

# 17

## ÖIF-Dossier



**Integration fördern.  
Chancen sichern.**

[www.integrationsfonds.at](http://www.integrationsfonds.at)

**Migration und Gesundheit:  
Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma**

Julia Mayer, MSc

## **Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma**

Julia Mayer, MSc

Mai 2011

© Österreichischer Integrationsfonds

Das Produkt und die darin enthaltenen Daten sind urheberrechtlich geschützt. Die Werknutzungsrechte sind dem Österreichischen Integrationsfonds vorbehalten. Ohne vorherige schriftliche Zustimmung des in der Publikation genannten Urhebers und des Österreichischen Integrationsfonds ist die Vervielfältigung und Verbreitung der Daten sowie deren kommerzielle Nutzung nicht gestattet. Weiters ist untersagt, die Daten ohne vorherige schriftliche Zustimmung des in der Publikation genannten Urhebers und des Österreichischen Integrationsfonds im Internet wiederzugeben, und zwar auch bei unentgeltlicher Verbreitung. Eine zulässige Weiterverwendung ist jedenfalls nur mit korrekter Quellenangabe des in der Publikation genannten Urhebers gestattet.

Eine Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann trotz sorgfältiger Prüfung nicht übernommen werden. Der Österreichische Integrationsfonds, alle Autorinnen und Autoren und andere Mitwirkende an der Publikation übernehmen keinerlei Haftung für eventuelle Schäden oder Konsequenzen, die insbesondere durch die direkte oder indirekte Nutzung der angebotenen Inhalte entstehen.

Die in der Reihe „ÖIF-Dossier“ publizierten Berichte geben die Meinungen und Ansichten der Autoren wieder und stehen nicht für inhaltliche insbesondere politische Positionen des Österreichischen Integrationsfonds.

© 2011 Österreichischer Integrationsfonds

## Zentrale Ergebnisse

---

- Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund sind besonders erfolgreich, wenn sie folgende Merkmale aufweisen:
  - Partizipatorische Orientierung
  - Kultursensibel
  - Muttersprachlich
  - Kostenlos
  - Eingebunden in die Stadtteilarbeit und den Alltag der Zielgruppe
- Migrant/innen sind oftmals sowohl einem migrations- als auch einem statusbedingten Gesundheitsrisiko ausgesetzt.
- Die Gesundheit von Migrant/innen ist von den Bedingungen in ihrem Herkunftsland, während des Migrationsprozesses und im Zielland abhängig.
- Sprachkenntnisse, Schichtzugehörigkeit, fehlende Gesundheitskompetenz, kulturelle Konzepte sowie fehlende interkulturelle Kompetenz können mögliche Barrieren sein.
- Eine generelle Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund verbessert das Inanspruchnahmeverhalten.
- Der Einsatz von Schlüsselpersonen aus dem kulturellen Umfeld gilt als hilfreich.
- Interventionen, welche sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert sind, haben einen positiven Effekt auf die Gesundheit von Migrant/innen.

# Inhalt

---

Zentrale Ergebnisse .....	3
Inhalt .....	4
1. Einführung.....	5
2. Gesundheitsförderung & Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund.....	7
2.1 Gesundheitsförderung & Prävention .....	7
2.2 Migration & Gesundheit: Macht Migration krank? .....	10
3. Empirische Untersuchung .....	14
4. Zugangsbarrieren und Strategien zu deren erfolgreichem Abbau .....	16
4.1 Zugangsbarrieren und Barrieren bei der Inanspruchnahme .....	16
4.1.1 Barrieren von Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund.....	16
4.1.1.1. Sprachbarrieren.....	16
4.1.1.2. Schichtbarrieren .....	17
4.1.1.3. Informationsdefizite und fehlende Gesundheitskompetenz (Health Literacy) .	17
4.1.1.4. Kulturelle Konzepte .....	18
4.1.2 Barrieren von Seiten der Anbieter/innen .....	19
4.1.2.1. Fehlende interkulturelle Kompetenz und Vorbehalte gegenüber Zielgruppen	19
4.2 Zugang und Inanspruchnahmeverhalten .....	19
4.2.1 Zugang .....	20
4.2.1.1. Komm-Strategien.....	20
4.2.1.2. Such-Strategien.....	20
4.2.2 Ansatz und Interventionsstrategien.....	21
4.2.2.1. Schlüsselpersonen (key persons).....	21
4.2.2.2. Bezug zum Lebensumfeld .....	22
4.2.2.3. Peer (Health) Education .....	23
4.2.3 Konzept .....	24
4.2.3.1. Migrantenspezifisches Spezialangebot.....	24
4.2.3.2. Migrantensensible Öffnung von Regelangeboten .....	25
4.2.4 Politischer Ansatz: Health in all Policies.....	26
5. Welche Faktoren begünstigen Zugang und Inanspruchnahme in der Praxis tatsächlich? .....	27
6. Literaturverzeichnis .....	30

# 1. Einführung

---

Die sehr heterogene Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund kann aufgrund vielschichtiger, mitunter strukturell bedingter Gründe im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung besondere Gesundheitsrisiken aufweisen. In der Gesundheitsförderung und Prävention gilt sie häufig als sogenannte „hard-to-reach“-Gruppe, die sich durch erhöhte Zugangsbarrieren sowie ein verringertes Inanspruchnahmeverhalten gesundheitsbezogener Vorsorgemaßnahmen definiert. Sollen Menschen mit Migrationshintergrund von gesundheitsrelevanten Angeboten frühzeitig erreicht werden, müssen einerseits Barrieren abgebaut und andererseits Faktoren identifiziert werden, die eine Inanspruchnahme positiv beeinflussen können. Von besonderer Bedeutung ist dabei eine kompetente und verständnisvolle Analyse zielgruppenspezifischer Verhaltensweisen und Lebensrealitäten, die sich je nach Setting unterscheiden.

Die soziale Stellung, gesundheitsrelevante Lebensweisen und Risikofaktoren, die sich hinter dem Begriff „Migrant/in“ verbergen, variieren sowohl untereinander als auch verglichen mit der Mehrheitsbevölkerung oftmals stark. Migrationsgründe und Migrationsstrategien sowie die im Zielland vorgefundenen Lebensbedingungen und die damit verbundene Lebensqualität sind individuell verschieden. Der Zugang zum Gesundheitssystem des Ziellandes, aber auch das Verständnis von Gesundheit und/oder Krankheit unterscheiden sich mitunter erheblich von der einheimischen Bevölkerung. Hinzu kommt, dass Unterschiede bezüglich Gesundheitssituation und Risikofaktoren oftmals von Herkunftsland, Zielland und Geschlecht der Menschen mit Migrationshintergrund abhängen (vgl. Sole-Auro & Crimmins 2008: 863).

Gesundheitsförderung und Prävention sind eng mit der Problematik sozialer Ungleichheit verbunden. Es gilt zu beachten, dass Migration „auch in einer demokratischen Gesellschaft der Chancengleichheit im Wege stehen“ (Saladin 2007: 24) kann: „Neben den altbekannten Faktoren, welche die Ungleichheiten in einer Gesellschaft erklären, wie Klasse oder Geschlecht, sind heute vermehrt auch Nationalität und Ethnizität für Ungleichheiten verantwortlich“. Die Erreichung von Chancengleichheit und Partizipation der Menschen mit Migrationshintergrund, wie von der WHO in der Ottawa-Charta 1986 gefordert, ist eine der Hauptaufgaben in der Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten. Im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und Benachteiligung hat sich der Begriff des „Präventionsdilemmas“ (vgl. Bauer 2005) entwickelt. Damit wird der Umstand bezeichnet,

dass bestehende Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien nicht in der Lage sind, eben jene Bevölkerungsgruppen zu erreichen, denen ein erhöhter Präventionsbedarf zugeschrieben werden kann (vgl. Bauer 2005: 14). Grundsätzlich für die Mittelschicht konzipiert, müssen Angebote demnach dahingehend modifiziert werden, dass sich auch schwerer erreichbare Bevölkerungsgruppen, zu denen Menschen mit Migrationshintergrund zu zählen sind, davon angesprochen fühlen.

## 2. Gesundheitsförderung & Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund

---

Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund stellt eine in großem Maße heterogene Zielgruppe für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Neben der Heterogenität macht auch die geringe Erreichbarkeit dieser Bevölkerungsgruppe, von welcher präventive Angebote wesentlich stärker als die Kurativmedizin betroffen sind, speziell angepasste Interventionsstrategien notwendig (vgl. Razum & Geiger 2003: 686, 689): sowohl auf Seiten der Anbieter/innen als auch der Nutzer/innen bestehen Barrieren, welche eine erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention behindern. Anbieter/innen fehlt oftmals das nötige Wissen um effektive Strategien, Menschen mit Migrationshintergrund zur Teilnahme an Angeboten zu motivieren. Bei Adressat/innen besteht ein Informationsdefizit, welche Angebote ihnen zur Verfügung stehen (vgl. Kuss 2009: 144) und welchen Nutzen sie aus einer Teilnahme ziehen könnten. Ihr Gesundheitsverhalten scheint außerdem weniger präventiv orientiert zu sein, was unter anderem durch eine geringere Erwartung bedingt ist, Gesundheit kontrollieren zu können (Faltermaier 2001: 110). Anbieter/innen von Gesundheitsförderung verfehlen oft die Bedürfnisse von Migrant/innen (Portugal et al. 2007, zit. nach Kuss 2009: 144). Als mögliche Gründe können inadäquate Inhalte und Effizienz der Angebote, aber auch die Segregation von Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber anderen potenziellen Nutzer/innen genannt werden. Eine „selbstverständliche Wahrnehmung und Einbeziehung von Migrant/innen“ (Kuss 2009: 145) in Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sei zielführend, wenn Planung und Durchführung fortwährend auf „ihre Umsetzbarkeit und ihre Akzeptanz durch Migrant/innen“ (Kuss 2009: 145) reflektiert würden.

### 2.1 Gesundheitsförderung & Prävention

Nicht immer ist nachvollziehbar, inwiefern sich Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden, da die Begriffe auch in der Literatur unterschiedliche Anwendungen finden und oftmals synonym verwendet werden.

Die grundlegende Verschiedenheit beider Ansätze liegt in ihrer gegenteiligen Orientierung: während Prävention Krankheit vermeiden und Risiken bekämpfen möchte, hat die Gesundheitsförderung die Herstellung und Unterstützung von Gesundheit und

gesundheitsrelevanten Ressourcen zum Ziel. Gesundheitsförderung schließt jedoch „Maßnahmen krankheitsorientierter Prävention“ (Trojan & Legewie 2001: 35) ein, und eine klare Abgrenzung ist nicht immer möglich. Trotzdem wird deutlich gemacht, dass Gesundheitsförderung und Prävention keinesfalls gleichzusetzen sind (vgl. Trojan & Legewie 2001: 36), da sich Zugang und Maßnahmen beider Konzepte grundlegend voneinander unterscheiden, auch wenn schließlich dasselbe Ziel verfolgt wird.

Der Begriff Gesundheitsförderung wird für eine Vielzahl verschiedener Aktivitäten und Maßnahmen verwendet. Bezug nehmend auf die verschiedenen Determinanten der Gesundheit (beispielsweise Lebensweise, soziale Lage, Umwelt) bieten sich der Gesundheitsförderung unterschiedliche Möglichkeiten, Maßnahmen zu ergreifen, die Gesundheit Einzelner oder ganzer Gruppen positiv zu beeinflussen. Gesundheitsförderung geht dabei von einem positiven Gesundheitsbegriff aus. Neben der Stärkung der Selbstbestimmung jedes Einzelnen im Hinblick auf seine Gesundheit ist vor allem die Schaffung sozialer Voraussetzungen für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten von zentraler Bedeutung (WHO 1986). Das Individuum soll also durch seine Lebensbedingungen darin unterstützt und dazu befähigt werden, selbst Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen.

Unter Prävention wird der Einsatz gezielter Aktivitäten verstanden, welche das Auftreten pathogener Prozesse verzögern, verringern oder, im besten Falle, verhindern sollen. Prävention kann definiert werden als „jene Strategien und Maßnahmen der Gesundheitspolitik, die darauf zielen, einen schlechteren Gesundheitszustand zu vermeiden (...)“ (Rosenbrock & Gerlinger 2004: 57). Prävention greift demnach ein, bevor ein Risiko eintritt. Die Ebenen, auf denen Präventionsmaßnahmen ergriffen werden können, führen zu unterschiedlichen Bezeichnungen: Einerseits können die Verhältnisse, unter denen Menschen leben, beeinflusst werden, andererseits kann das Verhalten von Menschen und Gruppen Ziel von Präventionsmaßnahmen sein (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2004: 58). Dies führt zu folgender Unterscheidung:

- Verhältnisprävention
- Verhaltensprävention

Der Verhältnisprävention liegt die Annahme zugrunde, dass verschiedenste Umgebungsbedingungen die Ursachen bestimmter Krankheiten darstellen und Individuen solchen gesundheitlichen Belastungen, welche sie nicht selbst beeinflussen können, fortwährend ausgesetzt sind. Folglich konzentriert sie sich darauf, Gesundheitsrisiken, welche auf Lebens-, Arbeits- oder Umweltbedingungen zurückzuführen sind, zu verringern



oder zu verhindern. Die Verhaltensprävention hingegen geht davon aus, dass die Ursache von Erkrankungen das Verhalten von Individuen selbst ist. Folglich zielt sie darauf, dieses Verhalten in Form von bestimmten Handlungen positiv zu beeinflussen, um die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung zu senken (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2004: 58).

Ein gravierendes Problem, welches auch in Zusammenhang mit der Gesundheitsarbeit mit Migrantinnen und Migranten von entscheidender Bedeutung ist, ergibt sich aus den Lebensbedingungen der Menschen aus unteren sozialen Schichten, welche die Möglichkeiten einer dauerhaften Verhaltensänderung deutlich einschränken können. Einerseits erschweren fehlendes Interesse oder Wissen im Hinblick auf die eigene Gesundheit das Wecken ausreichender Motivation zu grundlegendem Umdenken. Andererseits ermöglicht das Fehlen materieller Ressourcen auch bei vorhandenem Wissen oftmals keine Änderung der Gewohnheiten. Es wird deutlich, dass eine Verhaltensprävention mit den traditionellen Interventionsmaßnahmen ohne eine gleichzeitige Verhältnisprävention nicht zum erwünschten Ziel führen kann. Das Lebensumfeld der Zielgruppen muss in der Form verändert werden, dass geplante Verhaltensänderungen überhaupt möglich sind. Werden soziale Lebensumstände zum Positiven verändert, ist auch eine dauerhafte Modifikation des Verhaltens wahrscheinlicher. „Moderne Verhaltensprävention“ (Rosenbrock & Gerlinger 2004: 68) kommt also nicht umhin, Lebensbedingungen, und damit externe Ursachen für Erkrankungen, in der Entwicklung ihrer Strategien zu berücksichtigen. Wie die Gesundheitsförderung ist auch die moderne Verhaltensprävention bestrebt, Interventionen in bestimmten Settings (Schule, Gemeinde etc.) zu setzen, um spezifischere und der Lebenslage der Zielgruppe angepasste Angebote entwickeln zu können (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2004: 65). Tief verwurzelte Verhaltensweisen lassen sich nur verändern, wenn das Individuum einen ausreichenden Anreiz und die Möglichkeit von persönlichem Gewinn erkennen kann. Damit ist die moderne Verhaltensprävention gleich der Gesundheitsförderung vorrangig daran interessiert, Ressourcen wie beispielsweise Kompetenz, Information und Partizipation (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2004: 62), zielgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Lebensbedingungen von Individuen und Gruppen zu fördern. Ziel soll sein, individuelle Bewältigungsmöglichkeiten von gesundheitlichen Belastungen zu erhöhen, persönliche Handlungsspielräume bezüglich einer Verhaltensmodifikation zu vergrößern und Kompetenzen auszubauen, die eine Änderung des Lebensstils ermöglichen (vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2004: 62).

Es erscheint sinnvoll, Gesundheitsförderung als Ressourcenstärkung und Primärprävention im Sinne einer Belastungssenkung „gleichzeitig zu verfolgen und aufeinander zu beziehen“ (Rosenbrock & Gerlinger 2004: 67). Es handelt sich also um zwei unterschiedliche, sich

ergänzende Ansätze, um die gesundheitliche Situation verschiedener Zielgruppen zu verbessern.

## 2.2 Migration & Gesundheit: Macht Migration krank?

Das Themenfeld Migration und Gesundheit wird meist als problematisch gesehen. Migrantinnen und Migranten werden als besonders gefährdete Risikogruppe dargestellt, die gleichzeitig durch Gesundheitsangebote schwer zu erreichen ist.

Die WHO beschreibt in der Ottawa-Charta grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit, ohne die eine Verbesserung des Gesundheitszustands nicht möglich ist: Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit (vgl. WHO 1986: 1). Besonders wird in diesem Erklärungsmodell betont, dass der Lebensstil jedes einzelnen Menschen, der insbesondere auch durch kulturelle Faktoren geprägt ist, die Gesundheit beeinflusst. Die Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen Gruppe, wie beispielsweise jener der Menschen mit Migrationshintergrund, stellt eine Form möglicher gesundheitlicher Chancenungleichheit dar. Ein gewichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit ist auch die Integration des Einzelnen in die Gesellschaft (vgl. Naidoo & Wills 2003: 38-40), welche bei Migrant/innen nicht immer gegeben ist.

Eine Frage, die aus gesundheitspolitischer Sicht im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund im Vordergrund steht, ist jene nach den Unterschieden hinsichtlich Krankheitsrisiken im Vergleich mit der Mehrheitsbevölkerung. Zusammenfassend können drei Aspekte, welche die Gesundheit von Migrant/innen bestimmen, identifiziert werden (Spallek & Razum 2007: 452):

- Bedingungen in ihrem Herkunftsland vor der Migration
- Bedingungen während des Migrationsprozesses
- Bedingungen im Zielland (sowohl lang- als auch kurzfristig)

Migration beeinflusst nicht nur das Risiko zu erkranken, sondern erschwert auch den Zugang zu entsprechenden Therapieangeboten des Gesundheitssystems (vgl. Razum & Geiger 2003: 688). Migrationsspezifische Risiken können sich neben dem eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung auch aus migrationsbedingten psychischen Belastungen, wie beispielsweise Rassismus im Aufenthaltsland oder aber Langzeitfolgen von erlebter Gewalt und Folter im Herkunftsland und/oder während der Migration (vgl. Robert Koch-Institut 2008:

59), ergeben. Auch können die „Trennung von Familienangehörigen, die Unsicherheit über deren Schicksal sowie Isolation, Zukunftsunsicherheit“ (Robert Koch- Institut 2008: 59) Faktoren darstellen, welche die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund besonders belasten.

Ein Umstand, der die Gesundheit von Migrant/innen entscheidend beeinflusst, ist die Ethnie oder kulturelle Identität, die als eine soziale Kategorie verstanden werden kann, über die sich Menschen einer Gruppe definieren (Faltermajer 2001: 98). Religiöse Überzeugungen oder ethnisch geprägte Sozialsysteme bestimmen den Umgang mit und die Deutung von Belastungen. Daraus können sich für die Gesundheit negative Verhaltensweisen ergeben, „wenn Personen in Krisensituationen sozial stigmatisiert und isoliert werden“ (Faltermajer 2001: 99). Das alltägliche Gesundheitshandeln wird von der Kultur stark beeinflusst, die soziale und materielle Lage von Migrant/innen hat allerdings einen mindestens ebensolchen Einfluss auf die Gesundheit.

Auch wenn es sozial integrierte und ökonomisch erfolgreiche Menschen mit Migrationshintergrund gibt, muss ein Teil doch einer niedrigen sozio-ökonomischen Schicht zugeordnet werden, die sich mit Risiken konfrontiert sieht, welche durch einen niedrigen Sozialstatus bedingt werden. Folglich sind Menschen mit Migrationshintergrund einem doppelten, nämlich migrations- und statusbedingtem Risiko ausgesetzt. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht, beispielsweise gemessen an Einkommen und Bildung, beeinflusst die Gesundheit von Individuen sowohl auf positive als auch negative Weise in bedeutendem Ausmaß und führt zu einer sozial bedingten Ungleichheit in der Verteilung der Gesundheitschancen. Die Möglichkeiten, Gesundheit zu erhalten, Erkrankungen zu vermeiden oder bei bestehender Krankheit eine hohe Lebensqualität zu erreichen, sind für Menschen aus sozial benachteiligten Schichten bedeutend schlechter.

Soziale Bedingungen, welche die Gesundheitschancen von Individuen oder Gruppen verschlechtern, sind weitgehend politisch gestalt- und veränderbar und liegen damit in jenem Bereich, an dem die Verhältnisprävention anzuknüpfen versucht. Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten stellt eine Besonderheit innerhalb der Unterschichtpatient/innen<sup>1</sup> dar, da zu den allgemein herrschenden Barrieren noch spezifische Hindernisse, wie

---

<sup>1</sup> „Unterschicht“ ist ein Terminus der Schichtungssoziologie der 1940er bis 60er Jahre und dient als Mittel sozialer Skalierung. Der Begriff gilt heute als „politisch nicht korrekt“ und wird häufig durch die Formulierung „sozial schwach“ oder „bildungsfern“ ersetzt (vgl. Lindner 2008: 9, 15). Es sei angemerkt, dass der Begriff „Unterschicht“ in vorliegender Arbeit nicht wertend verwendet wird, sondern lediglich eine Gesellschaftsgruppe bezeichnet, welche über geringe materielle und gesellschaftliche Ressourcen verfügt.

Sprachbarrieren und migrationsbedingte psychosoziale Belastungsfaktoren<sup>2</sup>, hinzukommen (vgl. Rosenbrock. & Gerlinger 2004: 41-45).

Soziale Unterschichten zeichnen sich typischerweise durch eine Dysbalance zwischen Belastungen und Gesundheitsressourcen zugunsten der Belastungen aus. Als belastende Faktoren von besonderer Bedeutung für Menschen mit Migrationshintergrund können soziale Unsicherheit und fehlende Partizipation innerhalb der Residenzgesellschaft genannt werden. Insbesondere Migrantinnen und Migranten ohne soziale Netzwerke im Aufenthaltsland erleben dadurch einen Mangel an Ressourcen, sowohl zur Krankheitsverhinderung, als auch -bewältigung (Vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2004: 44). Jedoch sollten nicht „die Verantwortung des Einzelnen für seinen Gesundheitszustand“ (Mielck 2000: 171) und damit das individuelle Verhalten in den Vordergrund gestellt werden, sondern vielmehr die vorherrschenden Verhältnisse wie beispielsweise die Arbeitssituation.

Mögliche Ursachen und Erklärungen zur gesundheitlichen Chancenungleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund sind (Salman 2008: 14):

- Materielle und psychosoziale Belastungen,
- Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen,
- Ausgestaltung des Gesundheitssystems.

Es wird aber davor gewarnt, Migrantinnen und Migranten sowie deren Nachkommen als Gruppen zu sehen, „die besonders hilfsbedürftig, sozial schwach und krankheitsanfällig sind“ (Razum & Geiger 2003: 689), da durch diese eindimensionale Sichtweise eine negative Wahrnehmung in der Öffentlichkeit entstehen kann, welche möglicherweise an sich einen psychischen Risikofaktor darstellt. Trotz des erhöhten Risikos sind Menschen mit Migrationshintergrund keineswegs per se kränker als die Mehrheitsbevölkerung im Aufenthaltsland. Erschwerte Lebensbedingungen und Risiken, auf welche sie selbst nur bedingten oder keinen Einfluss haben, erfordern allerdings speziell ausgeprägte Bewältigungsstrategien und machen es für die Betroffenen zu einer besonderen Herausforderung, vorhandene Ressourcen wie beispielsweise soziale Netzwerke, zu nutzen (vgl. Razum & Geiger 2003: 688-689).

Da sich Frauen und Männer in ihren Lebenswelten unterscheiden, ist es im Hinblick auf die Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll, geschlechtsspezifische Aspekte im Zusammenhang mit Migration zu betrachten. Der geschlechtertypische Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie geschlechterspezifische Präventionspotenziale und

---

<sup>2</sup> Migration bedingt einen Wechsel des sozialen und gesellschaftlichen Bezugssystems der Migrant/innen und kann in Folge zu psychosomatischen Erkrankungen führen. Gründe sind beispielsweise sozial belastende Umweltfaktoren, Akkulturationsstress oder Diskriminierungen gegenüber der Mehrheitsbevölkerung (vgl. Han 2000: 169ff., Hofstede 2001).

Versorgungsbedarfe legen eine stärkere Umsetzung des Gender Mainstreaming<sup>3</sup> nahe (vgl. Altgeld & Kolip 2006: 15), welche auch die WHO als Strategie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zwischen den Geschlechtern identifiziert (WHO 2001). Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet Gender Mainstreaming „alle Maßnahmen daraufhin zu überprüfen, ob sie die Lebenswelten von Frauen und Männern angemessen berücksichtigen und geschlechteradäquate Zugänge und Methoden integrieren“ (Altgeld & Kolip 2006: 16). Durch gezielte Analyse der Lebenswelten sollen geschlechterspezifische Ressourcen erkannt und Interventionen dort angesetzt werden, wo Defizite bestehen. Wichtig ist einerseits die frauenspezifische Gesundheitsproblematik, mit welcher Migrantinnen in besonderer Weise konfrontiert werden, zu berücksichtigen, sie aber gleichzeitig nicht in eine Opferrolle zu drängen, sondern als Akteurinnen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wahrzunehmen.

---

<sup>3</sup> „Gender“ signalisiert, dass das soziale, und nicht das biologische Geschlecht im Vordergrund steht, also die Lebensbedingungen von Frauen und Männern, Rollenerwartungen, Werte, Macht und Einfluss. „Mainstreaming“ bedeutet, dass etwas, das bislang am Rande betrachtet wurde, nun in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt wird, in den „Hauptstrom“ einfließt. Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen impliziert eine Doppelstrategie, bei der es zum einen darum geht, die Dimension Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern in allen gesundheitsrelevanten Bereichen zu integrieren. Es geht zum anderen darum, den jeweils geschlechterspezifischen Versorgungs- und Präventionsbedarf zu ermitteln und Maßnahmen für das jeweils benachteiligte Geschlecht zu entwerfen (Altgeld & Kolip 2006: 16)

### 3. Empirische Untersuchung

---

In der dem vorliegenden Dossier zugrundeliegenden Arbeit wurden zwei wissenschaftliche Forschungsfragen behandelt:

1. Welche Barrieren bestehen bezüglich Zugang zu und Inanspruchnahme von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention für Frauen, Männer und Kinder mit Migrationshintergrund?
2. Welche Faktoren begünstigen einen erfolgreichen Zugang und eine erhöhte Inanspruchnahme angebotener Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte für Frauen, Männer und Kinder mit Migrationshintergrund?

Im Rahmen eines Systematic Review wurden die Ergebnisse von zwölf Primärstudien, welche Implementierung und Erfolg gesundheitsfördernder oder präventiver Interventionen für Menschen mit Migrationshintergrund in Europa beschreiben, ausgewertet. Ziel war die Einschätzung des Potenzials verschiedener angewandter Konzepte und Strategien, bestehende Zugangsbarrieren abzubauen und die Zielgruppe zu einer Teilnahme an Angeboten zu motivieren.

Wissenschaftliche, in Peer-Reviewed-Journals bis Dezember 2009 veröffentlichte, Arbeiten zur Thematik wurden einer systematischen Analyse unterzogen. Die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Pubmed, Medline, Cochrane und Embase in der Zeitperiode von 1950 – 2009 durchgeführt. Um Artikel einschließen zu können, welche in der Datenbankrecherche verfehlt wurden, wurden die Referenzlisten relevanter Artikel durchsucht.

Ausgeschlossen wurden jene Studien, welche

- sich nicht auf eine konkrete Intervention beziehen,
- Menschen mit Migrationshintergrund nicht als (zusätzliche) Zielgruppe definieren,
- außerhalb Europas durchgeführt wurden,
- nicht auf Strategien und Konzepte, welche relevant für den Zugang und die Inanspruchnahme der Angebote waren, eingehen.

Zwölf Studien wurden in den Review aufgenommen: vier randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), drei Kohortenstudien, eine Longitudinalstudie, eine unkontrollierte Querschnittstudie, eine Explorative Studie, eine Quasi-experimentelle Studie und ein Survey, welcher die Daten

dreier Querschnittstudien enthält. Die Vielfalt an Studiendesigns war beabsichtigt<sup>4</sup>, machte aber die vergleichende Synthese der Ergebnisse der einzelnen Studien notwendig. Ein statistisches Zusammenführen der Ergebnisse (Meta-Analyse) wäre aufgrund der Heterogenität der Studien nicht sinnvoll, weshalb eine narrative Synthese durchgeführt wurde (vgl. Petticrew & Roberts 2006: 166). Als methodisches Instrument wurde das Schweizer Ergebnismodell (vgl. Nutbeam 2000) herangezogen, um insbesondere die Effektivität und Akzeptanz gesundheitsfördernder und präventiver Angebote, welche im Rahmen des Systematic Review analysiert wurden, einzuschätzen.

---

<sup>4</sup> Petticrew & Roberts (2006: 168) weisen darauf hin, dass eine Eingrenzung auf ein einziges Studiendesign, vor allem auf RCTs, den Review auf eine bestimmte Art von Interventionen und Teilnehmer/innen, und damit die Generalisierbarkeit des Reviews, einschränken würde.

## 4. Zugangsbarrieren und Strategien zu deren erfolgreichem Abbau

---

### 4.1 Zugangsbarrieren und Barrieren bei der Inanspruchnahme

Der geringen Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten durch Menschen mit Migrationshintergrund liegen diverse Barrieren zugrunde, welche sowohl auf Seite der Nutzer selbst als auch auf Seite der Anbieter gründen können (vgl. Eichler 2008: 21). Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten können sowohl struktureller und politischer, als auch soziokultureller und migrationsspezifischer Natur sein (vgl. Salman 2001: 91ff.).

Um eine erfolgreiche Umsetzung angebotener Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu ermöglichen, müssen mögliche Barrieren identifiziert und in weiterer Folge aus dem Weg geräumt werden.

#### 4.1.1 Barrieren von Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund

##### 4.1.1.1 Sprachbarrieren

Viele Menschen mit Migrationshintergrund, vor allem aber Migrant/innen erster Generation, verfügen nur über unzureichende oder aber gar keine Kenntnisse der Sprache des Landes, in das sie migrieren (vgl. Ulram 2009: 17). Insbesondere wenn es nicht nur um Begriffe des täglichen Lebens, sondern um gesundheitsrelevante Fachbegriffe geht, ist der Wortschatz oftmals sehr begrenzt. Sprache spielt aber eine entscheidende Rolle in der interkulturellen Kommunikation und Interaktion. Es gilt zu beachten, dass, „was Sprachbarrieren genannt wird, eigentlich eher Sprachlücken [sind]: Da ist nichts, was die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner aktiv trennt, sondern es besteht eine Lücke, eine Kluft, die die Kommunikation verunmöglicht“ (Saladin 2007: 28). Dies macht es für die Gesundheitsförderung und Prävention schwer, an die Zielgruppe heranzutreten: Werden Ankündigungen von Angeboten in den lokalen Medien nicht in die Sprache der Zielgruppe übersetzt, werden sie nicht verstanden. In Folge kommt die Teilnahme am Angebot oft nicht zustande. Ziel muss es daher sein, alternative Kommunikationswege zu nützen. Sei es durch



mehrsprachiges Material, „visuelle Kommunikationshilfen“ (Robert Koch-Institut 2008: 109) in der Ankündigungsphase oder durch Dolmetscher/innen im persönlichen Kontakt. Denn nur, wenn Menschen mit Migrationshintergrund ausreichende Kenntnis über gesundheitliche Vorsorge haben, können sie entscheiden, ob sie diese auch nutzen.

#### 4.1.1.2. Schichtbarrieren

Ein weiterer Grund für die mäßige Inanspruchnahme, der von verschiedenen Autor/innen thematisiert wird, ist die Mittelschichtorientierung von Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Walter et al. 2007, Naidoo & Wills 2003: 43). Während Angehörige der Mittelschicht eine ausgeprägte Zukunftsorientierung und ein hohes Maß an Selbstbestimmung aufweisen, sehen Personen aus niedrigen sozialen Schichten ihre Gesundheit häufig als schicksalhaft an (vgl. Naidoo & Wills 2003: 43), was ihre gesundheitsrelevante Handlungskompetenz einschränkt. Gerade die Gesundheitsförderung und Prävention erfordert aber hohes persönliches Engagement und die Partizipation der Adressat/innen.

#### 4.1.1.3. Informationsdefizite und fehlende Gesundheitskompetenz (Health Literacy)

Ein hoher Grad an Informiertheit über gesundheitsrelevante Angebote ist unentbehrlich, um die eigene Gesundheit selbstbestimmt gestalten zu können. Dieses Empowerment (vgl. Kickbusch 2003: 182) ist ein zentraler Schlüsselpunkt für das Gelingen von Prävention und Gesundheitsförderung. Voraussetzung dafür ist Health Literacy (vgl. Nutbeam 2000: 263), also die Bildung und Kompetenz, die es einem Menschen ermöglichen, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und in Folge auch in konkrete Entscheidungen und Handlungen umzusetzen. Ohne diese Kompetenz ist keine Kommunikation im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention möglich (vgl. Walter et al. 2007: 350), ihr Fehlen stellt also eine bedeutende Barriere für die Inanspruchnahme angebotener Maßnahmen dar (vgl. Salman 2001: 91). Menschen mit Migrationshintergrund gehören bezüglich einer geringen Health Literacy zu den vulnerablen Gruppen (Walter et al. 2007: 350).

Voraussetzung für die Entwicklung einer umfangreichen Gesundheitsbildung ist eine allgemeine formale Bildung, welche insbesondere bei Menschen mit Migrationshintergrund teilweise nur in geringem Ausmaß gegeben ist (vgl. Razum & Geiger 2003: 690). Analphabetismus stellt ein nicht zu unterschätzendes Problem innerhalb dieser Zielgruppe dar, was die Entwicklung einer hohen Health Literacy behindert (vgl. Razum & Geiger 2003:

690). Es stellt sich hier die Frage, wie gesundheitsrelevante Informationen der Zielgruppe in verständlicher Weise vermittelt werden können, selbst wenn die Kommunikation durch eine geringe formale Bildung der Adressaten erschwert wird. Es besteht die Notwendigkeit, fachlich qualifizierte und motivierende Information mit Rücksicht auf die individuellen Lebensumstände und Kompetenzen Einzelner anzubieten, um Informationsdefizite überwinden zu können (Walter et al. 2007: 350).

#### 4.1.1.4. Kulturelle Konzepte

Kulturell bedingte Konzepte von Gesundheit und Krankheit, welche je nach Herkunftsland sehr unterschiedlich sein können, erschweren die interkulturelle Interaktion mitunter gravierend. Gleichzeitig beeinflussen diese Konzepte die Wahrnehmung und Einstellung gegenüber der individuellen Bedeutung, welche der Gesundheit zugeschrieben wird.

Menschen mit Migrationshintergrund haben sehr unterschiedliche Krankheitsvorstellungen, welche „vom traditionellen bis zum bio-psycho-sozialen Modell reichen“ (David et al. 1998: 85). Insbesondere für die Gesundheitsförderung und Prävention, die mit traditioneller Verhaltensmodifikation arbeiten oder diese zumindest als einen Teil der Intervention anwenden möchten, stellt die in einigen Kulturen präsente Vorstellung, Krankheit sei etwas, das „von außen“ (Razum & Geiger 2003: 690) komme oder religiöse Hintergründe habe (Robert Koch-Institut 2008: 110), ein ernst zu nehmendes Problem dar. Kann der Einzelne nicht davon überzeugt werden, seine Gesundheit selbst beeinflussen zu können, so wird eine dauerhafte Verhaltensänderung nicht zu erreichen sein. Nicht nur die eigene Rolle im Krankheitsprozess kann kulturell verschieden sein, auch die unterschiedlichen Anforderungen und Erwartungen den Anbieter/innen von Gesundheitsleistungen gegenüber können eine Barriere darstellen. Werden Erwartungen in der Realität nicht erfüllt, so sinken die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme sowie die Compliance während angebotenen Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention deutlich (vgl. Razum & Geiger 2003: 690). Besonders Migrantinnen nehmen Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention nur in geringem Ausmaß in Anspruch, wenn diese nicht auf kulturelle Vorstellungen und spezifische Lebensbedingungen Rücksicht nehmen. Auch wenn Religion nicht zwingend als Teil der Kultur eines Individuums angenommen werden kann, so gilt sie doch als eine „Komponente kultureller Divergenzen“ (Eichler 2008: 23) und ist damit Teil der Lebenswelt vieler Menschen mit Migrationshintergrund. Religiöse Vorschriften und Riten können, indem sie die Vorstellung von Geschlechtlichkeit oder Scham beeinflussen, demnach Barrieren bei der Planung, Akzeptanz und Umsetzung von Angeboten darstellen (vgl. Eichler 2008: 23f.).

Es sollte jedoch vermieden werden, Migrant/innen zu „Außenseitern und Exoten abzustempeln“ sowie „Differenzen statt Gemeinsamkeiten“ zu suchen (Weiss 2003: 65). Kulturelle Unterschiede müssen zwar berücksichtigt werden, dürfen jedoch nicht dazu beitragen, eine Stigmatisierung und Isolation voranzutreiben (vgl. Weiss 2003: 65).

## 4.1.2 Barrieren von Seiten der Anbieter/innen

### 4.1.2.1. Fehlende interkulturelle Kompetenz und Vorbehalte gegenüber Zielgruppen

Verschiedene kulturelle Hintergründe haben variierende Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, aber auch Anforderungen an Anbieter/innen zur Folge. Vielfach führt die Unkenntnis solcher Hintergründe zu Kommunikations- und Verständnisproblemen zwischen Anbieter/in und Nutzer/in. Anbieter/innen fehlt in vielen Fällen die Kompetenz, „eigene Konzepte zu erkennen, zu hinterfragen und zu relativieren“ (Falge & Zimmermann 2009: 15) sowie eigene Handlungen für andere Kulturen verständlich zu vermitteln. Insgesamt gründet dies oftmals auf dem Fehlen von interkultureller Sensibilisierung. Unter einer solchen Sensibilisierung kann die Fähigkeit, „kulturelle Prägungen für das Verhalten von Patientinnen und Patienten in Betracht zu ziehen“, verstanden werden (Falge & Zimmermann 2009: 18).

Ein Aspekt, der nicht unerwähnt bleiben soll, ist die auch im Gesundheitsbereich mögliche Diskriminierung von Patient/innen mit Migrationshintergrund durch in den Gesundheitsberufen Tätige (vgl. Bhopal 1998). Migrantinnen und Migranten sind meist anderer kultureller und ethnischer Herkunft als die Mehrheitsbevölkerung des Aufnahmelandes und verfügen häufig über einen niedrigeren sozialen Status. Aus diesen Unterschieden können sich soziale und institutionelle Vorurteile sowie Diskriminierungen ergeben, welche Benachteiligungen auch im öffentlichen Raum nach sich ziehen. Um die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu erhalten und/oder zu verbessern, muss Rassismus, wo vorhanden, identifiziert und durch die Bildung einer interkulturellen Kompetenz in den Gesundheitsberufen verhindert werden. Dies ist allerdings nur in einer Umgebung denkbar, in der verschiedene Kulturen sich gleichwertig gegenüberstehen können (vgl. Hofstede 2001: 424f.).

## 4.2 Zugang und Inanspruchnahmeverhalten

Der Erfolg angebotener Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen hängt entscheidend davon ab, ob und in welchem Umfang die Empfänger/innen über

Zugangswege erreicht werden können und ob sie in Folge die ihnen angebotenen Optionen auch nutzen.

Strategien, die erfolgreich umgesetzt werden und in weiterer Folge zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund beitragen können, müssen besondere Bedürfnisse dieser Zielgruppe analysieren und in die Planung von konkreten Maßnahmen übernehmen. Es gilt, besondere Anstrengungen zu unternehmen, Migrant/innen zeitnah über mögliche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention im Zielland zu informieren (vgl. Robert Koch-Institut 2008: 121) – auf eine Weise, die ihren Verständnismöglichkeiten und ihrer individuellen Gesundheitskompetenz entspricht.

## 4.2.1 Zugang

### 4.2.1.1. Komm-Strategien

Passive Strategien („Komm-Strategien“) beruhen auf einer Einladung zur Teilnahme und der Kontaktaufnahme durch die Nutzer/innen. Angebote, die sich an eine größere Zielgruppe richten, nutzen beispielsweise öffentliche Medien, um Teilnehmer/innen zu erreichen. Es gilt als belegt, dass Komm-Strategien, welche von der Zielgruppe ein gewisses Maß an Eigeninitiative und Motivation verlangen, einige für die Prävention besonders relevante Gruppen nicht erreichen können. Neben Personen mit niedriger formaler Bildung oder Männern im mittleren Lebensalter gehören zu diesen Gruppen auch Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Walter et al. 2003, Rosenbrock & Gerlinger 2004). Diese Strategie ist bei migrantenspezifischen Projekten nur in muttersprachlichen Medien sinnvoll (vgl. Schopf 2009: 6). Des Weiteren ist die Verwendung von Informations-Foldern in verschiedenen Sprachen, welche an öffentlichen Orten ausgelegt werden, eine übliche Herangehensweise. Bei dieser Art der Rekrutierung besteht die Gefahr einer „Selbstselektion zugunsten der gesundheitsbewussten Gesunden und Frauen“ (Walter et al. 2007: 350), was diese Strategie insbesondere für schwer zugängliche Zielgruppen irrelevant macht.

Ergebnisse des Systematic Review bestätigen die in der Literatur beschriebene schlechte Eignung von Komm-Strategien für insgesamt schwer erreichbare Zielgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund.

### 4.2.1.2. Such-Strategien

Such-Strategien, die auf einer aktiven Rekrutierung (beispielsweise durch Telefonkontakt oder persönlicher Einladung) beruhen, zeigen in diesem Zusammenhang besonders für

„kleine Projekte und Initiativen“ (Schopf 2009: 6) größere Erfolgchancen, eine hohe Teilnahme zu erreichen. Methoden, bei denen Einladungen über einschlägige Vereine, Schlüsselpersonen oder Multiplikator/innen direkt an die Zielgruppe weitergegeben werden, können als erfolgreich eingeschätzt werden, um Teilnehmer/innen zu gewinnen. Allerdings muss in Bezug auf die Kosteneffektivität des Zugangs erwähnt werden, dass die Kosten eines aktiven Zugangsweges häufig die des passiven Zugangs übersteigen. Insbesondere der persönliche Kontakt gilt als zeit- und ressourcenintensiv (vgl. Schopf 2009: 6).

Die hohen Werte in Bezug auf Inanspruchnahme, welche von einigen der analysierten Studien berichtet werden, bestätigen die in der Literatur beschriebene Effektivität aktiver Rekrutierungsstrategien in Zusammenhang mit Migrantinnen und Migranten.

Eine zusammenfassende systematische Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Zugangswege für spezifische Zielgruppen fehlt bislang noch (Walter et al. 2007: 350). Gerade bei schwer erreichbaren Gruppen sind innovative Zugangsstrategien nötig. Die Autoren empfehlen den Einsatz „vielfältiger und flexibler“ Zugänge, insbesondere aufsuchender Beratung, Nachbarschaftswerbung oder Kontaktpersonen mit gleichem kulturellen Hintergrund. Eine Kombination beider Strategien erscheint demnach besonders sinnvoll.

## 4.2.2 Ansatz und Interventionsstrategien

Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention können Ansätze verfolgen, welche entweder strukturell oder gruppen- und individuenzentriert sind (Siegrist 2003: 150). Während sich der strukturelle Ansatz vor allem für die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen, also für die Verhältnisprävention, eignet, zielt der gruppen- und individuenzentrierte meist auf eine Verhaltensänderung der Zielgruppe. Insbesondere im Umgang mit schwer erreichbaren Zielgruppen ist es grundlegend, die passende Strategie zur Informations- und Wertevermittlung zu wählen.

### 4.2.2.1. Schlüsselpersonen (key persons)

Der Mediatoren- und Multiplikatoren-Ansatz, welcher durch „migrationsspezifische Präventionsbotschaften, die Nutzung von vorhandenen Netzwerken“ sowie die Aus- und Weiterbildung von „integrierten und akzeptierten“ (Walter et al. 2007: 351) Schlüsselpersonen (key persons) aus den Migrationsgruppen erhöhte Inanspruchnahme von Seiten der Nutzer/innen erzielen kann, ist besonders zielführend. Der Einsatz solcher Personen kann sowohl kulturelle als auch sprachliche Barrieren, also „interkulturelle

Missverständnisse“, abbauen und ist damit in der Vermittlung zwischen Anbieter/innen und Nutzer/innen besonders erfolgversprechend (vgl. Walter et al. 2007: 351; Bunge et al. 2006: 894).

Schlüsselpersonen aus den kulturellen Gemeinschaften der Zielgruppe, welche das Vertrauen der Teilnehmer/innen gewinnen sollten, wurden in zwei Studien (Pallasch et al. 2005, Haour-Knipe et al 1999) eingesetzt. Bei der Auswahl der Schlüsselpersonen achteten die Autor/innen insbesondere darauf, dass diesen innerhalb ihrer Community hohe Wertschätzung entgegengebracht wurde und sie sowohl zur Herkunfts- als auch zur Aufnahmekultur enge Verbindungen pflegten. So sollte die verständliche Übermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte sichergestellt werden. Die Autor/innen beschreiben die Arbeit der Schlüsselpersonen, die allgemein ein Bewusstsein für die Wichtigkeit geplanter Maßnahmen schaffen sollten, als wichtige Grundlage für die erfolgreiche Implementierung eines Projekts.

Mediatorinnen aus dem kulturellen Umfeld der Teilnehmerinnen wurden auch in einer weiteren Studie (Burmaz et al. 2007) eingesetzt, um gesundheitsrelevante Inhalte kultursensibel und muttersprachlich zu vermitteln. Die Autor/innen konnten jedoch keinen Erfolg der Strategie nachweisen, da die Ratschläge der Mediatorinnen von den teilnehmenden Frauen nicht ausreichend respektiert und angenommen wurden. Traditionen und besonders die Meinung weiblicher Familienmitglieder hatten mehr Einfluss auf die Entscheidungen der Teilnehmerinnen. Es kann angenommen werden, dass die ausgewählten Schlüsselpersonen nicht die nötigen Charakteristika aufwiesen, die für einen Erfolg des key person-Ansatzes nötig sind.

#### 4.2.2.2. Bezug zum Lebensumfeld

Insbesondere die Lebensortnähe eines Angebotes entscheidet über den Erfolg einer Intervention (Vgl. Walter et al. 2007: 351), wobei weniger die geographische als die kulturelle Nähe gemeint ist. Die Nutzung bestehender Netzwerke und Strukturen sowie insbesondere eine kontinuierliche Kooperation mit gleichbleibenden Partner/innen schaffen bekannte Zugangswege für Menschen mit Migrationshintergrund (Vgl. Bunge et al. 2006: 894) und können damit die Scheu vor einer Teilnahme an Projekten verringern.

In der Gesundheitsförderung und Prävention mit Migrantinnen und Migranten ist ein enger Bezug zur Lebenssituation der Zielgruppe besonders wichtig, um Rahmenbedingungen schaffen zu können, in denen eine Inanspruchnahme von Angeboten erleichtert wird. Die „Einbettung in eine vertraute Umgebung“ gilt als wichtiger Faktor „sowohl für den Zugang als

auch bei den auf Verhaltens- und Verhältnisprävention ausgerichteten Interventionsmaßnahmen“ (Bunge et al. 2006: 895). Nur wenn Hintergrundinformationen über den Alltag und die tatsächlichen Bedürfnisse der Teilnehmer/innen bekannt sind, können Angebote geplant werden, die von der Zielgruppe tatsächlich angenommen werden und eine Verbesserung der Gesundheit erzielen können. Besonders zielführend sind Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote, die „einen sozialen Rahmen bieten und ein Gemeinschaftserlebnis erzeugen“ (Bunge et al. 2006: 896) sowie eine flexible Gestaltung von Terminen, da so bestehende Schwellenängste der Zielgruppe abgebaut werden.

#### 4.2.2.3. Peer (Health) Education

Ein Ansatz, der in den letzten Jahren auch in Europa vermehrt in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention zur Anwendung kommt, ist jener der „peer education“, also der Vermittlung von Inhalten durch „Gleichgestellte“ oder „Gleichaltrige“. Angehörige der Zielgruppe, die innerhalb dieser akzeptiert sind, werden eingesetzt, um Informationen, Werte und Verhaltensweisen zu vermitteln. Der Ansatz der peer education ist besonders gut mit den Grundsätzen der Gesundheitsförderung vereinbar: Empowerment und Partizipation, sowie die Stärkung vorhandener Netzwerke sind zentrale Elemente bei der Projektgestaltung und Projektumsetzung. Um schwierig zugängliche Zielgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen, ist es von großer Bedeutung, peer educators aus dem gleichen Lebensumfeld zu gewinnen, welche mit dem kulturellen und sozialen Alltag der Zielgruppe vertraut sind und von diesen tatsächlich als „gleich“ wahrgenommen werden können (vgl. BZgA 2003: 176ff.). In Zusammenhang mit Themen der Gesundheitsförderung und Prävention wird häufig der Begriff des peer health educators verwendet.

Sieben der inkludierten Studien (z.B. Bader et al. 2006, Haour-Knipe et al. 1999, Kocken et al. 2001; 2007, Reijneveld et al. 2002) wählten diesen Ansatz, was eine allgemein gesteigerte Verwendung im Themenfeld deutlich macht. Die Autorinnen einer Studie beschreiben zwar eine gesteigerte Akzeptanz des Präventionsprogramms, die Ergebnisse können jedoch nicht direkt auf die Intervention zurückgeführt werden.

Auch wenn einige Autor/innen den Einsatz der peer educators als positiv und zielführend beschreiben, wurden in einer Studie dennoch Einschränkungen dieses Ansatzes identifiziert. Ein organisatorisches Problem war demnach die hohe Mobilität, die innerhalb der Gruppe der peer educators stattfand. Viele verließen im Laufe des Projekts das Land und konnten nicht mehr erreicht werden, ihre Aktivitäten wurden nicht weitergeführt. Eine weitere Herausforderung bestand darin, der sehr heterogenen Gruppe der peer educators ein Gefühl

der Zusammengehörigkeit zu vermitteln. Es wurde festgestellt, dass sich viele von ihnen isoliert und zu wenig unterstützt fühlten, was bei einigen sogar zu Überforderung und Anzeichen von Burnout führte. Soll der Ansatz der peer education effektiv umgesetzt werden, muss also auch darauf geachtet werden, dass die eingesetzten Personen ausreichend Unterstützung erhalten, um ihren Aufgaben nachgehen zu können. Nur wenn sie über ausreichend Ressourcen verfügen, können sie innerhalb der Zielgruppe gesundheitsfördernd tätig werden.

### 4.2.3 Konzept

Das Gesundheitssystem, und damit auch Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention, richten sich vermehrt auch an Menschen mit Migrationshintergrund. Die Umsetzung einer solchen Ausrichtung kann anhand zweier sich gegenüberstehender Konzepte beschrieben werden. Eine Möglichkeit besteht darin, Menschen mit Migrationshintergrund den Angeboten für die Mehrheitsbevölkerung anzupassen. „Dieses Vorgehen beinhaltet, dass die Migranten durch Information, Bildung und Empowerment in die Lage versetzt werden, die vorhandenen Angebote im gleichen Maße wie die Allgemeinbevölkerung zu nutzen, ohne dass die Angebote geändert werden müssen“ (Spallek & Razum 2007: 455). Das zweite Konzept strebt umgekehrt die Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse der Menschen mit Migrationshintergrund an. In Hinblick auf eine gewünschte Steigerung des Inanspruchnahmeverhaltens stellt sich die Frage, ob eher das migrantenspezifische, separierende oder das migrantensensible, integrierende Konzept zielführend ist.

#### 4.2.3.1. Migrantenspezifisches Spezialangebot

In Anbetracht des Umstands, dass die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund „nach allgemeiner Einschätzung“ (Robert Koch-Institut 2008: 116) durch eine interkulturelle Öffnung der Regelangebote ermöglicht werden soll, stellt sich auch für die Gesundheitsförderung und Prävention die Frage, ob ein Spezialangebot, welches allein auf die Menschen mit Migrationshintergrund zugeschnitten ist, zu befürworten oder zu vermeiden ist.

Zwar würde ein Spezialangebot zu einer weiteren Segregation und womöglich sogar zu einer Stigmatisierung dieser Personengruppe führen, allerdings können durch eine Öffnung allgemeiner Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote spezielle Bedürfnisse der Zielgruppe möglicherweise nicht ausreichend berücksichtigt werden. Migrantenspezifische



Angebote hingegen ermöglichen eine genaue Ausrichtung an den Lebensbedingungen, Belastungen und Ressourcen bestimmter Zielgruppen (vgl. Spallek & Razum 2007: 455). In vielen Fällen ist eine Spezialisierung auf Menschen mit Migrationshintergrund unvermeidbar, beispielsweise bei der Kommunikation.

#### 4.2.3.2. Migrantensensible Öffnung von Regelangeboten

Der andere Ansatz ist die migrantensensible Öffnung von Regelangeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. „Die Vorteile der migrantensensiblen Angebote liegen in der breiteren Abdeckung von Anforderungsspektren (und damit potenziell verbundenen Kostenersparnissen), der größeren Nachhaltigkeit, der integrierenden Wirkung und der Fähigkeit, verschiedene, auch zahlenmäßig kleine Migrantengruppen mit ihren Anforderungsprofilen gemeinsam zu berücksichtigen“ (Spallek & Razum 2007: 455). Zwar wird durch dieses Konzept einer möglichen Stigmatisierung und Ausgrenzung bestimmter Personengruppen entgegengewirkt, gleichzeitig kann aber nur sehr begrenzt auf spezielle Bedürfnisse eingegangen werden. Zusätzlich verlangt dieses Konzept von den Menschen mit Migrationshintergrund erhebliche Anpassungsanstrengungen und setzt eine gewisse Gesundheitsbildung voraus, die zumindest derzeit noch nicht ausreichend vorhanden ist.

Angebotene Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen müssen nicht zwingend nur eines dieser Konzepte verfolgen, vielmehr können in der Praxis Mischformen auftreten, die „sowohl die Migranten in ihrem Zugang“ stärken, „als auch das Gesundheitssystem besser auf die Vielfalt seiner Klienten“ (Spallek & Razum 2007: 455) ausrichten. In einer Studie wurden beispielsweise neben allgemeinen Maßnahmen, an denen jeder teilnehmen konnte, auch kultursensible Gruppenaktivitäten sowie muttersprachliche Informationen zur Gesundheit speziell für Menschen mit Migrationshintergrund angeboten. Besonders ausgeprägte positive Veränderungen in der Untergruppe der Migrant/innen deuten auf die Eignung dieses Konzepts hin.

Ein generelles Diversity-Mainstreaming ist in der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund anzustreben (vgl. Spallek & Razum 2007: 455). Bis sich ein solches Diversity-Mainstreaming jedoch tatsächlich in der Praxis durchgesetzt hat, sind migrantenspezifische Konzepte, die weniger Anpassungsanforderungen an die Zielgruppe stellen, zielführender in der Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens.

#### 4.2.4 Politischer Ansatz: Health in all Policies

In der Ottawa-Charta der WHO (1986) wird die Schaffung einer gesundheitsorientierten Gesamtpolitik als eine zentrale Strategie genannt, Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik kann als ein dynamischer Prozess, der nicht nur von den Politiker/innen, sondern auch von der Gesellschaft und den Medien vorangetrieben wird, definiert werden (Nutbeam & Harris 2001: 66). Dieser Ansatz ist jedoch noch nicht annähernd so ausgereift und in der Praxis verwirklicht, wie es wünschenswert wäre (Trojan & Legewie 2001: 250). Nötig wäre hier eine starke Zusammenarbeit zwischen Umwelt- und Gesundheitssektor sowie zwischen sozialer Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung (Trojan & Legewie 2001: 266).

Grundvoraussetzung für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik ist ein Zusammenwirken aller beteiligten Bereiche, mit dem gemeinsamen Ziel, die Gesundheit aller Bürger zu verbessern. „Health in all policies“ wird, zumindest im Hinblick auf Menschen mit Migrationshintergrund, wohl noch weiterhin „kaum mehr als ein Desiderat für die Zukunft“ (Trojan & Legewie 2001: 250) bleiben.

## 5. Welche Faktoren begünstigen Zugang und Inanspruchnahme in der Praxis tatsächlich?

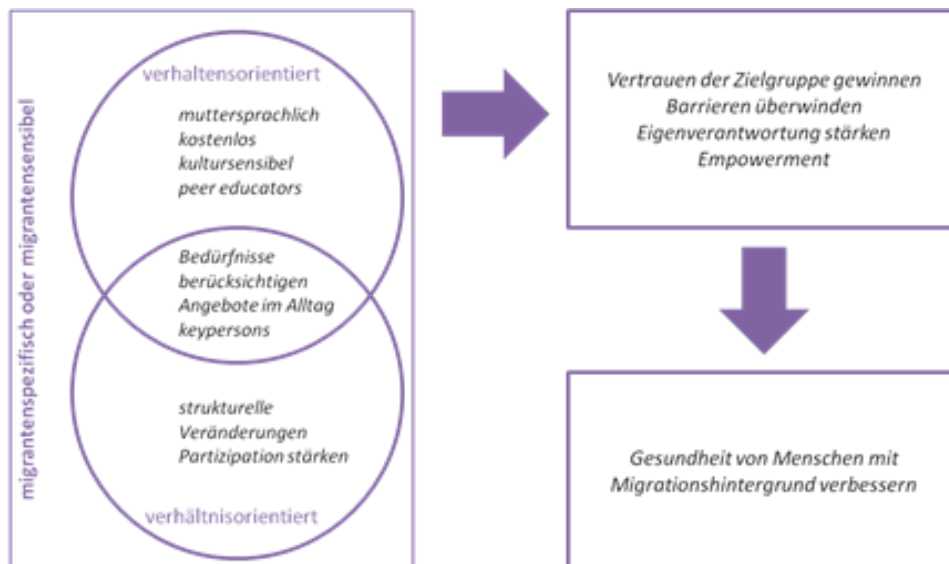
---

Werden speziell Erfolge hinsichtlich verbessertem Zugang und erhöhter Inanspruchnahme angebotener Interventionen betrachtet, so erzielten vier Studien (Jenum et al., Pallasch et al., Reijneveld et al. & Robke) nachweislich positive Ergebnisse. Während Jenum et al. und Robke einen migrantensensiblen Ansatz als Teil einer Intervention im Stadtteil verfolgten, wählten Pallasch et al. und Reijneveld et al. einen migrantenspezifischen Ansatz. Schlüsselpersonen und/oder peer educators wurden in diesen Studien (Ausnahme bildet die Studie von Jenum et al.) eingesetzt. Charakteristika der implementierten Interventionen sind folgende:

- Partizipatorisch orientiert
- Kultursensibel
- Muttersprachlich
- Kostenlos
- Eingebunden in die Stadtteilarbeit und den Alltag der Zielgruppe

Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass nicht das gewählte Konzept ausschlaggebender Faktor bezüglich Zugang und Inanspruchnahme eines Angebots ist, sondern vielmehr eine generelle Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund, die Stärkung der Eigenverantwortung und Partizipation sowie das Einbinden von Angeboten in den Alltag der Zielgruppe. Der Einsatz von Schlüsselpersonen und/oder peer educators aus dem kulturellen Umfeld ist hilfreich, kulturelle und sprachliche Barrieren zu überwinden, sowie das Vertrauen der potenziellen Teilnehmer/innen zu gewinnen.

Auch die restlichen Studien, die keine dokumentierten Ergebnisse bezüglich Inanspruchnahme und Zugang aufweisen, jedoch in anderen Kategorien erfolgreich waren, unterstützen die Annahme, dass insbesondere kultursensible und muttersprachliche Interventionen, in denen peer educators als Vermittler agieren, zielführend sind und von Menschen mit Migrationshintergrund angenommen werden.



**Abbildung 1: Erfolgreiche Strategien zur Verbesserung von Zugang und Inanspruchnahmeverhalten in den analysierten Studien**

Zusammenfassend konnte die Erkenntnis gewonnen werden, dass sowohl migrantensensibel wie auch migrantenspezifische Interventionen zu einer positiven Veränderung der Gesundheitsdeterminanten führen können, wenn kulturelle und soziale Rahmenbedingungen sowie spezifische Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigt werden. Die Studien, in welchen verhaltens- und verhältnisorientierte Präventionsmaßnahmen kombiniert wurden, konnten insgesamt bessere Ergebnisse nachweisen, als jene, in denen lediglich das Verhalten der Teilnehmer/innen verändert werden sollte. Die mitunter sehr verschiedenen Auffassungen von Gesundheit und Krankheit, traditionelle Werte und kulturelle Rollenbilder beeinflussen das Gesundheitshandeln in großem Maße und bedürfen eingehender Analyse vor und während der Planung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Dabei gilt es zu beachten, dass nicht ein einzelnes, sondern eine Vielzahl an Herkunftsländern Beachtung finden muss. Besonders hilfreich bei der Überwindung bestehender Barrieren ist der Einsatz von bilingualen Schlüsselpersonen und peer educators aus dem kulturellen Umfeld potenzieller Teilnehmer/innen, welche deren Respekt und Vertrauen genießen. Diese Personen haben umfassende Kenntnis von der Lebenssituation der Zielgruppe und können im Alltag umsetzbare Strategien erarbeiten, um Menschen mit Migrationshintergrund vom Nutzen gesundheitsfördernder Angebote zu überzeugen und sie zur Partizipation zu motivieren. Durch die Analyse inkludierter Studien konnte keine letztgültige Aussage über eine zu favorisierende Zugangsstrategie gemacht werden. Es gilt jedoch als erwiesen, dass „aufsuchende Arbeit und ganzheitlich integrierte Programme, die möglichst viele Bereiche mit einbeziehen“ (Wolf 2009: 299), notwendig für die Erreichbarkeit sozial benachteiligter Gruppen sind.

Ziel sollte sein, Angebote für und mit Menschen mit Migrationshintergrund zu gestalten, die längerfristig ein eigenständiges Aktivwerden der Zielgruppe ermöglichen und unterstützen.

## 6. Literaturverzeichnis

---

Altgeld, T. & Kolip, P. (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen, in: Kolip, P & Altgeld, T (Hg.), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention – Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, Juventa Verlag, Weinheim/ München, 15-26.

Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Bhopal, R. (1998): Spectre of Racism in Health and Health Care: Lessons from History and the United States, British Medical Journal 1998, no. 316 (7149), 1970–1973.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 4. Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz.

Bunge, C.; Meyer-Nürnberg, M. & Kilian, H. (2006): Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, no.49, 893-897.

David, M.; Borde, T. & Kantenich, H. (Hg.) (1998): Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Eichler, K.J. (2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit: Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen, Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage, Wiesbaden.

Falge, C. & Zimmermann, G. (Hg.) (2009): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden- Baden.

Faltermaier, T. (2001): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive, in: Marschalck, P & Wiedl, KH (Hg.), Migration und Krankheit, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück, 93-112.

Hofstede, G. (2001): Culture's Consequences: Comparing values, behaviours, institutions, and organizations across nations, 2. Aufl., Sage Publications, Thousand Oaks/California.

Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung, in: Schwartz et al. (Hg.): Das Public Health Buch, 181-188.

Kuss, B. (2009): „Healthy Inclusion“: Entwicklung von Empfehlungen für einen verbesserten Zugang von MigrantInnen zu Gesundheitsangeboten – Zur Ausgangslage des von der Europäischen Union und vom Fonds Gesundes Österreich geförderten Projektes mit der Laufzeit vom 15. Juli 2008 bis 14. Juli 2010, in: Rásky, É (Hg.) (2009), Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit, facultas.wuv Universitätsverlag, Wien, 135-151.

Lindner, R. (2008): „Unterschicht“. Eine Gespensterdebatte, in: Lindner, R & Musner, L (Hg.), Unterschicht- Kulturwissenschaftliche Erkundungen der „Armen“ in Geschichte und Gegenwart, Rombach Verlag, Freiburg/Berlin/Wien, 9-18.

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

Naidoo, J. & Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung, 1. deutsche Aufl., Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg.

Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, no.15 (3), 259-267.

Nutbeam, D. & Harris, E. (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung: Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften, 1. deutsche Ausgabe, Conrad, Gamburg.

Petticrew, M. & Roberts, H. (2006): Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide, Blackwell Publishing, Oxford.

Razum, O. & Geiger, I. (2003): Migranten, in: Schwartz et al. (Hg.): Das Public Health Buch, 686-692.

Robert Koch-Institut (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit, Robert Koch- Institut, Berlin.

Rosenbrock, R & Gerlinger, T (2004): Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber, Bern.

Saladin, P. (Hg.) (2007): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für ein erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, 2. unveränderte Auflage, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern.

Salman, R. (2001): Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen, in: Domenig, D (Hg.), Professionelle Transkulturelle Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, 87-100.

Salman, R. (2008): Interkulturelle Gesundheitsmediatoren- Aufbau eines sich langfristig selbsttragenden Systems: Begleitstudie zum MiMi-Gesundheitsprojekt in Hamburg, VWB, Berlin.

Schopf, A. (2009): Healthy Inclusion: 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, Forschungsinstitut des Roten Kreuzes, Wien.

Siegrist, J. (2003): Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte, in: Schwartz et al. (Hg.): Das Public Health Buch, 139-150.

Sole-Auro, A. & Crimmins, E. (2008): Health of Immigrants in European Countries, IMR, no.42(4), 861-876.

Spallek, J. & Razum, O. (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention, Medizinische Klinik, no.102 (6), 451-456.

Trojan, A. & Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, VAS, Frankfurt/Main.

Walter, U.; Schwartz, F.W.; Robra, B.-P.; Schmidt, T. & Kuhlmeier, A. (2003): Prävention, in: Schwartz et al. (Hg.), Das Public Health Buch, 189-214.

Walter, U.; Ramazan, S.; Krauth, C. & Machleidt, W. (2007): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen, Psychiat. Prax. 2007, no.34, 349-353.

Weiss, R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Seismo Verlag, Zürich.



Wolf, H. (2009): Gesundheitsförderung von und mit Migrantinnen - Die Arbeit des Frauengesundheitszentrums FEM Süd, in: Rásky, É (Hg.) (2009), Gesundheit hat Bleiberecht – Migration und Gesundheit, facultas.wuv Universitätsverlag, Wien, 296-310.

World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, World Health Organization, Ottawa.

World Health Organization (2001): Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. Madrid Statement, World Health Organization, Madrid.

## **Studien**

Bader, A. et al. (2006): The Mosque Campaign: a cardiovascular prevention program for female Turkish immigrants, Wiener Klinische Wochenschau 2006, no.118(7-8), 217-223.

Bucher, C.; Eser, T.; Weinbacher, M. & Gyr, K. (1997): HIV-Prävention bei türkischen Immigranten in einer allgemeininternistischen Poliklinik, Sozial- und Präventivmedizin 1997, no.42, 21-29.

Burmaz, T. et al. (2007): Adesione a interventi preventivi per l'infanzia tra gli immigranti: uno studio randomizzato, Quaderni acp 2007, no.14(2), 50-55.

Haour-Knipe, M.; Fleury, F. & Dubois-Arber, F. (1999): HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation, Social Science & Medicine 1999, no.49, 1357-1372.

Jenum, A.K. et al. (2006): Promoting Physical Activity in a Low-Income Multiethnic District: Effects of a Community Intervention Study to Reduce Risk Factors for Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease, Diabetes Care 2006, no.29(7), 1605-1612.

Kocken, P.; Voorham, T.; Brandsma, J. & Swart, W. (2001): Effects of peer-led AIDS education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in The Netherlands, European Journal of Public Health 2001, no.11(2), 153-159.

Kocken, P.; Joosten-van Zwanenburg, E. & de Hoop, T. (2007): Effects of health education for migrant females with psychosomatic complaints treated by general practitioners: A

randomized controlled evaluation study, Patient Education and Counseling 2008, no.70, 25-30.

Pallasch, G.; Salman, R. & Hartwig, C. (2005): Verbesserung des Impfschutzes für sozial benachteiligte Gruppen unter Mitarbeit von Vertrauenspersonen- Ergebnisse einer kultur- und sprachsensiblen Intervention des Gesundheitsamtes Stade und des Ethno-Medizinischen Zentrums für Migrantenkinder im Altländer Viertel, Gesundheitswesen 2005, no.67, 33-38.

Reijneveld, S.A.; Westhoff, M.H. & Hopman-Rock, M. (2002): Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: result of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over, Journal of Epidemiology & Community Health 2003, no.57, 405-411.

Robke, F.J. (2000): Jugendzahnpflege in interkulturellen Netzwerken- Casemanagement-Ansätze in der Gruppenprophylaxe, Gesundheitswesen 2000, no.62, 446-450.

Ullram, P. (2009): Integration in Österreich. Einstellungen. Orientierungen. Erfahrungen. GfK Austria

Wolfers, M.; van den Hoek, C.; Brug, J. & de Zwart, O. (2007): Using Intervention Mapping to develop a programme to prevent sexually transmitted infections, including HIV, among heterosexual migrant men, BMC Public Health 2007, no.7(141)

Zimmer, S.; Robke F.J. & Roulet, J.F. (1999): Caries prevention with fluoride varnish in a socially deprived community, Community Dentistry and Oral Epidemiology 1999, no.27, 103-108