



Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen im Alter bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz

David Büchel
14153092

Departement Gesundheit
Institut für Gesundheitswissenschaften
Studienjahr: GP16
Eingereicht am: 3. Mai 2019
Begleitende Lehrperson: Nadja Beeler

**Bachelorarbeit
Gesundheits-
förderung und
Prävention**

Abstract

Eine Vielzahl von Menschen mit Migrationshintergrund bleibt auch im Alter in der Schweiz, womit weder sie noch die Schweiz rechnet. Dies ist oft mit Schwierigkeiten verbunden und führt mit anderen Faktoren wie der Pensionierung dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Alter im Durchschnitt weniger gesund sind als Schweizerinnen und Schweizer.

Das Ziel dieser Arbeit ist, die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz darzulegen sowie mögliche Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen im Alter zu identifizieren. Die Idee dahinter basiert auf der Fragestellung: Welche Schutzfaktoren senken das Suchtrisiko von Menschen mit Migrationshintergrund im Pensionsalter und wie lassen sich diese stärken?

Diese Fragestellung soll mittels einer systematischen und selektiven Literaturrecherche sowie zweier Experteninterviews beantwortet werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz gesundheitlich schlechter gestellt sind. Dies ist auf soziale Ungleichheiten sowie migrationsspezifische Faktoren zurückzuführen.

Ausserdem zeigen die Ergebnisse, dass unter anderem die Sprache, die ökonomische Situation, die Familie, soziale Bindungen und Netzwerke sowie auch Religion und Kirchengemeinschaften bedeutsame Schutzfaktoren für ältere Menschen mit Migrationshintergrund darstellen können. Bei der Identifizierung und Stärkung von Schutzfaktoren sind viele Akteure, wie die Gesellschaft, die Politik und die Sozial- und Gesundheitsinstitutionen gefragt oder gar verpflichtet.

Keywords: Suchterkrankungen, Schutzfaktoren, Alter, Menschen mit Migrationshintergrund

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Einführung in die Thematik.....	4
1.2	Relevanz für Berufsfeld	5
1.3	Thematische Eingrenzung.....	6
1.4	Herleitung der Fragestellung	6
1.5	Ziele der Arbeit.....	7
1.6	Aufbau der Arbeit	7
2	Theoretischer Hintergrund	8
2.1	Aktueller Forschungsstand.....	8
2.1.1	Migration und Alter	8
2.1.2	Alter und Sucht.....	9
2.1.3	Migration und Sucht	10
2.1.4	Alter, Migration und Gesundheit (Suchterkrankungen)	10
2.2	Salutogenese	11
2.3	Schutzfaktoren	11
2.4	Modell: Gesundheitliche Ungleichheit.....	12
2.5	Sucht-Trias (Biopsychosoziales Modell)	13
2.6	Definition und Eingrenzung zentraler Begriffe	14
2.6.1	Menschen mit Migrationshintergrund.....	14
2.6.2	Ältere Menschen	14
2.6.3	Suchterkrankung	14
3	Methode	15
3.1	Literaturrecherche (Quantitative Analyse)	15
3.1.1	Systematische Literaturrecherche	15
3.1.2	Selektive Informationssuche.....	16
3.1.3	Bewertung und Datenextraktion	16
3.2	Experteninterviews (Qualitative Analyse)	17
3.2.1	Systematisches Experteninterview	17
3.2.2	Expertenschaft	17
3.2.3	Interviewleitfaden	18
3.2.4	Durchführung	18
3.2.5	Datenauswertung	18
4	Ergebnisse	21
4.1	Systematische und selektive Literaturrecherche.....	21
4.1.1	Die Situation der älteren Menschen mit Migrationshintergrund.....	21
4.1.2	Einfluss- und Risikofaktoren für die Gesundheit der (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund.....	25

4.1.3	Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen bei (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund.....	30
4.2	Qualitative Inhaltsanalyse	35
4.2.1	Gründe für gesundheitliche Vulnerabilität	35
4.2.2	Forschung & Praxis	36
4.2.3	Schutzfaktoren	39
5	Diskussion.....	44
5.1	Zusammenfassung und Diskussion	44
5.2	Einschränkungen	45
5.2.1	Studiendesign	45
5.2.2	Aktualität der Literatur	46
5.2.3	Begriffsdefinitionen.....	46
5.2.4	Repräsentation der Migrationsgruppen	46
5.2.5	Heterogenität der Migrationsbevölkerung	47
5.2.6	Suchterkrankungen	47
5.2.7	Anzahl und Vielfalt der Quellen	47
6	Fazit / Schlussfolgerungen.....	48
7	Literaturverzeichnis	51
8	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	54
9	Anhang.....	

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Die Schweiz zeichnet sich durch grosse sprachliche und kulturelle Vielfalt aus. (Kaya, 2017). Nach dem Zweiten Weltkrieg brauchte die Schweiz zusätzliche Arbeitskräfte für ihre Wirtschaft. In der Folge rekrutierte sie gezielt Menschen für ihren Arbeitsmarkt aus Südeuropa, vor allem Italien. Sie galten fortan als die erste Einwanderergeneration. Diese Gruppe der Migrationsbevölkerung, die mittlerweile gealtert ist und kurz vor oder nach der Pensionierung steht, stellt heute die grösste Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund dar und prägt weitgehend das Bild älterer Menschen mit Migrationshintergrund (Hungerbühler & Bisegger, 2012).

Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2018) wiesen im Jahr 2017 2'647'000 Personen, was 37.2% der Schweizer Bevölkerung entspricht, einen Migrationshintergrund auf (auf Basis der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren).

Die Situation der älteren Menschen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich nach Hungerbühler und Bisegger (2012) in vielen Bereichen nicht grundsätzlich von derjenigen der Schweizer Seniorinnen und Senioren. Dennoch gibt es Besonderheiten, die ältere Menschen mit Migrationshintergrund betreffen.

So haben viele dieser Menschen ursprünglich eine Rückkehr in ihr Herkunftsland geplant. In der Realität bleibt ein grosser Teil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz. Die Diskrepanz zwischen geplanter Rückkehr und tatsächlicher endgültiger Niederlassung, aber auch bereits der Prozess der Entscheidungsfindung, wo im Alter der Lebensmittelpunkt sein soll, ist oft mit Schwierigkeiten verbunden. Eine Vielzahl von jungen und gesunden Arbeitskräften, die in die Schweiz immigriert sind, haben zudem durch ihren belastenden Arbeitseinsatz gesundheitliche Schäden davongetragen (Hungerbühler & Bisegger, 2012). Diese Gründe führen unter anderen dazu, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt weniger gesund sind als Schweizerinnen und Schweizer (Bisegger & Hungerbühler, 2008).

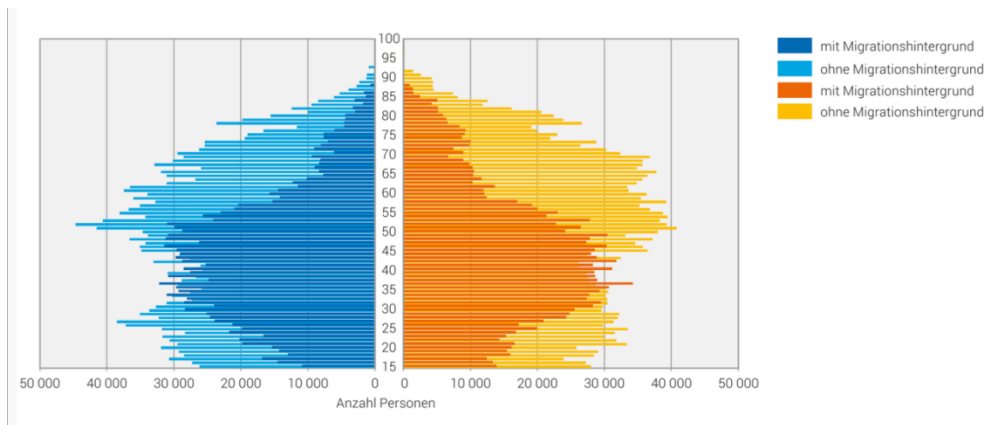
Das Durchschnittsalter der Schweizer Bevölkerung steigt stetig an (Bundesamt für Statistik, 2018).

Aufgrund dieses demographischen Wandels (siehe Abbildung 1) nimmt auch der Anteil älterer Menschen mit einer Suchterkrankung im Vergleich zu Schweizer Seniorinnen und Senioren überproportional stark zu.

Als Folge dieser demographischen Entwicklung gehen Experten davon aus, dass sich die Anzahl älterer Personen mit einer Suchtproblematik über dem 65.

Lebensjahr bis zum Jahr 2020 verdoppeln wird (Curaviva, ohne Datum).

Abbildung 1: Altersaufbau der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationsstatus (Bundesamt für Statistik, 2018)



1.2 Relevanz für Berufsfeld

Die Situation der älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz ist aus verschiedenen Gründen nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches und gesellschaftspolitisches Thema. In der bundesrätlichen Strategie für eine schweizerische Alterspolitik (Bundesrat, 2007) wird folgende Handlungsoption formuliert: „Gesundheitsförderung und Prävention im Alter richten sich an alle, sollten aber zielgruppenspezifische Anliegen aufnehmen, insbesondere diejenigen von sozial benachteiligten oder schwer erreichbaren Gruppen wie ältere Migrantinnen und Migranten oder Menschen, die in Armut leben.“ (S.13)

Zusammen mit den in der Einführung erläuterten Aspekten ist ein grosser Handlungsbedarf ersichtlich, der für uns Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention eine grosse Relevanz darstellen sollte.

1.3 Thematische Eingrenzung

Es ist nicht das Ziel dieser Bachelorarbeit, Verhaltensweisen psychologisch zu untersuchen, weshalb auf psychologische Aspekte nicht eingegangen wird. Die Arbeit hat weiter nicht den Anspruch, spezifische Schutzfaktoren für einzelne Herkunftsgruppen oder andere Segmentierungen zu identifizieren. Deshalb wird grundsätzlich von Menschen mit Migrationshintergrund gesprochen. Damit ist generell die ältere Migrationsbevölkerung der Deutschschweiz gemeint. Obwohl die Menschen mit Migrationshintergrund nicht nach Herkunftsländern eingegrenzt werden, stehen jene der ersten und zweiten Generation (aus Südeuropa) im Mittelpunkt der Ausführungen. Denn diese machen den wesentlichen Teil der Migrationsbevölkerung im Alter in der Schweiz aus. Zudem zeigte sich bei der ersten Informationssuche, dass die Kulturunterschiede massgeblich die Gesundheit im Alter beeinflussen, weshalb angenommen werden kann, dass Menschen mit italienischem Hintergrund in dieser Hinsicht vulnerabler sind als beispielsweise Menschen mit deutschem Migrationshintergrund in der Schweiz.

1.4 Herleitung der Fragestellung

Es bleiben mehr Menschen mit Migrationshintergrund nach Ende ihrer Berufstätigkeit in der Schweiz als erwartet. Dies ist insofern problematisch, da weder die Migrationsgruppen selbst, noch die Schweizer Politik damit gerechnet haben (Nationales Forum Alter und Migration, o.D.).

Die in den Kapiteln 1.1 und 1.2 erwähnten Aspekte führen zu der Hypothese, dass die Migrationsbevölkerung im Alter eine besonders hohe gesundheitliche Vulnerabilität aufweist.

Die salutogenetische Perspektive und die Fokussierung auf Schutzfaktoren sind eine zentrale Grundlage in der Gesundheitsförderung. Deshalb wird in der Fragestellung explizit nach Schutzfaktoren gefragt.

Was bedeutet es für die Gesundheit für Menschen mit Migrationshintergrund, in der Fremde älter zu werden? Und welche Schutzfaktoren können Menschen mit

Migrationshintergrund vor Suchterkrankungen im Alter schützen? Auf diese Fragen möchte die vorliegende Arbeit Antworten finden und führte zu folgender Fragestellung: Welche Schutzfaktoren senken das Suchtrisiko von Menschen mit Migrationshintergrund im Pensionsalter und wie lassen sich diese stärken?

1.5 Ziele der Arbeit

Es wurden folgende drei Ziele formuliert:

- 1) Darlegen, inwiefern die Faktoren Alter und Migration die Gesundheit und im Speziellen das Suchtverhalten der Menschen in der Schweiz beeinflussen und wie diese Faktoren zusammenhängen
- 2) Aufzeigen, wie sich die gesundheitliche Situation der Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz präsentiert und welche Einfluss- und Risikofaktoren die (hohe) gesundheitliche Vulnerabilität hat
- 3) Aufgrund der Erkenntnisse den Handlungsbedarf aufzeigen sowie Handlungsempfehlungen zu Schutzfaktoren für Menschen mit Migrationshintergrund abgeben können

1.6 Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung ins Thema wird im zweiten Kapitel der theoretische Rahmen der Arbeit erläutert. Dabei werden die zentralen Begriffe beschrieben und eingeordnet.

In Kapitel drei wird die Datenerhebung erklärt, die in Form einer systematischen und selektiven Literaturrecherche sowie durch zwei Experteninterviews erfolgte.

In Kapitel vier werden die Ergebnisse der beiden Recherchen separat vorgestellt und anschliessend in der Diskussion kritisch diskutiert.

Zuletzt wird ein Fazit gezogen und mögliche Schlussfolgerungen, unter anderem für das Berufsfeld der Gesundheitsförderung, aufgezeigt.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die zentralen Begriffe der Arbeit erläutert und eingegrenzt. Zudem werden für die Fragestellung relevante Modelle und Theorien vorgestellt.

2.1 Aktueller Forschungsstand

Im folgenden Kapitel wird der Forschungsstand für die drei Bereiche Sucht, Alter und Migration aufgezeigt sowie die Bereiche zueinander in Verbindung gesetzt.

2.1.1 Migration und Alter

Der Bericht „Und so sind wir geblieben...“ (Hungerbühler & Bisegger, 2012) zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der gerontologischen Forschung - auch Altersforschung genannt - in Europa lange Zeit kaum beachtet wurden. Auch die Lebenssituation älterer Menschen wurde erst wenig erforscht. Nach Bisegger und Hungerbühler (2008) ist Altern ein individueller Prozess und bringt als biologischer und sozialer Lebensabschnitt auch für Menschen mit Migrationshintergrund unterschiedliche Herausforderungen und Gefahren mit sich. Die Lebens- und Arbeitsbiographie mit ihren strukturellen Bedingungen und individuellen Defiziten und Ressourcen prägt die Situation und die Lebensqualität von Menschen mit Migrationshintergrund im Alter.

In der Schweiz lag das Forschungsinteresse in den 1970er- und 1980er-Jahren vor allem bei der schulischen und beruflichen Integration der Kinder der ersten Einwanderungsgeneration.

Für Forschende werden Themen erst dann interessant, wenn sie gesellschaftlich relevant werden. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund wecken erst in jüngster Zeit Interesse, da die Lebensläufe der ersten Generation aus Südeuropa sich anders entwickeln als erwartet und deshalb neue, praktische Fragestellungen, wie die Altersbetreuung von Menschen mit Migrationshintergrund, auftauchen (Hungerbühler & Bisegger, 2012). Ein wesentlicher Grund für dieses neue Interesse an der Gruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund war, dass deutlich mehr Menschen mit

Migrationshintergrund in der Schweiz blieben, wie von ihnen und der Schweiz angenommen wurde.

Bolzman, Fibbi und Vial (1999, zit. nach Bisegger & Hungerbühler, 2008) haben das Rückkehrverhalten von 55- bis 64-jährigen Menschen mit italienischem und spanischem Migrationshintergrund in Basel und Genf untersucht: Nur ein Drittel kehrt für immer in sein Herkunftsland zurück. Ein Drittel pendelt zwischen dem Herkunftsland und der Schweiz und ein Drittel bleibt auch nach der Pensionierung in der Schweiz. Die Autoren gehen davon aus, dass von jenem Drittel, welches heute noch pendelt, auch in Zukunft immer mehr Personen definitiv in der Schweiz bleiben.

2.1.2 Alter und Sucht

Jeder siebte Todesfall in der Schweiz ist auf das Rauchen zurückzuführen. 1600 Menschen sterben jedes Jahr an den Folgen des Alkoholkonsums (Bundesamt für Gesundheit, 2015).

Suchterkrankungen haben nebst gesundheitlichen Auswirkungen auch soziale Folgen, wie Arbeitslosigkeit, Fürsorgeabhängigkeit, Verschuldung oder instabile Wohnsituationen (Strategie Sucht, 2015).

Oftmals ist es eine Kombination mehrerer Faktoren, welche die Entstehung einer Sucht begünstigen. Dazu gehören psychische, biologische und soziale Faktoren (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel Stadt, o.D.). Bestandteile dieser Faktoren werden im Anhang C ausführlich beschrieben. Nachfolgend wird anhand von Beispielen die Korrelation von Alter und Sucht aufgezeigt:

- Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) deuten darauf hin, dass der Anteil an Personen, die Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen, mit dem Alter ansteigt (Suchtmonitoring Schweiz, o.D.).
- Fachleute schätzen, dass ungefähr jede dritte alkoholabhängige ältere Person dies erst nach der Pensionierung wurde (Sucht Schweiz, 2010).
- Neue Lebenssituationen durch die Pensionierung oder das Wegfallen von beruflichen und sozialen Kontakten und Rollenverluste können zu Suchterkrankungen führen. Auch negative Altersbilder, Autonomieverlust,

fehlende Lebensperspektiven und der Verlust des sozialen Netzwerkes sind Faktoren, die eine Suchtproblematik begünstigen können (Curaviva, o.D.).

2.1.3 Migration und Sucht

Der Zusammenhang von Migration und Gesundheit ist sehr komplex.

Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein überdurchschnittlich hohes Erkrankungsrisiko haben. Pfluger, Biedermann und Salis Gross (2009) schreiben in ihrem Bericht ‚Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz‘: „Es darf vermutet werden, dass (...) Personen mit Migrationshintergrund, eine besonders grosse burden of disease [Krankheitslast] tragen.“ (S. 35)

2.1.4 Alter, Migration und Gesundheit (Suchterkrankungen)

Bei ihrer Einreise in die Schweiz war die erste Einwanderungsgeneration bei guter Gesundheit. Die über Jahrzehnte hinweg geleistete körperliche Schwerarbeit führte vielfach zu einer frühen Alterung dieser Bevölkerungsgruppe (Weiss, 2003, zit. nach Bisegger & Hungerbühler, 2008).

Viele der vor längerer Zeit Eingewanderten sind mit ihren Familien in der Schweiz geblieben. Dazu ist im ‚Nationalen Programm Migration und Gesundheit‘ des Bundesamts für Gesundheit (2013) zu lesen: „Bei ihnen besteht eine Kumulierung von Risiken und Belastungen hinsichtlich ihrer Erwerbssituation, ihrer sozialen Lage und ihrer Gesundheit. Wissenschaftliche Studien belegen, dass ihre gesundheitliche Situation in verschiedenen Bereichen schlechter ist als jene der Einheimischen.“ (S. 3)

Die Schere zwischen der Schweizer- und der Migrationsbevölkerung bezüglich der eigenen Einschätzung der psychischen Gesundheit geht mit zunehmendem Alter auseinander (Bundesamt für Statistik, 2018).

2.2 Salutogenese

Der Begriff Salutogenese ist ein von Aaron Antonovsky gebildeter Neologismus und bedeutet wörtlich „Gesundheitsentstehung“. Im Gegensatz zur Pathogenese, welche nach möglichen Ursachen von Krankheit fragt, möchte die Salutogenese die Gesundheit erhalten und fördern.

Antonovsky plädiert in seinem Modell für eine Erweiterung der traditionellen Gesundheitsvorstellung. Er interpretiert Gesundheit nicht als statischen Zustand, sondern als dynamischen Prozess. Ein zentrales Element der Salutogenese stellt das Kohärenzgefühl dar, das Antonovsky als globale Orientierung eines dynamischen und beständigen Gefühls des Vertrauens beschreibt. Dieses Gefühl des Vertrauens setzt sich nach Antonovsky aus drei Komponenten zusammen (Büssers, 2009):

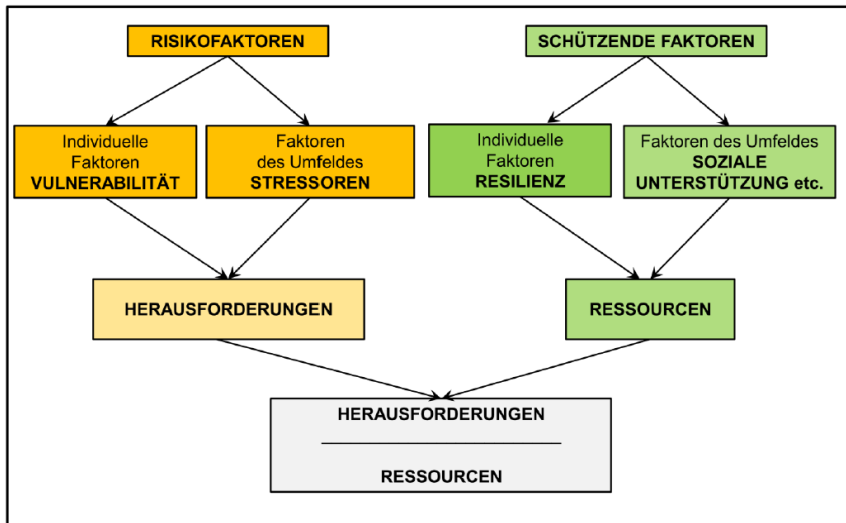
1. Verstehbarkeit
2. Gefühl von Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit
3. Handhabbarkeit

2.3 Schutzfaktoren

Unter Schutzfaktoren, auch Ressourcen, Protektivfaktoren oder Resilienzfaktoren genannt (Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, o. D.) werden in der Gesundheitsförderung und Suchtprävention Merkmale eines Individuums, seines sozialen Umfelds und der Gesellschaft verstanden, welche das Wohlbefinden und die Gesundheit eines Menschen positiv beeinflussen.

Die Schutzfaktoren lassen sich in persönliche und umweltbezogene Faktoren unterteilen (siehe Abbildung 2). Von persönlichen Faktoren spricht man, wenn es um das Individuum, seine Kompetenzen und sein Verhalten geht. Bei den umweltbezogenen Faktoren handelt sich um Faktoren, die im sozialen Umfeld wie der Familie, dem Freundeskreis, der gesellschaftlichen Struktur und der physikalischen Umwelt vorzufinden sind (Sucht Schweiz, 2013).

Abbildung 2: Modell der Risiko- und Schutzfaktoren
(Sucht Schweiz, 2013)



Gemäss der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht (o.D.) gehören zu den wichtigsten persönlichen Schutzfaktoren für die Suchtprävention das Erleben von Selbstwirksamkeit, Optimismus und positive Zukunftserwartungen, soziale Kompetenzen und Problemlösefertigkeiten, hohe kognitive und emotionale Kompetenzen und Lebenszufriedenheit.

Auf der Umwelt-Ebene sind eine gute soziale Ausgangslage, ein gesellschaftliches Normensystem, gesellschaftliche und ökonomische Partizipationsmöglichkeiten, eine positive Atmosphäre am Arbeits- oder Ausbildungsplatz, ein starkes soziales und familiäres Netz, tragfähige Bindungen und Beziehungen oder auch soziale, kulturelle und religiöse Aktivitäten entscheidende Faktoren.

2.4 Modell: Gesundheitliche Ungleichheit

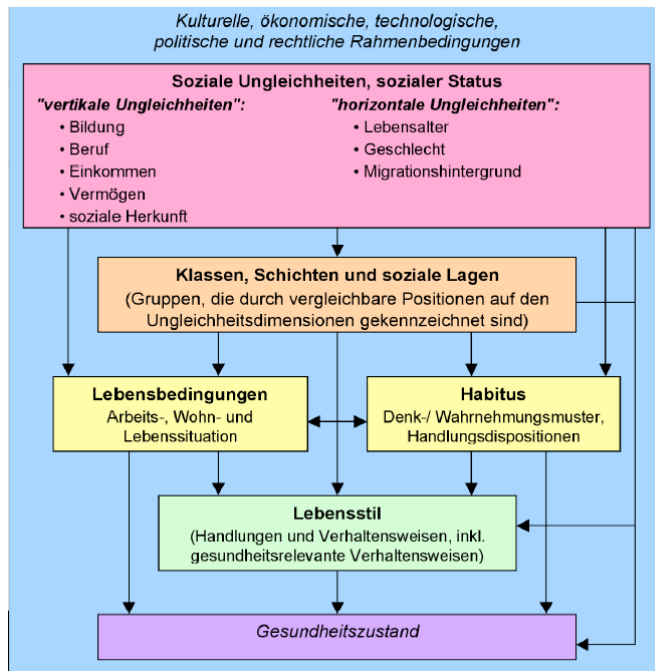
Stamm & Lamprecht (2009) definieren das Ungleichheitsmodell wie folgt:

„Das Ungleichheitsmodell zeigt Zusammenhänge von Ungleichheit, Lebensstil/ Gesundheitshandeln und Gesundheit.“ (S. 4)

Gestützt auf verschiedene Forschungsüberblicke formulieren Stamm und Lamprecht (2009) folgende Aussage zum Zusammenhang von Ungleichheit und Gesundheit:

Personen aus tieferen sozialen Lagen weisen eine kürzere Lebenserwartung auf als Personen aus höheren Lagen. Ähnliches gilt für die Morbidität.

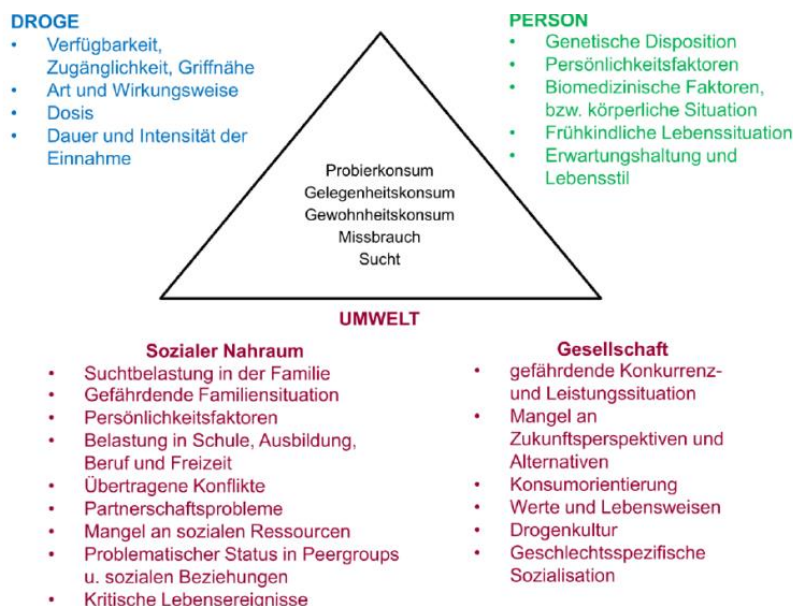
Abbildung 3: Ungleichheitsmodell nach Stamm und Lamprecht (2009)



2.5 Sucht-Trias (Biopsychosoziales Modell)

Die Sucht-Trias (siehe Abbildung 4) ist ein Erklärungsmodell für Suchtentstehung und basiert auf einem mehrdimensionalen bio-psycho-sozialen Erklärungsansatz. Gesundheitliche Probleme lassen sich nach diesem Modell physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, die miteinander interagieren. (Sucht Schweiz, 2013).

Abbildung 4: Modell der Sucht-Trias (Sting & Blum, 2003)



2.6 Definition und Eingrenzung zentraler Begriffe

Im diesem Kapitel werden zentrale Begriffe der Fragestellung definiert und eingegrenzt.

2.6.1 Menschen mit Migrationshintergrund

In dieser Arbeit wird der Ausdruck Menschen mit Migrationshintergrund verwendet. Darunter fallen - deutungsgleich zur Definition des Bundesamtes für Statistik - Personen ausländischer Staatsangehörigkeit und eingebürgerte Schweizerinnen und Schweizer – mit Ausnahme der in der Schweiz Geborenen mit Eltern, die beide in der Schweiz geboren wurden – sowie die gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer mit Eltern, die beide im Ausland geboren wurden (Bundesamt für Statistik, 2017).

2.6.2 Ältere Menschen

Wenn in der Arbeit von älteren Menschen oder älteren Menschen mit Migrationshintergrund die Rede ist, sind in der Regel alle in der Schweiz lebenden Personen miteingeschlossen, die sich vor der Pensionierung (50plus) oder im gesunden Rentenalter befinden. Es macht insofern Sinn, auch diejenigen Menschen mit Migrationshintergrund vor der Pensionierung miteinzubeziehen, da aufgrund verschiedener möglicher Szenarien der Übergang in die Rente flexibel und individuell ist, beispielsweise bei Frühpensionierungen im Rahmen gesundheitlicher Schwierigkeiten. Ausserdem wurde diese Definition teils auch in der ausgewählten Literatur verwendet.

2.6.3 Suchterkrankung

Unter einer Sucht wird ein zwanghaftes Verhalten verstanden, das auch dann weiterbesteht, wenn schwerwiegende gesundheitliche und soziale Folgen für den betroffenen Menschen und sein Umfeld eintreten.

Sucht stellt ein bio-psycho-soziales Phänomen dar. Eine Sucht hat Auswirkungen auf die Physis, die Psyche und das soziale Umfeld der Menschen. Medizinisch gesehen handelt es sich um eine Krankheit. In der Fachwelt wird in der Regel von Missbrauch oder Abhängigkeit gesprochen.

3 Methode

Im folgenden Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Datenerhebung beschrieben.

3.1 Literaturrecherche (Quantitative Analyse)

Haas, Breyer, Knaller und Weigl (2013) führen in ihrem Handbuch ‚Aufbereitung von Evidenz und Gesundheitsförderung‘ aus, dass es in der Gesundheitsförderung meist wenig zielführend ist, ausschliesslich eine datenbankbasierte Suchrecherche durchzuführen. Es soll versucht werden, möglichst unterschiedliche Informationsquellen für die Recherche heranzuziehen. Dies soll dazu beitragen, der Komplexität des Themas gerecht zu werden und einen möglichst umfassenden Einblick in die untersuchende Thematik zu geben. Deshalb wurde, ergänzend zur systematischen Literaturanalyse, eine selektive Informationssuche durchgeführt, bei der Informationen aus unpublizierter Literatur (grauer Literatur) gewonnen wurde.

3.1.1 Systematische Literaturrecherche

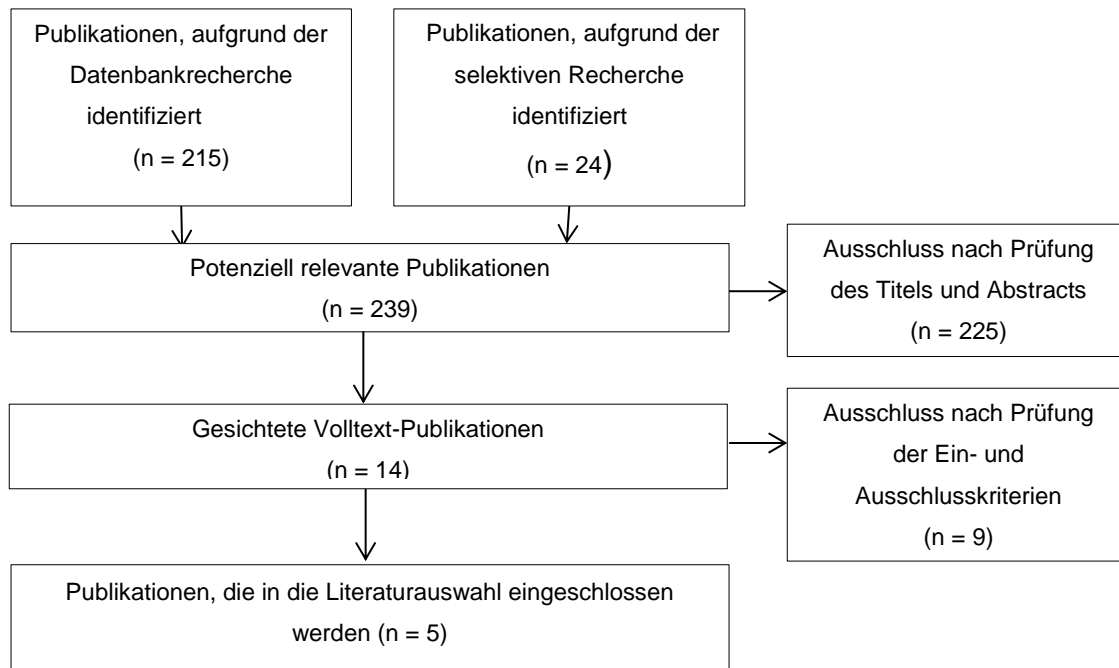
Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Medline und Cinahl durchgeführt. Dazu wurden in einem Rechercheprotokoll die Hauptaspekte des Themas herausgefiltert, Synonyme formuliert und diese ins Englische übersetzt. Diese Keywords wurden mit booleschen Operatoren zu „Suchketten“ verknüpft (siehe Anhang A1).

Um die relevante Literatur herauszufiltern, wurde als erstes geprüft, welche Literatur für die Forschungsfrage relevant ist. Dazu wurde bei den gefundenen Quellen sowohl Titel als auch Abstract geprüft und eindeutig nicht relevante Literatur ausgeschieden. Für die nach der ersten Prüfung für relevant empfundene Literatur wurde der Volltext beschafft.

In einem zweiten Schritt wurden die Volltexte anhand von vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Anhang A2) einer Prüfung unterzogen.

Nach dieser Prüfung konnte eine Studie in die systematische Literaturrecherche eingeschlossen werden (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Dokumentation der Literatursuche (eigene Darstellung)



3.1.2 Selektive Informationssuche

Ergänzend zur systematischen Literaturrecherche wurde zusätzlich eine selektive Informationssuche durchgeführt. Bei der selektiven Recherche wurden die zwei Suchstrategien der Schneeballsuche und der Suche auf Webseiten von Organisationen miteinander kombiniert. Die selektive Suche ist im Anhang A5 dokumentiert.

Die Beurteilung erfolgte gleichermassen wie bei der systematischen Literaturrecherche (siehe Anhang A3). In die weitere Beurteilung wurden vier Publikationen eingeschlossen.

3.1.3 Bewertung und Datenextraktion

Zur Beantwortung der Fragestellung (vgl. Kapitel 1.4) wurden aus der systematischen und selektiven Literaturrecherche fünf Literaturquellen herangezogen. Diese wurden nach qualitativen Aspekten kritisch bewertet (siehe A3). Die Bewertungskriterien wurden angelehnt an Du Prel, Röhrig und Blettner (2009) erarbeitet. Parallel zur Bewertung wurde die ausgewählte Literatur in Übersichtstabellen extrahiert (siehe Anhang A4).

3.2 Experteninterviews (Qualitative Analyse)

Ergänzend zur quantitativen Recherche wurden im Prozess der Datenerhebung zwei Experteninterviews durchgeführt. Diese dienten primär dazu, offene Fragen aus der systematischen Literaturrecherche zu beantworten und weitere Erkenntnisse bezüglich der in der Einleitung in Kapitel 1.4 erwähnten Fragestellung zu gewinnen.

3.2.1 Systematisches Experteninterview

Experteninterviews können unterschiedliche Ziele verfolgen. Aus diesem Grund werden Experteninterviews nach drei Typen kategorisiert: das explorative, systematisierende und theoriegenerierende Experteninterview (Bogner, Littig und Menz, 2002). Das systematisierende Experteninterview wird bevorzugt angewendet zur weitgehenden und umfassenden Erhebung von Sachwissen, über welches der Experte verfügt (Bogner et al., 2014). Die Bewertung der qualitativen Analyse erfolgte in Anlehnung an Moser (2008) und ist im Anhang B4 ersichtlich.

3.2.2 Expertenschaft

Bei der Auswahl der Expertinnen und Experten waren in erster Linie der Bildungsweg, der berufliche Hintergrund und das damit verbundene Fachwissen ausschlaggebend. Bei der Suche nach geeigneten Expertinnen und Experten konnte auf die (graue) Literatur und ihre Autorenschaft zurückgegriffen werden. Zusätzlich wurde bei relevanten Institutionen und Verbänden nach möglichen Interviewpartnern gesucht. Es wurden vier mögliche Experten und Expertinnen gefunden und angefragt. Die beiden Experteninterviews wurden entsprechend der Zusagen mit Frau Vogt und Frau Hungerbühler durchgeführt. Frau Vogt ist ausgebildete Psychologin und war unter anderem bei der Caritas Bern (Migration und Alter) tätig. Frau Hungerbühler arbeitet beim Schweizerischen Roten Kreuz im Departement Gesundheit und Integration.

3.2.3 Interviewleitfaden

Zur Durchführung der Interviews wurde ein Leitfadenbogen erstellt.

Durch Leitfaden strukturierte Interviews sind nach Krüger, Parchmann und Schecker (2014) geeignet, wenn alltägliches und wissenschaftliches Wissen zu rekonstruieren ist und dafür eine grosse Offenheit gewährleistet sein soll, gleichzeitig aber auch die vom Interviewer eingebrachten Themen den Erhebungsprozess strukturieren sollen. Der Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an das Praxisbuch von Dresing und Pehl (2015) erarbeitet. Die Fragen wurden einerseits auf Basis der Fragestellung: „Welche Schutzfaktoren senken das Suchtrisiko von Menschen mit Migrationshintergrund im Pensionsalter und wie lassen sich diese stärken?“ sowie den in Kapitel 1.5 formulierten Zielen entwickelt. Andererseits waren die unter Kapitel 2.2 und 2.3 erläuterten Theorien (Salutogenese und Schutzfaktoren-Modell) sowie allgemeine Prinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention (Verhalten / Verhältnisse / Biopsychosoziale Faktoren etc.) für die Fragestellungen des Leitfadens ausschlaggebend.

3.2.4 Durchführung

Der Leitfaden wurde den Expertinnen auf deren Wunsch bereits vor Durchführung der Interviews zugesandt. Das erste Interview fand am 12. Februar 2019 in Bern statt. Das zweite Interview wurde am Telefon durchgeführt und fand am 18. Februar statt. Zu Beginn beider Interviews wurde auf die Gewährleistung des Datenschutzes verwiesen (weiterführende Infos im Anhang B5 & B6). Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Das erste Interview mit Frau Vogt dauerte eine Stunde und 36 Minuten, das Interview mit Frau Hungerbühler 52 Minuten. Die Interviews wurden, angelehnt an die Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2016), wörtlich transkribiert.

3.2.5 Datenauswertung

Für die Auswertung der Transskripte wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2010) angewendet. Die qualitative Inhaltsanalyse kann auch als kategoriengeleitete Textanalyse bezeichnet werden

und hat zum Ziel, Kommunikation systematisch sowie regel- und theoriegeleitet zu analysieren. Für die Kategorienbildung der Analyse wurde die deduktive Kategorienbildung verwendet, welche zum Ziel hat, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern. Dazu wurde aus den Fragestellungen des Leitfadens und gestützt auf den in Kapitel 1.5 aufgeführten Zielen vorab ein Kategoriensystem entwickelt (Mayring, 2010).

Im Folgenden wird die Vorgehensweise der Datenauswertung zusammengefasst beschrieben (nach Mayring, 2010):

- 1) Zuerst wurde anhand des Leitfadens ein Kategoriensystem abgeleitet und Unterkategorien gebildet.
- 2) In einem zweiten Schritt wurde ein Kodierleitfaden nach Mayring (2010) erstellt, der die Definition der Kategorien sowie sogenannte Ankerbeispiele und Kodierregeln beinhaltet (siehe Anhang B3).

Tabelle 1: Kategoriensystem nach Mayring (2010)

H. K ¹	1 Gründe für gesundheitliche Vulnerabilität	2 Forschung / Literatur / Praxis	3 Schutzfaktoren
S. K	<i>1.1 Bedingungen im Herkunftsland</i>	<i>2.1 Fokussierung Pathogenese</i>	<i>3.1 Bedeutung von Schutzfaktoren</i>
	<i>1.2 Migration als kritisches Lebensereignis</i>	<i>2.2 Fokussierung auf Junge</i>	<i>3.1 Ebene Politik</i>
	<i>1.3 Bedingungen im Aufnahmeland</i>	<i>2.3 Prinzipien der GF & Prävention</i>	<i>3.3 Ebene Gesellschaft</i>
	<i>1.4 Individuelle Faktoren</i>	<i>2.4 Verhalten / Verhältnisse</i>	<i>3.4 Ebene Familie / Soziale Ebene</i>
	<i>1.5 Pensionierung</i>	<i>2.5 Gendermainstreaming</i>	<i>3.5 Pensionierung</i>
		<i>2.6 Parallelgesellschaften vs. Integration</i>	<i>3.6 Persönliche Ebene</i>

¹ H.K = Hauptkategorie, S.K = Subkategorie

- 3) Anschliessend wurden in einem ersten Materialdurchlauf passende Textstellen im Material mit den jeweiligen Kategoriennummern bezeichnet. Dabei wurde ersichtlich, dass Teile des Kategoriensystems angepasst werden müssen, weshalb einige Kategorien abgeändert und/oder verschoben wurden (siehe Tabelle 1).
- 4) In einem zweiten Materialdurchlauf wurden die Textstellen den Kategorien definitiv zugeordnet.
- 5) Die zugeordneten Textpassagen wurden zusammengefasst und auf die inhaltstragenden Aussagen reduziert.
- 6) Zuletzt wurden die zusammengefassten Textpassagen generalisiert und paraphrasiert und in einem zweiten Schritt auf das Wesentliche reduziert (siehe Anhang B2).

4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus der Literaturrecherche und den beiden Experteninterviews zusammenfassend beschrieben.

4.1 Systematische und selektive Literaturrecherche

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der systematischen und selektiven Literaturrecherche präsentiert.

4.1.1 Die Situation der älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Bisegger und Hungerbühler (2008) halten in ihrem Bericht ‚Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz‘ fest, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich ärmer oder weniger gesund sind als die vergleichbare schweizerische Altersgruppe.

Nachfolgend werden relevante Ergebnisse aus der Literaturrecherche bezüglich der Situation der (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz zusammengefasst. Dabei wird spezifisch auf die soziale, materielle, berufliche und gesundheitliche Situation eingegangen.

4.1.1.1 Berufliche Situation

Die Forschungsergebnisse des Bundesamts für Statistik (2005, zit. nach Bisegger & Hungerbühler, 2008) zeigen, dass die nicht privilegierten Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz schlechter ausgebildet sind und somit schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben. Sie sind zudem übervertreten in Branchen mit hoher Arbeits- und Gesundheitsbelastung, krisenanfälligen Strukturen, tiefem Einkommen, erhöhter Unfallgefahr, grösserem Risiko der Arbeitslosigkeit oder einer höheren Wahrscheinlichkeit eines gesundheitlich bedingten vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben.

4.1.1.2 Soziale Situation

Hinweise zur sozialen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund liefert die SILC-Studie des Bundesamtes für Statistik von 2011 (zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012). Gemäss dieser Studie sind rund 88% der über 65-jährigen Schweizerinnen und Schweizer, gegenüber 80% der gleichaltrigen Migrationsbevölkerung, sehr zufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen.

Die schweizerische Gesundheitsbefragung von 2007 (zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell weniger soziale Unterstützung haben. Dabei zeigt sich, dass die italienischen Staatsangehörigen im Alter von über 65 Jahren im Vergleich zu anderen Gruppen – zumindest ausserhalb der Familie – am wenigsten sozial eingebunden sind.

4.1.1.3 Materielle Situation

In diesem Kapitel wird auf die materielle Situation der älteren Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen.

4.1.1.3.1 Einkommen und Vermögen

Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2012, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) hat die ausländische Bevölkerung über 65 Jahren im Mittel (Median) 34 000 Franken pro Jahr zur Verfügung, was bedeutend weniger ist als die Schweizer Bevölkerung in diesem Alter mit etwa 41 500 Franken pro Jahr.

4.1.1.3.2 Altersrenten

Gemäss dem Bundesamt für Sozialversicherungen (2012, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) macht ein wichtiger Anteil des Einkommens ab der Pensionierung die Altersrente aus. Im Durchschnitt erhielten Schweizerinnen und Schweizer im Jahr 2010 1800 Franken AHV-Rente im Monat. In der Schweiz lebende Ausländerinnen und Ausländer aber nur 1430 Franken. Als Gründe führen Hungerbühler und Bisegger (2012) die unterschiedlichen Löhne während der Erwerbstätigkeit und die Teilrenten aufgrund fehlender Beitragsjahre auf.

4.1.1.3.3 Armutsgefährdung

Rund 22% der älteren Schweizerinnen und Schweizer und rund 34% der älteren Menschen mit Migrationshintergrund gelten als armutsgefährdet (Bundesamt für Statistik, 2012, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012).

Bisegger und Hungerbühler (2008) schreiben zur Armutsgefährdung, dass Menschen mit Migrationshintergrund auch unter den sogenannten Working Poor deutlich übervertreten sind, wobei zwischen den Personengruppen ein grosses Gefälle besteht.

4.1.1.4 Gesundheitliche Situation

Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2002, zit. nach Bisegger & Hungerbühler, 2008) fühlen sich Menschen mit Migrationshintergrund weniger gesund als Schweizerinnen und Schweizer. Das von 2004 bis 2005 durchgeführte ‚Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM)‘ zeigt dies noch differenzierter. Die Schere zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung geht mit zunehmendem Alter auseinander (Bundesamt für Gesundheit, 2007, zit. nach Bisegger & Hungerbühler, 2008): „Während sich lediglich 5 Prozent der [Schweizerinnen und Schweizer] im Alter zwischen 51 und 62 Jahren gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlen, liegt derselbe Anteil bei Personen aus Italien bei 14 Prozent und bei solchen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal und der Türkei zwischen 30 und 40 Prozent. In der Altersgruppe zwischen 63 und 74 Jahren bezeichnen nur 4 Prozent der [Schweizerinnen und Schweizer] ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht, während dieser Anteil in der ausländischen Bevölkerung im Schnitt bei etwa 25 Prozent liegt.“ (S. 17)

Im Hinblick auf die tabakbezogene Mortalität zeigen die Zahlen des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2004 (BFS, 2006, zit. nach Bisegger & Hungerbühler, 2008), dass die Mortalität aufgrund von Lungenkrebs bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung erhöht ist.

Das Bundesamt für Gesundheit (2008, zit. nach Pfluger et al., 2009) kommt zum Schluss, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine erhöhte Mortalität aufgrund bestimmter Todesursachen aufweisen. Menschen südeuropäischer Herkunft sterben beispielsweise häufiger an Magenkrebs.

Rommel, Weilandt und Eckert (2006, zit. nach Pfluger et al., 2009) führen aus, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich der psychischen Gesundheit weniger gesund als Schweizerinnen und Schweizer fühlen und öfter an psychischen Störungen leiden.

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Einheimischen und Menschen mit Migrationshintergrund sind in den höheren Altersgruppen deutlicher. Sehr häufig treten bei Menschen mit Migrationshintergrund, die über Jahre hinweg schwere körperliche Arbeit verrichtet haben, nach der Pensionierung chronische (Rücken-) Schmerzen auf. Diese gehen häufig auch mit Depressionen und emotionalen Krisen einher (Kaspar & Arn, 2008, zit. nach Pfluger et al., 2009).

4.1.1.5 Alkoholkonsum

Im Durchschnitt trinken Menschen mit Migrationshintergrund weniger Alkohol als die Schweizer Bevölkerung. Frauen verzichten häufiger vollständig auf den Konsum von Alkohol (Pfluger et al., 2009).

Pfluger et al. (2009) schreiben, dass die Datenlage zum Alkoholkonsum bei Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz widersprüchlich sind. Da die meisten Untersuchungen zum Alkoholkonsum sich auf subjektive Einschätzungen der Befragten stützen, können die Angaben zum Konsum durch Tabus verfälscht sein und sollten deshalb zurückhaltend interpretiert werden.

4.1.1.6 Tabakkonsum

Arnold und Oggier (2012) schreiben zum Tabakkonsum bei Menschen mit Migrationshintergrund, dass, mit Ausnahme der Serbinnen und Serben, Frauen einen geringeren täglichen Tabakkonsum aufweisen als Männer. Nach Pfluger et al. (2009) sind die Unterschiede des Tabakkonsums innerhalb der Migrationsbevölkerung sehr ausgeprägt und das Konsumverhalten noch unzureichend erforscht.

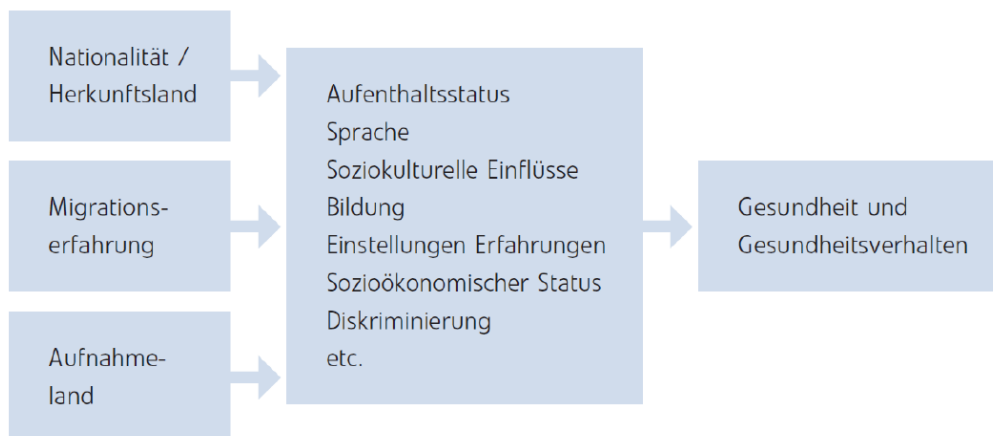
4.1.2 Einfluss- und Risikofaktoren für die Gesundheit der (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund

Damit man der Heterogenität der einzelnen Migrationsgruppen gerecht wird, müssen gemäss Pfluger et al. (2009) weitere Faktoren, wie Alter, Bildung, Einkommen und Aufenthaltsdauer im Aufnahmeland dazu gezogen werden.

Bisegger und Hungerbühler (2008) schreiben dazu: „In einem komplexen Zusammenspiel wirken Aspekte wie die Herkunft aus einem ländlichen oder städtischen Umfeld, das Geschlecht, der Zivilstand, die Schichtzugehörigkeit mit sozialen Ungleichheiten oder das Bildungskapital ein Leben lang. Benachteiligungen und Defizite können sich bei älteren Menschen sogar noch verfestigen.“ (S. 14)

Die Abbildung 6 ‚Indirekte Wirkung der Migration auf die Gesundheit (Pfluger et al., 2009, nach Salis Gross et al., 1997) zeigt eine Auswahl an Faktoren, die jeweils im Herkunftsland, bei der Migration an sich und im Aufnahmeland Einfluss auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund haben können.

Abbildung 6: Indirekte Wirkung der Migration auf die Gesundheit (Salis Gross et al., 1997)



Nachfolgend werden Ergebnisse von Einfluss- und Risikofaktoren, die eine Suchterkrankung begünstigen können, aufgeführt.

4.1.2.1 Migration und Alkohol

Nach Pfluger et al. (2009) sehen befragte Menschen mit Migrationshintergrund, die direkt oder indirekt mit Abhängigkeit konfrontiert sind, übermässigen Alkoholkonsum in Zusammenhang mit der Migration in die Schweiz. Soziale Isolation, Depression, Probleme und Gewalt in der Ehe werden dabei als Folgen der Migration und Ursachen der Abhängigkeit dargestellt (Stuker et al., 2008, zit. nach Pfluger et al., 2009).

4.1.2.2 Sozioökonomischer Status (Bildung, Beruf, Einkommen)

Der sozioökonomische Status (SES) wird am besten anhand der Bildung, des Berufs und des Einkommens gemessen (Hoffmeyer-Zlotnik & Geis, 2003, zit. nach Pfluger et al., 2009). Studien zeigen (MacKay et al., 2003, zit. nach Pfluger et al., 2009), dass die sozioökonomische Situation bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung zumindest teilweise für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Personen mit Migrationshintergrund und Einheimischen verantwortlich ist. Personen mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich oft sozial benachteiligt und leben in prekären Erwerbssituationen und tragen aufgrund dieser sozialen Lage auch grössere Krankheitsrisiken (Schenk, 2007, zit. nach Pfluger et al., 2009).

4.1.2.2.1 Sozioökonomischer Status und Tabak

Wie Gabadinho, Wanner und Dahinden (2006, zit. nach Pfluger et al., 2009) schreiben, kann keine statistische Korrelation zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Tabakkonsum der Migrationsbevölkerung aufgezeigt werden.

4.1.2.2.2 Sozioökonomischer Status und Alkohol

Nach Gabadinho et al. (2006, zit. nach Pfluger et al., 2009) hat der sozioökonomische Status einen geringen Einfluss auf den täglichen Alkoholkonsum.

4.1.2.3 Arbeit und Freizeit

Menschen mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich oft in körperlich harten, ungelerten Tätigkeiten aktiv. Dies äussert sich früher oder später in Form von Rückenschmerzen, Problemen mit den Knien, dem Verdauungssystem oder dem Einschlafen (Arnold und Oggier, 2012).

Dazu Arnold und Oggier (2012): „Das häufige Fehlen von Hobbies bei Migrantinnen und Migranten bedeutet, dass ihnen dadurch auch etwas fehlt, dem sie sich nach der Pensionierung widmen könnten und dass ihnen auch die Kontakte entgehen, die sich über ein Hobby ergeben können.“ (S. 176)

4.1.2.4 Isolation

Das soziale Umfeld ist in der Schweiz typischerweise anders gestaltet als im Herkunftsland. Entsprechende Treffpunkte wie ein Kaffeehaus oder eine Piazza im Mittelmeerraum fehlen. Zudem brechen viele Kontakte zu ehemaligen Arbeitskollegen nach der Pensionierung ab. Kontakte ausserhalb der Familie bestehen zwar oft zahlreich und vielfältig, sind jedoch oft eher oberflächlich. Diese Gründe führen dazu, dass im Alter zahlreiche Menschen mit Migrationshintergrund über ein wenig tragfähiges soziales Netzwerk verfügen. Besonders vulnerabel sind diesbezüglich alleinstehende Personen (Arnold und Oggier, 2012).

4.1.2.5 Sprache

Viele Menschen mit Migrationshintergrund sprechen auch nach 30 Jahren in der Schweiz nur unzureichend Deutsch. In Betrieben, in denen ein grosser Teil der Angestellten einen Migrationshintergrund hat, wird untereinander hauptsächlich italienisch gesprochen. Zudem werden meistens muttersprachliche Medien (Zeitungen, TV) genutzt. Wenn die Anzahl Kontakte schwindet, beispielsweise aufgrund von Todesfällen, oder Landsleute, die ins Herkunftsland zurückreisen, kann das zur Isolation beitragen (Arnold und Oggier, 2012).

4.1.2.6 Finanzielle Probleme

Arnold und Oggier (2012) verweisen auf die finanziellen Probleme vieler älterer Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Kapitel 4.1.1.3). Die Autoren erläutern, dass die Situation der heute 40- bis 60-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund diese veranlassen, die eigenen Eltern aus dem Herkunftsland in die Schweiz zu holen.

Bei grosser Pflegebedürftigkeit der Eltern können deren Söhne oder Töchter vor grossen finanziellen Problemen stehen. Dass die Eltern keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung haben, verschärft die Situation zusätzlich. Arnold und Oggier (2012) fassen wie folgt zusammen: „Aus den Schilderungen der Befragten wird (...) deutlich, dass den Migrantinnen und Migranten vielfach das Wissen fehlt, um im Zusammenhang mit den Sozialleistungen finanzielle Konsequenzen ihrer Handlungen vorzusehen und bessere Lösungen zu suchen.“ (S. 178)

4.1.2.7 Individuelle Faktoren

Gemäss Hungerbühler und Bisegger (2012) bedeutet die langjährige Trennung von der Familie bei Saisoniers eine psychische Belastung für die Migrationsbevölkerung und stellt deshalb ein Risikofaktor für die Gesundheit dar.

Auch haben viele Menschen mit Migrationshintergrund Erfahrungen der Ausgrenzung gemacht, was sich ebenfalls negativ auf ihre Gesundheit auswirkt.

4.1.2.8 Migration

Nach Arnold und Oggier (2012) stellt die Migration ein einschneidendes, zentrales Erlebnis für Menschen mit Migrationshintergrund dar. Heimatlosigkeit droht durch Entwurzelung im Herkunftsland mit zunehmender Dauer und das Fehlen von Netzwerken in der Schweiz. Zudem dürfen Kompetenzen durch fehlende äquivalente Bescheinigungen im Aufnahmeland oftmals nicht mehr genutzt werden. Für die Autoren stellt die Migration per se einen Risikofaktor dar und kann zu Depressionen, einem risikoreichen Konsum von Suchtmitteln oder der Entwicklung einer Abhängigkeit führen.

4.1.2.9 Pensionierung

Oftmals ziehen Menschen mit Migrationshintergrund über das Migrationsprojekt im Alter Bilanz (Hungerbühler, 2007, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012).

Diese Bilanzierung (Hungerbühler, 2010, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) kann sehr ambivalent ausfallen. Unter anderem stellt sich ihnen spätestens nach der Pensionierung die Frage, wo sie ihr Leben im Alter verbringen wollen. Der Entscheid darüber hängt von materiellen und gesundheitlichen Ressourcen ab und stellt für

viele eine emotionale Herausforderung dar. Dies kann zu Paarkonflikten führen. Die Frauen wollen im Gegensatz zu den Männern häufiger bei Kindern und Enkeln in der Schweiz bleiben.

4.1.2.10 Fazit des Forschungsstandes

Nach Arnold und Oggier (2012) sind altersspezifische Ursachen von Suchtverhalten bei Menschen mit Migrationshintergrund erst ansatzweise erforscht. Die aufgeführten Einflüsse können im weiten Sinne zu einer Suchtentwicklung im Alter bei Menschen mit Migrationshintergrund beitragen.

Pfluger et al. (2009) schreiben, dass die migrationsspezifischen Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben, erst lückenhaft untersucht wurden und es der heutige Forschungsstand nicht zulässt, einen vollständigen Überblick über alle Faktoren und ihre Bedeutung zu haben. Nach Kaya und Efionayi-Mäder (2007, zit. nach Pfluger et al., 2009) stehen die migrationsspezifischen Faktoren in Wechselwirkung zueinander und können sich gegenseitig verstärken.

4.1.3 Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen bei (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse bezüglich möglicher Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund aus der Literaturrecherche vorgestellt.

4.1.3.1 Methoden zur Stärkung der Schutzfaktoren der älteren Menschen mit Migrationshintergrund

In den untersuchten Berichten von Hugerbühler und Bisegger (2012), Bisegger und Hungerbühler (2008) sowie von Pfluger et al. (2009) finden sich unter Fazit /Ausblick oder Handlungsempfehlungen folgende Inhalte:

Pfluger et al. (2009):

- Sektorenübergreifende Förderung
- Verankerung und Finanzierung
- Organisationsentwicklung, Vernetzung der Akteure
- Partizipation und Dialog
- Empowerment und Health Literacy
- Zielgruppenanalyse
- Verhältnis- und Verhaltensprävention
- Setting-Ansatz, Aufsuchender Ansatz – Zugang zu Angeboten erleichtern
- Kommunikationsmethoden anpassen
- Dokumentation, Evaluation und Wissenstransfer, Forschung

Bisegger und Hungerbühler (2008)

- Menschen mit Migrationshintergrund brauchen Unterstützung
- Engagierte Pionierinnen und Pioniere sind aktiv, aber es besteht noch kein Mainstreaming der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund

- Die Leistungen der älteren Menschen mit Migrationshintergrund müssen anerkannt und honoriert werden
- Im Bereich Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund besteht sowohl Forschungs- wie Handlungsbedarf
- Die Situation älterer Menschen mit Migrationshintergrund gehört auf die politische Agenda
- Vernetzungsforen erlauben die Entwicklung gemeinsamer Projekte
- Vernetzung ist auch überregional und in ländlichen Gebieten nötig und möglich
- Bestehende Dienstleistungen müssen transkulturell geöffnet werden
- Bestehende Checklisten zur Gesundheitsförderung mit Menschen mit Migrationshintergrund ergänzen die vorgelegten Empfehlungen
- Gesundheitsförderung mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund muss auf mehreren Ebenen ansetzen
- Vernetzung ist gefragt und weitere Akteure und Projekte werden begrüsst

Die Studie von Bermejo et al. (2015) konnte anhand einer cluster-kontrollierten Studie nachweisen, dass die Berücksichtigung der Diversität bezüglich kultureller, migrationsbezogener, soziodemografischer und sprachlicher Faktoren die Effektivität von Präventionsmassnahmen erhöht.

4.1.3.2 Migration als biographische Ressource

Nach Hungerbühler und Bisegger (2012) teilen alle Migrationsgruppen die Erfahrung, als jeweils erste Generationen zum Zeitpunkt ihrer Einreise als «Fremde» wahrgenommen und behandelt zu werden. Viele der heute älteren Menschen mit Migrationshintergrund gehören zu einer solchen ersten Einwanderergeneration und wurden durch die Migration geprägt. Sie waren Pionierinnen und Pioniere ihrer Herkunftsgruppe und mussten, ohne auf bewährte Netzwerke oder Strukturen zurückgreifen zu können, immer wieder Krisen und schwierige Situationen meistern. Das führte zu einer Entwicklung individueller, aber auch kollektiver Ressourcen und Kompetenzen, die auch im Alter noch wirksam sind.

4.1.3.3 Vereine

Für Hungerbühler und Bisegger (2012) ist die Frage, ob die Selbstorganisation bei Menschen mit Migrationshintergrund eine integrative Wirkung hat oder zu ihrem Ausschluss führt, sehr interessant und wichtig.

Elwert (1982, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) postuliert die These der Binnenintegration. Diese versteht den Prozess der Selbstorganisation von Menschen mit Migrationshintergrund als wichtige Grundlage für die Integration.

Matthey und Steiner (2009, S. 14, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) schreiben: „Migrantenorganisationen kommt (...) eine unverzichtbare Vermittlerrolle zwischen ihren Mitgliedern und der sie umgebenden Gesellschaft zu. Zum einen versorgen sie ihre Landsleute mit nützlichem Wissen und Informationen. (...) Zum andern bieten sie ihnen eine soziale und emotionale Heimat (...).“ (S. 61)

Diese beiden Ressourcen sind gemäss Hungerbühler und Bisegger (2012) wichtige Ressourcen für einen zunächst fremden gesellschaftlichen Kontext.

Die ersten Generationen (Hungerbühler & Bisegger, 2012) organisierten sich oftmals in Vereinen mit gleicher Herkunftsregion. Diese dienen der Pflege des regionalkulturellen Erbes mit seinen Feiertagen, Festen und Bräuchen. Zu diesen Vereinen gehörte auch, dass die regionale Sprache und Küche gepflegt wurden. Das zeigte sich darin, dass aus vielen Vereinslokalen später öffentliche Restaurants wurden.

4.1.3.4 Religion und Kirche

Bei vielen älteren Menschen mit Migrationshintergrund wächst im Alter das Bedürfnis nach Spiritualität und Religiosität. Die Orientierung an religiösen und spirituellen Wertsystemen kann Menschen mit Migrationshintergrund im Alter Halt und Struktur geben. So wurden in den 1950er-Jahren in der Schweiz zahlreiche Fremdsprachenmissionen der römisch-katholischen Kirche für Menschen mit Migrationshintergrund aus Italien, Spanien und der damaligen Tschechoslowakei auf- und ausgebaut. Für die ersten Generationen römisch-katholischer Migrantinnen und Migranten wurden diese Missionen zu wichtigen Instanzen der religiösen und sozialen Zugehörigkeit. Sie gaben ihnen Beständigkeit und unveränderte Werte und repräsentierten damit auch ein Stück Heimat.

Auch die Seelsorge kann ein wichtiger Schutzfaktor darstellen. Hungerbühler und Abati (2011, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) schreiben dazu:

„Die muttersprachliche Seelsorge wird unabhängig von der sprachlichen Integration insbesondere in existenziellen Situationen im Alter wichtig. (...) Auch das Feiern von Messen wird in der Muttersprache bevorzugt.“ (S. 64)

4.1.3.5 Die Familie

Bolzmann, Fibbi und Vial (2001, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) stellen fest, dass der Familie im Migrationskontext bezüglich sozialer Unterstützung eine grosse Bedeutung zukommt.

Gemäss Minnemann und Lehr (1995, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) sind soziale Beziehungen gerade auch im Alter von entscheidender Bedeutung für die Lebensqualität. Opaschowski (2004 zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012) misst familiären Beziehungen im Alter einen hohen Stellenwert bei. Für ihn stellt die Familienbeziehung die nachhaltigste Alterssicherung dar. Eine Befragung bei professionellen Bezugspersonen mit eigenem Migrationshintergrund bestätigt, dass dies ebenso für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zutrifft (Hungerbühler, 2010, zit. nach Hungerbühler & Bisegger, 2012).

4.1.3.6 Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen sind für das Wohlbefinden der älteren Zugewanderten massgeblich. Die soziale Vernetzung kann gesundheitsfördernd wirken und somit Einsamkeit und soziale Isolation vorbeugen. Unterstützend bei der Lebensgestaltung der älteren Menschen mit Migrationshintergrund wirken besonders die Familie mit Kindern und Grosskindern, die Kirche bzw. Gemeinschaft der Ausländermissionen, heimatliche Migrantenvereine nach regionaler Herkunft sowie die Migrationssekretariate der grossen Gewerkschaften (Hungerbühler & Bisegger, 2012).

4.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der beiden Experteninterviews aufgeführt.

4.2.1 Gründe für gesundheitliche Vulnerabilität

In diesem Kapitel wird auf die Gründe für die gesundheitliche Vulnerabilität der Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen.

4.2.1.1 Bedingungen im Herkunftsland

Beide Interviewpartnerinnen sind der Meinung, dass die Bedingungen im Herkunftsland entscheidend für die spätere Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund sind.

4.2.1.2 Migration als kritisches Lebensereignis

Laut Frau Vogt beeinflusst das Herkunftsmotiv, also ob jemand beispielsweise aus beruflichen Gründen oder wegen der Liebe immigriert ist, die Gesundheit im Ankunftsland. Auch negative Erfahrungen während der Migration können zu einer schlechteren Gesundheit beitragen.

4.2.1.3 Bedingungen im Aufnahmeland

Entscheidend zur Gesundheit tragen die Bedingungen im Aufnahmeland bei.

Beide Interviewpartnerinnen erwähnen, dass die zumindest anfangs schlechte Gesinnung der Schweizer Bevölkerung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund diese gesundheitlich negativ beeinflusste.

Auch politische Hintergründe haben die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund geprägt. Frau Vogt erzählt im Interview, dass die Schweiz primär Saisoniers, also Arbeitskräfte mit temporärem Aufenthalt in der Schweiz, wollte. Das führte dazu, dass von Seiten der Schweizer Politik keine Integrationsbemühungen stattfanden.

Als weiteren wichtigen Faktoren sehen beide die berufliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund. Diese arbeiteten überdurchschnittlich oft in Tieflohnsektoren wie der Gastronomie oder dem Bau. Zudem waren es meist harte,

körperlich anstrengende und gesundheitsschädigende Arbeiten mit hohem Unfallrisiko. Viele Menschen mit Migrationshintergrund hatten Mehrfachjobs und verrichteten Schicht- und oder Nachtarbeit.

4.2.1.4 Individuelle Faktoren

Frau Vogt erläutert, dass auch die Menschen mit Migrationshintergrund selbst, die vorwiegend aus Südeuropa stammten, die Migration anfangs nur als temporäres Projekt betrachteten und eine Rückkehr ins Heimatland geplant hatten. Das führte dazu, dass ein grosser Anteil des verdienten Geldes gespart oder zur Familie in der Heimat gesendet wurde und nur wenig in Wohnung, Ernährung, Bildung und Gesundheit investiert wurde.

4.2.1.5 Pensionierung

Bei vielen Menschen mit Migrationshintergrund, so sagt Frau Hungerbühler, entwickelte sich das temporäre in ein längerfristiges Projekt. Somit waren sie länger von der Familie getrennt, was sich bei vielen auf die psychische Gesundheit auswirkte. Die Frage nach dem Wohnsitz im Alter ist für die Menschen mit Migrationshintergrund zentral. Jedoch schieben viele diese Frage lange hinaus.

4.2.2 Forschung & Praxis

In diesem Kapitel werden die Ausführungen und Erläuterungen der beiden Interviewpartnerinnen zum Thema Forschung und Praxis aufgeführt.

4.2.2.1 Fokus Pathogenese

Frau Hungerbühler äussert sich zum Thema Pathogenese wie folgt: „Ich denke, die Forschungsperspektive ist eine defizitorientierte Perspektive. Man schaut nur immer, was den Menschen mit Migrationshintergrund alles fehlt, welche Defizite aufgrund der Migration vorhanden sind.“ (Zeile 167–169)

Frau Vogt führt als mögliche Gründe für die Fokussierung auf Risikofaktoren auf, dass diese einfacher zu erkennen sind als Schutzfaktoren und auch die Menschen mit Migrationshintergrund bei sich selbst oft die Defizite und Probleme sehen, was sich in der Forschung widerspiegelt. Weiter sagt sie, dass die Gesellschaft und die

Politik Menschen mit Migrationshintergrund als defizitär betrachten, weil diese Sprachschwierigkeiten und zusätzlich Unkenntnisse der hiesigen Normen aufweisen und zudem in vielen Bereichen fremd sind.

Frau Vogt meint weiter: „Den gleichen Effekt gab es mit dem Alter. Das Alter ist einfach defizitär.“ (Zeile 67) Jedoch investiert man gemäss Frau Vogt seit etwa 10 Jahren viel, um das Altersbild positiver zu gestalten und eben die Ressourcen zu betonen. „Das gleiche wird auch mit der Migration passieren.“ (Zeile 69-70)

4.2.2.2 Fokus auf Junge

Auf die Frage, weshalb bei der Thematik der Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund vor allem die Jugend im Fokus steht, meint Frau Vogt, dass die Pubertät eine hochsensible Entwicklungsphase ist (Abnabelung von Bezugspersonen, Identitätsfindung) und in diesem Alter der Suchtmittelkonsum grosse gesundheitliche Auswirkungen hat.

Frau Hungerbühler geht davon aus, dass man sich eine längere Wirkung verspricht und primär Folgekosten vermeiden möchte. Sie gibt jedoch zu bedenken: „Dass man sich auf die Jugend fokussiert, ist ein kurzfristiges Denken. Man wird im Alter immer älter. Also würde es durchaus Sinn machen, auch bei über 70-Jährigen noch Interventionen durchzuführen, weil sie [ältere Menschen mit Migrationshintergrund] ja noch 30 Jahre leben.“ (Zeile 206-207)

Auch für Frau Vogt ist der Fokus zu einseitig:

Dass im Alter nicht investiert wird, hat aus meiner Sicht als Entwicklungspsychologin damit zu tun, dass man denkt, dass man mit 40 Jahren „fertig“ entwickelt ist. Man hat (...) das Leben im Griff. (...) Man ist jedoch immer im Prozess, ist immer wieder neuen Menschen und neuen Lebenswelten ausgesetzt. (...) Deshalb kann auch mit 70 Jahren ein Suchtverhalten entwickelt werden. Ich glaube, dass die Tatsache, dass dieser Mechanismus auch im Alter passieren kann, ein wenig verkannt wurde. (Zeile 277–287)

4.2.2.3 Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention

Frau Hungerbühler und Frau Vogt sind beide der Ansicht, dass Prinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention wie Vernetzung der Akteure oder Partizipation der Zielgruppen eher Mittel zum Zweck sind und damit primär der Kontakt zu Zielgruppen hergestellt werden soll.

Frau Hungerbühler gibt aber zu bedenken, dass Prinzipien und Strategien auch auf Schutzfaktoren wirken können. Sie nennt als Beispiel die Partizipation, die bei Menschen mit Migrationshintergrund zu mehr Wertschätzung und grösserem Selbstvertrauen führen kann.

4.2.2.4 Verhalten / Verhältnisse

Für beide Interviewpartnerinnen müssen sowohl die Umwelt- als auch die persönlichen Faktoren berücksichtigt werden. Sie betonen, dass Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund der Migration viele Faktoren und Werte teilen, gleichzeitig aber sehr heterogen sind, beispielsweise beim Bildungsstand oder der Religiosität.

4.2.2.5 Gendermainstreaming

Auf das Ergebnis der Studie vom Schweizerischen Roten Kreuz angesprochen, die im Jahr 2008 in einer landesweiten Erhebung aufzeigen konnte, dass fast zwei Drittel der wichtigen Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention kein spezifisches Programm für Menschen mit Migrationshintergrund haben, meint Frau Vogt, dass in den letzten 10 Jahren viele migrationsspezifische Angebote entwickelt wurden.

„Ich bin der Meinung, dass wenn man ein Angebot schafft, auch die Nachfrage steigt.“ (Zeile 387-388) Frau Vogt hält fest, dass Übersetzungsdienste und transkulturelle Programme viel kosten, jedoch oft nur sehr spärlich genutzt werden. Daraus leitet sie ab, dass viele dieses Risiko bei meist ungenügendem Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht mehr eingehen wollen.

Frau Hungerbühler meint zum Thema Gendermainstreaming: „Ich frage mich, ob es der Ansatz ist, dass man für Migrantinnen und Migranten immer etwas Spezifisches machen muss. (...) Eigentlich müssten Migrantinnen und Migranten stets mitgedacht

werden.“ (Zeile 308-311) Sie erwähnt, dass man beispielsweise die Berufsleute in Aus- und Weiterbildungen vermehrt zu Migrationsthemen schulen sollte.

4.2.2.6 Parallelgesellschaften versus Integration

Im Interview erzählt Frau Hungerbühler, dass für sie das Leben in eigenen Netzwerken, auch Binnenintegration genannt, eine wichtige Integrationsfunktion ist und eine grosse Ressource für Menschen mit Migrationshintergrund sein kann. Auch Frau Vogt macht deutlich, dass ein soziales Netzwerk eine Ressource darstellt, indem sie einen trägt, wenn beispielsweise die Arbeit nicht mehr da ist. Jedoch führt sie aus, dass dies von der Schweizer Bevölkerung oft nicht anerkannt wird. „Man hat das Gefühl, das sind Parallelgesellschaften. Dabei sind diese Netzwerke, psychisch und sozial, so wichtig. Eigentlich müsste man auch dort investieren.“ (Zeile 457-459)

4.2.3 Schutzfaktoren

Nachfolgend werden aus den beiden Gesprächen mögliche Schutzfaktoren für ältere Menschen mit Migrationshintergrund formuliert.

4.2.3.1 Bedeutung von Schutzfaktoren

Beide Interviewpartnerinnen erwähnen, dass viele Schutzfaktoren allgemein gültig sind und demnach für alle gelten. Frau Vogt führt dazu aus: „Resilienzfaktoren sind ja menschliche Faktoren und haben keinen Zusammenhang zum Geburtsland.

Die Frage ist mehr, ob man diese übersetzen kann. Welche Sprache und Methoden man wählt. Dass man eine kulturelle Sprache findet, um die Zielgruppe auch zu erreichen.“ (Zeile 172-175) Sie führt weiter aus, dass der Inhalt folglich ungefähr gleich ist, die Vermittlung sich jedoch unterscheiden sollte.

4.2.3.2 Politik und Gesellschaft

Laut Frau Vogt gilt es zu bedenken, dass Schutzfaktoren manchmal aufgrund der Bedingungen nicht zu Ressourcen werden. Sie nennt als Beispiel die Tamilinnen und Tamilen, bei denen die erste Migrationsgeneration gut qualifiziert war, in der Schweiz dann aber beruflich unter ihrer Qualifikation arbeiten musste. Sie betont, dass der

Fokus mehr auf den Erfahrungen und persönlichen Fähigkeiten und Stärken liegen müsste: „Das wären eigentlich Schutzfaktoren und diese könnten zur Ressource für die Personen werden.“ (Zeile 102-103)

Nach Frau Hildegard sollte die Gesundheitsförderung und Prävention vermehrt eine Lebenslaufperspektive einnehmen und kritische Lebensübergänge stärker beachten. Beide Fachfrauen streichen mehrmals hervor, dass Branchen und Betriebe sich vermehrt den Themen Sucht, Pensionierung und Alter widmen sollten, zum Beispiel in Form von Pensionierungsvorbereitungskursen.

Frau Vogt spricht die ausländischen Abschlüsse (berufliche und schulische) an. Diese sollten anerkannt oder zumindest viel schneller geprüft werden. Das würde dabei helfen, dass jemand eine Arbeit ausführen kann, deren Qualifikation und Kompetenzen er mitbringt. Das würde auch zu besseren gesundheitlichen Bedingungen führen.

Beide sprechen die enorme Wichtigkeit von Migrationsvereinen und Communitys an: Frau Hungerbühler dazu:

Es ist wichtig, dass man als Gesundheitsförderungsinstitution zusammenarbeitet mit Migrationsvereinen oder Communities. Dass man zuerst mal schaut, welche Vereine oder Organisationen bereits bestehen, diese kontaktiert und dann zusammen schaut, ob man mit ihnen im Rahmen einer Veranstaltung etwas einfließen lassen kann. Das ist eigentlich fast am wirkungsvollsten, wenn man Multiplikatoren gewinnt aus der Migrationscommunity. Einerseits ist die Information ein Schutzfaktor, andererseits stellen auch die Vertrauenspersonen in den Communities Schutzfaktoren dar. Leute, die gut informiert sind über das schweizerische Gesundheitswesen und denen die Migranten vertrauen. Solche, die die Informationswege kennen. (Zeile 259-268)

Für Frau Vogt liegt vor allem in der Ansprache viel Potenzial. Man sollte Menschen mit Migrationshintergrund nicht ansprechen, weil sie Migranten sind, sondern weil sie hier in der Schweiz arbeiten oder in einer bestimmten Lebensphase sind.

4.2.3.3 Familie und soziale Netzwerke

Beide Interviewpartnerinnen vertreten die Meinung, dass eine Einbettung in soziale Netzwerke der Migrationscommunity ein starker Schutzfaktor ist.

Frau Vogt meint dazu: „Nicht nur die Fachstellen untereinander müssen sich vernetzen, sondern eigentlich primär die Netzwerke und Communities.“

(Zeile 461-462) Die grössere Bedeutung der Familie bei Menschen mit Migrationshintergrund kann bei Problemen aber auch zu grossen Tragödien führen, gibt Frau Vogt zu bedenken. Weiter sagt sie, dass soziale Beziehungen helfen, wenn du ein Suchtproblem hast und dabei helfen, keines zu entwickeln. Für die Gesundheit ist es eminent wichtig, dass wir als soziale Wesen eine oder mehrere Vertrauenspersonen haben.

4.2.3.4 Persönliche Ebene / Pensionierung

Aufgrund von Krisen und Verlusterfahrungen, die Menschen mit Migrationshintergrund oftmals durchmachen mussten, haben viele Ressourcen, Kompetenzen und Strategien entwickelt. Laut Frau Vogt hat niemand eine wirkliche Idee gehabt, wie das Leben in der Schweiz 50 Jahre später aussehen wird, weshalb diese Pionierleistung im Sinne einer Anpassungsleistung eine grosse Ressource darstellt.

Auch Frau Hungerbühler ist der Ansicht, dass viele Migrationsbiographien durch Krisen wie der Verlust der Heimat, der Sprache und der Menschen gekennzeichnet sind. Dazu kommt, dass sie in der Schweiz eine neue Existenz aufbauen mussten, in Gesellschaften, die ihnen nicht einfach nur offen und freundlich gesinnt waren. Sich gegen diese misslichen Bedingungen durchsetzen zu können, erforderte nach Frau Hungerbühler viele Ressourcen, Kompetenzen und Strategien.

Auch die Möglichkeit der älteren Menschen mit Migrationshintergrund, zumindest phasenweise, ins Herkunftsland zu reisen, kann nach Frau Hungerbühler ein Schutzfaktor sein. Allgemein werde die Bindung zur ehemaligen Heimat im Alter wieder wichtiger. Dazu nennt sie folgendes Beispiel: „Gerade bei Demenz weiss man, dass bei Migrantinnen und Migranten das gelernte Deutsch weg geht und nur noch die Muttersprache da ist.“ (Zeile 151-152)

Sie geht auch auf das Modell der ethnospezifischen Abteilungen in Alters- und Pflegeheimen ein, wo probiert wird, ein Stück weit eine biografische Herkunftsumgebung zu gestalten. Dies kann das Essen oder die Freizeitgestaltung betreffen. Für Menschen mit Migrationshintergrund kann dies wieder ein Stück Heimat herstellen und eine Stärkung des Wohlbefindens sein.

4.2.3.5 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend konnten durch die Interviews folgende Schutzfaktoren identifiziert werden:

Allgemeine / Persönliche Ebene

- Gute Sprachkenntnisse
- Ausübung einer Funktion/Rolle
- Die Möglichkeit, phasenweise ins Herkunftsland zu reisen (speziell im Alter)
- Muttersprachliche Bezugspflege
- Biografische Herkunftsumgebung (vor allem im Alter)
- Eine Integration in jungen Jahren
- Eine kluge, weitsichtige Planung für die Zeit nach der Pensionierung

Politik / Gesellschaft

- Sicherer Aufenthaltsstatus oder zumindest rechtlich geklärte Aufenthaltssituation
- Befriedigende Wohnsituation
- Willkommenskultur der einheimischen Bevölkerung
- Starke Berufsidentität / sinnvolle Arbeit
- Partizipation an der Gesellschaft
- Bildung
- Abbau von Schranken, Vorurteilen, Diskriminierung
- Migrantische Netzwerke, Communities und deren Vernetzung
- Deutschkurse
- Anerkennung ausländischer Abschlüsse (berufliche und schulische)

Familie / Soziales

- Ausübung einer Funktion und/oder Rolle
- Einbettung in die Gemeinschaft
- Soziale Bindungen
- Gute intergenerationelle Beziehungen innerhalb oder ausserhalb der Familie
- Gute familiäre Bindungen
- Einbettung in Migrationscommunities (Binnenintegration)

Beruf

- Ausreichend und sicheres Einkommen
- Verhindern von Mehrfachjobs
- Ausübung einer Funktion und/oder Rolle
- Arbeit, die man als sinnvoll empfindet

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse kritisch diskutiert und in Bezug zu den in Kapitel 2 aufgeführten Theorien gesetzt. Zudem werden mögliche Einschränkungen der Arbeit aufgeführt.

5.1 Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse aus der systematischen Literaturrecherche und den Experteninterviews zeigen, dass das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund in vielerlei Hinsicht schlechter sind im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung. Wesentliche Gründe für diese gesundheitliche Ungleichheit sind – wie im Kapitel 2.4 beim Ungleichheitsmodell von Lamprecht (2009) zusammengefasst - soziale Ungleichheit wie ein tieferer Ausbildungsstand, tieferes Einkommen oder eine höhere Erwerbslosigkeit sowie migrationsspezifische Faktoren. Wie in Kapitel 2.3 (Schutzfaktorenmodell) und 2.5 (Sucht-Trias) beschrieben, liegen die Ursachen in vielen Bereichen, wie der Arbeit, der Gesellschaft, der Politik, im sozialen Umfeld und bei den Menschen mit Migrationshintergrund selbst.

Die Resultate der ausgewählten Literatur decken sich dabei weitgehend mit den Resultaten aus den beiden Experteninterviews. Die Recherche konnte eine Vielzahl an Schutzfaktoren in mehreren Bereichen identifizieren, wobei vor allem die Experteninterviews dazu beigetragen haben. Aus der Literaturrecherche und den Interviews geht hervor, dass die Schutzfaktoren mehrere Bereiche wie die Gesellschaft, die Politik, die Arbeitswelt, die Familien und Netzwerke der Migrationsbevölkerung betreffen.

Der Grossteil der untersuchten Literatur zeigt eine pathogenetische Sicht auf die Gesundheit der älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Das zeigt sich unter anderem darin, dass in der untersuchten Literatur sehr oft von Risikofaktoren und Defiziten zu lesen ist und selten von Ressourcen und noch weniger von Schutzfaktoren (vgl. Kapitel 2.2 & 2.3). Der Ansatz der Salutogenese wird vor allem in den Ausblicken, Fazits und Handlungsempfehlungen ersichtlich. Hierbei werden

Prinzipien und Grundsätze der Salutogenese genannt wie Partizipation der Zielgruppe, Vernetzung der Akteure oder die Arbeit mit Schlüsselpersonen. Interessant scheint mir die Frage, inwieweit die vorgeschlagenen Empfehlungen die Schutzfaktoren von Menschen mit Migrationshintergrund stärken.

Für Frau Hungerbühler und Frau Vogt sind die Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention mehr Mittel zum Zweck. Folglich geht es dabei mehr um eine Zielgruppenerreichung. Dies, damit die Frage „Wie können Schutzfaktoren gestärkt werden?“ beantwortet werden kann.

Bei der Frage nach möglichen Schutzfaktoren war vor allem der Bericht «Und so sind wir geblieben ...» von Hugerbühler und Bisegger (2012) nützlich.

Die Autorinnen legen den Fokus im Bericht gezielt auch auf Ressourcen und nehmen damit eine Sichtweise ein, die in der heutigen Literatur erst wenig Beachtung findet.

5.2 Einschränkungen

Nachfolgend werden mögliche Einschränkungen der vorliegenden Bachelorarbeit erläutert und diskutiert.

5.2.1 Studiendesign

Die Ergebnisse der Literaturrecherche basieren auf Befragungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Fachpersonen in Form von Querschnittstudien.

Von einer qualitativen Befragung weniger Personen können nicht ohne weiteres Schlussfolgerungen auf eine grössere Gruppe gezogen werden. Ausserdem führt das Studiendesign der Querschnittstudie dazu, dass keine Informationen über Veränderungen und Entwicklungsverläufe der Gesundheit gewonnen werden können, womit Kohorteneffekte nicht auszuschliessen sind.

Da die meisten Untersuchungen, speziell zum Alkoholkonsum und dem Wohlbefinden, sich auf subjektive Einschätzungen der Befragten stützen, können die Angaben zum Konsum durch Tabus verfälscht sein und sollten deshalb zurückhaltend interpretiert werden.

5.2.2 Aktualität der Literatur

Die gefundene Literatur stammt grösstenteils aus den Jahren 2008 bis 2012 und ist demnach rund 10 Jahre alt. Das hängt wohl unter anderem mit den beiden Gesundheitsmonitorings (GMM1 & GMM2) zusammen, die das Bundesamt für Gesundheit in den Jahren 2004 und 2010 durchführen liess. Dabei wurden in zwei muttersprachlichen Gesundheitsbefragungen ausgewählte Gruppen der Migrationsbevölkerung zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Interessant und wünschenswert wären neue Untersuchungen zur Gesundheit und Ressourcen der Menschen mit Migrationshintergrund.

5.2.3 Begriffsdefinitionen

Je nach Studie oder Bericht werden verschiedene Begrifflichkeiten verwendet (Migrantinnen und Migranten, Menschen mit Migrationshintergrund oder Ausländerinnen und Ausländer) und/oder von der Autorenschaft auch anders definiert.

Da die analysierten Berichte fast ausschliesslich Reviews darstellten, hätte eine Begriffsdefinition jeder Studie zu weit geführt. Zudem wäre dies auch nicht möglich gewesen, da die Begriffe teilweise nicht definiert oder transparent waren.

Die Tatsache, dass den Studien verschiedene Begriffsdefinitionen zugrunde liegen, kann zu einer Verzerrung der Resultate geführt haben.

Gleiches betrifft die Altersdefinition, die je nach Studie oder Autorenschaft unterschiedliche Altersspannen umfasst. Wie unter Punkt 2.5.2 bereits erwähnt, ist der Begriff ‚Alter‘ im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention jedoch nicht trennscharf und sollte deshalb mehr als Leitfaden verwendet werden (Jurt, 2014).

5.2.4 Repräsentation der Migrationsgruppen

Ausserdem sollte berücksichtigt werden, dass den Studien unterschiedliche Befragungen zugrunde liegen, bei denen Migrationsgruppen unterschiedlicher Herkunft befragt wurden. So fehlen in den beiden Gesundheitsmonitorings von 2004 und 2010 beispielsweise die Bevölkerungsgruppe mit italienischem Migrationshintergrund, weshalb die Bedeutung der Gesundheitsmonitorings für die

vorliegende Bachelorarbeit schwierig einzuschätzen ist. Insbesondere unter dem Aspekt, dass Menschen mit italienischem Migrationshintergrund die grösste Migrantengruppe in der Schweiz darstellt.

5.2.5 Heterogenität der Migrationsbevölkerung

Es gilt anzumerken, dass allgemeine Aussagen zur gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung aufgrund der grossen Heterogenität der Menschen mit Migrationshintergrund (Einflussfaktoren, Migrationsumstände, Aufenthaltsstatus etc.) sehr schwierig zu tätigen sind und deshalb Verzerrungen bei den Ergebnissen wahrscheinlich sind.

5.2.6 Suchterkrankungen

Es sollte in Betracht gezogen werden, dass der Forschungsstand zu Schutzfaktoren *gegen Suchterkrankungen* bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund noch sehr gering ist. In der analysierten Literatur wird zumeist von ‚Gesundheit‘ gesprochen, womit auch Suchterkrankungen berücksichtigt werden. Allerdings muss die Qualität von Gesundheit nicht zwingend mit der Prävalenz von Suchterkrankungen korrelieren.

5.2.7 Anzahl und Vielfalt der Quellen

Die meisten Ausführungen der vorliegenden Bachelorarbeit stützen sich auf vier Quellen, die alle durch die selektive Informationssuche gefunden wurden. Die Berichte haben oft deckungsgleiche Inhalte, was sich in der hohen Anzahl an Sekundärzitate widerspiegelt. Es wurde versucht, einen umfassenden Einblick in die zu untersuchende Thematik zu ermöglichen. Dieser Einblick könnte durch die eher geringe Zahl relevanter Quellen etwas geschmälert bzw. wenig differenziert ausfallen.

6 Fazit / Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Grossteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz im Leben vielfach benachteiligt und einer Vielzahl von Einflüssen und Risiken ausgesetzt sind: Einmal aufgrund der sozialen Ungleichheit, die zu einer gesundheitlichen Ungleichheit führt. Und dann aufgrund migrationsspezifischer Faktoren, wie die vorgefunden Bedingungen im Aufnahmeland und die Migrationserfahrung. Diese migrationsspezifischen Faktoren können ebenfalls die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund nachhaltig negativ beeinflussen und Suchterkrankungen teilweise begünstigen. Im Alter zeigen sich diese Benachteiligten teilweise noch stärker, vor allem aufgrund migrationsspezifischer Faktoren wie der Pensionierung, Isolation oder Wahl des Wohnsitzes.

Dass der Grossteil der untersuchten Literatur eine pathogenetische Sicht auf die Gesundheit der älteren Menschen mit Migrationshintergrund hat, lässt mehrere Schlussfolgerungen zu: Erstens lässt sich daraus ableiten, dass der Ansatz der Salutogenese die Forschung über die Gesundheit von älteren Menschen mit Migrationshintergrund erreicht hat und der Handlungsbedarf erkannt ist.

Zweitens betrifft dies aber erst Handlungsempfehlungen. Dies kann so interpretiert werden, dass der aktuelle empirisch Forschungsstand wie auch die Praxis noch sehr defizitorientiert sind und (noch) nicht auf die Salutogenese ausgerichtet sind.

Die Ergebnisse der Experteninterviews unterstützen diese Sichtweise.

Aus den Ergebnissen der Literatur und den Interviews geht hervor, dass sich Schutzfaktoren, im Sinne von Resilienzfaktoren, grösstenteils mit jenen der einheimischen Bevölkerung decken. Diese Meinung vertreten auch die beiden interviewten Expertinnen.

Folgende Bemerkungen und Schlussfolgerungen erscheinen mir aufgrund der Theorie und den Ergebnissen aus der Recherche und den beiden Experteninterviews zentral:

- Sinnvoll ist eine umfassende Gesundheitsförderung im Sinne des biopsychosozialen Modells (vgl. Kapitel 2.5) mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die auch ihre soziale und ökonomische Situation einbezieht. Es ist davon auszugehen, dass damit Krankheitskosten eingespart werden können.
- Fachpersonen im Sozial- und Gesundheitsbereich, was unsere Profession miteinschliesst, sollten im Sinne des Migrationmainstreamings bei Programmen und Interventionen Menschen mit Migrationshintergrund stets „mitdenken“. Voraussetzung dafür ist eine Sensibilisierung sowie ein Know-how der Thematik, was in Aus- und Weiterbildungen vermehrt vermittelt werden sollte. Dies schlug auch Frau Hungerbühler im Interview vor.
- Die Strategien und Prinzipien, die den salutogenetischen Ansatz im Wesentlichen ausmachen, sind wichtig und sollten in der Migrations- und Altersforschung in Zukunft stärker berücksichtigt werden. Auf der anderen Seite reichen diese Strategien und Prinzipien nicht aus. Es braucht - wie Hungerbühler und Bisegger (2012) schreiben und Frau Hungerbühler im Interview mehrmals erwähnt, ein Perspektivenwechsel von der Defizit- zur Ressourcenorientierung.
- Der Ansatz der Salutogenese (vgl. Kapitel 2.2) sollte vermehrt in der Migrations- und Altersforschung Einzug halten. Zentrale Fragestellungen dabei sind: Was erhält die Gesundheit der Migrationsbevölkerung? Was schützt sie und über welche spezifischen Ressourcen verfügen sie? Welche Faktoren führten dazu, dass gewisse Menschen mit Migrationshintergrund nicht krank wurden? Dazu ist es notwendig, die Lebenswelten der Migrationsgruppen besser zu beleuchten und zu verstehen, wobei wir als Fachpersonen gefordert sind. Die Bedeutung dieses Perspektivenwechsels ist gut am Beispiel von Befragungen, die in der Migrations- und Altersforschung üblich sind, erkennbar. Befragungen spiegeln nicht automatisch die Sicht der Betroffenen wieder. Frau Vogt erwähnt, dass auch in den Befragungen die Menschen mit Migrationshintergrund bei sich selbst oft nur die Probleme und Defizite

erkennen, was sich dann auch in der Forschung widerspiegelt. Diese pathogenetische Sicht könnte durch Fragen, die auf Stärken und Ressourcen der Menschen zielen, zu einer salutogenetischen Sicht gekehrt werden.

- Erwähnenswert scheint mir der Eindruck, dass die Forschung, vor allem was den salutogenetischen Ansatz betrifft, hinterherhinkt. Denn die erste Einwanderungsgeneration ist grösstenteils schon pflegebedürftig oder lebt nicht mehr, womit der Fokus aktuell auf der zweiten und dritten Generation liegen müsste. Wie Bisegger und Hungerbühler (2008) schreiben, werden Menschen aus dem westlichen Balkan in den nächsten Jahren einen zunehmenden Teil der älteren Migrationsbevölkerung ausmachen. Folglich sollten sich Politik, Gesellschaft und Forschung frühzeitig mit diesen Migrationsgruppen auseinandersetzen.
- Persönlich gewann ich aus den Interviews die Ansicht, dass vermehrt eine Lebenslaufperspektive eingenommen werden müsste und kritische Lebensübergänge oder Lebensphasen stärker beachtet werden sollten. Sinnvoll wären beispielsweise muttersprachliche Pensionierungsvorbereitungskurse. Diese Idee wird auch von den beiden Interviewpartnerinnen unterstützt.
- Bei all diesen Vorschlägen scheint mir wichtig, die Freiwilligkeit und Entscheidungsfreiheit der Menschen mit Migrationshintergrund nicht ausser Acht zu lassen.
- Zum Schluss ein Zitat von Frau Vogt:

Sie [Menschen mit Migrationshintergrund] können die Sprache nicht, sie kennen die Normen nicht. Man schaut was fehlt, was sie nicht haben. Die Risikofaktoren kann man auflisten und vergisst, dass sie auch über Schutzfaktoren verfügen wie ich auch. Aber weil sie in einem anderen Kontext leben müssen und sie fremd sind in vielen Bereichen, wirkt es dass sie defizitär wären (...) Man müsste also viel mehr betonen, was diese Leute mitbringen, an Erfahrungen, an persönlichen Fähigkeiten und Stärken, Bildung. Das wären eigentlich Schutzfaktoren.“ (Z. 63)

7 Literaturverzeichnis

- Arnold C. & Oggier, J. (2012). *Grundlagen für die Suchtprävention im Alter unter der Migrationsbevölkerung – eine Bedarfserhebung für den Kanton Zürich*.
Heruntergeladen von http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Abhaegigkeiten/2011/iss_3/PDFs_articles_2011/ABH__vol17_iss3_art10.pdf
- Bisegger, C. & Hungerbühler, H. (2008, August). *Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz. Landesweite Erhebung der Situation älterer Migrantinnen und Migranten*.
Heruntergeladen von <http://altermigration.ch/fileadmin/templates/pdf/Bericht.pdf>
- Bogner, A., Littig B., & Menz, W. (2002). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: Springer.
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Nationales Programm Migration und Gesundheit*.
Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/programm-migration-und-gesundheit-2014-2017/migration-und-gesundheit-bilanz-und-schwerpunkte-2014-17.pdf.download.pdf/migration-gesundheit-bilanz-schwerpunkte-2014-17.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit. (2015, November). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*.
Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Bevölkerung nach Migrationsstatus*.
Heruntergeladen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>
- Bundesamt für Statistik. (2018). *Die Bevölkerung der Schweiz 2017*.
Heruntergeladen von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/3902098/Master>
- Bundesrat. (2007, August, 29). *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik*.
Heruntergeladen von http://altermigration.ch/fileadmin/templates/pdf/0_Altersbericht_d_EDI.pdf

- Büssers, P. (2009). Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky.
Heruntergeladen von: <http://www.peterbuessers.de/studium/salutogenese.pdf>
- Curaviva.ch. (o.D.). Sucht im Alter. Heruntergeladen von <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Sucht-im-Alter/oPAepvc2/PQBbv/>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende.*
Heruntergeladen von https://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf
- Du Prel, J., Röhrig, B. & Blettner, M. (2009). *Kritisches Lesen wissenschaftlicher Artikel.* Heruntergeladen von <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=63379>
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel Stadt. (o.D.). Ursachen.
Heruntergeladen von <https://www.sucht.bs.ch/sucht/ursachen.html>
- Haas, S., Breyer, E., Knaller, C. & Weigl, M. (2013) *Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung.* Wien
- Hungerbühler, H. & Bisegger, C. (2012). „Uns so sind wir geblieben...“ Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Heruntergeladen von <https://www.migesplus.ch/publikationen/und-so-sind-wir-geblieben-aeltere-migrantinnen-und-migranten-in-der-schweiz>
- Jurt, L. (2014). *Alter und Migration. Zur Situation der älteren Migrationsbevölkerung im Kanton Zug.* Heruntergeladen von <http://blogs.fhnw.ch/sozialarbeit/files/2015/04/Alter-und-Migration-Bericht-zur-Situation-der-aelteren-Migrationsbevoelkerung-im-Kanton-Zug.pdf>
- Kaya, B. (2017, April). *Grundlagendokument „Migration und Gesundheit“.*
Heruntergeladen von https://www.quint-essenz.ch/de/files/Migration_und_Gesundheit.pdf
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
Heruntergeladen von <https://qualitativeinhaltsanalyse.de/documents/Kuckartz-Qualitative-Inhaltsanalyse-2016-Transkription.pdf>
- Krüger, D., Parchmann, I. & Schecker, H. (2014). *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung.* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Moser, H. (2008). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung*. (4. Auflage). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Nationales Forum Alter und Migration. (o.D.). Vielfältige Bedürfnisse - Vielfältige Modelle der Unterstützung. Heruntergeladen von <http://www.alter-migration.ch/>
- Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009). *Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen*. Heruntergeladen von <http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frameset=111>
- Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht. (o.D.). Schutzfaktoren. Heruntergeladen von <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/schutzfaktoren.html>
- Stamm, H. & Lamprecht, M. (2009). *Arbeitspapier zum Grundlagendokument "Soziale Ungleichheit und Gesundheit."* Heruntergeladen von https://quintessenz.ch/de/files/Arbeitsblatt_Chancengleichheit.pdf
- Suchtmonitoring Schweiz. (o.D.). Schlaf- und Beruhigungsmittel. Heruntergeladen von <https://www.suchtmonitoring.ch/de/6.html>
- Sucht Schweiz. (2010). Alkohol und Medikamente im Alter. Heruntergeladen von <https://www.suchtschweiz.ch/de/aktuell/article/alkohol-und-medikamente-im-alter/>
- Sucht Schweiz. (2013). *Theoretische Grundlagen der Suchtprävention*. Heruntergeladen von https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf

8 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Altersaufbau der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationsstatus (Bundesamt für Statistik, 2018)	5
Abbildung 2: Modell der Risiko- und Schutzfaktoren (Sucht Schweiz, 2013)	12
Abbildung 3: Ungleichheitsmodell nach Stamm und Lamprecht (2009)	13
Abbildung 4: Modell der Sucht-Trias (Sting & Blum, 2003).....	13
Abbildung 5: Dokumentation der Literaturoauswahl (eigene Darstellung)	16
Abbildung 6: Indirekte Wirkung der Migration auf die Gesundheit (Salis Gross et al., 1997)	25
Tabelle 1: Kategoriensystem nach Mayring (2010)	19

Eigenständigkeitserklärung:

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

A handwritten signature in blue ink that reads "D. Büchel". The signature is written in a cursive style with a large, stylized 'D'.

Wortzahl

- des Abstracts: 199

- der Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 9646

9 Anhang

A1 Rechercheprotokoll

Hauptaspekte des Themas	Migration	Sucht	Alter	Schutzfaktoren
Synonyme	Einwanderung Immigration	Suchterkrankungen	Pensionierung Senioren	Vorbeugung Prävention
Englische Übersetzung	Migration Immigration	Addiction Addictive	Old age Senior(s) Retirement Elderly people	Protective factor(s) Prevention

Datenbank / Gesucht am	Suchsyntax / Filter / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit
PubMed / 13.11.19	((migration OR immigration)) AND (addicti* OR dependence) AND (prevention OR protective factor*)	96 / 7
PubMed / 13.11.19	((migration OR immigration)) AND (addicti* OR dependence) AND ("old age" OR "elderly people" OR retirement OR seniors)	15 / 0
Medline / 13.11.19	((migration or immigration) and (addicti* or dependence) and (prevention or "protective factor*")).af.	80 / 4
Medline / 13.11.19	((migration or immigration) and (addicti* or dependence) and ("old age" or "elderly people" or seniors or retirement)).af.	8 / 0
Cinahl / 14.11.19	(migration OR immigration) AND addicti* AND (prevention OR "protective factor*")	8 / 0
Cinahl / 14.11.19	(migration OR immigration) AND addicti*" AND (old age" OR "elderly people" OR retirement OR seniors)	8 / 0

A2 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

- E1 Qualitative Primärstudien
- E2 Metaanalysen und systematische Reviews
- E3 Hintergrundinformationen zur Gesundheit und Lebenssituation von (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz

Ausschlusskriterien:

- A1 Älter als Jahrgang 2000
- A2 Studien ohne Bezug zur Schweiz oder einem kulturell vergleichbaren Land
- A3 Studien, die nicht in deutscher, französischer oder englischer Sprache sind
- A4 Studien, die nicht explizit auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund fokussieren
- A5 Studien, die keine altersspezifischen Ursachen für die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund auführen
- A6 Studien mit fehlender Beschreibung des Studiendesigns und/oder der Stichprobe
- A7 Studien, die keinen Bezug zur Gesundheitsförderung (Salutogenese, Ressourcen, Schutzfaktoren) nehmen
- A8 Duplikate

A3 Bewertung der quantitativen Analyse

Titel	Transkulturelle Prävention von Alkoholerkrankungen
Herausgeber	Bundesgesundheitsblatt
Art des Dokuments	Originalien und Übersichten
Autoren / Autorinnen	Bermejo et al.
Land, Publikationsjahr	2015
Glaubwürdigkeit der Autoren / Quelle	Sehr hoch. Herausgegeben vom Bundesgesundheitsblatt. Erarbeitet von verschiedenen glaubwürdigen Institutionen (Universitätsklinik Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
Ist der Zweck der Studie klar angegeben?	Ja, der Zweck der Studie ist im Hintergrund klar beschrieben
Gibt es eine klare Forschungsfrage oder Fragestellungen?	Nein. Klar formulierte Forschungsfragen oder Fragestellungen bezüglich der Studie fehlen. Es werden Ziele und Hypothesen festgehalten.
Erfüllen die Interventionen die Prinzipien der Gesundheitsförderung?	Ja. es wird ein ganzheitlicher Ansatz bei der Auswahl der Fragen ersichtlich, die ein sehr breites Themenspektrum abdecken. Auch wurden soziodemografische und migrationsbezogene Aspekte bei der Datenerhebung berücksichtigt. Die Ziele sind zudem ressourcen- und nicht defizitorientiert
Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?	Ja, die Stichprobe wird ausführlich beschrieben und eignet sich zur Beantwortung der Ziele
Erfolgte die Datenerhebung durch eine Methode, die für das Setting geeignet ist?	Ja, die Datenerhebung, die in Form einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie erfolgt, eignet sich in diesem Setting, da eine Wirkung einer spezifischen Intervention an einer ganzen Gruppe geprüft werden möchte
Klare Beschreibung der Stichprobe und der angewandten Forschungsmethoden	Ja, sowohl die Stichprobe als auch die angewandte Forschungsmethode werden unter Methode detailliert beschrieben
Werden die Theorie und der Kontext beschrieben?	Ja, im Hintergrund
Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?	Ja, die Schlussfolgerungen sind schlüssig und stützen sich auf vorherige Ausführungen
Ist die externe Validität gegeben?	Zum Teil. Aufgrund der Stichprobengröße ist die Studie nicht repräsentativ. Die Studie wurde in Deutschland durchgeführt, weshalb die Studie zumindest nicht 1:1 auf Schweizer Verhältnisse

	übernommen werden darf. Aufgrund ähnlicher Migrationsverhältnisse und Landesstrukturen- und Begebenheiten sind die Ergebnisse aber auch für die Schweiz interessant
<i>Zusätzlich für Studien:</i>	
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	Ja, die Studienpopulation sowie Einschlusskriterien sind umfassend beschrieben und dokumentiert. Es wurden keine Ausschlusskriterien definiert (Es wurden Teilnehmende zu einem späteren Zeitpunkt ausgeschlossen, die zu einem Erhebungszeitpunkt weniger als 50% der Fragen beantwortet hatten und/oder keine Angaben zur primären Zielgrösse gemacht hatten)
Wurden randomisiert und diese Randomisierung beschrieben?	Randomisierung: Ja, jedoch nicht beschrieben
War die Messmethode hinsichtlich der Bestimmung der Zielgrösse geeignet?	Ja
Wurden Angaben zum Datenverlust („loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	Ja, die Datenverluste sind bei Abb. 1 (Stichprobenauswahl) klar ersichtlich
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	Nein
Gesamteindruck	Gut, jedoch für die Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit nur bedingt hilfreich

Titel	«Und so sind wir geblieben ...»
Herausgeber	Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM
Art des Dokuments	Dokumentation / Materialien zur Migrationspolitik
Autoren / Autorinnen	Hildegard Hungerbühler und Corinna Bisegger
Land, Publikationsjahr	2012
Glaubwürdigkeit der Autoren / Quelle	Herausgegeben vom Nationalen Forum Alter und Migration und der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen (EKM). Namhafte Organisationen und Autoren mit hoher Glaubwürdigkeit
Ist der Zweck der Studie klar angegeben?	Ja, der Zweck wird im Vorwort und der Einleitung von den Autoren beschrieben
Gibt es eine klare Forschungsfrage oder Fragestellungen?	Ja, unter 2.2 Vorgehen werden klare Ziele definiert
Erfüllen die Interventionen die Prinzipien der Gesundheitsförderung?	Ja

Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?	Ja
Erfolgte die Datenerhebung durch eine Methode, die für das Setting geeignet ist	Ja
Klare Beschreibung der Stichprobe und der angewandten Forschungsmethoden	Ja
Werden die Theorie und der Kontext beschrieben?	Ja
Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?	Ja, die Schlussfolgerungen sind schlüssig und stützen sich auf vorherige Ausführungen
Ist die externe Validität gegeben?	Ja
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	Ja
<i>Zusätzlich für Studien:</i>	
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	Die Studienpopulation ist genau dokumentiert. Jedoch wurden keine Ausschlusskriterien formuliert
Wurden randomisiert und diese Randomisierung beschrieben?	-
War die Messmethode hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße geeignet?	Ja, die Kombination aus quantitativen Fragebogen und qualitativen Interviews eignet sich bezüglich den Fragestellungen
Wurden Angaben zum Datenverlust („loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	Ja, der Datenverlust wird unter Kapitel Ergebnisse beschrieben
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	Nein
<i>Zusätzlich für systematischen Reviews</i>	
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?	
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest von zwei Personen beurteilt?	
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?	
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenz-Aufbereitung berücksichtigt?	
<i>Zusätzlich für Metaanalysen</i>	
Wurde Publikationsbias beurteilt?	
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?	

Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?	
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?	
Gesamteindruck	Sehr Gut

Titel	Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz
Herausgeber	Nationales Forum Alter und Migration
Art des Dokuments	Bericht / Nationale Erhebung
Autoren / Autorinnen	Corinna Bisegger und Hildegard Hungerbühler
Land, Publikationsjahr	2008
Glaubwürdigkeit der Autoren / Quelle	Hohe Glaubwürdigkeit, Nationales Forum Alter und Migration ausgeführt durch Schweizerisches Rotes Kreuz (Mitglied des Nationalen Forums)
Ist der Zweck der Studie klar angegeben?	Ja, der Zweck wird im Hintergrund von der Autorenschaft beschrieben
Gibt es eine klare Forschungsfrage oder Fragestellungen?	Ja, im Vorwort werden konkrete Fragen gestellt. Auf Seite 11 im Vorwort wird zusätzlich der Auftrag der Erhebung mit Zielen festgehalten
Erfüllen die Interventionen die Prinzipien der Gesundheitsförderung?	Zum Teil. Im ganzen Bericht ist ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis ersichtlich. Durch die Fragebogen wird ein Teil der Zielgruppe partizipativ eingebunden. Die Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund jedoch nicht. Auch ist eine Ressourcenorientierung erkennbar, diese ist aber unkonkret
Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?	Ja, im gewählten Kontext ist die Auswahl nachvollziehbar
Erfolgte die Datenerhebung durch eine Methode, die für das Setting geeignet ist?	Ja, im gewählten Kontext ist die Datenerhebung nachvollziehbar
Klare Beschreibung der Stichprobe und der angewandten Forschungsmethoden	Ja, die Stichprobe ist im Anhang mit Namen, Projektbeschreibung und Dauer ersichtlich. Auch die Forschungsmethode wird unter Vorgehen genau beschrieben
Werden die Theorie und der Kontext beschrieben?	Ja, im Vorwort und Hintergrund wird auf die Theorie und den Kontext eingegangen
Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?	Ja, die Schlussfolgerungen logisch und beziehen sich auf vorherige Ausführungen, grösstenteils auf die Umfrage der Akteure
Ist die externe Validität gegeben?	Grösstenteils. Da die Erhebung landesweit stattfand und eine grosse Zahl von Akteuren

	befragt werden konnte, wird die externe Validität gut bewertet
<i>Zusätzlich für Studien:</i>	
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	Die Studienpopulation wird unter Vorgehen erläutert, Ein- und Ausschlusskriterien fehlen
Wurden randomisiert und diese Randomisierung beschrieben?	Nein
War die Messmethode hinsichtlich der Bestimmung der Zielgrösse geeignet?	Ja, die Autorinnen führten die Datenerhebung mit verschiedenen sinnvollen Methoden durch
Wurden Angaben zum Datenverlust („loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	Ja
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	Nein
<i>Zusätzlich für systematischen Reviews</i>	
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?	
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest von zwei Personen beurteilt?	
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?	
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenz-Aufbereitung berücksichtigt?	
<i>Zusätzlich für Metaanalysen</i>	
Wurde Publikationsbias beurteilt?	
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?	
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?	
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?	
Gesamteindruck	Gut

Titel	Grundlagen für die Suchtprävention im Alter unter der Migrationsbevölkerung – eine Bedarfserhebung für den Kanton Zürich
Herausgeber	Infodrog (Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht)
Art des Dokuments	Grundlagendokument / Bedarfserhebung
Autoren / Autorinnen	Claudia Arnold, Joseph Oggier
Land, Publikationsjahr	2012
Glaubwürdigkeit der Autoren / Quelle	Sehr hoch. Viel zitiertes Grundlagedokument. Vertrauenswürdige Bundesinstitutionen
Ist der Zweck der Studie klar angegeben?	Ja, in der Einleitung werden die Beweggründe und die Gründe für die Bedarfserhebung klar beschrieben
Gibt es eine klare Forschungsfrage oder Fragestellungen?	Ja, in der Einleitung werden mehrere Fragestellungen formuliert
Erfüllen die Interventionen die Prinzipien der Gesundheitsförderung?	Ja. Bereits bei den Forschungsfragen ist ein sehr breites und ganzheitliches Gesundheitsverständnis ersichtlich. Auch wurde versucht, nicht nur defizitorientiert, sondern auch mögliche Schutzfaktoren zu identifizieren. Auch der Settingansatz und die Selbstbestimmung sind klar ersichtlich
Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?	Ja, die Stichprobenauswahl wird begründet, ist nachvollziehbar und eignet sich zur Beantwortung der Ziele
Erfolgte die Datenerhebung durch eine Methode, die für das Setting geeignet ist?	Ja, die Datenerhebung erfolgte mit Leitfaden-Interviews und eignet sich in diesem Setting
Klare Beschreibung der Stichprobe und der angewandten Forschungsmethoden	Zum Teil. Die Stichprobe wird beschrieben, jedoch nur oberflächlich. Genaue Angaben zu den interviewten Personen fehlen (Alter, Tätigkeit etc.)
Werden die Theorie und der Kontext beschrieben?	Ja, ausführlich
Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?	Ja, die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar
Ist die externe Validität gegeben?	Zum Teil. Die Stichprobengrösse ist sehr gering (n=15) und deshalb nicht repräsentativ. Der Heterogenität der Migrationsbevölkerung wurde man etwas gerecht, indem bei der Stichprobe Menschen aus unterschiedlichen Ländern und verschiedenen relevanten Gruppen vertreten waren
<i>Zusätzlich für Studien:</i>	
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	Nein
Wurden randomisiert und diese Randomisierung beschrieben?	Nein (nicht nötig aufgrund des Studiendesigns)

War die Messmethode hinsichtlich der Bestimmung der Zielgrösse geeignet?	Ja, die qualitativen Interviews eignen sich zur Bestimmung der Zielgrösse
Wurden Angaben zum Datenverlust („loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	Nein
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	Nein
Gesamteindruck	Gut

Titel	Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz Grundlagen und Empfehlungen
Herausgeber	Public Health Services (PHS)
Art des Dokuments	Synthesebericht
Autoren / Autorinnen	Pfluger et al.
Land, Publikationsjahr	2009
Glaubwürdigkeit der Autoren / Quelle	Sehr hoch. Viel zitiertes Grundlagedokument. Ausführlicher Grundlagenbericht (über 160 Seiten) Namhafte Autorinnen und Autoren, Wissenschaftlicher Beirat und Steuergruppe. Unterstützt vom Tabakpräventionsfonds
Ist der Zweck der Studie klar angegeben?	Ja, in der Einleitung und bei den Zielen wird der Zweck genau erklärt
Gibt es eine klare Forschungsfrage oder Fragestellungen?	Nein
Erfüllen die Interventionen die Prinzipien der Gesundheitsförderung?	Grösstenteils ja. Praktisch in allen Kapiteln sind Prinzipien wie Empowerment, Vernetzung oder Nachhaltigkeit zentral
Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?	Ja, die Stichprobenauswahl wird begründet, ist nachvollziehbar und eignet sich zur Beantwortung der Ziele
Erfolgte die Datenerhebung durch eine Methode, die für das Setting geeignet ist?	Ja. Die Daten wurden primär mittels einer Literaturanalyse und Umfragen bei Fachexperten erhoben
Klare Beschreibung der Stichprobe und der angewandten Forschungsmethoden	Ja
Werden die Theorie und der Kontext beschrieben?	Ja
Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?	Ja, die Schlussfolgerungen sind aufgrund der vorherigen Kapitel nachvollziehbar
Ist die externe Validität gegeben?	Ja. Der Synthesebericht fasst zwar sehr viele unterschiedliche Studien, die von der Qualität sehr unterschiedlich sind, zusammen. Die Autoren ziehen aus diesen vielen Studien eine Synthese, womit die externe Validität

	gegeben ist
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?	Nein. Die geringe Datenmenge zu wissenschaftlich evaluierten Interventionen aus der Schweiz führte dazu, dass alle vorliegenden Dokumentationen und graue Literatur zur Datenlage einbezogen wurden
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	Ja, die wissenschaftliche Literatur wurde nach im Voraus festgelegten Schlüsselbegriffen in Literaturdatenbanken durchsucht
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest von zwei Personen beurteilt?	Nicht bekannt
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?	Nicht bekannt
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenz-Aufbereitung berücksichtigt?	Es wurden Studien von sehr unterschiedlicher Qualität und mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen eingeschlossen. Dies wurde bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt
Gesamteindruck	Gut

A4 Datenextraktion der quantitativen Analyse

Quelle	Hintergrund / Setting	Teilnehmer	Methode und Intervention	Resultate	Anmerkungen / Limitationen
Hungerbühler H. & Bisegger, C. (2012)	<p>Anlässlich des „Europäischen Jahres für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen“ von 2012 haben sich die Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM und das Nationale Forum „Alter und Migration“ die Frage gestellt, was Altern für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz bedeutet.</p> <p>Mit der gemeinsam in Auftrag gegebenen Studie soll eine Grundlage dafür geschaffen werden, wie die Situation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz aussieht, welche besonderen Bedürfnisse sich daraus ableiten lassen und welcher Handlungsbedarf besteht.</p> <p>Die Studie bietet einen Überblick über den Forschungsstand zum Thema und zeigt die demographischen Dimensionen bezüglich der älteren Migrationsbevölkerung auf.</p>	Fachpersonen aus dem Migrations- und Altersbereich aus der Romandie und der Deutschschweiz / 7 ältere Migrantinnen und Migranten aus der Schweiz	<p>7 ältere, unterschiedliche Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz haben in ausführlichen Gesprächen aus ihrem Leben erzählt und ihre heutige Situation geschildert.</p> <p>Für die Auswahl der befragten Personen war die Dokumentation der Vielfalt an unterschiedlichen Situationen entscheidend.</p> <p>Zusätzlich fliessen Bezüge und Zitate aus früheren Publikationen in die Dokumentation ein sowie das Fachwissen von zahlreichen Expertinnen und Experten.</p>	<p><i>Forschungskontext</i></p> <p>Die ältere Migrationsbevölkerung wird aus wissenschaftlicher Perspektive häufig defizitorientiert wahrgenommen und beschrieben. Ressourcenorientierte Ansätze kommen erst vereinzelt zum Tragen.</p> <p><i>Migrationsursachen und -biographien</i></p> <p>Ältere Migrantinnen und Migranten haben unterschiedlichste Migrationsbiographien. Dies ist in einen zeitgeschichtlichen und migrations- bzw. asylpolitischen Kontext zu stellen.</p> <p><i>Materielle, soziale und gesundheitliche Situation</i></p> <p>Den einzelnen älteren Menschen mit Migrationshintergrund geht es unterschiedlich gut. Im Durchschnitt sind sie aber materiell schlechter gestellt, haben ein höheres Armutsrisiko und sind weniger gesund als gleichaltrige Schweizerinnen und Schweizer.</p> <p><i>Migration als Ressource und Netzwerke</i></p> <p>Die heute älteren Menschen mit Migrationshintergrund waren meist Pionierinnen und Pioniere ihrer Herkunftsgruppe, die in der Schweiz nicht auf bereits existierende soziale Netzwerke ihrer Landsleute zurückgreifen konnten.</p> <p><i>Bedeutung</i></p> <p>Die Bedeutung der älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz wird unterschätzt. Ihre Zahl scheint noch gering, nimmt aber kontinuierlich zu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Autorinnen legen den Fokus im Bericht gezielt auch auf Ressourcen und nehmen damit eine Sichtweise ein, die in der heutigen Literatur erst wenig Beachtung findet. - Nur sehr geringe Stichprobe > geringe externe Validität
Bisegger, C. & Hungerbühler, H. (2008)	2008 wurde landesweit durch das Nationale Forum Alter und Migration, ausgeführt vom Schweizerischen Roten Kreuz und unterstützt durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Situation ältere Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz erhoben.	Insgesamt 70 Akteuren schickten auswertbare Antworten zurück. Ausserdem wurden 18 halbstrukturierte telefonische oder persönliche Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Bereichen	Per E-Mail wurden an 332 potentiellen Akteuren Fragebogen zugeschickt, welche nach dem Schneeballprinzip zu weiteren Akteuren und Projekten führten. Fragen zu eigenen und fremden Projekten und zu Kriterien der Good Practice wurden auf Deutsch, Französisch und Italienisch gestellt.	Die Bandbreite an identifizierten Projekten war sehr gross. Die erfassten Angebote fördern die Gesundheit von älteren Menschen mit Migrationshintergrund meist in einem sehr weiten Sinn. Sie unterstützen die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Zielgruppe direkt, oder über Weiterbildung und Forschung, indirekt.	<ul style="list-style-type: none"> - Der Bericht schlägt konkrete Empfehlungen zur Gesundheitsförderung mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund vor. - Der Begriff Schutzfaktoren kommt im Bericht nie vor. Das Wort Ressourcen wird

	Zu diesem Zweck wurden 332 potentiellen Akteuren per E-mail Fragebogen zugeschickt, welche nach dem Schneeballprinzip zu weiteren Akteuren und Projekten führten.	Migration, Alter und Gesundheitsförderung geführt. Einzelne in der schriftlichen Befragung identifizierte Akteure wurden ebenfalls kontaktiert und befragt.	Zur inhaltlichen Ergänzung und Differenzierung und zur Erarbeitung von Grundsätzen wurden 18 halbstrukturierte telefonische oder persönliche Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Feld geführt. Einzelne in der schriftlichen Befragung identifizierte Akteure wurden ebenfalls kontaktiert und befragt.		mehrmals erwähnt, jedoch immer in einem allgemeinen Kontext und ohne konkret zu werden. - Grundsätzlich nimmt der Text eher eine pathogenetische Sichtweise ein. - Der Bericht liefert wertvolle Daten zur Gesundheit und Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz.
Bermejo et al. (2015)	Für Personen mit Migrationshintergrund liegen kaum empirische Daten zu alkoholbezogenen Störungen vor. Obwohl Prävention und Gesundheitsförderung bei alkoholbezogenen Störungen als effektiv gesehen und befürwortet werden, fehlen Präventionsmassnahmen für die wachsende Zahl älterer Personen mit Migrationshintergrund. Vor diesen Hintergründen wurde im Rahmen des Projekts „Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund – Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes“ ein kultur- und migrationssensitives Präventionskonzept entwickelt und evaluiert. Ziel der Studie war, die Evaluation der Effekte eines transkulturellen Präventionskonzeptes auf gesundheitsfördernde Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich des Alkoholkonsums bei älteren Personen mit Migrationshintergrund.	14 Veranstaltungen mit 310 Personen mit Migrationshintergrund.	In einer multizentrischen Cluster-randomisierten kontrollierten Studie wurde ein transkulturelles Präventionskonzept zu alkoholbezogenen Störungen mit einem allgemeinen Präventionskonzept verglichen. Die Zielgruppe umfasste Personen, die einen türkischen, spanischen oder italienischen Migrationshintergrund hatten oder (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion waren. Die teilnehmenden Personen mit Migrationshintergrund wurden zu Beginn der Präventionsveranstaltung über die Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und gebeten, einen Fragebogen zum Thema „Wissen über und Umgang mit Alkohol“ auszufüllen. Am Veranstaltungsende wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, einen weiteren Fragebogen auszufüllen. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden nach sechs Monaten noch einmal schriftlich befragt.	Das transkulturelle Präventionskonzept wurde sowohl direkt nach der Veranstaltung als auch sechs Monate später signifikant besser bewertet als die allgemeine Präventionsveranstaltung. Fazit: Die Berücksichtigung der Diversität bezüglich kultureller, migrationsbezogener, soziodemografischer und sprachlicher Faktoren erhöht die Effektivität von Präventionsmassnahmen.	- Grossangelegt, cluster-randomisierter Vergleich eines transkulturellen Präventionskonzeptes im Vergleich zu einem allgemeinen Präventionskonzept. - Grösse der Stichprobe ist nicht repräsentativ > Einschränkung der externen Validität - Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der TPK-Gruppe könnte zu einer höheren Motivation bei der Durchführung der Studie geführt haben.
Arnold, C. & Oggier, J. (2012)	Die Suchtpräventionsstellen im Kanton Zürich thematisieren das Suchtverhalten unter älteren Menschen. Noch sehr wenig ist	15 Menschen mit Migrationshintergrund ab 60 Jahren, wohnhaft im Kanton Zürich. 10 davon	Es wurden Leitfaden-Interviews mit Fachpersonen und mit Schlüsselpersonen aus relevanten Gruppen der Migrationsbevölkerung	Es zeigte sich, dass, wie auch bei gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern, es bei Alkohol, Tabak und Medikamenten am häufigsten zu einem Substanzmissbrauch kommt und dass als Ursachen	- Bedarfserhebung spezifisch gegen Suchterkrankungen - Geringe Stichprobe, nur im

	<p>jedoch bekannt über risikoreichen Konsum und Abhängigkeit unter älteren Menschen mit Migrationshintergrund.</p> <p>Die FISP (Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung) führte aus diesem Grund anfangs 2011 eine Bedarfserhebung durch.</p>	<p>sind Fachpersonen aus den Bereichen Psychiatrie, Suchtprävention (teilweise selbst immigriert)</p> <p>5 Auskunftspersonen aus der Migrationsbevölkerung, die sich besonders durch ihre Vernetzung in ihrer jeweiligen Community auszeichnen.</p>	<p>durchgeführt. Anhand dieses Leitfadens berichteten 15 Fachpersonen beantworteten die Fragen vor dem Hintergrund von Erfahrungen, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Menschen mit Migrationshintergrund verschiedenster Herkunft gemacht hatten. Die Auskunftspersonen aus der Migrationsbevölkerung gaben in Bezug auf ihre Landsleute Auskunft.</p> <p>Insgesamt fanden 15 Interviews statt. 10 Interviews mit Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Alterswohnen, Psychiatrie, Suchtprävention, -beratung, -therapie sowie von Pro Senectute. Zudem fanden Gespräche mit fünf Auskunftspersonen aus der Migrationsbevölkerung statt. Diese Personen, teilweise selbst Fachpersonen (z.B. aus den Bereichen interkulturelles Übersetzen, Soziologie, jedoch nicht in den oben erwähnten Bereichen), zeichnen sich besonders durch ihre Vernetzung in ihrer jeweiligen Community aus.</p>	<p>körperliche, psychische und gesellschaftliche Faktoren in Frage kommen. Mögliche spezifische Risikofaktoren für eine Suchterkrankung bei der älteren Migrationsbevölkerung sind körperliche und psychische Probleme aufgrund der Migrations- und harten Erwerbsbiografie, Isolation, geringe Deutschkenntnisse, finanzielle Probleme, Gefühle der Entwurzelung und die belastende Frage der Rückkehr ins Herkunftsland.</p> <p>Unterstützung gesucht wird vor allem in der Familie, bei Fachpersonen aus den Bereichen Medizin und Pharmazie sowie teilweise bei religiösen Institutionen.</p> <p>Sinnvolle Suchtpräventionsaktivitäten sollten möglichst frühzeitig ansetzen, beziehungsgeleitet angelegt sein und in Settings wie Migrationsorganisationen, Gewerkschaften und Betrieben über Themen der Gesundheit allgemein, Sucht im Alter und finanzielle und psychosoziale Aspekte der Pensionierung informieren.</p>	<p>Raum Zürich > externe Validität eingeschränkt</p>
<p>Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009)</p>	<p>Es gibt in der Schweiz eine ganze Reihe von Fachpersonen und Organisationen, die mit Personen mit Migrationshintergrund arbeiten. Das Wissen für ein erfolgreiches Vorgehen ist jedoch lückenhaft und nicht breit bekannt. Im Synthesebericht des Projekts „Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung“ ist das vorhandene Wissen versammelt. Das Projekt geht von einem transkulturellen Ansatz aus. Die transkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention bezweckt, die professionelle Arbeit so weiterzuentwickeln, dass sie jederzeit auch auf die Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund angepasst und situationsgerecht ist. Ausgehend von den Schwerpunkten Tabak und Alkohol versammelt der</p>	<p>Fachleute der transkulturellen Prävention, Fachleute der Tabak- und Alkoholprävention, Fachpersonen mit Migrationshintergrund</p>	<p>Im Rahmen der Literaturanalyse wurde sowohl nach wissenschaftlicher Literatur, als auch nach Interventionen, Angeboten, Fach- und Beratungsstellen und Praxiserfahrungen im Bereich der Tabak- und Alkoholprävention mit Schwerpunkt auf Zielgruppen der Migrationsbevölkerung gesucht. Die Recherche konzentrierte sich in erster Linie auf Literatur zu migrationsspezifischen Präventionsprojekten. Gesucht wurde in erster Linie nach Projekten/Interventionen im Bereich Tabak und Alkohol. Weitere Dokumente und insbesondere graue Literatur wurden über Suchmaschinen im Internet ausfindig gemacht; ergänzend wurden Expertinnen und Experten aus der Tabak und Alkoholprävention angefragt. Weiter wurden eine kurze schriftliche Umfrage bei den Beauftragten für</p>	<p>Die Forschungsergebnisse zeigen, dass nur unvollständige Daten zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung vorliegen. Die Mortalität der Migrationsbevölkerung liegt leicht unter jener der Schweizer Bevölkerung, doch bestimmte Gruppen sind von erhöhter Morbidität und Mortalität betroffen.</p> <p>Generell gilt, dass die Gesundheit neben der Nationalität durch weitere Faktoren wie Sprache, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer und sozioökonomischer Status beeinflusst wird. Das Risikoverhalten und weitere Einflussfaktoren wie Zugangsbarrieren, Lebensumstände und soziale Netzwerke sind erst ungenügend untersucht.</p> <p><i>Kommunikation mit der Migrationsbevölkerung</i></p> <p>Partizipation und Empowerment sind gemäss den existierenden Studien wichtige Voraussetzungen einer erfolgreichen Arbeit mit der Migrationsbevölkerung. Dabei spielen aktuell „starke“ Beziehungen (im Sinne von „Freundschaft“) eine wichtige Rolle. Grosses Potenzial für die Kommunikation weisen Familie und</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die geringe Datenmenge zu wissenschaftlich evaluierten Interventionen aus der Schweiz führte dazu, dass sämtliche vorliegenden Dokumentationen und graue Literatur zur hiesigen Datenlage einbezogen wurden. - Aufgrund der Heterogenität der Ansätze waren einer inhaltlich fundierten und interpretativen Analyse Grenzen gesetzt. - Durch die grosse Anzahl unterschiedlicher Studien sind allgemeingültige Begriffsdefinitionen schwierig

	<p>vorliegende Synthesebericht die Ergebnisse der Recherchen und Analysen, mit denen die Erkenntnisse zur transkulturellen Arbeit in der Schweiz zusammengetragen wurden.</p>		<p>Gesundheitsförderung und Prävention sämtlicher Kantone durchgeführt. Schliesslich ergab auch die Befragung unter Fachpersonen der transkulturellen Prävention Hinweise auf Interventionen und Fachstellen, die sich an Personen mit Migrationshintergrund richten. Zusätzlich wurden einzelne Publikationen berücksichtigt, die Empfehlungen für die praktische Umsetzung lieferten.</p>	<p>Freundeskreis, Eigenorganisationen der Migrationsbevölkerung und Schlüsselpersonen auf. Die Verkehrs- und Kommunikationswege der Zielgruppe sind wenig bekannt. Die aufsuchende Arbeit hat einen hohen Stellenwert, insbesondere bei benachteiligten Gruppen.</p>	
--	---	--	---	--	--

A5 Dokumentation der Informationssuche der Grauen Literatur

Datenbank / Gefunden am	Sucheingabe	Gefundene Literatur
Google / Gefunden am 20. Nov. 2019	<i>Schutzfaktoren, ältere Menschen mit Migrationshintergrund</i>	Hungerbühler, H. (2011). Migrantinnen und Migranten – ein Teil der schweizerischen Altersbevölkerung. Arnold, C. & Oggier, J. (2012). Grundlagen für die Suchtprävention im Alter unter der Migrationsbevölkerung.
Google / Gefunden am 16. Sep. 2019	<i>Gesundheit der Migranten in der Schweiz</i>	Gasser, K. & Guggisberg, J. (2012). Die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz.
Google / Gefunden am 20. Nov. 2019	<i>Gesundheitsförderung älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz</i> > auf Homepage Nationales Forum für Alter und Migration gelangt > ‚Fachliteratur und Studien‘	Bisegger, C. & Hungerbühler, H. (2008). Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz.
Google / Gefunden am 20 Nov. 2019	Über die Sucheingabe <i>Gesundheitsförderung älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz</i> zur Homepage gelangt: www.transpraev.ch	Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009). Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz.
Google / Gefunden am 27 Okt. 2019	Über die Sucheingabe <i>Gesundheit der Migranten in der Schweiz</i> zur Homepage des Schweizerischen Roten Kreuzes gelangt. Unter ‚Studien‘ die beiden rechts stehenden Quellen gefunden.	Hungerbühler, H. & Bisegger, C. (2012). „Uns so sind wir geblieben...“ Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Gerber, M. & Hungerbühler, H. (2018). Lebenssituation und Bedürfnisse der älteren tamilischen Migrationsbevölkerung in der Schweiz.
Google / Gefunden am 1. Dez. 2019	Durch die Literatur Pfluger et al. (2009) auf die folgende Homepage gelangt: ISGF Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Unter ‚Publikationen‘ die drei rechts stehenden Quellen gefunden.	Kessler, D., Salis Gross, C., Koller, S. & Haug, S. (2012). Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz. Schaaf, S. & Salis Gross, C. (2010). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2009. Arnold, C., Salis Gross, C., Cangatin, S. & Sariaslan, E. (2013). Tiryaki Kukla – Tabakprävention bei Migrantinnen und Migranten aus der Türkei.

A6 Begründung der nicht gewählten Literatur

Literatur	Begründung
Selektive Literaturrecherche	
(Huth & Schumacher, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Konzentration auf Partizipation und Zielgruppenerreichung • Studie aus Deutschland, unterschiedliche Zusammensetzung von Menschen mit Migrationshintergrund • Der Bericht geht auf keine gesundheitlichen Auswirkungen ein
(Gerber & Hungerbühler, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Fokussierung auf die tamilische Migrationsbevölkerung • Auf gesundheitliche Aspekte und Ressourcen sowie Schutzfaktoren wird nicht eingegangen
(Kessler, D., Salis Gross, C., Koller, S. & Haug, S., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Nur Alkohol im Fokus • Nimmt keinen Bezug zur Fragestellung der Bachelorarbeit
(Arnold, C., Salis Gross, C., Cangatin, S. & Sariaslan, E., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Alleiniger Fokus auf Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei • Keine Fokussierung auf Gesundheit und Alter
(Maier, L. & Salis Gross, C., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Synthesebericht geht nicht spezifisch auf Menschen mit Migrationshintergrund ein • Fokussierung auf Tabakprävention • Kein Fokus auf Schutzfaktoren und Ressourcen
(Schaaf, S. & Salis Gross, C., 2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Bezug zu Alter, Risikofaktoren oder Schutzfaktoren
Systematische Literaturrecherche	
(Brand, T., Kleer, D., Samkange-Zeeb, F. & Zeeb, H., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Keine relevanten Daten oder Fakten, die der Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit oder den aufgeführten Zielen dienlich wären • Kein Fokus auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund
(Bermejo, I., Hölzel, L.P., Kriston, L. & Härter, M., 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie untersuchte nur die Inanspruchnahme von Gesundheitsmassnahmen • Die Untersuchungsgruppe beinhaltete einen grossen Teil Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion (Studie aus Deutschland), weshalb die externe Validität für die Schweiz sehr gering ist • Keine Berücksichtigung von Ressourcen / Schutzfaktoren
(Walter, U., Bisson, S., Gerken, U., Machleidt, W. & Krauth, C., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Geht ausschliesslich auf das Gesundheits- und Präventionsverhalten von russisch- und türkischsprachigen Migranten ein. Somit sehr geringe externe Validität

B1 Transkriptionen der Experteninterviews

Transkription des Interviews mit Frau Vogt

1 I: Gut, dann beginnen wir doch mit der ersten Frage: Als erstes würde ich gerne von
2 dir wissen, in sehr vielen Berichten ist zu lesen, dass ältere Menschen mit
3 Migrationshintergrund gesundheitlich schlechter gestellt sind in der Schweiz. Es gibt
4 viele Faktoren, bei denen man das sieht. Was sind für dich die Hauptursachen für
5 diese schlechter Stellung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz?

6 *B: Also, wenn du diese Zusammenstellung kennst (zeigt ein mitgebrachtes Blatt).
7 Das ist schon ein bisschen älter, aber es fasst vieles gut zusammen. Man kann ja
8 nicht die ganze Migrationsbevölkerung in einen Topf werfen, sondern man muss
9 schauen, welche Gründe vorhanden waren, dass Sie aus dem Herkunftsland
10 geflohen sind; ist es Arbeitsmigration, ist es Liebesmigration, sind es
11 Hochqualifizierte, ist es Asyl, Flucht. Also, die Bedingungen im Herkunftsland sind
12 entscheidend und Gründe für die Migration und den Zustand hier. Und dann die
13 Erfahrungen während der Migration. Was ist dort passiert? Was haben Sie alles
14 erlebt? Ist es eine freiwillige Migration gewesen oder eine erzwungene? Und dann
15 die Integration hier. Sprachlich, sozial, betreffend der Arbeit. Also wie die
16 Gesellschaft Sie hier aufgenommen haben. Ihr Zugang zum Gesundheitswesen.
17 (...) Aber wenn wir von den grossen Gruppen sprechen, die jetzt im Alter sind,
18 sprechen wir von südeuropäischen Gruppen. Die hatten die Idee wieder
19 zurückzugehen ins Heimatland. Es war eher ein temporäres Projekt. Viele waren im
20 Gastrobereich oder Bauwesen beschäftigt. Die Frauen zum Teil Heimarbeit oder
21 Schneiderinnen. Viele waren Akkord beschäftigt. Kaum Integration oder sprachliche
22 Verständigung. Bildung oftmals auch nicht, weder im Herkunftsland noch hier. Weil
23 Sie körperlich sehr hart gearbeitet haben mit wenig Lohn (...) resp. viel Lohn
24 schickten Sie den Familien zurück um diese zu unterstützen. Das zerrt natürlich am
25 Körper. Das war sicher eine Hauptursache, die Arbeitsbedingungen hier. Und dann
26 auch die Idee möglichst viel Geld zu sparen, also nicht für die Gesundheit,
27 Wohnung oder Ernährung sondern das was man hat zu teilen. Und schon auch die
28 Idee wieder zurückzugehen. Deshalb hat man auch wenig in Bildung und*

29 *Gesundheit hier in der Schweiz investiert. Es war ja auch von der Schweiz nicht*
30 *gewünscht, man wollte einfach die Saisoniers. Die Italiener, die Spanier, die*
31 *damals Exjugoslawier, die Portugiesen, zum Teil, und dann die nächstgrössere*
32 *Gruppe waren die Tamilen, welche aus einem Bürgerkrieg kamen, also sicher nicht*
33 *freiwillig und wahrscheinlich eher mit dem Gefühl, hmm ist unklar ob man*
34 *zurückgehen kann. Auch diese haben mehrheitlich im Billiglohnssektor gearbeitet.*
35 *Gastro- und Mehrfachjobs, oftmals Schichten- oder Nachtarbeit. Also körperliche*
36 *und psychische Belastungen und Krankheiten. Auf der anderen Seite hat die*
37 *Schweiz nichts geboten. Die ersten Integrationsgesetze kamen (...) glaube ich in*
38 *den 90er Jahren. Mit den Gesetzen fördern fordern. Dass man die Leute dort*
39 *abholt, wo sie stehen und ihnen Sachen zur Verfügung stellt und Informiert*
40 *bezüglich Gesundheitsversorgung. Ich glaube, das waren die Hauptursachen. (--)*
41 *Ein weiterer wichtiger Faktor war der Aufenthaltsstatus, bei Saisonier, nach 9*
42 *Monaten mussten sie wieder ausreisen, kein Familien Nachzug möglich. Dann die*
43 *Diskriminierung, sich verstecken, sich schämen, das hat auch einen Einfluss auf die*
44 *Gesundheit.*

45

46 I: Es gab einen Bericht „Uns so sind wir geblieben“. Da steht, dass viele Menschen
47 mit Migrationshintergrund wieder zurückgehen wollten. Jetzt bleibt doch ein grosser
48 Teil. Als ich diese Literatur las, fiel mir auf, dass entgegen dem Trend der
49 Gesundheitsförderung, vermehrt auf Ressourcen und Schutzfaktoren einzugehen
50 und sie mehr zu berücksichtigen, wird in der Literatur selten bis nie von diesen
51 Begriffen gesprochen. Demgegenüber aber oftmals von Risikofaktoren. Deckt sich
52 mein Eindruck mit deinen Erfahrungen? Was ist dein Eindruck?

53 B: Grundsätzlich ist ja Salutogenese eher neuer im Vergleich zur Pathogenese. Die
54 ganze Medizin ist ja seit Jahrhunderten darauf ausgelegt etwas zu verhindern und
55 wieder gesund zu werden, resp. etwas zu fördern, das man gar nicht erst krank
56 wird. Ich glaube das zieht sich etwas durch alles durch und irgendwann kommt der
57 Trend dann auch zur Migration. Das ist bei vielen Themen der Fall. Man schaut halt
58 zuerst was krank macht. Gerade im Alter herrscht seit vielleicht seit 10 Jahren
59 schaut man erst, was einen gesund hält. Unabhängig von Migration. Und bei der
60 Migration denke ich ist es auch die Gesellschaft, die diese Gruppe einfach als

61 *defizitär betrachtet. Also politisch, gesellschaftlich wird Zuwanderung primär so*
62 *angeschaut. Sie können die Sprache nicht, sie kennen die Normen nicht. Man*
63 *schaut was fehlt, was sie nicht haben. Die Risikofaktoren kann man auflisten und*
64 *vergisst, dass sie auch über Schutzfaktoren verfügen wie ich auch. Aber weil sie in*
65 *einem anderen Kontext leben müssen und sie fremd sind in vielen Bereichen, wirkt*
66 *es, dass sie defizitär wären. Deshalb erstaunt das nicht und deckt sich mit der*
67 *Literatur. Der gleiche Effekt gab es mit dem Alter. Das Alter ist einfach defizitär. Der*
68 *Abbau, die Kosten, die Belastungen. Dort investiert man viel, um das Altersbild*
69 *positiver zu gestalten und eben die Ressourcen zu stärken, zu betonen. Das*
70 *gleiche wird auch mit der Migration passieren. (...) Man schaut viel zu wenig in*
71 *welchen Umständen sie leben.*

72

73 I: Wie schätzt du denn die Schutzfaktoren bei älteren Migranten ein? Haben Sie
74 eine Daseinsberichtigung? Was ist deine Meinung dazu?

75 B: *Ich habe mir noch überlegt, du stellst ja dann noch die Frage, dass man mehr von*
76 *Ressourcen spricht und nicht von Schutzfaktoren. Ist das eine Frage des Begriffs?*
77 *Weil ich brauch primär den Begriff Ressource. Je nach dem wird der Begriff ja auch*
78 *als Synonym gebraucht.*

79

80 I: Ja, da hast du recht. (Zusammen schauen wir das Modell der Schutzfaktoren ein).
81 Hier sehen wir, dass Ressourcen aus Schutzfaktoren entstehen. Man schaut also
82 an, welche Faktoren Ressourcen stärken können. Aber es gibt natürlich
83 verschiedene Modelle. Jedoch sind auch Ressourcen kein grosses Thema in der
84 Literatur.

85 B: *Also ich finde, die Schutzfaktoren unterscheiden sich nicht gross von meinen*
86 *Schutzfaktoren. Es ist dann mehr die Frage, ob Sie dann zur Ressource werden.*
87 *Wenn ich viele Bindungen habe, wird das zu einem Schutzfaktor. Aber wenn ich*
88 *diese Bindungen nicht nutze, um mich gesund zu verhalten, wird es auch nicht zu*
89 *einer Ressource. So könnte man es sehen. Also bei der Migration wären sicher*
90 *Schutzfaktoren übergeordnet ein sicherer Aufenthaltsstatus, Arbeit mit Einkommen*
91 *das ausreicht. Keine Mehrfachjobs. Die Sprache, Sprachkenntnisse sind sicher*
92 *Schutzfaktoren. Schützt, dass Sie Zugang zur Gesundheitsversorgung finden und*

93 *dass sie sich entwickeln können. Auch sozial. Ich denke, die Situation, wie auf der*
94 *Darstellung, wie war die Situation vor der Migration und während. Das sind sicher*
95 *auch Schutzfaktoren. Teilweise fielen diese vielleicht einen Weg aufgrund der*
96 *Migration, aber sie können auch wieder zum Vorschein kommen. So ist es dann*
97 *keine Ressourcen (...) zum Beispiel die Tamilen, die ersten Tamilen waren die*
98 *Gutqualifizierten, die arbeiteten bei KMU's und waren jene, die beruflich unter dem*
99 *gearbeitet haben. So wurden die Schutzfaktoren aufgrund der Bedingungen nicht*
100 *zu Ressourcen. Man müsste also viel mehr betonen, was diese Leute mitbringen,*
101 *an Erfahrungen, an persönlichen Fähigkeiten und Stärken, Bildung. Das wären*
102 *eigentlich Schutzfaktoren und diese könnten zur Ressource für die Personen*
103 *werden.*

104 *(...) Vielleicht (...) wenn man Studien macht und dann mit den Leuten selber*
105 *spricht, sehen sie selber auch oftmals die Probleme, was sie selber nicht können.*
106 *Deshalb kommt in der Literatur auch oftmals Probleme und was sie alles erlebt*
107 *haben vor.*

108

109 *I: Reicht es demnach nicht, nur ihre Bedürfnisse zu erfragen? Es gab ja Studien, in*
110 *denen ältere Menschen mit Migrationshintergrund befragt wurden (...) Da kam*
111 *heraus, dass man die Akteure mehr vernetzen, mehr partizipativ mitarbeiten lassen*
112 *soll. Mehr Schlüsselpersonen erreichen. Also typische Elemente der GF allgemein.*
113 *Ich fragte mich dann jeweils beim Lesen, dass diese Punkte ja oft aus Expertensicht*
114 *sind, wie mir uns besser positionieren können durch Vernetzung etc.*

115 *Stärken diese Punkte auch Schutzfaktoren?*

116 *B: Für mich ist das was anderes (...) Vernetzung ist für mich mehr das Mittel zum*
117 *Zweck. Wie um an die Ressourcen zu kommen. Man weiss relativ gut, welches die*
118 *Probleme von Migranten und Migrantinnen sind. Wenn es aber darum geht,*
119 *Massnahmen umzusetzen oder so umzusetzen, dass sie nachhaltig sind, das ist die*
120 *Frage. War die Zielgruppe beteiligt, war es sprachkulturell so, dass es für sie*
121 *verständlich war und es eine Wirkung erzielt? Das ist für mich mehr eine*
122 *Methodenfrage. Und auch dass die Programme nachhaltiger sind. (..) Bei einem*
123 *Programm sagte uns ein Portugiese als Schlüsselperson, du kannst nicht kommen*
124 *mit Alkoholprävention. Das ist ein so fester Bestandteil der Kultur. Man sollte also*

125 *mehr die Lebenswelt berücksichtigen. Und das können sie nur selber definieren.*
126 *Was für Wörter und welche Ansätze sich für sie eignen. Wie man ein Thema*
127 *aufhängt. Und klar kommt man im Gespräch und der Mitbeteiligung viel näher an*
128 *Ressourcen ran. Wenn man dann hört, was die Person kann, was für Ideen sie hat.*
129 *Bis hin zu banalen Sachen, der Mehrsprachigkeit, die eine enorme Ressource ist.*
130 *(...) Pionierleistungen, die viele Migranten und Migrantinnen an den Tag gelegt*
131 *haben, ist eine mega Ressource. Sie waren die ersten die hier waren und niemand*
132 *hatte eine Idee, wie das Leben in der Schweiz 50 Jahre später aussehen wird. Das*
133 *herausfinden, wie werde ich in einem anderen Land älter, wie kann ich das soziale*
134 *Umfeld gestalten, auch nach der Pensionierung. Wie gehe ich damit um, dass das*
135 *Herz sonst noch irgendwo ist. Diese Leistung ist eigentlich eine unglaubliche*
136 *Ressource, im Sinne einer Anpassungsleistung. Einen neuen Weg zu finden, in*
137 *einem Kontext, wo sie keine Vorbilder haben. Also wenn ich hier alt werde, habe ich*
138 *viele Vorbilder und Möglichkeiten, wie mein Leben im Alter aussehen kann. Ich*
139 *glaube diese Leistung wird total unterschätzt. Man fordert immer, was sollten die*
140 *Migranten und Migrantinnen haben? So einfach ist es einfach nicht.*

141

142 *I: Kommen wir zur nächsten Frage. Bleiben wir noch ein wenig bei den*
143 *Schutzfaktoren. Die Schutzfaktoren können Unterschieden werden in Individuelle*
144 *und Umfeld-Faktoren (zeige das Modell der Schutzfaktoren).*
145 *Viele Handlungsoptionen wie Vernetzung, Partizipation, Zielgruppenerreichung*
146 *ordne ich den Umfeld-Faktoren zu. Die individuellen Faktoren fehlen in der Literatur.*
147 *Wieso wird vor allem auf die Umfeld-Faktoren eingegangen?*

148 *B: Es ist vielleicht einfach einfacher. Bei den Individuellen ist es vielleicht mehr ein*
149 *Setting eins zu eins oder Beratung oder? Und Public-Health ist ja schon mehr*
150 *übergeordnet, also Verhältnisprävention im Gegensatz zur Verhaltensprävention.*
151 *Bei der Verhältnisprävention geht ja mehr darum, wie das Umfeld angepasst*
152 *werden kann. Viele Faktoren teilt man sich natürlich mit anderen. Das man den*
153 *Weg hierher geschafft hat teilt man mit 156'000 anderen Tamilen in der Schweiz.*
154 *Und auf der anderen Seite ist es eine sehr heterogene Gruppe. Ist man auf dem*
155 *Land aufgewachsen, ist man aus der Stadt? Was für eine Bildung hat man? Wie*
156 *religiös ist man? Bei einer Schweizer Person, die aufs RAV geht, ist eine ehemalige*

157 *Leitung eines KMU's ein Highlight, eine riesige Ressource. Bei den Tamilen fehlt*
158 *das. Weil es dann heisst, mit diesem Uniabschluss können sie hier nichts. Und*
159 *dann ist dieser wertlos. Und das nagt natürlich am Selbstbild. Egal was ich*
160 *mitbringe, es hat nichts wert, es zählt nicht. Und ich muss von neu anfangen mit der*
161 *Ausbildung um Werte zu schaffen. (...) Mich dünkt es, dass Risikofaktoren*
162 *einfacher zu erkennen sind als Schutzfaktoren. Der gleiche Effekt hat man beim*
163 *Alter oder bei Abhängigen. Und Kampagnen hier auf dem individuellen Ansatz ist*
164 *ein bisschen (...) ich arbeitete lange bei der AIDS-Hilfe Bern und bei der love-life*
165 *Kampagne wählte man auch verschiedene Ansätze und die letzten waren fest auf*
166 *Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Das man individuelle Lebenswelten*
167 *anspricht und nicht allgemeine.*

168

169 *I: Gibt es denn deiner Meinung nach Unterschiede bei den Resilienzfaktoren bei*
170 *Menschen mit Migrationshintergrund zur Allgemeinbevölkerung?*

171 *B: Also Resilienzfaktoren sind ja menschliche Faktoren und haben keinen*
172 *Zusammenhing zum Geburtsland. Die Frage ist mehr, oft man diese übersetzen*
173 *kann. Welche Sprache und Methoden wählt man. Dass man eine kulturelle Sprache*
174 *findet, um die Zielgruppe auch zu erreichen. Man müsste wie schauen, was ist der*
175 *Kontext, wenn zum Beispiel die Zielgruppe hinduistisch geprägt ist, wie wäre dann*
176 *das Konzept dort? Also wenn ich mich anders verhalte, hat dies Einfluss auf meine*
177 *Gesundheit. Und wenn du das klug und gut vermitteln kannst, ist es egal, wer die*
178 *Zielgruppe ist. Der Inhalt ist folglich gleich, die Vermittlung sollte sich unterscheiden.*

179

180 *I: Was für Schutzfaktoren gibt es ihrer Meinung nach bei Menschen mit*
181 *Migrationshintergrund?*

182 *B: Ich glaube es gibt viele Schutzfaktoren die für alle zählen und mehr die*
183 *Lebensphase im Zentrum ist. Also zum Beispiel die Pensionierung haben ja alle*
184 *ungefähr im gleichen Zeitpunkt. Nur die Fragen sind ein wenig anders. Bei der*
185 *ältesten Migrationsgeneration ist die Frage, wo das Alter gestaltet wird. Bleibt das*
186 *Lebenszentrum in der Schweiz oder gehe ich zurück ins Herkunftsland. Bei den*
187 *Schweizerinnen und Schweizerinnen ist das keine grundsätzliche*
188 *Auseinandersetzung. Wie ich das Leben nach der Pensionierung gestalte, ist ja für*

189 *alle gleich. Je klüger man das Leben danach gestaltet, desto weniger*
190 *Suchtabhängig ist man dann wahrscheinlich. Das ist jetzt eine These. Es ist einem*
191 *nicht langweilig, man hat eine Funktion, man sieht einen Sinn, man hat ein soziales*
192 *Netzwerk. Wenn dann Schutzfaktoren wegfallen, kann dies zu einer Abhängigkeit*
193 *führen oder in eine Depression. Es gibt dann viele Ausgänge. Also bereits die*
194 *Planung selber kann ein Schutzfaktor sein. Bei der Arbeitermigration müsste*
195 *oftmals früher pensioniert werden, aus gesundheitlichen Gründen. Teilweise schon*
196 *IV-Rentner. Oftmals mit minimal AHV-Renten. Da sind die Möglichkeiten nicht*
197 *dieselben, wie bei jemandem, der ab 20 einbezahlt hat in einer mittleren*
198 *Lohnklasse. Ein Schutzfaktor für die zweite Generation ist das höhere Einkommen*
199 *und die Tatsache, dass von Anfang an für die Altersvorsorge eingezahlt wird. Das*
200 *fehlt der ältesten Generation.*

201

202 I: *Nebst politischen Aspekten wird in der Literatur oft auch die Familie eingegangen.*
203 *Wie stehst du zum Setting Familie bezüglich Schutzfaktoren?*

204 B: *Ich finde interessant, dass wenn man mit Migranten und Migrantinnen selber*
205 *spricht, ist die Familie immer das wichtigste. Aber wenn man dann individuell*
206 *spricht, gibt es dann trotzdem Probleme. Weil die Familie sehr verteilt ist. Ich*
207 *glaube, es gibt ein wenig den Mythos, dass die Migranten noch ein solidarisches*
208 *Familienleben haben. Ich glaube es ist nicht ganz so einfach. Und genauso intakt*
209 *oder eben nicht intakt wie bei einer Schweizer Durchschnittsfamilie. Tendenziell*
210 *haben Sie wahrscheinlich mehr Verwandte. Aber die Frage ist dann, ob diese auch*
211 *verfügbar sind. Ich glaube, die Migration war ein Familienprojekt. Es wurde in der*
212 *Familie besprochen und entschieden. Einzelne und mehrere sind ausgewandert. Es*
213 *wurde Geld hin und her geschickt und einander besucht. Bei Migranten und*
214 *Migrantinnen ist schon noch mehr die Verpflichtung, dass auch nach der*
215 *Pensionierung ein Familienprojekt bleibt. Die Jungen helfen mit, da ihnen vorher*
216 *geholfen wurde-sozusagen ein Tauschhandel. Wenn eine Migrantenfamilie wirklich*
217 *ein Problem hat, ist es wirklich eine Tragödie, weil das primäre Netzwerk schon*
218 *Familie ist. Aber es gibt auch bei ihnen vermehrt Scheidungen, was aber sehr*
219 *tabuisiert ist. Weil man als Familie immigriert ist und als Familie bestehen möchte.*
220 *Und nun plötzlich funktioniert es nicht mehr. Die Familie ist primär schon ein*

221 *Schutzfaktor weil man nicht alleine ist und sich gegenseitig unterstützt und*
222 *gleichzeitig ist es ein hohes Risiko, wenn es dann nicht funktioniert.*

223

224 I: Dann kommen wir zur vierten Frage. Kennst du aktuelle Programme oder
225 Projekte, welche die Stärkung von Schutzfaktoren von Menschen mit
226 Migrationshintergrund zum Ziel haben?

227 *B: Die Berner Gesundheit macht sehr viel im Migrationskontext. Da müsste man*
228 *einfach fragen, ob die Programme wirklich Schutzfaktoren stärken. Viele arbeiten*
229 *mit dem Papier 10 Schritte zur psychischen Gesundheit. Als ich noch bei der*
230 *Caritas war, haben wir auch nach diesen Grundsätzen versucht zu arbeiten mit*
231 *Seniorengruppen. Dann hat das Blaue Kreuz immer wieder migrationsspezifische*
232 *Beratungsangebote und aufsuchend gearbeitet- auch mit fremdsprachigen*
233 *Fachleuten. Auch die ProSenectute bietet viel an. Und die arbeiten ja spezifisch mit*
234 *Gesundheitsförderung und machen keine Prävention. Die Spitex Schweiz hat auch*
235 *schon mal eine Studie gemacht, in der Migranten befragt, ob sie Spitex*
236 *Dienstleistungen in Anspruch nehmen und wie ihre Haltung gegenüber der Spitex*
237 *ist. Und was es bräuchte, dass die Ältesten die Spitex im eigenen Haushalt*
238 *akzeptieren. Ein Kapitel war das Übergenerative. Wenn die Ältesten Pflegebedürftig*
239 *sind, gehört es dazu, dass alle Generationen mithelfen. Deshalb denke ich ist die*
240 *Familie schon ein wichtiger Punkt. (--). Und dann die ganze Nachbarschaftshilfe,*
241 *soziale Beziehungen ist für mich ein ganz zentraler Punkt für die psychische*
242 *Gesundheit. Wenn du ein, zwei Vertrauenspersonen hast im Umfeld, in der*
243 *Nachbarschaft oder in der Arbeit, das reicht.*

244

245 I: Bei der Frage 5 würde mich folgendes interessieren: Schutzfaktoren schützen ja
246 nicht nur vor Suchterkrankungen. Siehst du ein Legitimationsproblem für Projekte,
247 die die Stärkung von Schutzfaktoren zur Folge haben?

248 *B: Ich glaube es wird zunehmend akzeptiert (...) die Messbarkeit ist das Problem,*
249 *wie auch bei der Prävention. Man kann nicht messen, wie viele nicht krank*
250 *geworden sind dank der Intervention. Und wenn man zum Beispiel Resilienz stärkt*
251 *oder Ressourcen orientiert arbeitet, weiss man ja nicht was passiert werde, wenn*
252 *man es nicht gemacht hätte.*

253 I: Ist das vielleicht mit ein Grund, weshalb weit öfters auf Risikofaktoren
254 eingegangen wird?

255 *B: Ich denke schon (...) Also wenn man die Zahlen anschaut, Tabakkonsum geht ja*
256 *zurück, der Alkohol gesamtheitlich ja auch. Das könnte ja wie eine Legitimation*
257 *sein, dass man mehr investieren müsste. Da Alkohol im Alter nimmt ja eher zu und*
258 *bleibt hartnäckig. Das hat man noch nicht so erkannt, dass ab der Pensionierung*
259 *der Alkoholkonsum steigt.*

260

261 I: Die nächste Frage zielt auf die Tatsache, dass viel Literatur existiert zur GF
262 allgemein, für Kinder und Jugendliche. Bei den älteren gibt es nur wenig Literatur.
263 Dies obwohl man weiss, dass ältere Menschen eher besser auf
264 Gesundheitsförderungsinterventionen ansprechen, gerade wenn sie auf sie
265 zugeschnitten sind. Warum denken Sie besteht diese Fokussierung auf die
266 Jungen?

267 *B: Aus der Entwicklungspsychologie entstehen ja Krankheiten vor allem in der*
268 *Pubertät. Dort ist eine hochsensible Entwicklungsphase, wo es in beide Richtungen*
269 *gehen kann. Und beim Suchtmittelkonsum besteht eine grosse gesundheitliche*
270 *Schädigung und zwar nachhaltig, darum wird auch so viel in dieser Lebensphase*
271 *investiert. Sie sind in einer sehr sensiblen Phase bezüglich Bildung, Entwicklung*
272 *der Organe. Abnabelung der Bezugspersonen, Orientierung nach Aussen,*
273 *Identitätsfindung. Risiken eingehen gehört dazu, man möchte Sachen*
274 *ausprobieren. Deshalb auch der Jugendschutz. Ich denke, es hat sehr viel mit*
275 *dieser Entwicklungsphase zu tun, in der man viel schneller in eine Sucht kommt und*
276 *sehr schwierig aus dieser Gewöhnung wieder herauszukommen.*
277 *Dass im Alter nicht investiert wird, hat aus meiner Sicht als*
278 *Entwicklungspsychologin damit zu tun, dass man denkt, dass man mit 40 Jahren*
279 *„fertig“ entwickelt ist. Man hat eine hohe Selbstverantwortung und*
280 *Selbstbestimmung und hat das Leben im Griff. Und das bleibt auch so. Also die*
281 *Person, die fertig entwickelt ist, bist man stirbt. Aber man ist immer im Prozess,*
282 *man ist immer wieder neuen Menschen und neuen Lebenswelten ausgesetzt. Dazu*
283 *kommt, dass auch der Mensch selbst eine Entwicklung durchmacht. Man erlebt so*
284 *viel in der Zwischenzeit. Deshalb kann man auch mit 70 Jahren ein Suchtverhalten*

285 *entwickeln. Deshalb kann auch mit 70 Jahren ein Suchtverhalten entwickelt werden.*
286 *Ich glaube, dass die Tatsache, dass dieser Mechanismus auch im Alter passieren*
287 *kann, ein wenig verkannt wurde.*

288

289 I: Ihre Ausführungen erinnern mich an die Lebenslaufperspektive?

290 *B: Ja, man hat natürlich auch eine Akkumulation von Ressourcen,*
291 *Resilienzfaktoren. Und so lange man die Wage hält, ist alles in Ordnung. Was man*
292 *verkannte, ist, dass man nach der Erwerbstätigkeit ganz viele in Nichts fallen. Weil*
293 *sie keinen Auftrag mehr haben, keine Struktur. Plötzlich musst du dir selber wieder*
294 *eine Struktur geben. Das ist ein grosser Risikofaktor. Die Entwicklung einer neuen,*
295 *anderen Identität. Vlt. Diese hat man eigentlich. Konnte man diese nie leben, weil*
296 *man sehr viel arbeiten musste und sich immer um andere kümmern musste. Dann*
297 *hat man plötzlich so viele Wahlmöglichkeiten und Zeit.*

298 *Dazu kommt, dass der älteren Generation das Bewusstsein und die Informationen*
299 *zu Suchterkrankungen oftmals fehlt,, dass sie in ihrer Schule das noch nicht*
300 *mitbekommen haben.*

301 *Aber mein Menschenbild ist, dass der Mensch nicht auslernt. Auch jemand im Alter*
302 *kann wieder einen anderen Umgang lernen. Deshalb ist etwas, was man in der*
303 *Schule nicht mitbekommen hat, nicht verloren. Aber es spricht ja nichts dagegen,*
304 *auch mit 60 seinen Alkoholkonsum zu ändern. Entscheidend ist, dass man*
305 *jemanden hat, dem man auf Augenhöhe begegnet und dich begleitet. Und du einen*
306 *Sinn darin siehst, dein Verhalten zu ändern. Das ist die Kunst.*

307

308 I: Bei der 7. Frage nimmt es mich Wunder, wo du am meisten Potenzial oder
309 Chancen siehst bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

310 *B: Übergeordnet ist die Anerkennung der ausländischen Abschlüsse, berufliche und*
311 *schulische Abschlüsse. Dass diese per se anerkannt werden oder viel schneller*
312 *geprüft werden. Damit du auf der Qualifikation, die du mitbringst, hier arbeiten*
313 *kannst. Für viele würde das auch zu besseren gesundheitlichen Bedingungen*
314 *führen. Und dann- auch wieder übergeordnet- wieso haben wir nach wie vor so viel*
315 *Mühe, wenn jemand nicht Müller oder Hugentobler heisst. Also der ganze Zugang*
316 *zu Jobs, zu Lehrstellen. Der Abbau von Schranken, zum Beispiel bezüglich*

317 *Religion. Es geht um Vorurteile. Dann die ganzen Einbürgerungsgesetze. Wie teuer*
318 *ist eine Einbürgerung? Man schliesst 25%, die mitbestimmen könnten, wenn sie*
319 *schon Steuern zahlen. Dann sollte man nicht immer mehr Gelder streichen für*
320 *Deutschkurse und Programme zur Integration. Irgendwann wird sich das rächen,*
321 *wenn es nicht bereits passiert. Aus meinen Erfahrungen kann ich sagen, dass es*
322 *sich lohnt, aufsuchend in ein Setting zu gehen bei dem die Menschen erreicht*
323 *werden wollen. Hier fände ich es spannend, wenn vermehrt Branchenverbände wie*
324 *Gastro, Bau oder Taxiverbände mehr Initiative zeigen würden.*
325 *Dass man Programme, Informationen anbietet. In der Ansprache liegt meiner*
326 *Meinung nach auch viel Potenzial. Dass man sie nicht anspricht, weil sie Migranten*
327 *sind sondern weil sie hier arbeiten oder in einer Lebensphase sind. Bei*
328 *Suchtprogrammen bin ich immer ein wenig hin und her gerissen, was es bringt,*
329 *wenn man sie direkt anspricht oder mehr in Gruppen arbeiten soll. Oder das*
330 *verhalten vermehrt in den Vordergrund stellen. Wenn du so ein Verhalten zeigst,*
331 *melde dich doch (..) Und gleichzeitig wenn man öffentliche Veranstaltungen*
332 *ausschreibt kommen die, welche Berndeutsch sprechen. Man erreicht die*
333 *Zielgruppen nur schwer. Ich glaube man hat mehr Chancen, wenn Lebenswelten*
334 *benennt. Die Lebenswelt birgt Risiken für etwas. Und diejenigen aus dieser*
335 *Lebenswelt werden dann abgeholt. Und nicht über äussere Merkmale wie Sprache,*
336 *Migration. Das heisst man spricht dann zum Beispiel Coiffeure an, geht also über*
337 *die Berufsidentitäten, Berufsrisiken ein und schaut dann innerhalb, ob es*
338 *Geschlechter- oder Alters- oder Sprachspezifische Angebote braucht. (...)*
339 *Und dann einen vermehrten Blickwinkel, was hilft gesund zu bleiben. Für mich als*
340 *Mensch ist das doch attraktiver, als zu hören, was krank macht.*

341

342 *I. Die Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich in universelle und selektive*
343 *Prävention unterteilen. Welchen Präventionsansatz würden Sie bei der Stärkung*
344 *von Schutzfaktoren bei Menschen mit Migrationshintergrund verwenden?*

345 *B: Ja die Schwierigkeit ist es doch, an die Risikogruppen ranzukommen. Ich würde*
346 *Umstände definieren (...) wahrscheinlich ist die selektive Prävention erfolgreicher.*
347 *Also wenn du in dieser Situation bist, haben wir dir dazu Informationen. Aber man*
348 *kann natürlich auch auf Italienisch einladen und ansprechen und die Risikofaktoren*

349 *ansprechen. Dann fühlt man sich vielleicht bei einem angesprochen, bei anderen*
350 *nicht. Wichtiger sind für mich die Lebenswelten, dass man diese anspricht. Oder*
351 *allgemein anspricht, wo Risiken bestehen. Die Gruppen sind ja in sich schon sehr*
352 *klein. Zum Beispiel die Italiener sind denke ich gut abzuholen mit harter Arbeit,*
353 *kleinem Budget. Wie gestalte ich nun den Alltag? Ob das universelle oder selektive*
354 *Prävention ist, ist noch schwierig zu beurteilen. Übergeordnet ist die*
355 *Enttabuisierung auch sehr wichtig. Mehr Sensibilisierung, Sucht gehört zum*
356 *Mensch. Deshalb gibt es Suchtstellen. Das scheint mir wichtig.*

357

358 I: Siehst du eine Gefahr der Stigmatisierung?

359 *B: Wie gesagt finde ich die Ansprache sehr wichtig. Was sicher auch hilft, wenn*
360 *man Menschen aus der Gruppe hat, die helfen, umzusetzen und wichtiges*
361 *Fachwissen haben. Das sollte immer ein Ziel sein, mit Peers zu arbeiten, um auf*
362 *Augenhöhe zu sein. Fachleute mit gleichem Hintergrund erlauben einen ganz*
363 *anderen Zugang.*

364

365 I: Bei der nächsten Frage beziehe ich mich auf eine Studie von 2008 des Roten
366 Kreuzes. Diese führte in einer landesweiten Erhebung eine Analyse der Situation
367 älterer Migrantinnen und Migranten durch. Dazu wurden wichtige Akteure der
368 Gesundheitsförderung und Prävention zu unterschiedlichen Themen befragt. Unter
369 anderem wurde ersichtlich, dass fast zweidrittel der Akteure kein spezifisches
370 Programm für Menschen mit Migrationshintergrund hat. Wie ordnest du diese Zahl
371 ein?

372 *B: Also einerseits habe ich das Gefühl ist einfach sehr viel passiert in diesen 11*
373 *Jahren oder 10 Jahren. Ich denke, (..) wenn man das heute machen würde, würde*
374 *es anders aussehen, da man viele migrationsspezifische Angebote hat. Ich denke*
375 *heute hat man das schon mehr auf dem Radar (...) die Frage ist mehr ob man*
376 *Gelder bekommt. Und bei der konkreten Beratung fehlt halt einfach das*
377 *Übersetzungsgeld. Ich denke, das ist ein wenig das Problem bei der einten*
378 *Anschlussfrage. (..)*

379

380 I: Ich arbeite ja jetzt auf einer Suchtstelle. Und ich habe den Eindruck, dass jede
381 Stiftung ja auch ein Stück weit entscheiden kann, für was das Geld eingesetzt wird.
382 Einen Dolmetscher kommen zu lassen, hat dann vielleicht nicht erste Priorität. Ist
383 denn die Sensibilisierung genug da bei den Stellen?

384 *B: Also die Frage ist sicher berechtigt, ob man genug macht. Warum oft*
385 *Fremdsprachige Menschen nicht kommen, schwierig zu sagen. Vielleicht helfen*
386 *Angehörige (...) dann sagt man sich dann investieren wir auch kein Geld, da ja*
387 *nichts kommt. Ich bin der Meinung, dass wenn man ein Angebot schafft, auch die*
388 *Nachfrage steigt. Aber es scheiterte dann oft am Geld. Man gibt so viel Geld aus*
389 *um zu übersetzen und transkulturelle Programme zu fördern und dann harzt es*
390 *sehr, oder man hat nicht die Zahlen, die man – naja – erzielen möchte. Dieses*
391 *Risiko gehen viele nicht mehr ein. Und das ist für mich schon auch ein wenig ein*
392 *Rätsel, wieso es nicht mehr in Anspruch genommen wird. An was das es liegt. Ich*
393 *weiss nicht, ob die Stigmatisierung nicht doch höher ist (...)*

394

395 I: Und evtl. auch die Tabuisierung? Ich konnte in der Literatur lesen, dass diese bei
396 Menschen mit Migrationshintergrund auch höher ist.

397 *B: Ja, das ist wahrscheinlich schon so. Aber das müsste auch genauer angeschaut*
398 *werden. Vielleicht ist es eine Schichtfrage (-) Aber ich – wie ich aussehe – kann ich*
399 *sicher anonym auf eine Suchtfachstelle als (...) ja (...) Und dann gibt es natürlich*
400 *wenn bei jemandem aus religiösen Alkohol verboten ist, wem sagst du dann das?*
401 *Und möchtest ja deinen engsten Leuten nicht zumuten, dass du dich nicht an die*
402 *Regeln und Normen haltest. (--)* Also ich denke es ist massiv viel passiert (-) Also
403 *die Fachstellen, die ich kenne investieren viel, sind aber teilweise auch frustriert,*
404 *weil nicht das zurückkommt, was man investiert und erwartet. Aber gleichzeitig ist ja*
405 *die Idee von dieser transkulturellen Öffnung, dass die Angebote die bestehen, von*
406 *allen genutzt werden. Egal ob ich klein bin oder dick oder schwarz bin oder nicht.*
407 *Also investiert man eher in diese transkulturelle Öffnung hin, oder hat man eher*
408 *noch spezifische (...) Ich denke im Moment braucht es beides.*

409

410 I: Es gibt ja dieses Konzept Migrationsmainstreaming, dass Migrationsaspekte
411 überall mitgedacht werden sollten (...)

412 *B: Ich glaube dort scheitert es vor allem weil man viel zu wenig (..) durchmischte*
413 *Teams hat (-) Ich glaube, es hat schon einen Effekt wenn man die Teams auf einer*
414 *Website sieht oder vor dir steht halt, halt unterschiedliche Merkmale und Herkunft*
415 *hat. Ich glaube das macht schon was. Gleichzeitig sagen wir ja auch, ja und wenn*
416 *dort eine Tamilin arbeitet, gehen wir ja sowieso nicht.*
417 *Weisst du (...) es ist so widersprüchlich. Aber ich glaube wenn (..) man viel mehr*
418 *sagen würde, wir organisieren Übersetzer oder diese ist wie garantiert, das würde*
419 *schon was auslösen (..) im positiven.*

420 *I: Dann kommen wir bereits zur letzten Frage: Sprechen wir doch die Pensionierung*
421 *nochmals kurz an. Welche Bedeutung gibst du der Pensionierung in Bezug auf die*
422 *Gesundheit von Menschen im Allgemeinen? Inwiefern denkst du, hat die*
423 *Pensionierung eine besondere Bedeutung bei Menschen mit Migrationshintergrund*
424 *in der Schweiz?*

425 *B: Das was ich weiss, ich bin (lacht) ja selber nicht betroffen, aber ist wirklich- aber*
426 *die Pensionierung ist ja schon- weil es so getaktet ist oder, das Erlebnis das ist*
427 *eigentlich auch eine Chance. Ich bin nicht alleine, der das erlebt. Ein Todesfall ist*
428 *eine Ausnahme oder ein Unfall oder eine Behinderung. Die Pensionierung ist*
429 *getaktet. Auch wenn man nicht arbeitet, hat man diesen Schritt. (..) Und da weiss*
430 *man einfach, dass man je früher man sich damit auseinandersetzt und sich Sachen*
431 *beginnt zu organisieren, desto besser gelingt einem dieser Übergang. Und das*
432 *Gute an der Pensionierung ist, dass man genau weiss wann. Ausser man ist dann*
433 *(...) man kippt aus dem Arbeitsmarkt und mit 55 findest du keinen Anschluss mehr*
434 *(...) aber an und für sich, das Rentenalter ist einfach gegeben. Es kommt (...) es*
435 *kommt, es ist garantiert. Und was ich weiss aus der Literatur und auch aus*
436 *Einzelbeispielen, dass Männer noch mehr Mühe haben und plötzlich sind sie*
437 *pensioniert. So aufwachen und dann keinen Plan haben. Und die Frauen haben*
438 *rein aus der Biographie einfach mehrere Standpunkte immer schon gepflegt. Und in*
439 *der Regel auch Freundschaften ausserhalb des Arbeitskontextes. Und das hilft*
440 *natürlich, denn die gehen weiter. Aber wenn meine primären Freunde bei der Arbeit*
441 *sind, fällt das weg, das verliert man! Wenn man die Stelle wechselt, diese Leute*
442 *siehst du nicht mehr! Man teilt einfach die Arbeit, du hast Beziehungen, aber das*
443 *fällt dann in der Regel weg. Und bei der Migration, das haben wir ja schon*

444 *diskutiert, dort sind noch andere Fragen im Fokus. Und da ist ja interessant (...)*
445 *ähm wenn so die ersten grösseren Gruppen pensioniert werden, die über den*
446 *Asylweg in die Schweiz gekommen sind. Dann hast du nochmals ganz andere*
447 *Voraussetzungen, also wenn du aus Arbeitsgründen in die Schweiz gekommen bist.*
448 *Dann hast du doch noch Freiheiten, aber beim Asyl hast du mehrheitlich wirklich*
449 *eine schwierige Biografie und wahrscheinlich wenig soziale Arbeits- und*
450 *Bildungsintegration gehabt. Und das ist ja schon interessant, was dann dort*
451 *passiert. (...) Man muss einfach hoffen, dass ihre Communities sie auffangen. Zum*
452 *Beispiel die Italiener sind ja auch nach der Pensionierung gut organisiert, es gibt*
453 *viele Arbeitsgruppen (...) bei den Tamilen ist das am Entstehen. Die haben das*
454 *realisiert, dass das soziale Netzwerk das ist was einen trägt, wenn die Arbeit nicht*
455 *mehr da ist. Und das ist ja eigentlich eine Ressource und ein Schutzfaktor, diese*
456 *migrantischen Netzwerke, das ist Goldwert. Und das wird von der schweizerischen*
457 *Bevölkerung oft nicht anerkannt. Man hat das Gefühl, das sind*
458 *Parallelgesellschaften. Dabei sind diese Netzwerke, psychisch und sozial, so*
459 *wichtig. Eigentlich müsste man auch dort investieren. Und schauen, dass*
460 *Informationen dort hineinkommen. Damit spreche ich etwas die Vernetzung der*
461 *Akteure an oder? Nicht nur die Fachstellen untereinander müssen sich vernetzen,*
462 *sondern eigentlich primär die Netzwerke und Communities.*

463

464 I. Also Hilfe zur Vernetzung von ihnen?

465 B: *Ja, einfach geregelte Strukturen mit Vereinen mit religiösen Gruppen, nicht*
466 *formalisierten Netzwerken. (-)*
467 *Soziale Beziehungen sollten wir auch noch ansprechen. Diese helfen, wenn du ein*
468 *Suchtproblem hast und helfen dabei, keines zu entwickeln. Von den Gruppen, in*
469 *denen ich drin war, habe ich immer wieder betont, dass wir Menschen soziale*
470 *Wesen sind und es das Wichtigste ist, dass wir eine, zwei, fünf Vertrauenspersonen*
471 *haben. Ich habe Sie diskutieren lassen- habe ich das? und was braucht es das*
472 *aufzubauen? Können wir gleich anfangen, das aufzubauen? Da sind interessante*
473 *Dinge entstanden. In welchem Rahmen ist dieser Aufbau möglich? Bei meinen*
474 *vorherigen Stellen haben sich da mehrere Gruppen gebildet. Weil sie plötzlich*
475 *realisiert haben, warum tun wir uns nicht zusammen? Wir wohnen alle im gleichen*

476 *Städtchen, sind alle pensioniert- wir haben alle Zeit am Vormittag, dann gehen wir*
477 *doch alle zusammen laufen. Hierbei haben sich Freundschaften entwickelt. Auch*
478 *bei Informationsveranstaltungen ist das ein guter Nebeneffekt, den man ja bewusst*
479 *möchte, aber nicht so explizit erwähnt (...) wir laden ja nicht ein zum (..)*

480

481 I: Zum Vernetzten?

482 *B: Ja genau (lacht) Wir laden zu einem Thema ein und schauen, dass die*
483 *Menschen in ein gutes Gespräch kommen. Und das war natürlich schon auch ein*
484 *Auftrag den ich hatte, Leute zusammenzubringen. Und zu benennen, was*
485 *Freundschaften für Schutzfaktoren sein können, das muss man nicht verstecken,*
486 *das weiss jeder. Und das kann man verknüpfen mit anderen Gesundheitsthemen.*
487 *Zusammen kochen und essen ist gesünder wie alleine (...)*

488

489 I: Auf der anderen Seite ist es wahrscheinlich genau schwierig, Menschen ohne
490 soziales Netz zu so einem Treffen zu bewegen (...)

491 *B: Wir haben halt dann auch mit Gruppen geschaut, habt ihr Leute, die ihr sieht (...)*
492 *kennt ihr diese überhaupt, gibt es eine Möglichkeit jemanden zu besuchen, den*
493 *man nicht oft draussen sieht. Anzusprechen beim Briefkasten (-) Also ein wenig,*
494 *sensibilisieren für Leute die nicht sichtbar sind.*

495 *Oder auch, wenn du realisierst, bei ihr ist der Ehepartner gestorben, dass du sie*
496 *anspricht. Das sind so diese Schritte. Hier haben wir die Leute auch ein wenig*
497 *herausgefordert und gefragt, könnt ihr das umsetzen. Ich glaube nicht, dass das*
498 *übergreiflich ist oder kolonialistisch (lacht) sondern eine Alltagshilfe im Alter. Halt*
499 *auch immer schauen, dass das euch nicht passiert, dass ihr nicht vereinsamt. Ja*
500 *(...) Also noch, was migrationsspezifisch ist, wenn wir jüngere haben, dass wir dort*
501 *schon, ganz bewusst über diesen Schritt diskutiert haben. Das ist ab wie ein Zäpfli,*
502 *was haben wir für Ängste, was haben wir für Möglichkeiten, wie stehen unsere*
503 *Grosskinder dazu, was gibt es für Modelle und Prozesse, ich glaube das ist sehr*
504 *wichtig. (..) Ich habe das Gefühl, die Arbeitgeber müssten man mehr in die Pflicht*
505 *nehmen. Aber das ist ein Thema, das ist ein guter Aufhänger. Pensionierung und*
506 *das Leben danach. Wie gestalte ich den Alltag, Wo sehe ich Risiken. Und für die*

507 *meisten ist die Langweile schon ein Thema. Auch mit Kollegen, zusammen trinken*
508 *ist dann schnell ein Thema.*

509

510 I: *Möchtest du noch etwas sagen, dass dir relevant erscheint, wir aber noch nicht*
511 *besprochen haben?*

512 *B: Nein, was einfach noch auffallend ist, dass viele Pensionierte Menschen mit*
513 *Migrationshintergrund das Recht auf Ergänzungsleistungen nicht kennen. In der*
514 *Annahme, dass ist Sozialhilfe und Sozialhilfe wollen wir nicht. Wir wollen nicht vom*
515 *Staat abhängig sein. Also dieses Schamthema Sozialhilfe oder abhängig sein vom*
516 *Staat, lieber mehrere Jobs, schwarzarbeiten. Ich glaube mehr Informationspflicht*
517 *von uns wäre schon dienlich. Das sie auch weniger prekäre Jobs haben. Das ist*
518 *doch ein guter Schluss für das Thema Schutzfaktoren, prekäre Situationen*
519 *möglichst verhindern.*

Transkription des Interviews mit Frau Hungerbühler

1 I: Gut, dann beginnen wir mit der ersten Frage: Im Bericht ‚Kriterien der
2 Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz‘ des Roten Kreuzes
3 von 2008 wird festgehalten, dass MigrantInnen unter den krankheits- und
4 invaliditätsbedingten Frühpensionierten stärker vertreten sind als SchweizerInnen.
5 Zudem ist der schweizerischen Gesundheitsbefragung vom Bundesamt für Statistik
6 (2002) zu entnehmen, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund weniger
7 gesund fühlen als SchweizerInnen.
8 Worin sehen Sie mögliche Ursachen für die durchschnittlich schlechtere Gesundheit
9 von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz?

10 *B: Ja, es sind ja nicht nur die älteren Migrantinnen und Migranten, sondern generell*
11 *Migranten und Migrantinnen im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern, die*
12 *sich im Durchschnitt schlechter fühlen. Und mit zunehmendem Alter wird diese*
13 *Schere noch grösser. Ursachen (...) also, es gibt natürlich mehrere Ursachen.*
14 *Bei der schweizerischen Gesundheitsbefragung können ja nur Migrantinnen und*
15 *Migranten teilnehmen, die einer Landessprache mächtig sind, also Deutsch,*
16 *Französisch oder Italienisch. Und dann hat man Zusatzbefragungen gemacht mit*
17 *Türkinnen und Türken, Tamilinnen und Tamilen, Kosovaren und Kosovarinnen und*
18 *irgendeiner afrikanischen Gruppe, die ich jetzt gerade nicht im Kopf habe. Diese hat*
19 *man zusätzlich befragt. Also Leute, die die Sprache nicht können. (..) Also man*
20 *sollte ein wenig unterscheiden (...) also die, die als Arbeitsmigrantinnen und*
21 *Arbeitsmigranten in die Schweiz gekommen sind, die arbeiten überdurchschnittlich*
22 *viel im Tieflohnsektor mit harten, manuellen Arbeitsbedingungen, mit hohem*
23 *Unfallrisiko, krankmachenden, gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen.*
24 *Also wenig Aufstiegschancen. Das hat dann natürlich auch dazu geführt, dass zum*
25 *Beispiel bei der Arbeitsinvalidität sie überproportional vertreten sind im Vergleich zu*
26 *Schweizerinnen und Schweizern, weil sie eben mehr in solchen Sektoren gearbeitet*
27 *haben. Das ist dort, wo man zunehmend Schweizer mit Migranten ersetzt hat. Und*
28 *auch zum Beispiel bei den Saisoniers aus Italien hat man das gesehen, dass*
29 *diese Trennung von der Familie, die langjährige, dass dies auch ein psychischer*
30 *Faktor gewesen ist. Die psychische Gesundheit (...) Dann auch die*

31 *Überfremdungsinitiative, zum Beispiel, Rassismus, den sie erlebt haben, das hat*
32 *sich alles negativ auf die Gesundheit ausgewirkt, es gibt sicher noch mehr.*
33 *Also es ist nicht so, dass sie einfach kränker sind oder weniger gesund per se,*
34 *sondern sie eben überdurchschnittlich häufig in ungesunden Arbeitsbereichen tätig*
35 *sind, was negative Folgen für die Gesundheit hat.*

36

37 I: Bei der zweiten Frage, muss ich etwas ausholen. Gemäss der Schweizerischen
38 Koordination- und Fachstelle Sucht (o.D.) steht in der Gesundheitsförderung die
39 Stärkung von Schutzfaktoren seit Längerem im Vordergrund. Gemäss dem Bericht
40 ‚Und so sind wir geblieben ...‘ (Hungerbühler & Bisegger, 2012) des
41 Schweizerischen Roten Kreuzes ist ein Wechsel zu einer vermehrt
42 ressourcenorientierten Perspektive nötig. Bisher seien vor allem soziale und
43 gesundheitliche Probleme älterer Migrantinnen und Migranten erfragt worden.
44 Künftig soll das Interesse (auch) ihren Vorstellungen von Alter(n) und ihren
45 Ressourcen und Kompetenzen gelten. Entgegen diesen Aussagen stellte ich bei
46 der Literaturanalyse fest, dass in Zusammenhang mit der Gesundheit älterer
47 Menschen mit Migrationshintergrund selten bis nie von Schutzfaktoren gesprochen
48 wird.

49 Ein wenig öfter wird über Ressourcen oder Resilienz geschrieben, jedoch ohne
50 konkret zu werden. Dies zeigt sich auch bei den Handlungsempfehlungen in der
51 Literatur, wo fast ausschliesslich über allgemeingültige Prinzipien der
52 Gesundheitsförderung wie Nachhaltigkeit und Verankerung, Partizipation der
53 Zielgruppe, Wissensvermittlung oder Vernetzung der Akteure geschrieben wird.
54 Wie deckt sich mein Eindruck aus der Literaturrecherche mit ihren Erfahrungen?

55 B: *Ja, das stimmt, es wird meistens auf Defizite, auf Probleme, eben auf Risiken*
56 *fokussiert. Das haben wir ja auch in unserem Bericht von 2012 gefordert, dass man*
57 *mehr die Ressourcen auch im Blick haben sollte. Also wenn man jetzt davon*
58 *ausgeht, bei Migrationsbiographien oder Lebensläufen, die ja eigentlich dadurch*
59 *gekennzeichnet sind, dass die Menschen überdurchschnittlich viele Krisen haben*
60 *bewältigen müssen. Der Verlust der Heimat, von der Sprache, der Verlust der*
61 *gewohnten Umgebung, von Menschen, die Trennung und das auseinander*
62 *gerissen werden von der Familie. Hier, neue Perspektiven, eine neue Existenz*

63 aufbauen müssen. Gesellschaften, die nicht einfach offen waren für sie, die ihnen
64 nicht einfach nur gut gesinnt gewesen sind. Zumindest am Anfang nicht. Das alles
65 erfordert ja viele Ressourcen und Kompetenzen und Strategien im Umgang mit
66 diesen Krisen und Verlusterfahrungen. Man kann eigentlich sagen, wenn man den
67 Blick ein wenig kehrt, kann man sagen, Migrantinnen und Migranten, vor allem
68 denen es gelungen ist, eine neue Existenz aufzubauen, verfügen eigentlich über
69 viele Ressourcen oder eine hohe Resilienz, damit ihnen das überhaupt gelungen
70 ist. Sich gegen missliche Bedingungen durchzusetzen und sich zu entwickeln und
71 ein Leben aufzubauen. Und (...) also ich denke, was man sich überlegen sollte, ich
72 meine, von allen neuen Herkunftsgruppen sind immer die ersten, die gekommen
73 sind, Pionierinnen und Pioniere gewesen. Weil sie nicht auf bestehende Strukturen
74 und soziale Netzwerke zurückgreifen konnten. Sie haben sie im Gegenteil aufbauen
75 müssen. Und viel ist ihnen ja vorgeworfen worden, sie hätten sich nicht integriert,
76 sie hätten sich nur in Parallelgesellschaften aufgehalten, in ihren eigenen
77 Netzwerken. Wenn man es so betrachtet, könnte man zu diesem Schluss kommen.
78 Aber man muss sagen, nein, dieser Aufbau solcher Netzwerke hatte auch eine
79 Integrationsfunktion, und die Älteren haben sich bereits besser ausgekannt in der
80 neuen Gesellschaft und konnten den nachfolgenden Generationen Wissen
81 vermitteln. Das ist eine eigentlich eine starke Ressource gewesen, eine starke
82 Selbstorganisation, die beispielsweise die Italiener gehabt haben. Und, um eine
83 jüngere Gruppe zu nennen, die Tamilinnen und Tamilen, die ja eine sehr
84 beeindruckende, grosse Diaspora aufgebaut haben, mit vielen Vereinen und
85 funktionierenden Strukturen. Und es gibt eine Theorie, es ist eine etwas ältere aus
86 den 80er Jahren, die sagt, dass die Binnenintegration in die eigene
87 Herkunftsgruppe, die Voraussetzung und die Basis ist, damit sich Migranten
88 überhaupt mit der Mehrheitsgesellschaft auseinandersetzen können und sich mit ihr
89 einlassen können. Also dass die eigene Community eine Stärkung bedeutet oder
90 eine Ressource. Das ist sicher ein Schutzfaktor, eingebettet sein in soziale
91 Netzwerke der Migrationscommunities. Dann sicher auch die Familie, wenn sie
92 funktioniert, ist ein Schutzfaktor.

93

94 I: Welche Bedeutung haben für Sie die Schutzfaktoren?

95 *B: Also, ich bin keine Suchtexpertin, aber ich denke schon, Schutzfaktoren sind auf*
96 *jeden Fall wichtig. Man sieht sicher auch Unterschiede (...) Also wir haben jetzt*
97 *gerade eine Untersuchung gemacht zur Lebenssituation und Bedürfnisse der*
98 *älteren Menschen in der tamilischen Migrationsbevölkerung. Dort sieht man schon*
99 *deutlich, dass jene die alleinstehend oder geschieden sind und nicht in einem*
100 *sozialen Netz eingebunden sind und nicht in einer Familie, dass diese eher*
101 *erkranken.*

102 *Aber das ist denke ich nicht migrationsspezifisch, ich gehe mal davon aus, dass das*
103 *auch bei der Schweizer Bevölkerung der Fall sein wird. Isolation und Einsamkeit*
104 *sind Risikofaktoren und quasi als Kehrseite davon als Schutzfaktor das*
105 *Eingebunden sein in funktionierende soziale Netzwerke.*

106

107 *I: In der Literatur wird bei den Handlungsempfehlungen fast ausschliesslich über*
108 *allgemeingültige Prinzipien der Gesundheitsförderung wie Nachhaltigkeit und*
109 *Verankerung, Partizipation der Zielgruppe, Wissensvermittlung oder Vernetzung der*
110 *Akteure geschrieben.*

111 *Führen diese Optionen zu einer Stärkung der Schutzfaktoren?*

112 *B: Es geht hierbei mehr um die Zielgruppenerreichung. (...) Ich kann mir vorstellen,*
113 *dass Partizipation auch ein gewisser Schutzfaktor ist, weil Partizipation ja auch*
114 *Wertschätzung gibt und Selbstvertrauen (...) Das ist jetzt nicht untersucht, aber das*
115 *kommt mir jetzt einfach in den Sinn bezüglich Schutzfaktoren.*

116

117 *I: Im Papier ‚Theoretische Grundlagen der Suchtprävention‘ von Sucht Schweiz*
118 *(2013) werden die Schutzfaktoren unterteilt in individuelle Faktoren und Faktoren*
119 *des Umfeldes. Die aufgezählten Prinzipien würde ich den Umfeld-Faktoren*
120 *zuordnen. Auf individuelle Faktoren, beispielsweise Resilienz, wird in der Literatur*
121 *selten bis nie eingegangen.*

122 *Wie erklären Sie sich den Umstand, dass in der Literatur mehrheitlich auf Umfeld-*
123 *Faktoren eingegangen wird?*

124 *B: Also ich finde es noch schwierig (...) Ich finde das sollte man nicht*
125 *gegeneinander gewichten oder priorisieren. Ich finde, es ist beides wichtig- die*
126 *individuellen Schutzfaktoren und die Umfeld Faktoren.*

127 *Ich denke es spielt sicher eine grosse Rolle, was jemand mitbringt, konnte jemand*
128 *Resilienz aufbauen, was haben sie vorher im Lebenslauf für Herausforderung*
129 *gehabt und haben sie diese bewältigt oder nicht. Also ich würde jetzt sagen, dass*
130 *wahrscheinlich diejenigen, die bereits vorher einen Umgang gefunden haben*
131 *nachher bessere Chancen haben auch in einem Migrationskontext, wieder*
132 *Schutzfaktoren aufbauen zu können als diejenigen, die es bereits im Herkunftsland*
133 *schwierig gehabt haben.*

134

135 *I: Welche Schutzfaktoren sind ihrer Meinung nach bei älteren Menschen mit*
136 *Migrationshintergrund zentral, um Suchterkrankungen zu verhindern?*

137 *B: Also ich bin wie gesagt keine Suchtexpertin, aber ich denke, das ist nicht so*
138 *anders wie bei Schweizerinnen und Schweizern auch. Also sicherlich eine Funktion*
139 *zu haben, eine Rolle zu haben, also, was man weiss zum Beispiel, dass*
140 *Grosselternschaft etwas ist, also vor allem, wenn man die Rolle aktiv ausübt, ein*
141 *Schutzfaktor ist, einfach weil es eine Sinnggebung ist und einem eine Rolle gibt.*
142 *Dann eine Einbettung in die Gemeinschaft, seien das Migrationscommunities oder*
143 *sonst etwas (...) Gute intergenerationelle Beziehungen innerhalb oder ausserhalb*
144 *der Familie. Gute familiäre Bindungen, denke ich ist sicher ein Schutzfaktor. Dann*
145 *auch natürlich eine befriedigende Wohnsituation (...) Dann bei älteren Migranten*
146 *die Möglichkeit, zumindest phasenweise ins Herkunftsland zu reisen, kann auch*
147 *noch ein Schutzfaktor sein, also einfach die Bindung zur Heimat zur ehemaligen,*
148 *diese wird wieder wichtiger im Alter, wenn man sich mehr auf die Wurzeln zu*
149 *besinnen anfängt. Sprachlich ist ganz wichtig, bei älteren Migranten, das weiss man*
150 *zum Beispiel bei Alters- oder Pflegeheimen eine muttersprachliche Bezugspflege.*
151 *Gerade bei Demenz weiss man, dass bei Migrantinnen und Migranten das gelernte*
152 *Deutsch weg geht und nur noch die Muttersprache da ist (...) Von da her ist es*
153 *wichtig, dass sie in der eigenen Sprache betreut werden können. Man kann auch*
154 *sagen, es gibt ja dieses Modell der ethnospezifische Abteilungen in Alters- und*
155 *Pflegeheimen, wo man probiert, wieder ein bisschen eine biografische*
156 *Herkunftsumgebung zu gestalten, also wie die Herkunftsumgebung war, wie das*
157 *Essen, die Freizeitgestaltung und so weiter. Und das kann für die Migrantinnen für*
158 *Migranten wieder ein Stück Heimat herstellen, kann auch eine Stärkung sein, ein*

159 *Stärkung des Wohlbefindens. (..)*

160 *Dann auch sicher eine ökonomisch gesicherte Existenz, das ist ganz wichtig.*

161 *Und eine Möglichkeit von Austausch mit anderen, die sozialen Beziehungen.*

162

163 S: Sie haben viele spezifische Punkte angesprochen, die nur wenig oder gar nicht

164 in der Literatur vorkommen.

165 *B: Ich denke, die Forschungsperspektive ist eine defizitorientierte Perspektive. Man*

166 *schaut nur immer, was den Menschen mit Migrationshintergrund alles fehlt, welche*

167 *Defizite aufgrund der Migration vorhanden sind. Ich denke, man müsste vielmehr-*

168 *das ist sicher eine zentrale Schlussfolgerung in ihrer Bachelorarbeit- das man*

169 *vermehr schauen würde, bei Migrantinnen und Migranten, denen es gut geht,*

170 *welche Faktoren ihnen helfen, dass sie ein gutes Leben haben, gesundheitlich*

171 *gesehen. Wenn man es mal so umkehren würde, dann hätte man eine*

172 *ressourcenorientierte Perspektive. Das hat auch politische Gründe. Also, ich meine,*

173 *Migrantinnen und Migranten, bereits bei der Definition sind eigentlich immer nur*

174 *diejenigen gemeint, mit denen das Sozial- und Gesundheitswesen zu tun hat als*

175 *Klienten und Klientinnen und selten die High-level Immigrants, von denen es ja*

176 *auch viele gibt. Eigentlich werden als Migrantinnen und Migranten immer nur die*

177 *definiert, die potenzielle Klienten der sozialstaatlichen Unterstützung sind. Und*

178 *somit aus der Perspektive, was können sie nicht, was haben sie für Defizite. Und*

179 *das hat zur Folge, dass sie auch so betrachtet werden. Es kommen zunehmend*

180 *Fragen von Berufsleuten, beispielweise aus Alter- und Pflegeheimen, die sagen, ou*

181 *jetzt haben wir als neues Klientel eine neue Gruppe, nämlich ältere Migrantinnen*

182 *und Migranten, noch nicht viele aber es wird zunehmen (...) was müssen jetzt*

183 *beachtet und sofort wird wieder von einem problematischen Hintergrund per se*

184 *ausgegangen.*

185

186 I: Gut, sie haben es gerade angesprochen, die Zahl der älteren Menschen mit

187 Migrationshintergrund wird in Zukunft noch zunehmen. Es existiert viel Literatur zur

188 Thematik bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. Auch werden Kinder

189 und Jugendliche spezifisch mit Angeboten angesprochen. Im Dokument ‚Alter und

190 Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen‘ des Instituts

191 für Sucht- und Gesundheitsforschung der Universität Zürich (Schnoz, Salis,
192 Grubenmann, Uchtenhagen, Ambros, 2006) heisst es, dass ältere Menschen in
193 vielen Fällen besser auf präventive Gesundheitsinterventionen ansprechen als
194 Jüngere. Insbesondere, wenn Interventionen spezifisch auf ältere Zielgruppen
195 zugeschnitten werden. Wie stehen Sie zu dieser Fokussierung auf die Jungen?

196 *B: Also, die Gesundheitsförderung Schweiz, falls sie es gesehen haben, hat ja*
197 *zunehmend Programme zur psychischen Gesundheit im Alter. Ich habe das Gefühl,*
198 *das ist ziemlich banal, einfach aufgrund der volkswirtschaftlichen Kosten, weil ja*
199 *man weiss das die Älteren nicht mehr so lange leben wie die Jungen und Kinder,*
200 *und dass man möglichst früh ansetzt um Folgekosten zu vermeiden. Gute*
201 *Gesundheitsförderung und Prävention ist ja eigentlich auch wichtig für spätere*
202 *Krankheitsfolgen. Um den kurativen Bereich vorzubeugen. Das würde ich jetzt*
203 *einfach spontan sagen, dass man sich bei den Jüngern einfach eine längere*
204 *Wirkung verspricht, als wenn man mit 75- bis 80 jährigen Gesundheitsförderung*
205 *macht. Dass man sich auf die Jugend fokussiert, ist ein kurzfristiges Denken. Man*
206 *wird im Alter immer älter. Also würde es durchaus Sinn machen, auch bei über 70-*
207 *Jährigen noch Interventionen durchzuführen, weil sie ja noch 30 Jahre leben. Ich*
208 *denke, es bräuchte vermehrt eine Lebenslaufperspektive, man spricht ja von*
209 *kritischen Lebensübergängen oder Lebensphasen. Also sicher der Eintritt in den*
210 *Kindergarten oder die Schule, weg von zu Hause, dann die Schule, Jugend. Und*
211 *dann die Pubertät ist sicher eine wichtige Phase. Und dann weiss man natürlich*
212 *auch, dass nach Scheidungen, das ist glaube ich auch belegt, dass das*
213 *Verletzlichkeitsrisiko danach grösser ist. Man müsste vielleicht mehr spezifischere*
214 *Angebote schaffen, oder für Leute schauen, die gerade ein kritisches*
215 *Lebensereignis hinter sich haben. Mir kommt jetzt nicht in den Sinn wie, das wäre*
216 *dann für die Experten zum Schauen wie, aber ich denke, man müsste schon mehr*
217 *auf den Lebenslauf schauen. Und dann natürlich die Pensionierung ist ein wichtiges*
218 *kritisches Lebensereignis, gerade für die Männer. Wenn sie sich davor voll auf den*
219 *Beruf konzentriert haben, fällt das nun weg. Dann ist das ein sehr schwieriger*
220 *Moment. Ich denke, diese Übergänge müsste man auch mehr beachten.*

221

222 I: Sie haben das kritische Lebensereignis, die Pensionierung angesprochen.
223 Inwiefern denken Sie, hat die Pensionierung eine besondere Bedeutung bei
224 Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz?

225 *B: Ja, es kommt natürlich dazu, die Bilanzierung des Migrationsprojektes, quasi.*
226 *Also gerade bei den Arbeitsmigranten, von denen viele gedacht haben, wieder*
227 *zurück zu gehen, ist der Entscheid immer weiter herausgeschoben worden und jetzt*
228 *ist die Pensionierung da und jetzt könnten sie eigentlich, aber vielleicht eben auch*
229 *nicht, wenn sie zum Beispiel krank sind und das Gesundheitswesen hier besser und*
230 *verlässlicher ist, es gibt da jene Gründe. Dann kann es auch zu Konflikten innerhalb*
231 *der Geschlechter oder der Generationen in der Familie kommen. Die Männer finden*
232 *zum Beispiel, dass sie eher zurückwollen. Weil für sie die Erwerbsarbeit wegfällt*
233 *und die Frauen finden, da man Kinder und Grosskinder hier hat, sie wollen nicht*
234 *zurück. Nochmal die Wahl die Wohnsitzes zu haben, diese Frage kommt bei den*
235 *Migranten, wo leben wir jetzt? Wo ist unsere Identität? Wo gehören wir hin?*
236

237 I: Was für Möglichkeiten können Sie sich vorstellen, um die von ihnen geschilderten
238 Probleme abzuschwächen oder zu vermeiden?

239 *B: Also ich finde es gut, wenn Berufsleute bei Betrieben*
240 *Pensionierungsvorbereitungskonkurse machen können oder im Sozialbereich, das*
241 *man diese Fragen aufgreift und ein solches Ehepaar begleitet. Dass Bereitschaft*
242 *signalisiert wird, diese Fragen mit ihnen zu besprechen. Das sie zu einem guten*
243 *Entscheid kommen mit Pro- und Contra, einfach ihnen helfen, eine gute*
244 *Entscheidung zu treffen. Zum Beispiel bei Familien auf Beratungsstellen. Alleine*
245 *das Wissen, dass diese Pensionierungsfragen Konflikte in Familien auslösen*
246 *können, ist sehr wichtig.*
247

248 I: Wo sehen Sie bei der Stärkung von Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen
249 bei Menschen mit Migrationshintergrund am meisten Potenzial/Chancen? Weshalb?

250 *B: Ich weiss gar nicht, ob sich das so unterscheidet zu den Schweizerinnen und*
251 *Schweizern. Information ist sicher etwas Wichtiges. Also viele sind sich nicht*
252 *bewusst, wie gefährlich etwas ist. Vom SRK aus haben wir den*
253 *Gesundheitswegweiser in 19 Migrationssprachen übersetzt oder älter werden in der*

254 Schweiz, dass in 6, 7 oder 8 Sprachen übersetzt wurde. Aber einfach nur
255 schriftliche Information abzugeben ist problematisch, das weiss man. Es braucht
256 eine mündliche Vermittlung. Die meisten Leute kommen auch nicht, wenn man
257 einen Kurs einfach ausschreibt, sondern das muss möglichst niederschwellig
258 eingebettet sein in ein Treffen, das ohnehin stattfindet, in das man dann
259 Informationen einfliessen lassen kann. Es ist wichtig, dass man als
260 Gesundheitsförderungsinstitution zusammenarbeitet mit Migrationsvereinen oder
261 Communities. Dass man zuerst mal schaut, welche Vereine oder Organisationen
262 bereits bestehen, diese kontaktiert und dann zusammen schaut, ob man mit ihnen
263 im Rahmen einer Veranstaltung etwas einfliessen lassen kann. Das ist eigentlich
264 fast am wirkungsvollsten, wenn man Multiplikatoren gewinnt aus der
265 Migrationscommunity. Einerseits ist die Information ein Schutzfaktor, andererseits
266 stellen auch die Vertrauenspersonen in den Communities Schutzfaktoren dar.
267 Leute, die gut informiert sind über das schweizerische Gesundheitswesen und
268 denen die Migranten vertrauen. Solche, die die Informationswege kennen.

269

270 I: In der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Prävention nach Zielgruppen
271 geläufig. Die universelle Prävention wendet sich an die gesamte Bevölkerung bzw.
272 Bevölkerungssegmente (z.B. alle Menschen im Pensionsalter). Die selektive
273 Prävention richtet sich an definierte Risikogruppen.

274 Die Personen dieser Risikogruppen sind in der Regel gesund und unauffällig, die
275 Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung ist bei ihnen jedoch aufgrund empirisch
276 bestätigter Risikofaktoren erhöht.

277 Welcher Präventionsansatz eignet sich ihrer Ansicht nach besser zur Stärkung der
278 Schutzfaktoren bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund?

279 B: Ja, also- wie soll ich sagen- also bei den Älteren muss man sagen, also bei
280 denen, welche die Sprache nicht oder nur schlecht können, das trifft ja auf die 2.
281 Generation nicht so zu. Also teilweise ist es ja methodisch schon vorgeben selektiv
282 mit Sprachgruppen zu arbeiten. Weil es ist ja anspruchsvoll ist in gemischten
283 Gruppen, bei denen man keine gemeinsame Sprache hat, irgendwelche Inhalte zu
284 vermitteln. Man kann ja nicht gleichzeitig mehrere Sprachen bedienen. Und
285 innerhalb dieser Sprachgruppen, ob es dort sinnvoll ist mit allen oder nur

286 *Risikogruppen (...) habe ich mir noch nie überlegt. (...) Also meistens ist es ja das A*
287 *und O dass die freiwillig kommen. Ich denke ein wichtiger Auftrag liegt bei den*
288 *Betrieben im Bereich Gesundheitsförderung. Zum Teil werden ja schon*
289 *Pensionierungsvorbereitungskurse in der Muttersprache angesprochen. Zum Teil*
290 *weiss man auch gar nicht, wer die Risikogruppen sind innerhalb einer Community.*
291 *Ausser natürlich, verwitwete oder geschiedene Männer, das ist glaube ich*
292 *offensichtlich eine Risikogruppe. Und dann kommt es natürlich auch drauf an, was*
293 *für eine Sucht (...) Fast wichtiger als der selektive Ansatz ist je nach Herkunftsland,*
294 *dass es Geschlechterhomogen ist.*

295 *Oftmals ist es ja, dass die Aussprache bei vielen Themen in*
296 *Geschlechterhomogenen Gruppen leichter fällt. Das sollte man im Hinterkopf*
297 *behalten.*

298

299 *I: Ihre Konferenz, das Schweizerische Rote Kreuz führte im Jahr 2008 in einer*
300 *landesweiten Erhebung eine Analyse der Situation älterer Migrantinnen und*
301 *Migranten durch. Dazu wurden wichtige Akteure der Gesundheitsförderung und*
302 *Prävention zu unterschiedlichen Themen befragt. Unter anderem wurde ersichtlich,*
303 *dass fast zweidrittel der Akteure kein spezifisches Programm für Menschen mit*
304 *Migrationshintergrund hat. Wie ordnen Sie diese Zahl ein?*

305 *B: Ja, da war ich glaub sogar beteiligt, ist aber auch schon wieder 11 Jahre her*
306 *(lacht). Vielleicht hat das mit der Sensibilisierung zu tun (...) sie gehen halt nach*
307 *wie vor noch viel vergessen bei irgendwelchen Bemühungen seitens des Staates.*
308 *Ich frage mich, ob es der Ansatz ist, dass man für Migrantinnen und Migranten*
309 *immer etwas Spezifisches machen muss oder ob nicht viel mehr das Knowhow, das*
310 *die Berufsleute in Aus- und Weiterbildungen bekommen, mehr geschult werden*
311 *sollten über den Risikofaktor Migration. Eigentlich müssten Migrantinnen und*
312 *Migranten stets mitgedacht werden.*

313 *Zu wissen, dass sie zu unserer Wohnbevölkerung gehören und darum auch*
314 *berücksichtigt werden müssen in bestehenden Initiativen und sie versucht dort*
315 *hineinzubringen.*

316

317 I: Das was sie gerade erzählen, erinnert mich an den Begriff
318 Migrationsmainstreaming, der in letzter Zeit aufgekommen ist....

319 *B: Ja, das Problem ist ein wenig (...) Die Migration ist heute eine solche Normalität,*
320 *eine gesellschaftliche oder auch Global gesehen. Klar, es gibt Kriege, aus denen*
321 *dann wieder neue Gruppe kommen, wie 2015, als viele minderjährige, unbegleitete*
322 *Kinder aus Syrien und Afghanistan kamen. Aber sonst kann man sagen, dass*
323 *Migration zur gesellschaftlichen Normalität gehört und deshalb müsste eigentlich*
324 *das Know-how selbstverständlich bestehen, zum Beispiel, was macht Migration mit*
325 *einem?*

326

327 I: Gerne frage ich noch nach, um nochmals die Schutzfaktoren anzusprechen. Wie
328 sie ausführten, gibt es Migration schon lange und man weiss ja auch, was
329 Ausschlaggebend war für eine gelungene Integration. Dies wiederum würde ja auch
330 wieder für eine Fokussierung auf Schutzfaktoren sprechen.

331 *B: Also ich denke, dass die Italienerinnen und die Italiener die erste grosse Gruppe*
332 *war, die in die Schweiz gekommen ist. Ich glaube, dass ein sehr wichtiger*
333 *Schutzfaktor ist, möglichst zeitnah eine klare, rechtliche Situation bezüglich*
334 *Aufenthaltsstatus zu haben. Das erlaubt einem, zu planen. Ein wichtiger*
335 *Risikofaktor ist Fremdenfeindlichkeit und Rassismus. Also, eine gute*
336 *Willkommenskultur wäre dann ein Schutzfaktor. Dann wenn es gelingt eine Familie*
337 *aufzubauen, ist sicher auch ein Schutzfaktor. Dann ist auch das Alter entscheidend,*
338 *je jünger man ist, desto grösser die Chance, sich etwas aufbauen zu können. Man*
339 *hat beispielsweise bei den Vietnamflüchtlingen gesehen, dass bei Älteren es*
340 *ausgeschlossen war, dass sie Sprache gelernt haben und sich im Arbeitsmarkt*
341 *integriert hätten. Es ist noch interessant, dass bei der ersten Generation von*
342 *Arbeitsmigranten aus Spaniern oder auch den Italien eine starke und stolze*
343 *Berufsidentität besteht.. Obwohl auch viele ausgenutzt wurden, entwickelten viele*
344 *eine starke Berufsidentität als Bauarbeiter, der wichtige Gebäude oder Strassen in*
345 *der Schweiz gebaut hat. Also es ist durchaus ein Schutzfaktor, eine Arbeit, die man*
346 *als sinnvoll empfindet. Einen Betrag zur Gesellschaft leisten, Partizipation (...) man*
347 *könnte deshalb sagen, dass das fehlende Stimm- und Wahlrecht deshalb ein*
348 *Risikofaktor ist. Eigentlich alles, was zur Festigung der Identität beiträgt, in einer*

349 *fremden Gesellschaft. Bildung- viele erleben ja auch eine berufliche*
350 *Disqualifizierung i der ersten Generation. Zum Beispiel bei den Tamilen, die zuerst*
351 *in den 80er Jahren eingereist sind, waren in ihrem Herkunftsland mehrheitlich*
352 *Fachkräfte. Und hier hatten sie nur Chancen in der Gastronomie und im*
353 *Reinigungsbereich. Und die zweite Generation, die schulisch hier sozialisiert wurde,*
354 *ist beruflich auf einem Aufwärtstrend.*

355

356 I: Gibt es noch etwas, was sie noch gerne ansprechen würden, über das wir noch
357 nicht gesprochen haben?

358 B: *Nein, im Moment kommt mir gerade nichts mehr in Sinn.*

359

360 Besten Dank, dass sie sich Zeit für das Interview genommen haben.

B2 Auswertung der Experteninterviews nach Mayring (2010)

Interview-partnerin	H.K. ² / S.K.	Paraphrase / Generalisierung	Reduktion / Zusammenfassung
A/B ³	1.1	Bedingungen im Herkunftsland sind entscheidend für die spätere Gesundheit	Bedingungen im Herkunftsland sind entscheidend für die spätere Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund
A	1.2	Das Herkunftsmotiv (Arbeitsmigration, Asyl, Liebesmigration) ist für die späterer Gesundheit mitentscheidend	Das Herkunftsmotiv und negative Erfahrungen während der Migration beeinflussen die spätere Gesundheit der Menschen mit Migrationshintergrund
A	1.2	Negative Erfahrungen während der Migration können sich negativ auf die Gesundheit auswirken	
B	1.3	Die Stimmung, die der Migrationsbevölkerung in der Schweiz entgegenschlug, wirkte sich negativ auf die Gesundheit aus	Die schlechte Gesinnung und Stimmung der Schweizer Bevölkerung gegenüber der Migrationsbevölkerung beeinflusste deren Gesundheit negativ
B	1.3	Die Gesellschaft war ihnen zumindest am Anfang nicht nur gut gesinnt	Die Schweiz bot Menschen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Migration nichts und war primär an temporären Arbeitskräften interessiert
A	1.3	Die Integration in der Schweiz (sprachlich, sozial, gesellschaftlich, Zugang zum Gesundheitswesen) wirkt sich auf die Gesundheit aus	Ein unsicherer Aufenthaltsstatus bei Menschen mit Migrationsbevölkerung ist mit Unsicherheit verbunden und hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit
A	1.3	Die Schweiz wollte primär Saisoniers, die dann wieder ins Herkunftsland zurückgehen	Die Ungültigkeit von Bildungsabschlüssen des Herkunftslandes im Aufnahmeland kann zu Selbstzweifeln führen und bedeutet einen grossen Aufwand an zeitlichen und finanziellen Ressourcen
A	1.3	Die Schweiz hat den Menschen mit Migrationshintergrund [in Bezug auf die Integration] nichts geboten	Die Arbeitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund zeichnete sich aus durch:
A	1.3	Der Aufenthaltsstatus, Saisoniers mussten nach 9 Monaten wieder ausreisen und die damit verbundene Unsicherheit ist ein wichtiger Gesundheitsfaktor	<ul style="list-style-type: none"> - Harte Arbeit, mehrheitlich in Tieflohnsektoren wie Gastgewerbe oder Bau beschäftigt - Gastro- und Mehrfachjobs - Schichten- und Nachtarbeit - Die Frauen zum Teil in der Heimarbeit oder als Schneiderinnen tätig - Jobs mit hoher körperlicher Belastung, wodurch der Körper sehr strapaziert wurde
A	1.3	Die Tatsache, dass Bildungsabschlüsse des Herkunftslands hierzulande nicht gültig sind, kann dazu führen, dass man am Selbstbild zweifelt	
B	1.3	Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten arbeiteten überdurchschnittlich oft im Tieflohnsektor (harte und gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen mit hohem Unfallrisiko)	

² H.K. = Hauptkategorie, S.K = Subkategorie

³ A: Frau Vogt, B: Frau Hungerbühler

		Das führt dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund zum Beispiel bei der Arbeitsinvalidität überproportional vertreten sind	<ul style="list-style-type: none"> - Erste Generation: Kaum Integration oder sprachliche Verständigung, wenig Bildung, weder im Herkunftsland noch hier, ein Teil vom Lohn schickten Sie der Familie im Herkunftsland
B	1.3	Migranten arbeiteten mehrheitlich im Billiglohnssektor. Gastro- und Mehrfachjobs, oftmals Schichten- oder Nacharbeit. Jobs mit hoher körperlicher und psychischer Belastung	
A	1.3	Viele Menschen mit Migrationshintergrund waren im Gastrobereich oder Bauwesen beschäftigt. Die Frauen zum Teil in der Heimarbeit oder als Schneiderinnen.	
A	1.3	Arbeitsbedingungen 1. Generation <ul style="list-style-type: none"> - Akkord beschäftigt - Kaum Integration oder sprachliche Verständigung - Wenig Bildung, weder im Herkunftsland noch in der Schweiz - Ein Teil vom Lohn schickten Sie zur Unterstützung der Familie ins Herkunftsland - Körper wurde sehr strapaziert 	
A	1.4	Viele südeuropäische Gruppen hatten die Absicht, wieder ins Heimatland zurückzugehen. Die Migration war eher ein temporäres Projekt	<ul style="list-style-type: none"> - Menschen mit Migrationshintergrund investierten wenig Geld in Wohnung, Gesundheit, Ernährung und Bildung - Die lange Trennung der Menschen mit Migrationshintergrund von der Familie hat bei vielen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit
A	1.4	Viele schickten viel Geld ins Herkunftsland oder sparten es und investierten sehr wenig Geld in Wohnung, Gesundheit, Bildung oder Ernährung aufgrund der Idee, wieder zurückzugehen	
B	1.4	Die lange Trennung von der Familie hatte Einfluss auf die psychische Gesundheit. Das hat man bei den Saisoniers aus Italien gesehen	
B	1.5	Viele Arbeitsmigranten hatten vor, wieder in ihr Heimatland zurückzukehren und haben den Entscheid bezüglich des Wohnsitzes nach der Pensionierung immer weiter hinausgeschoben. Wenn die Pensionierung dann da ist, kann es zu Interessenkonflikten innerhalb der Geschlechter oder der Generationen in der Familie kommen. Die Wahl des Wohnsitzes im Alter stellt für viele Menschen mit Migrationshintergrund eine emotionale Belastung dar	<p>Die Frage nach dem Wohnsitz im Alter ist für die meisten Menschen mit Migrationshintergrund zentral und emotional belastend. Da diese Frage von vielen lange hinausgeschoben wurde, kam es oftmals zu Konflikten innerhalb der Familie</p>
A	1.5	Die Pensionierung ist auch eine Chance, da sie getaktet ist und man ziemlich genau weiss, wann sie eintritt	
A	1.5	Die Frage nach dem Lebenszentrum nach der Pensionierung ist für die meisten Menschen mit Migrationshintergrund ein zentrales Thema	
B	2.1	Die Forschungsperspektive ist eine defizitorientierte	
			Die Forschungsperspektive ist grösstenteils defizitorientiert

B	2.1.	Meistens wird auf Defizite, auf Probleme und Risiken fokussiert	<p>Gründe dafür sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risikofaktoren sind einfacher zu erkennen als Schutzfaktoren - Auch die Menschen mit Migrationshintergrund sehen bei sich selbst oft die Defizite und Probleme - Salutogenese ist ein neueres Phänomen und hat die Migration noch nicht erreicht. Ein ähnliches Phänomen besteht beim Alter, wo erst seit etwa 10 Jahren Gesundheitsförderung betrieben wird - Das gleiche Phänomen wird auch in der Migration passieren - Die Gesellschaft und die Politik betrachtet Menschen mit Migrationshintergrund als defizitär. Dies, aufgrund fehlender Sprachfähigkeiten und Unkenntnisse der hiesigen Normen <p>Ausserdem werden per Definition oft nur diejenigen gemeint, mit denen das Sozial und Gesundheitswesen als Klientel zu tun hat</p>
A	2.1.	Auch die Menschen selber sehen bei sich selbst oft die Defizite und Probleme. Das wiederum spiegelt sich in der defizitären Haltung der Literatur wieder	
A	2.1.	Risikofaktoren sind einfacher zu erkennen als Schutzfaktoren. Den gleichen Effekt sieht man beim Alter oder Suchtabhängigen	
A	2.1.	Salutogenese ist eher neu. Seit Jahrhunderten ist die Medizin darauf ausgelegt, zu heilen. Der Trend der Salutogenese erreicht irgendwann auch die Migration	
A	2.1.	Die Gesellschaft betrachtet die Gruppe Menschen mit Migrationshintergrund primär als defizitär. Gründe dafür sind die fehlenden Sprachfähigkeiten und Unkenntnisse der hiesigen Normen. Man schaut eher auf die Risikofaktoren, auf das, was ihnen fehlt, was sie nicht haben. Diese kann man auflisten und vergisst, dass sie auch über Schutzfaktoren verfügen wie jeder Mensch Sie leben in einem anderen Kontext und sind in vielen Bereichen fremd. Deshalb wirken sie oft defizitär	
B	2.1.	Die defizitorientierte Haltung hat auch politische Gründe. Bereits per Definition werden nur diejenigen gemeint, die mit dem Sozial und Gesundheitswesen als Klientinnen und Klienten zu tun haben. Das hat zur Folge, dass sie auch so betrachtet werden	
A	2.2	Aus der Entwicklungspsychologie ist bekannt, dass viele Krankheiten in der Pubertät entstehen. Es ist eine hochsensible Entwicklungsphase, bei der beim Suchtmittelkonsum eine grosse gesundheitliche, nachhaltige Schädigung besteht. Auch psycho-soziale Aspekte wie Abnabelung von Bezugspersonen, Orientierung nach Aussen oder Identitätsfindung sind in dieser Phase zentral	<p>Die Fokussierung auf Junge besteht, weil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pubertät eine hochsensible Entwicklungsphase ist (Abnabelung von Bezugspersonen, Orientierung nach Aussen, Identitätsfindung) - Suchtmittelkonsum grosse gesundheitliche Auswirkungen hat - Man sich eine längere Wirkung verspricht - Man Folgekosten vermeiden möchte - Im Alter wird nicht investiert weil man denkt, dass die Entwicklung im Alter abgeschlossen ist und das Geld nachhaltiger in die Jugend investiert ist - Nicht gerechtfertigt / sinnvoll: Weil man als Mensch nie fertig entwickelt ist und immer neuen Lebenswelten ausgesetzt ist und deshalb auch mit über 70 Jahren ein Suchtverhalten entwickelt werden kann
A	2.2	Die fehlende Investition im Alter hat auch damit zu tun, dass davon ausgegangen wird, dass die menschliche Entwicklung mit 40 Jahren abgeschlossen ist. Jedoch ist man im Prozess und immer wieder neuen Menschen und Lebenswelten ausgesetzt. Deshalb kann auch mit 70 Jahren ein Suchtverhalten entwickelt werden. Das hat man ein wenig verkannt	
A	2.3	Vernetzung ist eher Mittel zum Zweck und nötig, um an die Ressourcen zu gelangen	
			Prinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention wie Vernetzung, Partizipation sind mehr Mittel zum Zweck und betreffen mehr die

A	2.3	Bei vielen Massnahmen gestaltet sich die Umsetzung schwierig. Wichtig ist, dass bei den Botschaften eine Sprachkultur verwendet wird, die für die Zielgruppe verständlich ist Zudem sollte die Lebenswelt der Zielgruppen mehr berücksichtigt werden	Zielgruppenerreichung Diese können aber auch auf Schutzfaktoren wirken, weil beispielsweise Partizipation Wertschätzung und Selbstvertrauen gibt
B	2.3	Prinzipien der Gesundheitsförderung wie Nachhaltigkeit und Verankerung, Partizipation der Zielgruppe, Wissensvermittlung oder Vernetzung der Akteure betreffen mehr die Zielgruppenerreichung Womöglich kann Partizipation aber auch ein Schutzfaktor sein, weil Partizipation ja Wertschätzung und Selbstvertrauen gibt	
B	2.4	Umwelt- und individuelle Schutzfaktoren sollten nicht gegeneinander gewichtet werden. Beide sind wichtig	Umwelt- und Schutzfaktoren sind wichtig. Menschen mit Migrationshintergrund teilen aufgrund der Migration viele Faktoren / Werte sind gleichzeitig aber sehr heterogen (Bildungsstand, Religiosität)
A	2.4	Der Fokus auf Umfeld Faktoren, also Verhältnisprävention ist möglicherweise einfacher	
A	2.4	Menschen mit Migrationshintergrund teilen aufgrund der Migration viele Faktoren und Werte	
A	2.4	Menschen mit Migrationshintergrund aus einem Land sind sehr heterogen und unterscheiden sich beispielsweise bezüglich - Bildungsstand - Religiosität	
A	2.4	Menschen mit Migrationshintergrund aus einem Land sind sehr heterogen und unterscheiden sich beispielsweise bezüglich - Bildungsstand - Religiosität	
A	2.5	In den letzten 10 Jahren wurden viele migrationspezifische Angebote entwickelt Es ist oft eine Frage des Geldes, ob migrationsensible Programme durchgeführt werden	In den letzten 10 Jahren wurden viele migrationspezifische Angebote entwickelt. Bei migrationspezifischen Angeboten kommen oft nur wenige oder gar keine fremdsprachigen Menschen, was dazu führt, dass weniger investiert wird
A	2.5	Oftmals kommen nur wenige oder gar keine fremdsprachigen Menschen an Anlässe. Deshalb wird in diese Richtung auch nicht viel investiert	
B	2.6	Das Leben in eigenen Netzwerken, auch Binnenintegration genannt, hat eine wichtige Integrationsfunktion und kann eine grosse Ressource für Menschen mit Migrationshintergrund darstellen	Das Leben in eigenen Netzwerken, auch Binnenintegration genannt, hat eine wichtige Integrationsfunktion und kann eine grosse Ressource für Menschen mit Migrationshintergrund darstellen
A	3.1	Viele Schutzfaktoren gelten für alle Menschen	Viele Schutzfaktoren sind allgemein gültig und gelten demnach für alle. Resilienz Faktoren sind menschliche Faktoren und haben keinen Zusammenhang zum Geburtsland Die Frage ist, wie man Resilienz stärken kann. Dies ist unter anderem abhängig von der Sprache und der Methode, die man wählt sowie dem kulturellen Zugangsweg
B	3.1	Schutzfaktoren sind sehr wichtig	
B	3.1	Viele Schutzfaktoren sind allgemein gültig	
A	3.1	Resilienz-Faktoren sind menschliche Faktoren und haben keinen	

		Zusammenhang zum Geburtsland Die Frage ist, wie man die Resilienz stärken kann. Das ist unter anderem abhängig von der Sprache und der Methode, die man wählt, ob man einen kulturellen Zugang findet. Der Inhalt ist folglich gleich, die Vermittlung sollte sich unterscheiden	Der Inhalt ist somit der gleiche, die Vermittlung sollte sich unterscheiden. Zudem sollten die Lebensphasen der Menschen mit Migrationshintergrund stärker berücksichtigt werden
A		Viele Schutzfaktoren sind für alle gültig. Die Lebensphase sollte im Zentrum stehen	
A	3.2	Manchmal werden Schutzfaktoren aufgrund der Bedingungen nicht zu Ressourcen	Manchmal werden Schutzfaktoren aufgrund der Bedingungen nicht zu Ressourcen. Der Fokus müsste mehr auf den Erfahrungen und persönlichen Fähigkeiten und Stärken der Menschen mit Migrationshintergrund liegen
A	3.2	Bei Menschen mit Migrationshintergrund gehen viele wichtige Ressourcen vergessen	Die GF und Prävention sollte vermehrt auf eine Lebenslaufperspektive ausgelegt sein und kritische Lebensübergänge stärker beachtet werden
B	3.2	Die GF und Prävention sollte vermehrt auf eine Lebenslaufperspektive ausgelegt sein und kritische Lebensübergänge stärker beachtet werden	Die Zusammenarbeit mit Peers ist wichtig, um auf Augenhöhe zu agieren. Peers erlauben einen Zugang zur Zielgruppe
A	3.2	Die Ansprache ist sehr wichtig. Das Ziel sollte sein, mit Peers zu arbeiten, um auf Augenhöhe mit der Zielgruppe zu sein. Fachleute mit gleichem Hintergrund erlauben einen ganz anderen Zugang	In Betrieben oder im Sozialbereich (Familienberatungsstelle) sollten vermehrt Pensionierungsvorbereitungskurse angeboten werden
B	3.2	Pensionierungsvorbereitungskurse in den Betrieben für Berufsleute wären sinnvoll. Im Sozialbereich sollten Fragen bezüglich der Pensionierung aufgegriffen werden. Alleine das Wissen, dass diese Pensionierungsfragen Konflikte in Familien auslösen können, ist sehr wichtig	Migrationssensible Information kann ein Schutzfaktor darstellen
B	3.2	Information ist wichtig. Einfach nur schriftliche Information reicht nicht. Es braucht eine mündliche Vermittlung. Es ist wichtig, dass man als Gesundheitsförderungsinstitution zusammenarbeitet mit Migrationsvereinen oder Communities. Das man zuerst mal schaut, welche Vereine oder Organisationen bereits bestehen, diese kontaktiert und dann zusammen schaut, ob man mit ihnen im Rahmen einer Veranstaltung etwas einfließen lassen kann. Die Arbeit mit Multiplikatoren aus der Migrationscommunity ist am wirkungsvollsten.	Auch Vertrauenspersonen, die über das schweizerische Gesundheitswesen gut informiert sind und denen die Menschen mit Migrationshintergrund vertrauen, können Schutzfaktoren sein
A	3.2	Ein wichtiger Auftrag liegt bei den Betrieben im Bereich Gesundheitsförderung. Zum Teil werden schon Pensionierungsvorbereitungskurse in der Muttersprache angesprochen. Zum Teil weiss man auch nicht, wer die Risikogruppen sind innerhalb einer Community	

B	3.3	Die Einbettung in soziale Netzwerke der Migrationscommunities ist sicher ein Schutzfaktor. Auf der einen Seite ist die Information ein Schutzfaktor, auf der anderen Seite können auch Vertrauenspersonen in den Communities Schutzfaktoren sein. Leute, die gut informiert sind über das schweizerische Gesundheitswesen und denen die Migranten vertrauen	Die Einbettung in soziale Netzwerke der Migrationscommunity stellt ein Schutzfaktor dar Information sowie Vertrauenspersonen in den Communities können Schutzfaktoren sein
B	3.3	Eine funktionierende Familie ist ein Schutzfaktor	Eine funktionierende Familie ist ein Schutzfaktor. Die grössere Bedeutung der Familie bei Menschen mit Migrationshintergrund kann bei Problemen zu grossen Tragödien führen Soziale Beziehungen helfen, wenn du ein Suchtproblem hast und helfen dabei, keines zu entwickeln
B	3.3	Isolation und Einsamkeit sind Risikofaktoren. Als Kehrseite davon ist das Eingebunden sein in funktionierende soziale Netzwerke ein Schutzfaktor	
A	3.3	Die Familienstruktur und die Anzahl von Bindung unterscheiden sich bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit Schweizer-Familien. Jedoch sind diese genauso intakt oder eben nicht wie bei einer Schweizer Durchschnittsfamilie. Die grössere Bedeutung der Familie bei Menschen mit Migrationshintergrund kann bei Problemen in der Familie zu wirklichen Tragödien führen, weil das primäre Netzwerk die Familie ist	
A	3.3	Soziale Beziehungen helfen, wenn du ein Suchtproblem hast und helfen dabei, keines zu entwickeln. Wichtig ist, dass man eine oder auch mehrere Vertrauenspersonen hat	
A	3.4	Eine kluge, weitsichtige Planung für die Zeit nach der Pensionierung kann ein Schutzfaktor sein	Eine frühere Pensionierung würde Menschen mit Migrationshintergrund aus gesundheitlichen Gründen helfen Viele haben minimale AHV-Renten Die zweite Generation schützt höhere Renten und ein höheres Einkommen
A	3.4	Eine frühere Pensionierung würde Menschen mit Migrationshintergrund aus gesundheitlichen Gründen helfen. Viele haben minimale AHV-Renten	
A	3.4	Die zweite Generation schützt höhere Renten und ein höheren Einkommen	
B	3.5	Aufgrund der Krisen und Verlusterfahrungen, die Menschen mit Migrationshintergrund oftmals durchmachen mussten, haben viele Ressourcen, Kompetenzen und Strategien entwickelt	Aufgrund der Krisen und Verlusterfahrungen, die Menschen mit Migrationshintergrund oftmals durchmachen mussten, haben viele Ressourcen, Kompetenzen und Strategien entwickelt Viele Migrantinnen und Migranten haben deshalb eine grosse Pionierleistung erbracht, was eine grosse Ressource ist Ausserdem ist die Mehrsprachigkeit vieler Menschen mit Migrationshintergrund eine grosse Ressource
A	3.5	Viele Migrantinnen und Migranten haben eine Pionierleistung erbracht, was eine grosse Ressource ist, im Sinne einer Anpassungsleistung	
A	3.5	Mehrsprachigkeit von vielen Migranten ist eine enorme Ressource	
A	3.6	Nicht nur die Fachstellen untereinander, sondern eigentlich primär die Netzwerke der Menschen mit Migrationshintergrund müsste man noch besser	Schutzfaktoren können darstellen:

		vernetzen und ausbauen	
A/B	3.6	Schutzfaktoren sind: (siehe rechte Kolonne, aus Gründen der Übersichtlichkeit nur rechts aufgeführt)	<p><i>Allgemeine / Persönliche Ebene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sprachkenntnisse - Die Situation vor und während der Migration - Ausübung einer Funktion/Rolle - Die Möglichkeit, zumindest phasenweise ins Herkunftsland zu reisen - Muttersprachliche Bezugspflege - Biografische Herkunftsumgebung (vor allem im Alter) - Junges Alter - Die Anpassungsleistung <p><i>Politik / Gesellschaft</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein sicherer Aufenthaltsstatus oder zumindest das Wissen über die rechtliche Situation - Eine befriedigende Wohnsituation - Eine Willkommenskultur des Aufnahmelandes - Starke Berufsidentität / Sinnvolle Arbeit - Partizipation an der Gesellschaft - Bildung - Der Abbau von Schranken, Vorurteilen, Diskriminierung, Mitbestimmung - Migrantische Netzwerke, Communities und deren Vernetzung - Deutschkurse - Die Anerkennung ausländischer Abschlüsse (berufliche und schulische) <p><i>Familie / Soziales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausübung einer Funktion und/oder Rolle - Einbettung in die Gemeinschaft - Soziale Bindungen - Gute intergenerationelle Beziehungen innerhalb oder ausserhalb der Familie - Gute familiäre Bindungen - Einbettung in Migrationscommunities (Binnenintegration) <p><i>Beruf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit mit Einkommen, das ausreicht - Keine Mehrfachjobs - Ausübung einer Funktion und/oder Rolle - Eine Arbeit, die man als sinnvoll empfindet
A	3.6	Die migrantischen Netzwerke sind eine grosse Ressource. Das wird von der schweizerischen Bevölkerung oft nicht anerkannt. Man hat das Gefühl, das sind Parallelgesellschaften. Dabei sind sie für die Psyche und das soziale Netz sehr wichtig	

B3 Definition, Ankerbeispiele und Kodierregeln für qualitative Auswertung der Experteninterviews

Kat.	Definition	Theoretischer Hintergrund	Ankerbeispiele	Kodierregeln
1.1	Die Bedingungen im Herkunftsland, die eine Auswirkung auf die Gesundheit der Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz (im Alter) haben können	Diese Subkategorien stützen sich auf das in Kapitel 1.5 formulierte Ziel: „Aufzeigen, wie die gesundheitliche Situation der Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz aussieht und welche Einfluss- und Risikofaktoren die (hohe) gesundheitliche Vulnerabilität hat“	„Man kann ja nicht die ganze Migrationsbevölkerung in einen Topf werfen, sondern man muss schauen, welche Gründe vorhanden waren, dass Sie aus dem Herkunftsland geflohen sind; ist es Arbeitsmigration, ist es Liebesmigration, sind es Hochqualifizierte, ist es Asyl, Flucht.“ (Frau Vogt)	Die Aussage hat mit den Bedingungen im Herkunftsland zu tun. Der Bezug zur Fragestellung ist ersichtlich
1.2	Gemachte Erfahrungen der Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz während der Migration, wobei auch die Migrationsgründe und die Migrationsform miteingeschlossen sind	Die Unterkategorien wurden grösstenteils auf Basis der migrationsspezifischen Faktoren nach Salis Gross (1997) gebildet (siehe Kapitel 4.2)	„Ist es eine freiwillige Migration gewesen oder eine erzwungene?“ (Frau Vogt)	Die Aussage muss mit den Migrationsgründen, der Migrationsform oder der Migrationserfahrung in Zusammenhang stehen Der Bezug zur Fragestellung muss ersichtlich sein
1.3	Die Bedingungen im Aufnahmeland, inklusive individuelle Eigenschaften, die Einfluss auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (im Alter) haben		„Also die, die als Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten in die Schweiz gekommen sind, die arbeiten überdurchschnittlich viel im Tieflohnsektor mit harten, manuellen Arbeitsbedingungen, mit hohem Unfallrisiko, krankmachenden, gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen“ (Frau Hungerbühler)	Es handelt sich um eine Bedingung im Aufnahmeland, und der Bezug zur Fragestellung ist ersichtlich
1.4	Persönliche und individuelle Faktoren, die auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz (im Alter) wirken		„Und auch zum Beispiel bei den Saisoniers aus Italien hat man das gesehen, dass diese Trennung von der Familie, die langjährige, dass dies auch ein psychischer Faktor gewesen ist.“ (Frau Hungerbühler)	Der individuelle Aspekt darf nicht direkt mit den Bedingungen im Herkunfts- und Aufnahmeland oder der Migrationserfahrung in Verbindung stehen, ansonsten ist er bei 1.1 – 1.3 zu kodieren.

				Der Bezug zur Fragestellung ist ersichtlich
1.5	Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz		„Was man verkannte, ist, dass man nach der Erwerbstätigkeit ganz viele in Nichts fallen. Weil sie keinen Auftrag mehr haben, keine Struktur.“ (Frau Vogt)	Die erwähnten Aspekte stehen in Zusammenhang mit der Pensionierung und der Bezug zur Fragestellung ist ersichtlich
2.1	Begründete Erklärungen zur pathogenetischen Fokussierung der Forschungsliteratur	Die Subkategorie gründet einerseits auf der Fragestellung der Bachelorarbeit. Andererseits resultierte diese Frage aus der Literaturrecherche sowie dem Ansatz der Salutogenese	„Man schaut halt zuerst was krank macht. Gerade im Alter herrscht seit vielleicht seit 10 Jahren schaut man erst, was einen gesund hält.“ (Frau Hungerbühler)	Die Ausführungen sind begründet und sprechen die Salutogenese oder Pathogenese an Der Bezug zur Fragestellung ist ersichtlich
2.2	Begründete Erklärungen der Fokussierung der Forschungsliteratur auf Kinder und Jugendliche	Diese Kategorie entstand aus der Literaturrecherche und wurde als ergänzende Informationssuche in den Leitfaden aufgenommen	„Und beim Suchtmittelkonsum besteht eine grosse gesundheitliche Schädigung und zwar nachhaltig, darum wird auch so viel in dieser Lebensphase investiert. Sie sind in einer sehr sensiblen Phase bezüglich Bildung, Entwicklung der Organe. Abnabelung der Bezugspersonen, Orientierung nach Aussen, Identitätsfindung.“ (Frau Vogt)	Die Ausführungen betreffen die Altersstruktur Der Bezug zur Fragestellung ist ersichtlich
2.3	Begründete Ausführungen zu Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention in der Forschungsliteratur	Diese Kategorie lehnt an die Ergebnisse der Literaturrecherche sowie das Prinzip der Salutogenese und das Schutzfaktoren-Modell an. Zudem ist sie relevant für die Beantwortung der Hauptfragestellung der Bachelorarbeit	„Vernetzung ist für mich mehr das Mittel zum Zweck. Wie um an die Ressourcen zu kommen.“ (Frau Vogt)	Die Ausführungen betreffen Prinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention Der Bezug zur Fragestellung ist ersichtlich
2.4	Begründete Aussagen zu Verhaltens- und Verhältnisprävention bezüglich Schutzfaktoren bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz.	Diese Frage basiert auf der Literaturrecherche sowie der Unterscheidung in Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Gesundheitsförderung	„Ich finde, es ist beides wichtig- die individuellen Schutzfaktoren und die Umfeld Faktoren.“ (Frau Hungerbühler)	Die Aussagen handeln inhaltlich von Verhalten und Verhältnissen Der Bezug zur Fragestellung ist ersichtlich
2.5	Begründete Aussagen zum Konzept	Diese Subkategorie wurde aufgrund	Ich bin der Meinung, dass wenn man ein	Die Ausführungen handeln in

	„Gendermainstreaming“ bei (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz	der Literaturrecherche und der Relevanz für die Beantwortung der Hauptfragestellung in das Kategoriensystem aufgenommen	Angebot schafft, auch die Nachfrage steigt.“ (Frau Vogt)	weitem Sinne von Gendermainstreaming und haben einen Bezug zur Fragestellung
2.6	Begründete Inhalte zu den Themen Netzwerke und Parallelgesellschaften und ihre Bedeutung für die Gesundheit bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz	Diese Subkategorie wurde nach dem ersten Materialdurchlauf zusätzlich in das Kategoriensystem aufgenommen, wodurch diese Subkategorie eigentlich induktiv gebildet wurde. Da dies aber eine Ausnahme darstellt, wurde im Methodenteil nicht weiter darauf eingegangen	„Und das wird von der schweizerischen Bevölkerung oft nicht anerkannt. Man hat das Gefühl, das sind Parallelgesellschaften. Dabei sind diese Netzwerke, psychisch und sozial, so wichtig. Eigentlich müsste man auch dort investieren.“ (Frau Vogt)	Die Ausführungen betreffen die Thematik der Parallelgesellschaften und haben einen Bezug zur Fragestellung
3.1	Die Relevanz und Bedeutung von Schutzfaktoren beim Thema Suchterkrankungen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz	Diese Subkategorie stellt eine Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung dar	„... aber ich denke schon, Schutzfaktoren sind auf jeden Fall wichtig. Man sieht sicher auch Unterschiede (...) Also wir haben jetzt gerade eine Untersuchung gemacht zur Lebenssituation und Bedürfnisse der älteren Menschen in der tamilischen Migrationsbevölkerung. Dort sieht man schon deutlich, dass jene die alleinstehend oder geschieden sind und nicht in einem sozialen Netz eingebunden sind und nicht in einer Familie, dass diese eher erkranken.“ (Frau Hungerbühler)	Die Ausführungen drehen sich um die Bedeutung der Schutzfaktoren bezüglich der Fragestellung
3.2	Schutzfaktoren, die direkt oder indirekt mit der gesellschaftlichen und politischen Ebene in Zusammenhang stehen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz vor Suchterkrankungen schützen können	Die Subkategorien dienen der Beantwortung der Hauptfragestellung dieser Arbeit. Die Anordnung und Kategorisierung dieser Subkategorien geschah aufgrund der Literaturrecherche sowie den Daten der Experteninterviews	„Dann die ganzen Einbürgerungsgesetze. Wie teuer ist eine Einbürgerung? Man schliesst 25%, die mitbestimmen könnten, wenn sie schon Steuern zahlen.“ (Frau Vogt)	Die genannten Schutzfaktoren weisen einen direkten oder indirekten Zusammenhang zur Gesellschaft oder Politik auf und nehmen Bezug zur Fragestellung
3.3	Schutzfaktoren, die auf der Ebene der Familie oder aufgrund sozialer Faktoren auf die Gesundheit der		„Einerseits ist die Information ein Schutzfaktor, andererseits stellen auch die Vertrauenspersonen in den	Die erwähnten Aussagen betreffen Schutzfaktoren, die einen direkten oder indirekten

	Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz im Alter Einfluss nehmen		Communities Schutzfaktoren dar. Leute, die gut informiert sind über das schweizerische Gesundheitswesen und denen die Migranten vertrauen. Solche, die die Informationswege kennen.“ (Frau Hungerbühler)	Zusammenhang haben zur Familie, sozialen Institutionen oder sozialen Bindungen. Die Ausführungen nehmen Bezug zur Fragestellung
3.4	Faktoren, die direkt oder indirekt vor Suchterkrankungen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz schützen und in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit der Pensionierung stehen		„Ich denke ein wichtiger Auftrag liegt bei den Betrieben im Bereich Gesundheitsförderung. Zum Teil werden ja schon Pensionierungsvorbereitungskurse in der Muttersprache angesprochen.“ (Frau Hungerbühler)	Die aufgeführten Aussagen haben direkt oder indirekt mit der Pensionierung zu tun und beziehen sich auf die Fragestellung
3.5	Schutzfaktoren, die in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit persönlichen Faktoren stehen und (ältere Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz) vor Suchterkrankungen schützen		„Dann ist auch das Alter entscheidend, je jünger man ist, desto grösser die Chance, sich etwas aufbauen zu können.“ (Frau Hungerbühler)	Die Schutzfaktoren müssen in einem direkten oder indirekten Zusammenhang zur Pensionierung aufweisen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund vor (Sucht)-Erkrankungen schützen können

B4 Bewertung der qualitativen Forschung

Gütekriterien qualitativer Forschung nach Moser (2008)	Anwendung auf die Experteninterviews
<p><i>Transparenz</i> (Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Der Forschungsprozess ist im Kapitel 3.2 dokumentiert - Im Anhang liegen die Transkriptionen der beiden Interviews sowie der Leitfaden bei - Auf theoretische Quellenbezüge wird verwiesen
<p><i>Stimmigkeit</i> (Ziele und Methode stimmen miteinander überein)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Methode der Datenerhebung erfolgte theoriegeleitet und ist von Zielen und der Fragestellung der Bachelorarbeit abgeleitet - Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner ist erläutert
<p><i>Adäquatheit</i> (Gegenstandsangemessenheit in Bezug auf die Resultate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Auswertung der Experteninterviews folgte theoriegeleitet und in Bezug zu den Zielen und der Problemstellung der Bachelorarbeit
<p><i>Anschlussfähigkeit</i> (Verknüpfung der Resultate mit dem vorhanden Fachwissen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Resultate der qualitativen Forschung wurden mit dem vorhandenen Wissen aus der quantitativen Recherche verknüpft und in einen fachlichen Kontext gestellt

B5 Interviewleitfaden der Experteninterviews

Interviewer: David Büchel / Interviewpartner(in):

Datum / Ort der Durchführung:

Dauer des Interviews:

Begrüssung & Einführung

- *Vorstellung der eigenen Person, Danken*
- Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mit mir dieses Interview durchzuführen. Zuerst einmal möchte ich Sie gerne fragen, ob es für Sie in Ordnung ist, wenn ich das Interview aufnehme? Dann kann ich Ihnen in Ruhe zuhören und das Interview anschliessend auswerten.
- *Verwendungszweck / Hintergrundinformationen*
- Bachelorarbeit im Bachelorstudium „Gesundheitsförderung und Prävention“
- Fragestellung lautet: Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen im Alter bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz
- Bachelorarbeit besteht aus Literaturrecherche und Experteninterviews
- Einverständnis erfragen mittels schriftlicher Einverständniserklärung
- Dass würde ich jetzt die Aufnahme starten und beginne mit der ersten Frage.

Fragen

1. Im Bericht ‚Kriterien der Gesundheitsförderung mit älteren MigrantInnen in der Schweiz‘ des Roten Kreuzes von 2008 wird festgehalten, dass MigrantInnen unter den krankheits- und invaliditätsbedingten Frühpensionierten stärker vertreten sind als SchweizerInnen. Zudem ist der schweizerischen Gesundheitsbefragung vom Bundesamt für Statistik (2002) zu entnehmen, dass sich MigrantInnen weniger gesund fühlen als SchweizerInnen.

Worin sehen Sie mögliche Ursachen für die durchschnittlich schlechtere Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz?

Mögliche Anschlussfrage: Welches denken Sie sind die Hauptursachen?

2. Bei der nächsten Frage muss ich ein wenig ausholen.

Gemäss der Schweizerischen Koordination- und Fachstelle Sucht (ohne Datum) steht in der Gesundheitsförderung die Stärkung von Schutzfaktoren seit Längerem im Vordergrund. Gemäss dem Bericht «Und so sind wir geblieben ...» Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz (Hungerbühler & Bisegger, 2012) des Schweizerischen Roten Kreuzes ist ein Wechsel zu einer vermehrt ressourcenorientierten Perspektive nötig. Bisher seien vor allem soziale und gesundheitliche Probleme älterer Migrantinnen und Migranten erfragt worden. Künftig soll das Interesse (auch) ihren Vorstellungen von Alter(n) und ihren Ressourcen und Kompetenzen gelten. Entgegen diesen Aussagen stellte ich bei der Literaturanalyse fest, dass in Zusammenhang mit der Gesundheit älterer Menschen mit Migrationshintergrund selten bis nie von Schutzfaktoren gesprochen wird. Ein wenig öfter wird über Ressourcen oder Resilienz geschrieben, jedoch ohne konkret zu werden. Dies zeigt sich auch bei den Handlungsempfehlungen in der Literatur, wo fast ausschliesslich über allgemeingültige Prinzipien der Gesundheitsförderung wie Nachhaltigkeit und Verankerung, Partizipation der Zielgruppe, Wissensvermittlung oder Vernetzung der Akteure geschrieben wird.

Wie deckt sich mein Eindruck aus der Literaturrecherche mit ihren Erfahrungen?

Welche Bedeutung messen Sie Schutzfaktoren bei älteren Migranten zur Vorbeugung von Suchterkrankungen bei?

Inwiefern denken Sie, dass durch eine bessere Vernetzung der Akteure oder einer stärkeren Partizipation der Zielgruppe auch Schutzfaktoren gestärkt werden?

3. Im Papier ‚Theoretische Grundlagen der Suchtprävention‘ von Sucht Schweiz (2013) werden die Schutzfaktoren unterteilt in individuelle Faktoren und Faktoren des Umfeldes. Die aufgezählten Prinzipien würde ich den Umfeld-Faktoren zuordnen. Auf individuelle Faktoren, beispielsweise Resilienz, wird in der Literatur selten bis nie eingegangen.

Wie erklären Sie sich den Umstand, dass in der Literatur mehrheitlich auf Umfeld-Faktoren eingegangen wird?

Wie bedeutsam sind für Sie die individuellen Ressourcen?

4. *Welche Schutzfaktoren sind ihrer Meinung nach bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund zentral, um Suchterkrankungen zu verhindern?*

Mögliche Anschlussfrage: Kennen Sie Programme, Massnahmen oder Projekte, in denen Schutzfaktoren gestärkt werden?

5. Schutzfaktoren können vor vielen Krankheiten, nicht nur vor Suchterkrankungen schützen.

Inwiefern sehen Sie darin ein Legitimationsproblem für Programme oder Interventionen, welche die Stärkung von Schutzfaktoren zum Ziel haben?

6. Es existiert viel Literatur zur Thematik bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. Auch werden Kinder und Jugendliche spezifisch mit Angeboten angesprochen. Im Dokument ‚Alter und Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen‘ des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung der Universität Zürich (Schnoz, Salis, Grubenmann, Uchtenhagen, Ambros, 2006) heisst es, dass ältere Menschen in vielen Fällen besser auf präventive Gesundheitsinterventionen ansprechen als Jüngere. Insbesondere, wenn Interventionen spezifisch auf ältere Zielgruppen zugeschnitten werden.

Wie stehen Sie zu dieser Fokussierung auf die Jungen?

Mögliche Anschlussfrage: Worin sehen Sie Gründe für diese Fokussierung?

7. *Wo sehen Sie bei der Stärkung von Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund am meisten Potenzial/Chancen?*

8. In der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Prävention nach Zielgruppen geläufig. Die universelle Prävention wendet sich an die gesamte Bevölkerung bzw. Bevölkerungssegmente (z.B. alle Menschen im Pensionsalter).

Die selektive Prävention richtet sich an definierte Risikogruppen.

Welcher Präventionsansatz eignet sich ihrer Ansicht nach besser zur Stärkung der Schutzfaktoren bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund?

Mögliche Anschlussfrage: Wo sehen Sie Gefahren und Chancen bei den beiden Präventionsstrategien (Stichwort Stigmatisierung)?

9. Das Schweizerische Rote Kreuz führte im Jahr 2008 in einer landesweiten Erhebung eine Analyse der Situation älterer Migrantinnen und Migranten durch. Dazu wurden wichtige Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention zu unterschiedlichen Themen befragt. Unter anderem wurde ersichtlich, dass fast zweidrittel der Akteure kein spezifisches Programm für Menschen mit Migrationshintergrund haben.

Wie ordnen Sie diese Zahl ein?

Mögliche Anschlussfragen:

Wie bewerten Sie den Theorie-Praxis-Transfer bei dieser Thematik?

Was müsste Ihrer Meinung nach getan werden, um die Sensibilität und Notwendigkeit bei den Akteuren der Schweiz für Massnahmen zur Stärkung der Schutzfaktoren von Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen?

10. Ein zentrales, kritisches Ereignis im Alter ist die Pensionierung.

Welche Bedeutung geben Sie der Pensionierung in Bezug auf die Gesundheit von Menschen im Allgemeinen?

Inwiefern denken Sie, hat die Pensionierung eine besondere Bedeutung bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz?

Mögliche Anschlussfrage: Welche Schutzfaktoren können Ihrer Meinung nach mögliche negative Auswirkungen dieses Lebensereignisses abschwächen / verhindern?

Abschluss

Wir sind nun am Ende des Interviews. Möchten Sie zum Thema noch etwas erzählen, was Ihnen relevant erscheint, was wir bis jetzt noch nicht angesprochen haben?

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Bereitschaft, meine Fragen zu beantworten.

B6 Einverständniserklärung (Frau Vogt)

(Frau Hungerbühler verzichtete auf eine Einverständniserklärung)

Forschungsprojekt: Bachelorarbeit an der ZHAW

Titel der Arbeit: Schutzfaktoren gegen Suchterkrankungen im Alter bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz

Ziel der Arbeit: Das Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, welche Schutzfaktoren vor Suchterkrankungen bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz schützen können

Interviewer: David Büchel

Befragte Person: Frau Vogt

Interviewdatum: 12. Februar 2019

Hochschule: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Departement Gesundheit

Betreuende Dozentin: Frau Nadja Beeler

Ich bin damit einverstanden, dass dieses Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschliessend von David Büchel verschriftlicht wird.

Ich bin damit einverstanden, dass in der Bachelorarbeit meine Person (Name, Beruf, Tätigkeit) offen erkenntlich ist.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Am Ende der Projektlaufzeit werden die Aufzeichnungen gelöscht.

Ort, Datum:

Unterschrift des Interviewers

Ort, Datum:

Unterschrift der befragten Person

C Ausführungen zu Ursachen für Suchterkrankungen

Psychische Faktoren

Psychologische Erklärungsansätze suchen mögliche Ursachen einer Sucht in personenbezogenen Merkmalen wie Stressbewältigungsstrategien, geringe Konfliktfähigkeit oder die persönliche Lern- und Lebensgeschichte. Oft weisen Menschen mit einer Suchterkrankung zusätzliche psychische Belastungen oder psychische Störungen wie z.B. Depressionen, Ängste oder traumatische Erlebnisse auf.

Biologische Faktoren

Psychoaktive Substanzen sowie Verhaltensweisen wie Glücksspiele spielen oder Einkaufen können das Belohnungssystem des Zentralnervensystems aktivieren. Dies kann zu neurobiologischen Veränderungen führen, die dazu beitragen, dass ein starker Drang verspürt wird die Substanz zu konsumieren bzw. das Verhalten auszuführen. Mit dem Konsum der Substanz wird das Belohnungssystem aktiviert, was zumindest kurzfristig meistens zu einem angenehmen Empfinden führt.

Soziale Faktoren

Auch soziale Faktoren können zu einer Suchtentstehung beitragen. Unter sozialen Faktoren versteht man beispielsweise das soziale Umfeld sowie gesellschaftliche Gegebenheiten. So können ein schwieriges familiäres Umfeld, emotionale Belastungen oder Suchtprobleme von Familienangehörigen Belastungsfaktor sein. Auch die gesellschaftliche Akzeptanz von Drogen wie Alkohol oder Tabak sowie Alkohol- und Tabakwerbung, die den Konsum legitimieren, können zu einer Suchtentstehung beitragen.