



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen

Salis Gross, Corina

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-32902>

Journal Article

Originally published at:

Salis Gross, Corina (2010). Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. SuchtMagazin, 36(1):18-21.

Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen

Die Berücksichtigung und systematische Nutzung «starker Beziehungen» für den Suchtausstieg und die Prävention zeigt gemäss neuesten Studien und Projekten grosse Wirkung. Dies gilt selbst für schwer erreichbare Gruppen wie hoch belastete MigrantInnen.

Corina Salis Gross

Dr. phil., Forschungsleiterin Public Health, Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, Schweiz,
Tel. +41 (0)44 448 11 60, corina.salisgross@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch
Sowie
Consultant bei Public Health Services,
Güterstrasse 12, CH-3360 Herzogenbuchsee,
Tel. +41 (0)62 961 10 01, www.public-health-services.ch

Starke Beziehungen im Suchtausstieg und in der Suchtprävention

Einleitung

Bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung zeigen heute systematisch höhere Prävalenzen im Bereich des Konsums von Suchtmitteln (Tabak, Alkohol, Medikamente) als Einheimische und sind gleichzeitig durch Regelangebote schwer erreichbar.¹ Deshalb wird seit kurzem eine engere Zusammenarbeit mit den sozialen Netzwerken und insbesondere mit den (Selbst-)Organisationen der Migrationsbevölkerung gesucht.² Neben neuen gesetzlichen Grundlagen³ ist dabei vor allem die Einsicht ausschlaggebend, dass die unmittelbare Nähe speziell zu den Zielgruppen der hoch belasteten Teile dieser Population unerlässlich ist, wenn man zum Beispiel den *setting*-Ansatz (Interventionen im direkten Lebensumfeld) verfolgen oder die Partizipation der betroffenen Bevölkerung und die Sicherung der Nachhaltigkeit von Massnahmen erreichen möchte.

Im vorliegenden Artikel soll aufgezeigt werden, dass für den Suchtausstieg und für die Prävention die Berücksichtigung und die systematische Nutzung von «starken Beziehungen» ausschlaggebend ist für die Wirkung und deren Nachhaltigkeit.⁴

Starke und schwache Beziehungen

Der Begriff der «starken Beziehungen» stammt aus der soziologischen Netzwerkanalyse und wird wie folgt definiert: «Die Stärke einer Beziehung ist eine (wahrscheinlich lineare) Kombination der Menge an Zeit, der emotionalen Intensität, der Intimität (im Sinne von Vertraulichkeit) und der reziproken Hilfeleistungen, welche eine Beziehung charakterisieren. Jedes dieser Elemente ist in gewissem Masse unabhängig von den anderen wirksam, doch das ganze set an Eigenschaften korreliert stark.»⁵ (Übersetzung CSG)

Bei «schwachen» Beziehungen fehlen diese Komponenten. Freundschaft wäre also ein Beispiel für eine starke Beziehung, Bekanntschaft eines für schwache Beziehungen.

Gemäss Moret und Dahinden⁶ wird in der klassischen Netzwerkanalyse davon ausgegangen, dass die Mitglieder von besonders dichten sozialen Netzen mit starken Beziehungen zwar unterstützend, solidarisch und reziprok interagieren, diese Netze aber gleichzeitig auch geschlossen bleiben und dadurch schwerer erreichbar sind. Für den Zugang zu Informationen sind jedoch schwache Beziehungen mit Brückenfunktionen von Vorteil, welche den Informationsfluss zwischen geschlossenen Teilgruppen sichern. Letzteres ist jedoch in der Migrationssituation etwas anders, weil starke Beziehungen insbesondere bei Marginalisierung (verstanden als erschwerter Zugang zu gesellschaftlicher Partizipation) z.B. auch für den Informationstransfer wichtig werden.

Der Einfluss starker Beziehungen

Aktuelle Netzwerkanalysen aus umfassenden Langzeitstudien zur Allgemeinbevölkerung der USA zeigen nun jedoch auch in der Gesamtpopulation eine klare Evidenz für die Wirksamkeit von «starken» Beziehungen in Ausstiegs- und Präventionsprogrammen: So sind z.B. das Rauchen und der Rauchausstieg stark abhängig vom sozialen Netzwerk und von der kollektiven Dynamik in diesen Netzwerken.⁷ Auffällig ist dabei, dass sich in lokalen Netzwerken Rauchstopp-Kaskaden bilden. Dies bedeutet, dass der Rauchstopp-Entscheid und der Rauchausstieg nicht individuell, sondern kollektiv vollzogen werden, und zwar von Personen, die miteinander in aktuell reziprok gelebtem und direktem Kontakt stehen.⁸ Die geographische Nähe und Umgebungsfaktoren (wie Tabaksteuern, Zugänglichkeit zum Suchtmittel oder Werbung) spielen für den Ausstieg gemäss den AutorInnen eine weniger zentrale Rolle als die sozialen Normen, die in den Netzwerken zirkulieren. Erfahrungen mit Ausstiegsprogrammen in den Bereichen Tabak und Alkohol zeigen weiter auf, dass Programme mit peer support erfolgreicher sind als individuell angelegte Programme. Dabei ist wiederum entscheidend, dass dieser peer support so angelegt ist, dass die Regeln des persönlichen Netzwerkes dadurch verändert werden, und darin ein Normenwandel stattfindet.⁹

Vernetzter Normenwandel

Die Ergebnisse der genannten Langzeitstudien machen weiter deutlich, dass verbleibende Rauchende zunehmend an die Peripherie der sozialen Netzwerke gelangen¹⁰ sowie dass sich aufgrund des Kaskaden-Effektes Investitionen für Interventionen auch in kleineren Gruppen lohnen: Der Normenwandel in kleinen

Gruppen kann einen grossen Einfluss auf die mit dieser Gruppe vernetzten weiteren Personen haben und dort wiederum einen Normenwandel auslösen.¹¹ Ein zielgruppenspezifischer Ansatz ist demnach effektiv, wenn ein Normenwandel in der Gruppe angestrebt wird. Die Potenziale dieser Netzwerke können zudem auch genutzt werden, um gesundheitsförderndes und präventives Verhalten generell zu unterstützen.

Potentiale der Nutzung starker Beziehungen

Die Potentiale dieser persönlichen Netzwerke werden in der Schweiz erst punktuell gezielt genutzt, und es wird dabei noch nicht systematisch auf «starke» Beziehungen abgezielt oder die Projekte dahingehend ausgewertet. In einem Rauchstopp-Programm für MigrantInnen aus der Türkei haben wir deshalb erstmals den Versuch gemacht, dies explizit und auch für eine stark belastete Gruppe zu tun und konnten dadurch die unmittelbare und nachhaltige Wirkung sogar im Vergleich zu üblichen Rauchstopp-Programmen für die Allgemeinbevölkerung erheblich erhöhen.¹² Dass dies bei gezielter Nutzung von starken Beziehungen trotz aufsuchender Arbeit in Netzwerken von schwer erreichbaren Gruppen nicht teuer wird, konnten wir in diesem Projekt ebenfalls aufzeigen.¹³ Deshalb werden wir in einem weiteren Schritt diesen Ansatz auch auf andere schwer erreichbare Gruppen mit hohen Prävalenzen oder hohem Risikoverhalten übertragen. Dies erfolgt mittels weiterer Pilotprojekte in den Bereichen Tabak, Alkohol sowie Ernährung und Bewegung.¹⁴ Ziel ist die verstärkte Implementierung dieses Ansatzes in den Regelangeboten der Prävention und des Ausstiegs.¹⁵

Für nachhaltige Interventionen sind also neben den formalisierten Organisationsformen (in der Literatur als Selbst- oder Eigenorganisationen bezeichnet) und einzelnen ExponentInnen mit speziellem Potential (Schlüsselpersonen bzw. key persons) insbesondere auch die informellen Netzwerke (in der Netzwerkanalyse spricht man hier von *persönlichen Netzwerken der Individuen*) relevant. Je nach Schwerpunkt der geplanten Massnahmen müssen demnach allenfalls verschiedene Netzwerkformen genutzt werden.

Starke Beziehungen in gesundheitsrelevanten Netzwerken

Gemäss der genannten Studie zu Netzwerken der Migrationsbevölkerung in der Schweiz¹⁶ weisen diese sehr unterschiedliche Organisationsgrade auf und sind für gesundheitsrelevante Unterstützung und Information unterschiedlich wichtig.

Gleichzeitig zeichnen sich die persönlichen Netzwerke der bisher in der Schweiz untersuchten MigrantInnengruppen offenbar durch eine weitere Eigenheit im Bereich der Kommunikation aus: Während – wie oben erwähnt – in der Netzwerkanalyse davon ausgegangen wird, dass schwache Beziehungen als Brücken zwischen sonst ungebundenen Teilen des Gesamtnetzes eines Individuums fungieren (indem sie neue Netzwerke eröffnen) und dadurch die Chancen für ein erfolgreiches Handeln des Individuums erhöhen, fand Dahinden¹⁷ Indizien dafür, dass dies in der Migrationssituation nicht unbedingt zutrifft, da bei den untersuchten albanisch sprechenden Personen gerade starke Beziehungen vermehrt Informationsfunktionen übernehmen. Dahinden interpretiert dieses Ergebnis so, dass in einer Situation der Marginalisierung starke Beziehungen als Brücken zentral werden, auch bezüglich der Aspekte, die sonst eher mit schwachen Beziehungen in Verbindung gebracht werden. Ihre aktuellen Auswertungen zu den türkischen und albanischen Netzwerken weisen in dieselbe Richtung.¹⁸ Zudem stellt sich in der Migrationssituation bei starker Marginalisierung die Frage des Vertrauens anders: Glaubwürdigkeit und Vertrauen gegenüber den Informationen und deren VermittlerInnen wird hier zentral – insbesondere in heiklen Themenbereichen wie Gesundheit und Integration.¹⁹ Beim Thema Sucht dürfte dieser Aspekt wohl noch deutlicher ins Gewicht fallen, denn hier spielen Scham- und Schuldgefühle sowie Tabuisierungen eine grosse Rolle.

Im Folgenden gehe ich auf drei Netzwerkformen ein, die für die Bedeutung starker Beziehungen besonders relevant sind:

Familie und Freundeskreis

In den für die Schweiz vorliegenden Daten zu gesundheitsrelevanten Netzwerken der Migrationsbevölkerung stehen die Familie und der Freundes- bzw. Bekanntenkreis an zentraler Stelle. So nennt das «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung»²⁰ den Verwandtschafts- und Freundeskreis als eine der vier Hauptquellen für gesundheitsrelevante Informationen (neben Zeitungen und Zeitschriften, dem Fernsehen und den HausärztInnen). Auch Umfragen des Schweizerischen Roten Kreuzes und der Caritas unter ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und entsprechender Fachpersonen im Rahmen des Projektes «Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz»²¹ nennen diese Netzwerke als zentral für die Präventionsarbeit (für Information und Unterstützung). Allerdings werden hier auch Spannungsfelder thematisiert (wie Tabuisierung der Suchtproblematik in den persönlichen Netzwerken, Überbelastung der Netzwerke, sowie schwere Erreichbarkeit dieser Netze). Moret und Dahinden²² fragen spezifischer danach, für welche Informationen welche Kanäle relevant sind und weisen – wie erwähnt – ebenfalls auf eine hohe Bedeutung der Netzwerke von Familien und «ethnisch» homogenem Freundeskreis hin, sofern es sich dabei um «starke» Beziehungen handelt. Dies betrifft die Suche von gesundheitsrelevanten Informationen und Ratschlägen für sich und die eigenen Kinder. Dabei sei das Vertrauen in diese Netzwerke ausschlaggebend sowie die Tatsache, dass der Zugang zu den offiziellen Informationskanälen oft erschwert ist. Damit ist gemäss den Autorinnen dieses Muster auch Ausdruck einer Marginalisierung. Zudem sind diese Informationskanäle in einer Gruppe (albanische MigrantInnen) auch für andere Themenbereiche zentral (wie Arbeitssuche, Wohnungssuche, rechtliche und administrative Anliegen), die sonst eher durch «schwache» Beziehungen charakterisiert sind. Es findet also u. U. eine Konzentration auf starke Beziehungen statt.

Vertrauen

Das Potential dieser persönlichen Beziehungen liegt also in der *Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit* dieser Vermittlungsform, d.h. dass Informationen am besten im Rahmen einer persönlichen und vertrauensvollen Beziehung vermittelt werden (*beziehungsgelitete Informationsvermittlung*). Moret und Dahinden²³ schlagen so auch vor, diesen informellen Rahmen zu nutzen, indem wichtige Informationen an ExponentInnen aus diesen Netzen gestreut werden und diese Personen dann als MultiplikatorInnen die Informationen personengebunden weiter zirkulieren lassen. Wichtig dabei ist, dass der informelle Charakter der Interaktion bestehen bleibt und dass die Vertrauenspersonen für eine breite Palette von Informationen angesprochen werden können. Die Schwierigkeit dieses Vorgehens liegt wiederum im Zugang zu den oft relativ geschlossenen Netzwerken und in der Aufrechterhaltung des informellen Charakters der Informationsvermittlung. Zudem bedingt ein solches Vorgehen die Strategie der aufsuchenden Arbeit im Rahmen von Mikrointerventionen in den Lebenswelten der Betroffenen.

Translokale und transnationale Ausrichtung

Wichtig ist dabei zu beachten, dass die Lebenswelten und die gesundheitsrelevanten persönlichen Beziehungen und Netzwerke oft translokal und transnational angelegt sind.²⁴ Telefon, Internet und gegenseitige Besuche ermöglichen den Kontakt und das Pflegen von starken Beziehungen über räumliche und politische Grenzen hinweg.

Schlüsselpersonen

Als Schlüsselpersonen (*key persons*) werden in den erwähnten Umfragen und Studien Personen mit unterschiedlichsten Funktionen bezeichnet, jedoch im Wesentlichen zwei Gruppen: Personen, die Informationen (zur Prävention, zum Ausstieg, zur Gesundheitsförderung etc.) an die Migrationsbevölkerung vermitteln, und Personen, die Fachleute über die Migrationsbevölkerung informieren.²⁵ Die Funktion der Schlüsselperson vereint in der Regel zwei Kompetenzen: fachlich-thematische und herkunftsbezogene, migrationspezifische. Schlüsselpersonen werden aufgrund eines spezifischen Wissens zu bestimmten Fachbereichen und Themen angegangen (oder darin geschult), um dann in einer bestimmten Sprach- oder Herkunftsgruppe oder bei Einzelpersonen Informationen oder *know-how* einzubringen.

Spannungsfeld Informalität und Professionalität

Soweit es sich bei den Schlüsselpersonen um Personen mit Migrationshintergrund handelt, bewegen sich beide oben genannten Gruppen in einem ähnlichen Spannungsfeld von Professionalität und Informalität, welches es zu berücksichtigen gilt. Für die Zielgruppen scheint nämlich eine Beziehung besonders tragend zu sein, wenn sie informell ist. So beobachteten Moret und Dahinden²⁶ zumindest bei den albanisch und bei den türkisch sprechenden Personen, dass die Glaubwürdigkeit am Grössten ist, wenn Informationen mündlich vermittelt werden und wenn eine Beziehung zur Schlüsselperson derselben Herkunft oder Sprache informell gestaltet ist. So werden diese Schlüsselpersonen auch eher in einem informellen Rahmen (etwa auf der Strasse) und als Mitglieder der eigenen *community* angesprochen (also im Rahmen eines solidarischen Beziehungsangebotes der Vergemeinschaftung), selbst wenn sie auch im Rahmen einer professionellen Tätigkeit ansprechbar wären. Dies kann zu Loyalitäts- und Rollenkonflikte der Schlüsselpersonen führen. Ich vermute, dass die Zielgruppen aus Vertrauensgründen den Rahmen einer «starken» Beziehung suchen, was allerdings v.a. hinsichtlich der erwarteten Reziprozität einen Konflikt mit einer allfälligen abstinenzorientierten professionellen Haltung der Schlüsselperson auslösen kann.²⁷

Aber auch die involvierten Institutionen bieten den Schlüsselpersonen in der Regel einen eher informellen oder nur halbprofessionellen Rahmen an, was wiederum problematisch sein kann, wenn eine angemessene Unterstützung, Honorierung und Anerkennung ausbleibt.²⁸

Professionsorientierte SpezialistInnen als Schlüsselpersonen

SpezialistInnen aus bestimmten Berufssparten fungieren gemäss den vorliegenden Studien überdurchschnittlich oft als Schlüsselpersonen. Von den Personen mit Migrationshintergrund werden dabei insbesondere die (Haus-)ÄrztInnen genannt, aber auch ApothekerInnen, AnwältInnen, religiöse SpezialistInnen (z.B. Pfarrer, Hocas) und Sozialarbeitende.²⁹ Diesen wird offenbar besonders viel Vertrauen entgegen gebracht, wenn es um Gesundheitsfragen geht.³⁰ Lokale und nationale Grenzen werden dabei wiederum überschritten, und unter Umständen werden eigene Landsleute bevorzugt. Das Vertrauen in diese SpezialistInnen wird damit begründet, dass diese als besonders kompetent angesehen werden, und dass sie sich im Idealfall einer Problemlage umfassend annehmen.³¹ Sie können aufgrund ihrer gesellschaftlichen Machtposition effiziente Massnahmen auch eher durchsetzen. Meiner Ansicht nach spielt jedoch ein weiterer Aspekt eine zentrale Rolle: Der Professionscharakter³² dieser Fachpersonen dürfte sich im Sinne eines Beziehungsangebotes in Form einer engagierten sozialen Beziehung (ähnlich einer «starken» Beziehung im informellen Rahmen) zu den KlientInnen positiv auf die Wahrnehmung der Letzteren auswirken. Heute begreifen die genannten VertreterInnen der klassischen

Professionen (Arzt, Anwalt, Pfarrer) den befragten MigrantInnen häufig in einem habituellen Modus eines Dienstleisters aber in der Erwartung der NutzerInnen ihrer Dienstleistungen werden sie oft noch als professionsorientiert wahrgenommen (umfassende Annahme, Durchsetzungsmacht).³³ Deshalb wären sie auch ideale Partner für die Vermittlung von Präventionsbotschaften, denn sie könnten die Brückenfunktion im symbolischen Rahmen einer starken Beziehung übernehmen. Dies ist v.a. angebracht bei Gruppen, die aufgrund ihrer Marginalisierung einen erschwerten Zugang zu Informationen und Dienstleistungen haben. Es genügt aber nicht, dass dies einfach VertreterInnen dieser Berufssparten sind, ausschlaggebend ist die professionsorientierte Haltung, oder anders gesagt: Der symbolische Referenzrahmen einer starken Beziehung.

Selbstorganisationen und Gruppierungen

In der Schweiz existiert eine Vielzahl von verschiedensten, mehr oder weniger formalisierten Zusammenschlüssen von Personen mit Migrationshintergrund gleicher und unterschiedlicher Herkunft. Es gilt deshalb zu unterscheiden, für welche Anliegen welche Zielgruppen und Formationsverbände angesprochen werden sollten. Insgesamt ist die Migrationsbevölkerung stark in diese Strukturen eingebunden, auch wenn die Mitgliedschaft in Vereinen im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung etwas weniger verbreitet ist.³⁴

Während bisher im Public-Health-Bereich stark auf die Ausländervereine und die gut organisierten Gruppen rekurriert wurde, weil diese leichter und rascher zugänglich waren, drängt sich für den Ansatz der Nutzung «starker» Beziehungen eine Verschiebung der Perspektive auf: Die weniger formalisierten Zusammenschlüsse und informellen Gruppen oder die thematischen Netzwerke sind nämlich aus der Perspektive der Zielgruppen selber von grosser Bedeutung für gesundheitsrelevante Fragen und Unterstützung.³⁵ Dies können Treffpunkte sein, Sportvereine, religiöse Vereinigungen, Elterngruppen, Frauengruppen, Gruppen mit kulturellen Aktivitäten, Selbsthilfegruppen und vieles andere mehr. Die Hälfte der von Moret und Dahinden³⁶ befragten Personen erwähnen, dass sie herkunftsheterogene und thematische Gruppen frequentieren. Sie dürften wohl wiederum besonders effektiv sein, wenn darin reziproke Beziehungen entstehen. Gerade für die Prävention drängt sich eine solche themenspezifische und informelle Zusammenarbeit auf. Zudem werden in Projekten mit stark informellem Charakter schwer erreichbare Gruppen besser zugänglich.³⁷ Diese neuen Formen der Zusammenarbeit bringen allerdings auch Aufwand mit sich. Es wird zeitintensiver, die «richtigen» Partner für einen bestimmten Themenschwerpunkt zu eruieren, und eine *Top-Down-Strategie* ist weniger leicht umzusetzen als bei der Arbeit mit klassischen Vereinen. Und es darf nicht vergessen werden, dass auch diese Gruppierungen eine Honorierung für Ihre Dienstleistungen erwarten dürfen (in Form von finanzieller Abgeltung, Gratisangeboten, oder struktureller Unterstützung).

Fazit

Präventions- und Ausstiegsprojekte im Suchtbereich mit der Migrationsbevölkerung sollten die Ressourcen der Informalität und der «starken» Beziehungen berücksichtigen, um Wirkung und Nachhaltigkeit zu fördern. Dies ist zeitaufwändig und erfordert neben finanziellen Ressourcen auch ausreichendes Wissen über die Zielgruppe. Es lohnt sich, vor Projektbeginn genau abzuklären, wo sich ein Einstieg besonders lohnen würde – und wie jeweils die «starken» Beziehungen zu nutzen und zu fördern sind. Das nicht aufzulösende Spannungsfeld zwischen Informalität und Professionalität der involvierten Schlüsselpersonen ist dabei zu bedenken. ●

Literatur

- BAG (*Bundesamt für Gesundheit*) (2007a): Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung». Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (*Bundesamt für Gesundheit*) (2007b): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bauer, T. (2005): «Das Vertrauen ist das Wichtigste.» Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten mit der Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz. Ein Bericht der Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration. St. Gallen: Caritas.
- Bond, M. (2009): Three degrees of contagion. *New Scientist* 2689: 24-27.
- Christakis, N.A./Fowler, J.H. (2007): The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine* 357 (4): 370-379.
- Christakis, N. A./Fowler, J. H. (2008): The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine* 358(21): 2249-2258.
- Dahinden, J. (2005): Prishtina – Schlieren. Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum. Zürich: Seismo.
- Domenig, D. (2007): Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. S. 165-189 in: (Dies.) (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber, (2. Auflage).
- Goode, W.J. (1957): Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. S. 157-168 in: Luckmann, T./Sprondel, W. M. (Hrsg.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Granovetter, M.S. (1973): The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology* 78(6): 1360-1380.
- Moret, J./Efonay, D./Stants, F. (2007): Die srilankische Diaspora in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Migration.
- Moret, J./Dahinden, J. (2008): Les réseaux de migration dans les politiques de santé publique et d'intégration. Rapport final – draft version du 28 mai 2008. Neuchâtel: SFM/MAPS.
- Moret, J./Dahinden J. (2009): Wege zu einer besseren Kommunikation. Kooperation mit Netzwerken von Zugewanderten. Deutsche Kurzfassung. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
- Pfluger, T./Biedermann, A./Salis Gross C. (2008): Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Schlussbericht an den Schweizerischen Tabakpräventionsfonds. Herzogenbuchsee: Public Health Services.
- Salis Gross, C./Schnoz, D./Cangatin S. (2009): «Nicht-Rauchen wie ein Türke?» *Sucht* 35(4): 30-34.
- Salis Gross, C./Gabriel, E./Sleptsova, M./Woessmer, B./Langewitz W. (2010): SchmerzpatientInnen in der Migration. Umfassende Annahme und professionsorientierte Haltung als zentrale Elemente einer migrationssensitiven klinischen Intervention bei PatientInnen mit chronischen Schmerzen. Bern: SNF (NFP 53 «Muskuloskelettale Gesundheit – Chronische Schmerzen») (in Vorbereitung).
- Schnoz, D./Schaub, M./Cangatin, S./Salis Gross C. (2008): Rauchstopp-Kurse für türkeistämmige Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bericht zur Wirksamkeit der Kurse. Teilbericht II zum Präventionsprojekt «Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz». ISGF; Forschungsbericht Nr. 263. Zürich. www.isgf.ch, und www.bag.admin.ch/tabak_praevention, Zugriff 01.01.2010.

Endnoten

- 1 Vgl. BAG 2007a; b.
- 2 So intensivierten das Bundesamt für Gesundheit BAG, das Bundesamt für Migration BFM und die Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM die Bestrebungen zur verbesserten Nutzung der Netzwerke für die Bereiche Gesundheit und Integration mittels Finanzierung von verschiedenen Studien insbesondere zur Diaspora aus Sri Lanka, der Türkei, dem Kosovo und Portugal. Die Studien sind noch nicht alle publiziert (ausser Moret et al. 2007, Moret/Dahinden 2009).
- 3 Im neuen Ausländergesetz (Art.4 AuG1 Integration) und in der Integrationsverordnung (VIntA) ist festgehalten, dass Integration eine Querschnittsaufgabe ist, welche von der Gesellschaft und den eidgenössischen, kantonalen, kommunalen und lokalen Behörden zusammen mit den Ausländerorganisationen wahrzunehmen sei. Der Bereich Gesundheit ist dabei explizit erwähnt.
- 4 Ich führe hier den konzeptuellen Rahmen zu einem Projekt aus, das wir in der Nummer 4/2009 des SuchtMagazin vorgestellt haben (vgl. Salis Gross et al. 2009). Für eine ausführliche Darstellung dieser These siehe Pfluger et al. 2009: 58-67.
- 5 Granovetter 1973: 1361.
- 6 Moret/Dahinden 2009: 8f.
- 7 Vgl. Christakis/Fowler 2008. Derselbe Effekt der sozialen Ansteckung durch starke Beziehungen wurde auch für Übergewicht (vgl. Christakis/Fowler 2007) und andere gesundheitliche Phänomene festgestellt (vgl. Bond 2009).
- 8 Christakis/Fowler 2008: 2256.
- 9 Ebd.: 2257.
- 10 Ebd.: 2254.

- 11 Ebd.: 2257.
- 12 Vgl. Salis Gross et al. 2009, sowie Schnoz et al. 2008.
- 13 Vgl. Schnoz et al. 2008.
- 14 Angelaufen ist soeben die Interventions- und Kommunikationskampagne «Tiryaki Kukla: Tabakprävention bei Migrantinnen und Migranten aus der Türkei». www.isgf.ch, www.transprae.ch und www.bag.admin.ch/tabak_praevention, Zugriff 01.01.2010.
- 15 Für den Rauchstopp-Kurs für die Diaspora aus der Türkei «Elveda Sigara - Merhaba Yaşam» ist dieser Prozess bereits im Gange, er wurde beispielsweise in das Rauchstopp-Programm der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention aufgenommen. www.at-schweiz.ch, Zugriff: 1.1.2010.
- 16 Moret/Dahinden 2009: 16.
- 17 Vgl. Dahinden 2005.
- 18 Moret/Dahinden 2009: 19.
- 19 Ebd.: 8.
- 20 Vgl. BAG 2007a.
- 21 Vgl. Pfluger et al. 2009.
- 22 2009: 14f.
- 23 2008: 70f.
- 24 Pfluger et al. 2009: 61.
- 25 Für eine Übersicht siehe Pfluger et al. 2009: 61f.
- 26 2008: 60-64.
- 27 Ähnliche Konflikte werden bereits im Konzept der «Transkulturellen Kompetenz» angesprochen (vgl. Domenig 2007).
- 28 Moret/Dahinden 2008: 63f.
- 29 Vgl. Pfluger et al. 2009, sowie Moret/Dahinden 2008.
- 30 Vgl. auch Bauer 2005.
- 31 Moret/Dahinden 2009: 15f, 2008: 67-70.
- 32 Vgl. Goode 1957.
- 33 Vgl. Pfluger et al. 2009. Für eine Übersicht der Literatur zur Bedeutung einer vertrauensbildenden professionsorientierten Haltung für die Patientenerwartung und für die Wirkung einer Intervention im Bereich der Arzt-Patienten-Interaktion vgl. Salis Gross et al. 2010.
- 34 Moret/Dahinden 2009: 16.
- 35 Vgl. Pfluger et al. 2009.
- 36 Moret/Dahinden 2009: 16.
- 37 Vgl. z. B. das Projekt femmes-TISCHE.

Online-Lexikon zu Prävention und Gesundheit bei Jugendlichen

Dieses Online-Lexikon enthält Informationen zu vielen Themen rund um Prävention und Früherkennung von Drogenkonsum und anderem Problemverhalten im Jugendalter. Zu den meisten Schlagworten finden sich weiterführende Links zu wissenschaftlichen Quellen, Webseiten und Organisationen. Das Lexikon wurde von Infodrog im Rahmen des Schweizerischen Suchtpräventions- und Forschungsprogramms supra-f des Bundesamtes für Gesundheit BAG entwickelt. Es orientiert sich an einer evidenzbasierten Suchtprävention.

Das Lexikon ist unter www.infodrog.ch (Prävention) zu finden. (Wird zurzeit überarbeitet)