch weiteren Nutzen.

- » Akzeptanz von Angeboten
- » Fördern neuer Beziehungen
- » Eröffnen neuer Perspektiven
- » Sensibilisierung von Schlüsselpersonen
- » Aufbau von Kooperationen

Praxisbeispiel: *Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung* (D)

Ziel war sozial benachteiligte Frauen (40–70 J.) mit und ohne Migrationshintergrund über gesundheitliche Themen zu informieren und sie darin zu unterstützen ihr Selbsthilfepotenzial besser zu schätzen und zu nutzen. Gelingende Kommunikation mit Personen im Gesundheitswesen sollte von den Frauen ebenso erreicht werden wie das Vertreten ihrer Rechte. Aktivitäten, wie gemeinsame Besuche von Einrichtungen des Gesundheitswesens im Stadtteil fördern Kontakt und Austausch zwischen den Frauen, den Gesundheitsanbietern und Netzwerkpartnern des Projekts.

Das Projektteam vernetzte sich erfolgreich mit wichtigen Akteuren/Akteurinnen aus den Bereichen Frauen, Gesundheit und Migration (interkulturelle Frauenzentren, Netzwerk Frauengesundheit, Plan- und Leitstellen für Gesundheit der Bezirke, Seniorinneneinrichtungen, Nachbarschaftsheimen, Quartiersmanagement, Wohlfahrtsverbände und Gemeinde–Dolmetsch–Dienst).

Der kontinuierliche Austausch erleichterte den Zugang zur Zielgruppe und bot die Möglichkeit thematische Fragestellungen und Vorgehensweisen zu diskutieren. Das Projekt wurde einerseits weiterverbreitet, zum anderen nahmen die Netzwerkpartner auch Impulse aus dem Kursangebot auf und initiieren eigene Gesundheitsangebote.

SCHLÜSSELPERSON MULTIPLIKATOR/IN

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren tragen wesentlich dazu bei, dass die Zielgruppe Informationen, Botschaften und Wissen unmittelbar und gerne annimmt und auch verstehen kann. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren übernehmen daher eine Schlüsselfunktion, da über sie die direkte Ansprache bestmöglich und die Aussicht auf Verbreitung von Information (Multiplikation) größtmöglich ist.

Wer, mit welchen Qualifikationen?

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollen für die Zielgruppe **Identifikationsfiguren** sein, die akzeptiert werden und in die **Vertrauen** besteht.

Worauf ist zu achten:

- » Eignung/Qualifikation für entsprechendes Einsatzgebiet und Thema
- » Basis professioneller Zusammenarbeit (u. a. durch Bezahlung oder Dienstverhältnis)
- » Ähnlichkeit mit der Zielgruppe kann hilfreich sein (ähnlicher Migrationshintergrund, gleiches Geschlecht, Alter, je nach Zielgruppe ähnlicher Bildungshintergrund, etc.)
- » Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind aus- und weiterzubilden.

Welche Aufgaben, welche Rollen haben Multiplikatorinnen und Multiplikatoren?

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren haben verschiedene Funktionen und sollen je nach Bedarf eingesetzt werden. Die Hauptaufgabe von **professionellen** Multiplikatorinnen und Multiplikatoren besteht darin, der Zielgruppe Wissen, Informationen zu vermitteln. Die Hauptrolle von **Peers** – als Schnittstelle zur Community – ist den Kontakt zur Zielgruppe zu ermöglichen, zu halten und weiter zu vernetzen. Eine Hauptaufgabe von **Laien** (z. B. Gesundheitslotsinnen/Gesundheitslotsen) ist Menschen aus der Zielgruppe unterstützend zu begleiten.

- » Brückenbauer/innen zu Vereinen (z. B. um Zugangshürden abzubauen)

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich in den Zielgruppen auf Gesundheitsförderung und Prävention hinwirken. Sie unterstützen das Einflechten von Maßnahmen in die Praxis und leiten Informationen weiter. Wichtige Botschaften können so direkt in die Zielgruppe gebracht – und verbreitet – werden. Drei Gruppen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden unterschieden: **1) Peers** sind Vertrauenspersonen innerhalb der Community. **2) Professionelle** sind Personen außerhalb der Community, die die Zielgruppe aufsucht (z. B. Allgemeinmediziner/innen, Hebammen). **3) Laien** sind speziell ausgebildete Personen aus vergleichbaren Gemeinschaften wie jener der Zielgruppe.

Tipps

- » Einladungen an die Zielgruppe sprechen am besten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus.
- » Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind nicht nur formal einzubinden, sondern in die Praxisarbeit/Projektarbeit zu integrieren.

- » Beziehungsgeleitetes Übergeben von Materialien, Informationen, Wissen
- » Kulturmediatorinnen/-mediatoren (Vermittler/innen zwischen Kulturen, Werten und Traditionen)

Wie ins Projekt einbinden?

- » Sie sind als Türöffner (Keypersons) zu begreifen.
- » Sie sind über Abläufe und Inhalte bestmöglich zu informieren und entsprechend einzubinden.
- » Ihnen ist eine fixe/verbindliche Ansprechperson im Team anzubieten.

Praxisbeispiel: *Verbesserung der gesundheitlichen Prävention bei Kindern mit Migrationshintergrund – Konzepte des Gesundheitsamtes Stade (D)*

(Beispiel Impfkonzep)t

Ziel war es die unterdurchschnittlichen Impfraten der Zielgruppe zu erhöhen. Für jeden Stadtteil wurden passende Herangehensweisen gewählt. Im Stadtteil *Bützlfeth* leben hauptsächlich türkischstämmige Familien. Mangels finanzieller Ressourcen war ein Zugang über Vertrauenspersonen zu den Eltern nicht möglich. Daher wurde über den örtlichen türkischen Kulturverein der Zugang zur Bevölkerung gewählt. Der Verein übernahm die Bewerbung der Impfkaktion und gewann den Imam als Multiplikator. Zusätzlich wurden die Lehrer/innen der Grundschule als Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen eingesetzt. Nach der Impfkaktion verbesserte sich der Schutz gegen MMR bei 19 Prozent der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund.

EINBEZUG DER ZIELGRUPPE (PARTIZIPATION)

Das Einbeziehen von Menschen in Maßnahmen/Projekte bedeutet, dass die Projekte mit jenen Menschen geplant und umgesetzt werden, die unmittelbar (als Zielgruppe) oder mittelbar (als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen) betroffen sind. Projekte erhalten dadurch eine gesteigerte Chance, dort wirkungsvoll und erfolgreich zu sein, wo sie es sein sollten – in der Zielgruppe.

Welchen Benefit bringt Partizipation?

- » **Gesteigerte Akzeptanz** für Angebote
- » **Höhere Wirksamkeit** von Maßnahmen
- » **Abbau von Zugangsbarrieren**

Der wechselseitige Austausch mit Zielgruppe und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen von Anfang an führt dazu, dass **Fehlplanungen/Planungsmängel** früher und besser erkannt und daher **Umsetzungsprobleme** vermieden werden können.

Wen soll man einbeziehen?

Mit den Menschen der Zielgruppe sollen Wünsche und Bedürfnisse **gemeinsam** geklärt werden. Damit sind keine offiziellen Vertreter/innen von Vereinen oder Communities gemeint, sondern künftige Teilnehmer/innen. Zu berücksichtigen ist, dass die betreffende Zielgruppe oftmals erst an das Sichbeteiligen herangeführt werden muss (z. B. mit kreativen Methoden einbinden). Dieses Vorgehen erfordert mehr Zeit, bringt aber den Benefit, dass die Menschen sich besser mit einem Angebot identifizieren und es leichter annehmen können. Ein gemeinsames Gestalten ermöglicht die Abstimmung mit den Interessen, Bedürfnissen und Werten jener Personen, für die die Angebote erstellt werden.

Multiplikatoren/Multiplikatorinnen können wertvolles Know-how einbringen und erleichtern den Zugang zur Zielgruppe.

Partizipation in allen Phasen!

Partizipation erfordert Ressourcen. Es ist sinnvoll diese von Beginn an einzuplanen. Werden Maßnahmen/Angebote von Anfang bis Ende mit Hilfe der Zielgruppe/Multiplikatoren/Multiplikatorinnen gestaltet, steigert

Partizipation umfasst das Formulieren von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie den aktiven Einbezug aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung der Angebote.

Praxisbeispiel: *Gesund leben lernen* (D)

Die Lebenswelt Schule gesundheitsförderlicher zu gestalten war ein Ziel des Projektes. Nach dem Settingansatz wurden Schulen in strukturschwachen Regionen und sozial benachteiligten Stadtteilen ausgewählt. Die **Schüler/innen, Lehrer/innen und Eltern arbeiteten gemeinsam** an Interventionen und Maßnahmen, um das Gesundheitsverhalten aller zu verbessern und entsprechende **Rahmenbedingungen zu schaffen**. In einer Schule wurde daher der Schulhof umgestaltet, um in attraktiver zu machen und mehr Bewegung zu ermöglichen: Es wurden z. B. Baumstämme zum Balancieren auf dem Schulhof aufgestellt und Sitzgelegenheiten geschaffen. Die triste Hofmauer wurde von Schülerinnen und Schülern im Kunstunterricht kreativ gestaltet. Ein Spielverleih (Feder- und Fußbälle, Schläger, Kleingeräte) wurde von den Jugendlichen eingerichtet und wird mittlerweile selbst von ihnen organisiert.

dies die Chancen auf erfolgreiche Umsetzungen. Ein Einbeziehen in den gesamten Prozess ermöglicht zudem während der Projektphase anhand von gemeinsamen Zwischen-Evaluationen notwendige Anpassungen von Angeboten.

Tipps

- » Zielgruppe und der/die Multiplikator/in haben Ressourcen. Diese sind anzuerkennen und zu nützen!
- » Partizipation ist ernst zu nehmen. Scheinpartizipation ist zu vermeiden.
- » Mittelschichtorientierung ist zu vermeiden.

Praxisbeispiel: *Bewegung als Investition in Gesundheit. Das BIG-Projekt (D)*

Ziel war gemeinsam mit Frauen in schwierigen Lebenslagen **Bewegungsaktivitäten** zur Gesundheitsförderung zu entwickeln und nachhaltig umzusetzen. Der kooperativen Planung gingen Interviews mit Frauen aus der Zielgruppe voraus, um den Lebensstil und Möglichkeiten für körperliche Aktivität zu erfragen. Die Planungsgruppe setzte aus gleichberechtigten Mitgliedern, u. a. aus der Zielgruppe zusammen. Nach Implementierung der Bewegungsprogramme wurden Projektbüros gegründet, die teilweise von Frauen aus der Zielgruppe organisiert wurden. Eine „Dachgruppe“, in der auch die Projektbüros vertreten waren, traf sich einmal pro Quartal, um Inhalte abzustimmen. Resümee zum Partizipationsprozess: „BIG hat eine ganze Reihe positiver Erfahrungen mit einem umfassenden Beteiligungsansatz gemacht, der insbesondere die Frauen der Zielgruppe systematisch zu Mitgestalterinnen des Projekts werden ließ. Dabei wurden in BIG zugleich wichtige neue Erkenntnisse über mögliche Determinanten für die Beteiligung bisher schwer zu erreichender Zielgruppen gewonnen.“

NIEDERSCHWELIG GESTALTEN

Für sozioökonomisch benachteiligte Menschen steht die finanzielle Absicherung im Vordergrund, die z. B. Belange des Gesundheitserhalts in den Hintergrund rücken lassen. Je weniger Hürden es für die Teilnahme an Maßnahmen zu gesundheitsrelevanten Leistungen gibt, desto leichter ist es auch tatsächlich teilzunehmen. Am besten funktionieren aufsuchende Maßnahmen, da diese relativ unkompliziert in Anspruch genommen werden können. Da es nicht immer möglich ist, aufsuchende Maßnahmen anzubieten, sollten die Rahmenbedingungen für andere Maßnahmen so niederschwellig wie möglich gestaltet werden.

Entscheidend: Zielgruppe am richtigen Ort ansprechen

Menschen der Zielgruppe sollten örtlich gesehen in ihrer Lebensrealität angesprochen werden, d. h. dort, wo sie leben und/oder arbeiten. Am besten funktionieren Maßnahmen, die auch dort stattfinden. Es sollten möglichst **verschiedene Zugangswege** gewählt werden, da nicht immer alle Menschen der Zielgruppe(n) an einem bestimmten Ort anzutreffen sind (z. B. findet sich in Kirchen/Moscheen v. a. praktizierende Gläubige). Es ist auch immer zwischen guter Erreichbarkeit und der Möglichkeit für bestimmte Themen Interesse zu wecken, abzuwägen. Der Ort des Zugangs sollte daher immer auf die jeweilige(n) Zielgruppe(n), die konkrete Maßnahme je Gesundheitsförderungs-, Präventions- oder Kurationsbereich – abgestimmt werden. So bietet zum Beispiel ein Stadtteilstadtteilfest Gelegenheit, viele Menschen zu erreichen. Hier Interesse für Maßnahmen zur Diabetesprävention zu erzeugen, dürfte jedoch eher schwierig sein. Während dieser Ort geeignet ist, etwa einen Bewegungsparcours für Kinder anzubieten und Interesse für Bewegungsangebote zu wecken.

Folgende Beispiele können Anregungen bieten:

- » im Setting Wohnumfeld, z. B.
 - » Moscheen/Kirchen
 - » Grätzeltreffpunkte
 - » Vereinslokale
 - » Stadtteilstadtteilfest

Praxisbeispiel: *Diabetesberatung auf Rädern*

„Wenn Migrantinnen und Migranten nicht zur Früherkennung und Beratung gehen, muss diese zu ihnen kommen“: Ein Info-Mobil geht mit der Beratung direkt in Regionen mit einem hohen Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund. An Bord des zur Diabetesberatungsstelle mit Sofort-Diagnostik umgebauten Kleintransporters sind Diabetesberaterinnen im Einsatz, die sowohl Deutsch als Türkisch sprechen.

Praxisbeispiel: *Gesundheit kommt nach Hause*

In diesem Projekt operieren zielgruppennahe geschulte Multiplikatorinnen in unmittelbarer Wohngegend der Zielgruppe (sozial benachteiligte Mütter mit Migrationshintergrund) als Gesundheitstutorinnen. Sie gehen gezielt auf mögliche Teilnehmerinnen zu und besuchen diese bei Interesse und Zustimmung in ihrer Wohnung, wo sie 2–5 Mütter in regelmäßigen Treffen gesundheitsförderliche Inhalte vermitteln und Empfehlungen zu deren Umsetzung geben.

- » Parks/Spielplätze
- » Spielenachmittage (z. B. für ältere Menschen in Nachbarschaftszentren)
- » Im Setting Arbeitsplatz (Betriebe in Niedriglohnbranchen)
- » Im Setting Freizeit, z. B.
 - » Tauschbörsen
 - » Flohmärkte für Kinderwaren
 - » Kulturelle/religiöse Feste
 - » Jugendzentren
- » Im Setting Kindergarten/Schule
- » Im Setting Wohnung (insb. immobile ältere Menschen), z. B. über
 - » Besuchs- und Begleitedienste
 - » Essen auf Rädern
 - » Pflegedienste
- » Bei Beratungseinrichtungen (z. B. Sozialberatungsstellen, Eltern-Kind-Zentren)
- » Bei Sprach- oder Alphabetisierungskursen
- » Bei Einrichtungen für Personen mit Migrationshintergrund
- » In Krankenhäusern/Ambulanzen
- » In Medien, die die Zielgruppe nutzt (zusätzlich).

Entscheidend: Zielgruppe *richtig* ansprechen

- » Mit aktiven Zugeh-Strukturen /aufsuchendem Arbeiten (Komm-Strukturen haben sich nicht bewährt).
- » Zielgruppe persönlich ansprechen, schriftliches Material ist nur als Unterstützung hilfreich.
- » An Gruppen/Orten anknüpfen, mit denen die Zielgruppe vertraut ist (z. B. Frauencafe im Grätzl).
- » Mit Multiplikatorinnen/Multiplikatoren arbeiten
- » *Leichte* Themen als *Türöffner* nutzen (z. B. allgemeine Informationen über das Gesundheitssystem und dann erst auf spezifische Themen eingehen).
- » Durch Koppelung mit anderen Angeboten (z. B. Spielenachmittage für Kinder)
- » Aktionstage dort, wo sich die Zielgruppe aufhält.
- » Info- und Beratungsstände dort, wo sich die Zielgruppe aufhält.

Settings für den Zugang nutzen

Um die Zielgruppe zu erreichen, sollten Maßnahmen in benachteiligten Wohngebieten oder im Niedriglohnsektor angesetzt bzw. beworben werden. Allerdings sollten sie dort allen Menschen – unabhängig von Herkunft oder sozioökonomischen Status – angeboten werden (Settingansatz). Außerhalb der Gesundheitsförderung kann die Zielgruppe natürlich weiter auf Menschen die erhöhte Risiken haben (z. B. Übergewicht für Diabetes) eingeschränkt werden. Der Vorteil über ein „benachteiligtes“ Setting heranzugehen, liegt darin, dass dort mehr Menschen der gewünschten Zielgruppe anzutreffen sind und **Stigmatisierung einer Gruppe vermieden wird.**

Maßnahmen als Wohlfühlfaktor

- » Eingewöhnungsphase einplanen
- » Angenehme Räume wählen und Atmosphäre schaffen (z. B. keine super chicke Locations)
- » Kleine Aufmerksamkeiten bieten (z. B. Willkommensgetränke, Giveaways wie Kochzutaten)
- » Familie / Freunde miteinbeziehen
- » Veranstaltungen zuhause anbieten
- » Informellen Austausch ermöglichen
- » Sozialen Rahmen und Gruppenerlebnis ermöglichen (z. B. Netzwerkbildung untereinander)

Verschiedene Altersgruppen ansprechen

Die Empfehlungen *leichte Themen als Türöffner* und *persönlich ansprechen* sind stark Altersabhängig: Bei Kindern und Jugendlichen funktionieren besser direkte Botschaften. Insbesondere bei Jugendlichen über die Nutzung *neuer* Medien, wie z. B. die Information zu einer Veranstaltung über WhatsApp, wie *Freeletics, heute 18h, Donaukanal!*

Entscheidend: richtige Auswahl von Orten und Räumen

- » Bekannte Orte in der gewohnten Umgebung
- » Umsetzung in Räumlichkeiten mit Bezug / in gewohnten Räumlichkeiten
- » Kurze/keine (zusätzlichen) Anfahrtszeiten
- » Keine komplizierten Wege
- » Begleitung einer Gruppe durch eine vertraute Person zum Zielort
- » Fahrten-/Abholdienste insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Mobilität anbieten

Vielfalt im Team hilft

Die Teams sollten so heterogen wie möglich sein (z. B. Geschlecht, Alter, Bildung, Herkunft), damit Menschen der Zielgruppe eine Ansprechperson auswählen können, zu der sie leicht Vertrauen aufbauen bzw. mit der sie sich identifizieren können. Manchmal kann es von Vorteil sein, wenn Mitarbeiter/innen einen ähnlichen Hintergrund (z. B. Herkunftsland/Bildung) mitbringen wie die Teilnehmer/innen. Das ist aber nicht immer gewünscht (wenn z. B. ein tabuisiertes Thema von der Community ferngehalten werden soll). Entscheidend ist hierbei die Wahlmöglichkeit.

Mehrsprachigkeit berücksichtigen

- » Mehrsprachige Angebote (Auswahlmöglichkeit anbieten)
- » Unterstützung in verschiedenen Erstsprachen (Info- oder Kursmaterialien, Formulare, mehrsprachige Präventionsberater/innen)
- » Mehrsprachige Sprechstunden (Versorgung)

Lebensnah organisieren

- » Gleichbleibende Bezugs- bzw. Ansprechpersonen
- » Einfache Anmeldeformalitäten (z. B. ohne Termin hinkommen, gemeinsames Ausfüllen von Formularen, möglichst wenig Angaben einfordern, wenn möglich anonym).

Auswahl von Orten und Räumen

Dies ist so **entscheidend**, dass eine Teilnahme daran scheitern kann: Selbst wenn den Teilnehmenden ein Gebäude bekannt ist, kann es passieren, dass sie nicht hineingehen, weil sie nicht wissen, wo genau der Veranstaltungsraum ist und sie sich nicht danach zu fragen getrauen. Daher empfehlen sich Sammelpunkte an öffentlichen und nahen Orten, von denen die Teilnehmenden dann abgeholt werden. Zur **fem vital - die Gesundheitsmesse für Mädchen & Frauen** im Wiener Rathaus wurden - da die Schwelle alleine ins Rathaus zu gehen, hoch war - Multiplikatorinnen beauftragt Treffpunkte mit Frauen zu vereinbaren, was zu einer hohen Besucherfrequenz von Frauen mit Migrationshintergrund führte.

Mehrsprachige Sprechstunden

In den Regelbetrieben der **Versorgung** ist es oftmals schwer möglich, Angebote niederschwellig zu gestalten. Es können allerdings **mehrsprachige Sprechstunden** zu bestimmten Themen eingerichtet werden, etwa zum Thema **Diabetes**. Diese Sprechstunden könnten dann niederschwellig in ausgewählten Settings beworben werden.

Praxisbeispiel - *rundumgesund*

praxisnah vermitteln

Nachdem mit den Kindern die Ernährungspyramide besprochen wurde, konnten sie eine leere Pyramide (Plakat) mit Lebensmitteln befüllen, die sie selbst essen (dazu konnten sie Bilder dieser aus Werbeprospekten und Bildmaterial ausschneiden und aufkleben). Dieses Vorgehen hilft als Gedächtnisstütze, zum Begreifen des Gehörten und beim Reflektieren und Verändern der eigenen Essgewohnheiten.

- » Vorherige Erinnerung (z. B. per sms, wenn dies vereinbart wurde).
- » Anfahrtsplan mitgeben/zusenden (ergänzt um Orientierungspunkte, damit dieser auch Menschen hilft, die nicht/kaum lesen können)
- » Flexibel sein wie z. B. Begleitpersonen – etwa eine gute Freundin – die nicht zur Zielgruppe gehören, teilnehmen lassen oder Termine gemeinsam absprechen (z. B. mit den Teilnehmenden oder Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, um Fehlplanungen zu vermeiden).

Finanzielle Zugänglichkeit

- » Angebote kostengünstig oder gratis: (gratis erhöht die Niederschwelligkeit, ein Kostenbeitrag erhöht wiederum die Verbindlichkeit)
- » Keine/niedrige indirekten Kosten (z. B. Fahrrad-Kurs – Teilnahme ohne eigenes Rad möglich machen)

Zeitraumen und Zeitumfang

- » Öffnungszeiten erweitern (z. B. in den späteren Abendstunden).
- » Je nach Zielgruppe den Zeitraumen der Maßnahme anpassen.
- » Angebote an alltägliche Abläufe koppeln.
- » Zeitumfang anpassen, um Mehrfachbelastungen (Haushalt, Job, Kinder; mehrere Jobs) zu berücksichtigen (z. B. kurze Einheiten).
- » Kurzfristige Teilnahme ermöglichen / kurzfristige Ankündigung (in manchen Kulturen ist es nicht üblich wochenlang im Voraus zu planen).
- » Keine/kurze Wartezeiten.

Unterschiedliche Familienstrukturen und Kinder einbeziehen

- » Kinderbetreuung anbieten
- » Spielecken für den Wartebereich (in Versorgungseinrichtungen).
- » Größere Wartebereiche für Familien (in Versorgungseinrichtungen)

Bei der Konzeption berücksichtigen

- » Teilnehmende über Ziel und Zweck einer Maßnahme/Veranstaltung Informieren
- » Zeit für individuelle Fragen, Einzelgespräche und gegenseitigen Austausch bieten
- » Angebote/Inhalte flexibel an Teilnehmer/innen anpassen (z. B. an Wünsche, Fähigkeiten/Kompetenzen, didaktische Methoden anpassen)
- » Maßnahme bietet mehr als Gesundheitsaspekt (z. B. zusätzlich Informationen über soziale Unterstützungen, Möglichkeit soziale Netzwerke aufzubauen)

Zeitraumen anpassen und an alltägliche Abläufe koppeln

- » Maßnahmen für ältere Menschen so terminisieren, dass sie noch bei Tageslicht nach Hause kommen.
- » Angebote für Mütter mit kleinen Kindern zwischen Mittagsschlaf und Abendessen ansiedeln.

Maßnahme ist keine zusätzliche Belastung

- » Kleine Schritte sind motivierender als unrealistische Lebensumstellung (z. B. besonders fett- und zuckerreiche Produkte reduzieren und nicht verbannen)
- » Verwendete Rezepte gesund abwandeln.
- » Veranstaltung ist zu Fuß erreichbar.

Inhalte an Lebensrealität anpassen

- » Maßnahme soll keine zusätzliche Belastung darstellen, der Zielgruppe sind keine zusätzlichen Hürden zu errichten (z. B. komplexe Anmeldung, Selbstorganisation von Kinderbetreuung, damit Teilnahme möglich wird, ...). Auch die Inhalte sollten so konzipiert werden, dass sie gut in einen belasteten Alltag eingebaut werden können (z. B. auf der Rolltreppe nicht stehen, sondern gehen).
- » Alltagssprache verwenden und Inhalte mit **Alltagsbeispielen** aufzeigen (z. B. den Zuckergehalt von Getränken mit Würfelzucker sichtbar machen).
- » Angebote an **alltägliche Abläufe** koppeln.
- » Informationen **praktisch vermitteln**.
- » *Leichte* Bewegungsangebote (z. B. Bewegung statt Sport, Spazieren statt Joggen, Schrittzähler zur Motivation alltägliche Bewegung zu erhöhen).
- » Gratis-Bewegungsangebote vorstellen.

Praxisbeispiel – *Migration & Mobilität – Für mehr Bewegung im sozialen Raum (MuM) (D)*

Lebensrealität berücksichtigen
Im Teilprojekt *Was koche ich für die Kinder* werden für 1 Euro einfache, schnelle, ausgewogene Rezepte gekocht. Übriggebliebenes kann mitgenommen werden. Für Kinderbetreuung ist gesorgt.

Praxisbeispiel – *REVAN – Richtig essen von Anfang an*

Lebensrealität berücksichtigen
Im Rahmen von Kochworkshops für türkische Migrantinnen (NÖ) wird nicht Teilnehmerzahl-angepasst gekocht, sondern so, dass auch Portionen zum Mitnehmen für die Familie einkalkuliert werden. Dies stellt für Frauen oft ein ausschlaggebendes Kriterium für die Teilnahme an dem Workshop dar, da es ihnen ermöglicht, der Versorgung der gesamten Familie gerecht zu werden und durch die Teilnahme keiner doppelten Belastung ausgesetzt zu sein.

ALLES KULTUR ODER WAS?

Die analysierten Empfehlungen verweisen regelmäßig auf die Berücksichtigung von Kultur (z. B. mit Begriffen wie Kultursensibilität, interkulturelle Kompetenzen). Kultur spielt natürlich in Zusammenhang mit Migration eine Rolle, dennoch ist zu betonen, dass immer zwischen Individuen Kommunikation und Interaktion stattfindet und nicht zwischen (National)Kulturen. In der Interaktion befindet sich zunächst eine Person und nicht eine Vertreterin / ein Vertreter einer bestimmten kulturellen oder religiösen Gruppe, wenngleich die Persönlichkeit aller Menschen auch vom kulturellen Hintergrund geprägt ist.

Kultur ist nicht statisch, sondern ein dynamischer Prozess, der von verschiedensten sozialen, religiösen und ökonomischen Hintergründen sowie Lebensstrategien beeinflusst wird und diese wiederum beeinflusst. Es gibt daher nicht nur Unterschiede zwischen verschiedenen *Herkunftskulturen*, sondern auch innerhalb *einer* Kultur und Gesellschaft, abhängig von Geschlecht, Alter, sozialer Schicht, Stadt-Land-Differenz, Religionszugehörigkeit, tatsächlicher Religionsausübung und so fort (Anzenberger et al. 2015). Es ist hilfreich den Überbegriff Kultur zu zergliedern und Traditionen, Werte, Normen und dadurch beeinflusste Verhaltensweisen und Rollenbilder zu berücksichtigen.

Haben die Mitarbeiter/innen interkulturelle Kompetenzen?

Interkulturelle Interaktionen sind häufig nicht von gegenseitigem Verständnis geprägt, vielmehr entstehen in und mit ihnen Schwierigkeiten und Konflikte. Treffen in Interaktionen verschiedene Weltbilder, Lebensformen, Denk- und Handlungsweisen aufeinander, können – insbesondere in Kombination mit Unkenntnis – Interaktionen Konfliktpotenzial beinhalten.

Mitarbeiter/innen mit interkulturellen Kompetenzen (Beispiele)

- » haben Wissen zu verschiedenen Ländern, Kulturstandards, Migrations- und Integrationsprozessen, Kulturkonzepten und kulturellen Normen und Werten (eigene und andere); ...
- » sind flexibel, offen, tolerant, fähig zu Selbst- und Fremdrelexion, Perspektivenwechsel, (Selbst-)Beobachtung und (Selbst-)Wahrnehmung; ...
- » haben Fertigkeiten wie Stressmanagement, Konfliktbewältigung und Kommunikationskompetenz.

Wichtig und richtig ist es dabei auch seine eigenen Grenzen zu kennen und zu respek-

Um sich in interkulturellen Situationen sensibel, reflektiert und adäquat verhalten zu können und sie damit positiv zu gestalten, sind interkulturelle (Handlungs-)Kompetenzen notwendig. Diese bestehen aus einem Bündel sich gegenseitig beeinflussender Skills (Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten) und müssen als lebenslanger Lernprozess verstanden werden.

Mit **interkulturellen Kompetenzen** ist nicht gemeint, alles und jeden so hinzunehmen wie er ist bzw. sein Verhalten gutzuhießen: ein wichtiger Aspekt ist, sich selbst und andere zu hinterfragen. Dazu gehört z. B. Wissen um Kulturkonzepte, zur eigenen und fremden Kultur bzw. Kulturprozessen sowie Selbst- und Fremdrelexion. Interkulturelle Kompetenz zeigt sich zum Beispiel in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren sowohl bei sich selbst als auch bei anderen Menschen zu erfassen (in der Wahrnehmung, beim Urteilen, Empfinden und Handeln), zu respektieren, zu würdigen und positiv zu nutzen.

tieren. Wo diese liegen, ist eine sehr persönliche Angelegenheit. Inwiefern sie die Arbeit beeinflussen, ist im Team zu reflektieren.

Normen, Werte und Verhaltensweisen:
Reflektiert? Berücksichtigt?

Es gilt nicht immer alles für alle: Es ist immer zu reflektieren, ob Unterschiede nach Altersgruppen, städtischer/ländlicher Prägung, sozialer Schicht usf. bestehen (Zielgruppenanalyse) und es ist nie von einer homogenen Kulturzugehörigkeit auszugehen.

Für jede Zielgruppe sollten die folgenden Aspekte geklärt, beachtet und – wenn möglich – genutzt werden:

Traditionen, Normen oder Regeln

Diese sind in Menschen mehr oder weniger stark verankert und eine Loslösung von Gewohntem ist oft schwer (unabhängig von der Herkunft). Insbesondere religiöse Vorschriften ändern sich nicht von heute auf morgen (unabhängig von der Religion). Daher ist es für die Niederschwelligkeit von Maßnahmen wichtig, dass Traditionen und Normen berücksichtigt und religiöse Verbote respektiert werden. Integration ist ein längerfristiger Prozess. Es sollte von potenziellen TeilnehmerInnen/Teilnehmern nicht erwartet werden, dass sie ihre gewohnte Lebensweise plötzlich abwerfen, um an einer Maßnahme teilnehmen zu können. Das steht nicht im Widerspruch dazu, den Teilnehmenden auch unbekannte und neue Wege aufzuzeigen und sie dabei kräftig zu unterstützen.

Bezüglich Ernährungs-Maßnahmen (z. B. für Menschen mit Adipositas oder Diabetes), kann dies Folgendes bedeuten:

- » Mit den Teilnehmenden werden die (traditionellen) Ernährungsgewohnheiten und Speisenzusammenstellungen reflektiert und bei Notwendigkeit gemeinsam optimiert.
- » Neue Rezepte vorstellen – gemeinsam kochen – verkosten. Möglicherweise sind auch diese gemeinsam zu optimieren, damit sie besser angenommen werden.
- » Lebensmittel verkosten, die bisher nicht auf dem Speiseplan standen (z. B. durch einen gemeinsamen Marktbesuch, bei dem Neues erkundet wird).

Tipp

Die **interkulturelle Öffnung** (IKÖ) von Institutionen der Gesundheitsversorgung ist eine wichtige Maßnahme, um den Zugang zu diesen zu erleichtern. Der Grad der IKÖ kann mittels einer **Checkliste** regelmäßig gemessen und evaluiert werden. Ein Beispiel ist die Checkliste zur Interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen von Theda Borde und Matthias David (Berlin 2004) (siehe weiterführende Literatur im Anhang).

Tipp

Vorab über kulturelle Gepflogenheiten informieren
Praxiserfahrungen zeigten, dass es hilfreich ist gegenseitige Erwartungen vor Hausbesuchen oder dem Abhalten einer Veranstaltung in den Räumlichkeiten eines Vereins, einer Glaubensgemeinschaft oder einer Community zu klären. Etwa Regeln zur Einhaltung von Bekleidungs Vorschriften (z. B. Kopftuch tragen, Räume barfuß betreten). Dadurch ist es möglich, sich darauf einzustellen (z. B. ein eigenes Tuch mitbringen) oder gemeinsam einen Kompromiss zu finden.

Für Bewegungsangebote spielt die Altersgruppe eine wichtige Rolle. Menschen der älteren Generation, die sich in ihrem Leben bisher sportlich nicht betätigt haben, werden vermutlich von Modetrends wie Power-Yoga wenig angezogen. Hier ist es sinnvoll, an Bewegungserfahrungen aus der Jugendzeit anzuknüpfen (z. B. Volkstanz) oder Bewegung zu ermöglichen, die nicht mit Sport assoziiert ist (z. B. gemeinsame Gartenarbeit).

Religiöse oder kulturelle Feste/Rituale

Diese können für den Auftakt oder im Zeitraum einer Maßnahme förderlich oder hinderlich sein.

- » Der Ramadan ist nicht geeignet, eine Ernährungsumstellung zu erwirken. Nach Sonnenuntergang kommen nahrhafte Gerichte auf den Tisch, die mit der Familie und Gästen in festlicher Stimmung geteilt werden.
- » Die christliche Fastenzeit eignet sich hingegen gut, um mit einer Ernährungsumstellung zu beginnen, da in dieser Zeit genereller Verzicht bzw. generelle Reduktion von Genussmitteln (z. B. Süßigkeiten) und Fleisch angestrebt wird.
- » Es ist wichtig zu eruieren, an welchem Wochentag sich die Muslima/Muslime zum traditionellen Gebet treffen. Eine Maßnahme für diese Zielgruppe an diesem Tag anzusetzen empfiehlt sich daher nicht, da sie vermutlich keine Zeit dafür haben.

Umgang mit Zeit/Terminen

Der Umgang mit Zeit oder Terminen ist nicht in jeder Kultur gleich (schwankt aber natürlich auch innerhalb von Kulturen). Daher ist es wichtig, gemeinsam mit den Teilnehmenden die jeweiligen Erwartungen zu klären und z. B. gemeinsame Regeln für Pünktlichkeit aufzustellen. Bei einer einmaligen Maßnahme wie einem Vortrag besteht die Möglichkeit eine halbe Stunde vor Beginn einen gemeinsamen Treffpunkt anzusetzen, damit der Vortrag für alle pünktlich beginnen kann.

Tipps

- » Die türkische Küche ist reich an Gemüse und Kräutern. **Gesunde Zubereitungsmethoden** lassen sich einfach integrieren, ohne Altbewährtes aufgeben zu müssen.
- » Es können **Alternativen** zu bisher aufgesuchten Geschäften und Bäckereien aufgezeigt werden, um gesündere Nahrungsmittel auszuprobieren. **Gemeinsam** kann eine **traditionelle Küche neu interpretiert** werden.

Weitere Tipps zur Kursgestaltung finden sich in der Methodensammlung des Projektes *rundumsund* (siehe weiterführende Literatur im Anhang).

Tipp

Das *Handbuch für interkulturelle Gesundheitstrainer/innen* vermittelt zu verschiedenen Krankheiten (z. B. Diabetes), Gesundheitsthemen (z. B. Bewegung, Ernährung) und dem österreichischen Gesundheitssystem Kurzinformationen und Übungen. Der Schwerpunkt liegt auf Themen zur Frauengesundheit (siehe weiterführende Literatur im Anhang).

Tabuthemen und Schamgefühle

Es ist hilfreich mit Vertreterinnen/Vertretern der Zielgruppe (z. B. Multiplikator/in) zu klären, welche Themen in der jeweiligen Zielgruppe als Tabu gelten oder Schamgefühle auslösen könnten. Empfohlen wird, solche Themen erst anzusprechen, wenn Vertrauen besteht. Mit nicht-tabuisierten Themen ist zu beginnen und zu klären, ob manche Punkte nur in gleichgeschlechtlichen Gruppen anzusprechen sind. Im Kontext von Bewegungsangeboten helfen manchmal kleine Maßnahmen, wie z. B. einen Vorhang aufzuhängen, damit ein Raum von außen nicht einsehbar ist.

Genderfragen: Reflektiert? Berücksichtigt?

In Österreich gibt es formal die gesetzliche Gleichstellung von Männern und Frauen. Benachteiligungen von Frauen sind dennoch Teil des Alltags und der Gesellschaft; unabhängig von Schicht-Zugehörigkeit oder Herkunft. Um Frauen, die in Familien mit stark ausgeprägten patriarchalen Rollenmustern/Werten leben, die Teilnahme an Maßnahmen zu ermöglichen, ist es unerlässlich, die Zustimmung der Familie / ihrer Männer einzuholen bzw. in der Gestaltung der Maßnahme bestimmte Aspekte zu berücksichtigen (z. B. keine gemischt-geschlechtlichen Gruppen). Werden diese Lebensrealitäten ignoriert, werden betroffene Frauen mit diesen familiären Strukturen alleine gelassen. Das stellt eine enorme Hürde für eine Teilnahme dar.

Nehmen Frauen an Maßnahmen teil, ist dies eine gute Möglichkeit, sie zu *empowern* und ihnen zu zeigen, dass Gleichberechtigung der Geschlechter ein wesentlicher Bestandteil dieser Gesellschaft ist. Zusätzlich kann man dazu anregen, bisher Unbekanntes und Neues kennen zu lernen.

Praxisbeispiel: *rundumsund*

Männliche Teilnehmer zeigten trotz ausführlicher Information im Vorfeld starke Vorbehalte gegenüber psychologischen Inhalten bzw. tiefergehender Auseinandersetzung mit sich selbst. Sachliche Informationen am Beginn als Wegbereiter für eine anschließende Auseinandersetzung mit psychologischen Aspekten des Ess- und Bewegungsverhaltens erleichterte den Kursteilnehmern sich auch gut auf die psychologische Arbeit einzulassen.

Praxisbeispiel : *MIA - Mütter in Aktion*

Die Anwesenheit von Ehemännern oder anderen männlichen Repräsentanten der Familie kann das Aufgreifen persönlicher Themen der (Ehe-)Frau verhindern. Im Projekt MIA wurde daher ein interkulturelles Müttercafe eingerichtet, in dem sich Frauen außerhalb des Hauses / der Wohnung treffen können und Dolmetscherinnen Frauen mit geringen Deutschkenntnissen unterstützen.

Praxisbeispiel: *Väter- und Mütterberatung (CH)*

Dieses Beispiel aus einem ganz anderen Kontext zeigt, wie wichtig es ist, auf die tatsächliche Lebenssituation einzugehen und auch das Commitment nicht angesprochener Personen einzuholen: Die Beraterinnen suchten albanisch sprechende Mütter in der Wochenbettstation auf und boten ihnen Beratung an. Die Mütter waren bei diesem Besuch einer Beratung gegenüber aufgeschlossen. Bei einer anschließenden Kontaktaufnahme zuhause nahm meist der Ehemann das Telefon ab und teilte mit, dass seine Frau keine Unterstützung brauche. Aufgrund dieser Erfahrung haben die Beraterinnen die Wochenbettbesuche abgebrochen und stattdessen über Fokusgruppengespräche und interkulturelle Vermittlerinnen erfolgreich die Väter sensibilisiert.

Für die Gestaltung der Maßnahmen wäre zum Beispiel zu klären:

- » Spielt das Geschlecht der Kursleitung eine Rolle?
- » Sind geschlechtlich gemischte Gruppen üblich/akzeptiert?
- » Welche Bewegungsformen werden je nach Geschlecht akzeptiert? Es macht z. B. wenig Sinn einen Schwimmkurs anzubieten, wenn gemischt-geschlechtliches Baden nicht toleriert wird und es in Wohnortnähe kein Schwimmbad mit getrennt-geschlechtlichen Badezeiten gibt.

Rollen

Rollenbilder und **Rollenverteilungen** der Zielgruppen sollten berücksichtigt, aber dennoch nicht verstärkt werden.

- » Im Fall von Männern ist mitunter zu berücksichtigen, dass diesen oftmals Kompetenzen fehlen, um sich eigenständig und gesund zu versorgen und zu ernähren.
- » Wer ist für einen bestimmten Bereich zuständig und daher auf jeden Fall miteinzubeziehen?

Frauen in unserer Gesellschaft stehen oft vor dem Anspruch multiple Rollen zu erfüllen. Daraus resultieren **Mehrfachbelastungen**: Oftmals sind sie allein oder hauptsächlich für Haushalt und die Erziehung der Kinder zuständig und gehen dennoch einer Erwerbstätigkeit nach. Dies sollte berücksichtigt werden (z. B. für den Zeitpunkt der Maßnahme, Kinderbetreuung, ...).

Wo genau berücksichtigen?

Kulturelle Vielfalt ist auch hier in den verwendeten Bildern, Geschichten, Namen (z. B. Rezepte, Nahrungsmittel) zu berücksichtigen, damit diese nicht nur eine Zielgruppe ansprechen.

Viele Begriffe, Phrasen und Symbole sind nur in einem kulturell-historischen Kontext verständlich. Daher sollte darauf verzichtet werden.

Praxisbeispiel: *rundumgesund*

Aus Vorerfahrungen anderer Projekte und Studien war bekannt, dass Ernährungswissen bei Männern geringer ist als bei Frauen. Daher wurden in den Männer-Kursen häufiger Ernährungsinhalte angeboten. So wurden auch Einkaufstrainings gemacht, wobei bewusst darauf zu achten war, was in angebotenen Lebensmitteln enthalten ist und was einzelne Bezeichnungen auf Produkten tatsächlich bedeuten.

Tipp

Arbeit mit Mädchen und Burschen in getrennten Gruppen ermöglicht den Mädchen- und Buben-Gruppen, Geschlechterrollen (-erwartungen) und Körperbilder zu reflektieren, Neues zu erproben und Interaktionen anders zu gestalten. In der Materialentwicklung ist es wichtig, geschlechtsspezifische Rezeptionsgewohnheiten und Kompetenzen zu berücksichtigen (z. B. Lesegewohnheiten).

VERWENDETE LITERATUR

Abati, Viviana; Hildegard, Hungerbühler (2011): Migralto –Ein partizipatives Modell für die aktive Bürgerschaft der älteren Migrationsbevölkerung in Schweizer Gemeinden. MAS. Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit, Bern

Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Bauer, Christa; Bernhardt, Maira; Bissuti, Romeo; Brugger, Paul; Gundacker, Gabi; Genc, Hüseyin; Heschl, Angelika; Horak, Joachim; Kalayci, Huseyin; Kaynar, Ata; Kern–Stoiber, Daniela; Pintzinger, Sebastian; Rader, Sonja; San, Ekim; Schiller, Martin; Skodnik, Isil; Suppan, Heidi; Taquez, Eduardo; Tietze, Andreas; Trettler, Eva; Wolf, Hilde (o.J.): rundum gesund. Methodensammlung. Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas. Institut für Frauen- und Männergesundheit, Wien
Link: <http://www.rundum-gesund.at/pdf/Methodenhandbuch.pdf>

Bauer, Theres (2008): Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention. Schlussbericht. Caritas, Schweiz

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. Aufl. Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2013): Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin
Link: https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.pdf?__blob=publicationFile&v=17

Bestmann, Stefan (2008): Erreichbarkeit von Kindern und Familien mit Migrationshintergrund – konzeptionelle Strategien im Kontext der BZgA–Kinderaktion „Unterwegs nach Tutmirgut“. In: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund Dokumentation. Hg. v. Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, Deutschland

Brugger, Paul; Gabriele, Gundacker; Eva, Trettler; Hilde, Wolf; Christa, Straßmayr (2013): Rundumgesund. Geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsförderung bei Adipositas. Endbericht. Institut für Frauen- und Männergesundheit, Wien
Link: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_732/?search-term=rundum%20gesund

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2008): Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz. Bern
<http://www.bag.admin.ch/shop/00016/00257/index.html?lang=de>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Ansatz–Beispiele–Weiterführende Information. Gesundheitsförderung konkret, Bd. 5. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln
Link: http://www.bzga.de/botmed_60645000.html

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009): Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten Köln

Caritas Luzern und Stiftung Mercator Schweiz (2011): Brückenbauer zwischen Kulturen. Dokumentation der Fachveranstaltung „interkulturelle Vermittlung“. Schweiz, Luzern. 19.1.2011

Checkliste zur Interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen:

<http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/121/ChecklisteInterkulturelleOeffnungVersorgungseinrichtungen.pdf>

Dorit, Sterzing (2011): Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0 – 6 Jahren. Deutsches Jugendinstitut, München

Enzenhofer, Edith; Kuss, Barbara (2010): Participation of Migrants in Health Promoting Interventions. European Results from Seven EU Member States. Health Inclusion. Forschungsinstitut des Roten Kreuzes

Enzenhofer, Edith; Höglinger, Monika; Kuss, Barbara; Franges, Helena (2010): MigrantInnen in der kommunalen Gesundheitsförderung- Zugang, Chancen und Erfahrungen Abschluss- und Netzungsveranstaltung des Projekts „Healthy Inclusion“ Veranstaltungsdokumentation. In: Kreuzes, Forschungsinstitut des Roten (Hg.): „Healthy Inclusion“, Wien, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes

Europäische Kommission (2005): Project Summary. Migrant-Friendly Hospitals Project, Wien

FEM Süd, Institut für Frauen- und Männergesundheit (2009): Interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen. Manual

Frankl, Liesl (2015): Projektmethodik: gekona, agese, fitzu und FGÖ-Transferprojekt wibeg. beratungsgruppe.at, Wien;

Link: <http://www.beratungsgruppe.at/index.php?SID=11> (letzter Zugriff am: 13. 5. 2016)

Fröschl, Barbara; Haas, Sabine; Wirl, Charlotte (2009): Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention). Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Hg. v. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln.

Ganahl, Kristin; Dahlvik, Julia; Röthlin, Florian; Alpagu, Faime; Sikic-Fleischhacker, Ankica; Peer, Sandra; Pelikan, Jürgen M. (2016): Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie, Wien

Gerken, Ute; Ramazan, Salman; Christian, Krauth; Wielant, Machleidt; Susanne, Bisson; Ahmet, Kimil; Ulla, Walter (2008): Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht. In: Public Health Forum 2008/59:20–21

Gerlich, Irmina-Anna; Mandl, Manuel (Hg.) (2010): Niederschwellige Zugangswege für Frauen mit Migrationshintergrund. In: Migration, Kultur und Gesundheit – Chancen, Herausforderungen und Lösungen Tagungsband der 12 Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, 24 – 25 September 2009. Hg. v. Karl-Trummer, Ursula; Pammer, Christoph. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz

Gesundheitliche Chancengleichheit (o.J.): Checkliste zu Bereichen guter Praxis in Angeboten der Gesundheitsförderung/ Prävention bei sozial Benachteiligten. <http://www.gesundheitliche-cha->

cengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-5-erfahrungen-nutzen/qualitaetskriterien-der-gesundheitsfoerderung-bei-sozial-benachteiligten/

Gesundheitsdezernat, Landratsamt Ludwigsburg (2006): Miges – Migration und Gesundheit. Ludwigsburg

Link: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=main2&idx=2190>

Gesundheitsförderung Schweiz (2014): Checkliste 2014. In: VIA – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen 2014/2:1–6

Gold, Carola; Lehmann, Frank (Hg.) (2012): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheitsförderung Konkrekt 17/2012/. Köln

Grande, Gesine; Ulrike, Igel (2008): Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Personengruppen. In: Public Health Forum 2008/59:28–29

Healthy Inclusion (o.J): Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten. PDF. (http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/LV/Wien/Metavigation/Forschungsinstitut/Projektbilder/HI_recommendations_AT_dr.uck%202pdf.pdf)

Janetzko, Alexandra; Kodalle, Rea; Kalwitzki, Thomas; Böttger, Andrea (2011): Bewegungs- und Gesundheitsförderung im Stadtteil. Ein Praxisleitfaden zur Entwicklung zielgruppenspezifischer Angebote am Beispiel von Migrantinnen. Schriftenreihe des Interdisziplinären Zentrums für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen (IBKM) an der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg. Bd. 60. Hg. v. Rudolf Leiprecht, Inger Petersen, Winfried Schulz-Kaempf. BIS-Verlag der Carl-von-Ossietzky-Univ., Oldenburg

Link: <http://oops.uni-oldenburg.de/1391/1/janbew12.pdf>

Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja (2009): Ethno-kulturelle Diversität im Krankenhaus managen. In: Gesundheit hat Bleiberecht Migration und Gesundheit. Hg. v. Rasky, E. Facultas, Wien: 367–375

Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Bd. Zl. 4692. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit im Kindergarten: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Bd. Zl. 4692. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Klein, Charlotte; Fröschl, Barbara; Kichler, Rita; Pertl, Daniela; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2015): Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern – ein Praxisleitfaden: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Bd. Zl. 4692. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Kletecka-Pulker, Maria; Parrag, Sabine (2015): Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen. Videodolmetschen im Gesundheitswesen, Wien

Lehmann, Frank; Nürnberger-Meyer, Monika; Altgeld, Thomas; al., et (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Köln

Frankl, Liesl (2015): Projektmethodik: gekona, agese, fitzu und FGÖ-Transferprojekt wibeg. beratungsgruppe.at, Wien

Link: <http://argef.at/portfolio/richtig-essen-von-anfang-an>

Lis, Katharina; Olbermann, Elke; von Koenen, Cordula; Wisniewski, Gabriele (2011): Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Institut für Gerontologie, Dortmund

Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Praxishandbuch_Aelter_werden_in_Eving.pdf

Löschke-Yaldiz, Kathleen; Özsoy, Serpil; San, Ekim; Ünsal, Seher; Keegan, Nuray Sümbültepe (2009): "Gesund in allen Sprachen". Health Literacy bei MigrantInnen. In: Frauen – Gesundheit – Soziale Lage Festschrift anlässlich des 10-jährigen Bestehens des Frauengesundheitszentrums FEM Süd. Hg. v. Wolf, Hilde; Endler, Margit; Wimmer-Puchinger, Beate (Hrsg.). Facultas, Wien: 143–154

Machleidt, W. (2002): Wie können Migranten in therapeutische Prozesse und psychiatrische Versorgungssysteme integriert werden? Ergebnis einer Fachtagung im Internationalen Haus Sonnenberg. In: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung (Hg.): Fachtagung im Internationalen Haus Sonnenberg, Die Sonnenberger Leitlinien, Harz

Mayer, Julia (2011): Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. ÖIF-Dossier Nr 17. Hg. v. Österreichischer Integrationsfonds

Netto, Gina (2012): Health promotion interventions for migrant groups: the need for a strategic approach and key principles. In: Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. Hg. v. Ingleby, David et al. Maklu, Belgien: 257–269

Olbermann, Elke; Drewnick, Arthur; Lak, Claudia (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Hg. v. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Dortmund

Palecek, Feyza (2007): Donna Mobile. In: Gesundheit und Integration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Hg. v. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 2. Aufl., Berlin: 159–162

Pfluger, T; Biedermann, A; Salis Gross, C (2009): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Synthesebericht zum Projekt, Schweiz

Pfluger, T; Biedermann, A; Salis Gross, C (o.J.): Leitfragen zur transkulturellen Öffnung von Angeboten und Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Werkzeug für Verantwortliche von Angeboten und Projekten, Schweiz

Possert, Rainer (2007): Wohnen am Grünanger – eine erfolgreiche soziale Intervention für eine "vulnerable" Gruppe. In: Soziale Ungleichheit und Gesundheit Tagungsband der 9 Österreichischen Präventionstagung. Hg. v. Fonds Gesundes Österreich, Wien: 27–30

- Pott, Elisabeth (2008): Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. In: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund Dokumentation. Hg. v. Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, Deutschland
- Pro Senectute Schweiz (2011): „Vulnerable Zielgruppen ansprechen und erreichen: Aktuelle Situation und Handlungsmöglichkeiten“. Leistungskommission sowie socialdesign ag Bern, Zürich
- Reiter, Andrea (2012): Evaluierung „Gesundheit kommt nachhause – Mehr Wissen hilft!“. Prospect Research & Solution, Wien
- Sator, Marlene (2013): Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung I. Eine Fallstudie. In: Menz, Florian (Hg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen, Göttingen, 33–145.
- Sator, Marlene/Gülich, Elisabeth (2013): Familiendolmetschung vs. professionelle Dolmetschung II. Eine Systematisierung von Formen der Patientenbeteiligung. In: Menz, Florian (Hg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen, Göttingen, 147–310.
- Schattschneider, Ralf; Buchcik, Johanna; Westenhöfer, Joachim; Deneke, Christiane; Schmoecker, Mary (2014): Gesundheitsförderung älterer türkischer Migrantinnen. In: Prävention und Gesundheitsförderung 9/4:291–297
- Schopf, Anna (2009): Die Partizipation von MigrantInnen in lokalen gesundheitsfördernden Angeboten in Wien Deutsche Zusammenfassung des Berichts über die fördernden und hindernden Faktoren für die Teilnahme aus der Perspektive von Anbieterorganisationen. Health Inclusion. Forschungsinstitut des Roten Kreuzes
- Soom Ammann, Eva; Salis Gross, Corina (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Zusammenfassung und Empfehlungen. Gesundheitsförderung Schweiz
- Soom Ammann, Eva; Salis Gross, Corina (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Gesundheitsförderung Schweiz
- Thamer, Ulrich; Wüstenbecker, Michael (2010): Gesundheit von Migranten. Peter Lang, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main
- Walter, Ulla; Ramazan, Salman; Christian, Krauth; Wielant, Machleidt (2007): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Reaching Migrants for Preventive Care: Optimization of Access and Utilization. In: Psychat Prax 2007/34:349–353
- Wild, Monika (2009): Best-Practice-Beispiele – soziale Dienstleistungen in Österreich im Hinblick auf Migrantinnen und Migranten. In: Arbeit, Österreichisches Komitee für Soziale (Hg.): Dokumentation der Jahreskonferenz 2009, Eisenstadt. 26. November 2009, Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
- Wimmer-Puchinger, Beate; Wolf, Hilde; Engleder, Andrea (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49/9:884–892

Wolf, Hilde (2009): Gesundheitsförderung für und mit Migrantinnen. Die Arbeit des Frauengesundheitszentrums FEM Süd. In: Gesundheit hat Bleiberecht Migration und Gesundheit. Hg. v. Rasky, E. Facultas, Wien: 296–310

Zentrum für Frauengesundheit (2014): Frauengesundheit im Zentrum. Handbuch für interkulturelle GesundheitstrainerInnen. Wr. Neustadt: Caritas Asyl & Integration NÖ
Link: <https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-migrantinnen/frauengesundheit-im-zentrum.pdf>

Internetquellen:

<http://wissenschaft.bmfwf.gv.at/bmfwf/wissenschaft-hochschulen/gender-und-diversitaet/stabstelle-gender-und-diversitaetsmanagement/glossar/>

IKUD® Seminare (2011): „Interkulturelle Kompetenz“, unter: <http://www.ikud-seminare.de/veroeffentlichungen/interkulturelle-kompetenz.html> (abgerufen am 01.03.2016)

https://de.wikipedia.org/wiki/Leicht_Lesen

https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/wirkungsorientierte_verwaltung/wirkungsziele/index.html

www.leichtesprache.org

<http://www.aks.or.at/interview/stigmatisierung-vorurteile-gegenueber-psychischen-erkrankungen-2/>

https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/wirkungsorientierte_verwaltung/wirkungsziele/Aktuelle_Wirkungsziele_2016_Regierungsvorlage.PDF?559gp5

<http://argef.at/portfolio/richtig-essen-von-anfang-an>

<http://www.deutsche-gesundheits-nachrichten.de/2014/09/05/migranten-nehmen-diabetes-beratung-auf-raedern-gern-an/>

<https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-migrantinnen/frauengesundheit-im-zentrum.pdf>

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/miges/> (am 12.5.2016)

QUELLEN DER DEFINITIONEN

Definition von	Quelle(n)
Diversität	http://wissenschaft.bmwf.gv.at/bmwf/wissenschaft-hochschulen/gender-und-diversitaet/stabsstelle-gender-und-diversitaetsmanagement/glossar/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
Empowerment	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011); Bericht unter: http://www.bzga.de/botmed_60645000.html
Interkulturelle Kompetenz	IKUD® Seminare (2011): <i>Interkulturelle Kompetenz</i> , unter: http://www.ikud-seminare.de/veroeffentlichungen/interkulturelle-kompetenz.html (letzter Zugriff am 01.03.2016).
Interkulturelle Vermittler/in-nen	Caritas Luzern und Stiftung Mercator Schweiz (2011); Bericht unter: http://www.stiftung-mercator.ch/fileadmin/user_upload/PDF/Dokumentation_Interkulturelle_Vermittlung_web.pdf
Leicht lesen	https://de.wikipedia.org/wiki/Leicht_Lesen (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
Kosten-Nutzen-Relation	https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/wirkungsorientierte_verwaltung/wirkungsziele/index.html (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
Multiplikatorinnen/Multiplikatoren	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011); Bericht unter: http://www.bzga.de/botmed_60645000.html
Partizipation	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011); Bericht unter: http://www.bzga.de/botmed_60645000.html
Regeln leichter Sprache bzw. einfache Sprache	www.leichtesprache.org (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
Stigmatisieren	http://www.aks.or.at/interview/stigmatisierung-vorurteile-gegenueber-psychischen-erkrankungen-2/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
Wirkungsziele	https://www.oeffentlicherdienst.gv.at/wirkungsorientierte_verwaltung/wirkungsziele/Aktuelle_Wirkungsziele_2016.PDF?5b43c5 (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
Zielgruppe	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011); Bericht unter: http://www.bzga.de/botmed_60645000.html

QUELLEN DER PRAXISBEISPIELE

Projektname	Quelle(n)*
<i>Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung</i> (D)	Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Praxisdatenbank: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/aelterwerden-und-gesundheit/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
<i>Bewegung als Investition in Gesundheit. Das BIG-Projekt</i> (D)	Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Praxisdatenbank: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/das-big-projekt/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
Diabetesberatung auf Rädern (D)	http://www.deutsche-gesundheits-nachrichten.de/2014/09/05/migranten-nehmen-diabetesberatung-auf-raedern-gern-an/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
fem vital – die Gesundheitsmesse für Mädchen & Frauen	Schriftliche Expertenrückmeldung
<i>gekona – Gesundheit kommt nach Hause</i>	Frankl, Liesl (2015); unter: http://www.beratungsgruppe.at/index.php?SID=11 (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
<i>Gesund leben lernen</i> (D)	Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Praxisdatenbank: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesund-leben-lernen/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
<i>mittendrin – Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder</i> (D)	Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Praxisdatenbank: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mittendrin/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
<i>MIA – Mütter in Aktion</i>	Klein et al. (2015): Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern; Bericht unter: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/15_handlungsempfehlungenchancengerechtigkeitschwangere.pdf
<i>Migration & Mobilität – Für mehr Bewegung im sozialen Raum (MuM)</i> (D)	Janetzko, Alexandra; Kodalle, Rea; Kalwitzki, Thomas; Böttger, Andrea (2011); Bericht unter: http://oops.uni-oldenburg.de/1391/1/janbew12.pdf
<i>MIGES – Migration und Gesundheit</i> (D)	Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Praxisdatenbank: http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/miges/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
<i>MIMI – MigrantInnen für MigrantInnen</i>	http://www.volkshilfe-wien.at/mimi_gesundheitslotsInnen (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)

Projektname	Quelle(n)*
<i>Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung (CH)</i>	Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2008); Bericht unter: http://www.bag.admin.ch/shop/00016/00257/index.html?lang=de (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
<i>Muttersprachliche Diabetesschulung türkischer PatientInnen mit Diabetes am Wilhelminenspital</i>	http://www.medmedia.at/univ-innere-medicin/wiener-gesundheitspreis-fur-muttersprachliche-diabetesschulung/ (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)
<i>Rundumsund – geschlechts- und kultursensible Gesundheitsförderung bei Adipositas</i>	Brugger, Paul; Gabriele, Gundacker; Eva, Trettler; Hilde, Wolf; Christa, Straßmayr (2013); Bericht unter: http://www.men-cen-ter.at/typo2013/typo3/fileadmin/re-sources/downloads/rundum_gsund_ENDBERICHT_2013.pdf
<i>REVAN – Richtig essen von Anfang an</i>	Klein et al. (2015): Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern; Bericht unter: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/15_handlungsempfehlungenchancengerechtigkeitschwangere.pdf
<i>Türkischsprachiger Hepatitis- und Diabetesinformationstag</i>	Schriftliche Rückmeldung der WGKK
<i>Türkischsprachige Diabetes-Selbsthilfegruppe im Klinikum Schwabing (D)</i>	Bauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2013); Bericht unter: https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.pdf?__blob=publicationFile&v=17
<i>Verbesserung der gesundheitlichen Prävention bei Kindern mit Migrationshintergrund – Konzepte des Gesundheitsamtes Stade (Beispiel Impfkonzep) (D)</i>	Bauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007); Bericht unter: http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/gesundheit-und-integration.pdf?__blob=publicationFile&v=7
<i>Väter- und Mütterberatung (CH)</i>	Bauer, Theres (2008); Bericht unter: http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frameset=111&page=94
<i>Videodolmetschen im Gesundheitswesen</i>	Kletecka-Pulker, Maria; Parrag, Sabine (2015); Internetquelle sowie Bericht: http://www.plattformpatientensicherheit.at/de/themen_004.htm (letzter Zugriff am 13. 5. 2016)

* Der gesamte Literaturverweis ist unter *verwendete Literatur* zu finden

ANHANG

Weiterführende Literatur (Tipps)

Abati, Viviana; Hildgard, Hungerbühler (2011): Migralto –Ein partizipatives Modell für die aktive Bürgerschaft der älteren Migrationsbevölkerung in Schweizer Gemeinden. MAS. Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit, Bern

Link: http://www.wirtschaft.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/institut_alter/publikationen/Masterarbeit_MIGRALTO_-_Hungerbuehler_und_Abati_-_072011.pdf

Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Link: <http://www.goeg.at/index.php?pid=produkteberichtetetail&bericht=320&smark=migratio&noreplace=yes>

Bauer, Christa; Bernhardt, Maira; Bissuti, Romeo; Brugger, Paul; Gundacker, Gabi; Genc, Hüseyin; Heschl, Angelika; Horak, Joachim; Kalayci, Huseyin; Kaynar, Ata; Kern-Stoiber, Daniela; Pintzinger, Sebastian; Rader, Sonja; San, Ekim; Schiller, Martin; Skodnik, Isil; Suppan, Heidi; Taquez, Eduardo; Tietze, Andreas; Trettler, Eva; Wolf, Hilde (o.J.): rundum gesund. Methodensammlung. Gesundheitsförderung bei Übergewicht und Adipositas. Institut für Frauen- und Männergesundheit, Wien

Link: <http://www.rundum-gesund.at/pdf/Methodenhandbuch.pdf>

Bauer, Theres (2008): Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention. Schlussbericht. Caritas, Schweiz

Link: <http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frameset=111&page=94>

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2013): Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin

Bestmann, Stefan (2008): Erreichbarkeit von Kindern und Familien mit Migrationshintergrund – konzeptionelle Strategien im Kontext der BZgA-Kinderaktion „Unterwegs nach Tutmirgut“. In: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Familien mit Migrationshintergrund Dokumentation. Hg. v. Beauftragte für Migration, Flüchtlinge und Integration, Deutschland

Link: <http://www.gutdrauf.net/index.php?id=tutmirgut>

Brugger, Paul; Gabriele, Gundacker; Eva, Trettler; Hilde, Wolf; Christa, Straßmayr (2013): Rundumgesund. Geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsförderung bei Adipositas. Endbericht. Institut für Frauen- und Männergesundheit, Wien

Link: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject_732/?searchterm=rundum%20gesund

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2008): Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. Anleitung zur Planung und Umsetzung von Projekten. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz. Bern

Link: <http://www.bag.admin.ch/shop/00016/00257/index.html?lang=de>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009): Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten Köln

Link: www.gutdrauf.net

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Ansatz-Beispiele-Weiterführende Information. Gesundheitsförderung konkret, Bd. 5. Hg. v. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Köln
Link: http://www.bzga.de/botmed_60645000.html

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (o.J.): Migration, Prävention, Gesundheitsförderung. Empfehlungen für Fachkräfte, Köln
Link: <http://www.bzga.de/infomaterialien/einzelpublikationen/?idx=2034>

Caritas Luzern und Stiftung Mercator Schweiz (2011): Brückenbauer zwischen Kulturen. Dokumentation der Fachveranstaltung „interkulturelle Vermittlung“. Schweiz, Luzern. 19.1.2011

Checkliste zur Interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen:
<http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/121/ChecklisteInterkulturelleOeffnungVersorgungseinrichtungen.pdf>

Dorit, Sterzing (2011): Präventive Programme für sozial benachteiligte Familien mit Kindern von 0 - 6 Jahren. Deutsches Jugendinstitut, München
Link: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Praeventive_Programme_fuer_sozial_benachteiligte_Familien.pdf

FEM Süd, Institut für Frauen- und Männergesundheit (2009): Interkulturelle betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen in Niedriglohnbranchen. Manual
Link: http://www.fem.at/shared/BGF_Manual.pdf

Frankl, Liesl (2015): Projektmethodik: gekona, agese, fitzu und FGÖ-Transferprojekt wibeg. beratungsgruppe.at, Wien
Link: <http://www.beratungsgruppe.at/>

Ganahl, Kristin; Dahlvik, Julia; Röthlin, Florian; Alpagu, Faime; Sikic-Fleischhacker, Ankica; Peer, Sandra; Pelikan, Jürgen M. (2016): Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie, Wien

Gesundheitsdezernat, Landratsamt Ludwigsburg (2006): Miges – Migration und Gesundheit. Ludwigsburg
Link: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=main2&idx=2190>

Gesundheitsförderung Schweiz (2014): Checkliste 2014. In: VIA – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen 2014/2:1–6
Link: http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Checkliste_Schwer_erreichbare_und_benachteiligte_Zielgruppen.pdf

Gold, Carola; Lehmann, Frank (Hg.) (2012): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheitsförderung Konkret 17/2012/. Köln
Link: www.hage.de/files/handbuch_gesund_aufwachsen_fuer_alle_1.pdf

Janetzko, Alexandra; Kodalle, Rea; Kalwitzki, Thomas; Böttger, Andrea (2011): Bewegungs- und Gesundheitsförderung im Stadtteil. Ein Praxisleitfaden zur Entwicklung zielgruppenspezifischer

Angebote am Beispiel von Migrantinnen. Schriftenreihe des Interdisziplinären Zentrums für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen (IBKM) an der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg. Bd. 60. Hg. v. Rudolf Leiprecht, Inger Petersen, Winfried Schulz-Kaempf. BIS-Verlag der Carl-von-Ossietzky-Univ., Oldenburg
Link: <http://oops.uni-oldenburg.de/1391/1/janbew12.pdf>

Klein, Charlotte ; Fröschl, Barbara ; Kichler, Rita ; Pertl, Daniela ; Tanios, Aida ; Weigl, Marion (2015): Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit bei Schwangeren und jungen Eltern – ein Praxisleitfaden: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie. Bd. Zl. 4692. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
Link: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/15_handlungsempfehlungenchancengerechtigkeitschwangere.pdf

Lis, Katharina; Olbermann, Elke; von Koenen, Cordula; Wisniewski, Gabriele (2011): Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Ein Leitfaden mit praktischen Handlungsempfehlungen. Institut für Gerontologie, Dortmund
Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Praxishandbuch_Aelter_werden_in_Eving.pdf

Netto, Gina (2012): Health promotion interventions for migrant groups: the need for a strategic approach and key principles. In: Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. Hg. v. Ingleby, David et al. Maklu, Belgien: 257–269
Link: Keine Online-Verfügbarkeit

Olbermann, Elke; Drewnick, Arthur; Lak, Claudia (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Hg. v. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Dortmund
Link: http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Projektdateien/Praxisleitfaden_Migranten_web.pdf

Pfluger, T; Biedermann, A; Salis Gross, C (2009): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Synthesebericht zum Projekt, Schweiz
Link: http://www.radix.ch/files/TM0E1JM/transpraev_broschuere_deutsch.pdf

Soom Ammann, Eva; Salis Gross, Corina (2011): Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Zusammenfassung und Empfehlungen. Gesundheitsförderung Schweiz
Link: http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Best-Practice-Studie_Schwer_erreichbare_und_benachteiligte_Zielgruppen.pdf

Wimmer-Puchinger, Beate; Wolf, Hilde; Engleder, Andrea (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49/9:884–892
Link: <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.springer-36d936b3-e1c7-36f9-8e9f-014d4fbd4275>

Wolf, Hilde (2009): Gesundheitsförderung für und mit Migrantinnen. Die Arbeit des Frauengesundheitszentrums FEM Süd. In: Gesundheit hat Bleiberecht Migration und Gesundheit. Hg. v. Rasky, E. Facultas, Wien: 296–310
Link: Keine Online-Verfügbarkeit

Zentrum für Frauengesundheit (2014): Frauengesundheit im Zentrum. Handbuch für interkulturelle GesundheitstrainerInnen. Wr. Neustadt: Caritas Asyl & Integration NÖ
Link: <https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfe-angebote/asyl-integration/beratung-migrantinnen/frauengesundheit-im-zentrum.pdf>

Nützliche Links zum Thema im WWW

Fonds Gesundes Österreich: www.fgoe.at

Plattform Gesundheitskompetenz: <http://www.fgoe.org/plattform-gesundheitskompetenz>

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <http://www.bzga.de>

Institutionen/Organisationen die am Sounding Board teilnahmen

Institution / Organisation	Anzahl Teilnehmende
Arbeiterkammer Wien, Bereich Frauen-Familie und Bereich Arbeitsmarkt	2
Beratungsgruppe.at, Verein für Informationsvermittlung, Bildung und Beratung	2
Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III – Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten	1
Caritas Wien, MigrantInnenzentrum und Sozialberatung Genea	2
Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen	1
FEM Süd Gesundheitszentrum, Kaiser Franz Josef-Spital	1
Fonds Gesundes Österreich	1
Inspirin Technisches Büro für Landschaftsplanung	1
Institut für Ethik und Recht in der Medizin / Plattform für Patientensicherheit	1
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser	1
MA 11 – Amt für Jugend und Familie	1
MA 17 – Integration und Diversität	1
MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung	1
MEN-Männergesundheitszentrum, Kaiser Franz Josef Spital	1
Neunerhaus – Hilfe für obdachlose Menschen	1
Österreichische Gesellschaft für medizinische Öffentlichkeitsarbeit (Wilhelminenspital)	1
Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit	1
Österreichischer Integrationsfonds, Integrationszentrum Wien	1
Stadtratsbüro für Gesundheit, Soziales und Generationen, Wien	1
Verein Wiener Jugendzentren	1
WGKK, Abteilung Gesundheitsservice und Prävention	2
WiG – Wiener Gesundheitsförderung	1

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

AUFTRAGGEBER/INNEN



Stadt  Wien



