

migesplus:
Grundlagen für ein
Distributionskonzept

Schlussbericht

Eveline Hügli
Christian Rüefli
Malena Haenni

Bern, 8. Dezember 2008

Inhalt

1	Einführung.....	2
1.1	Auftrag und Ziel des Berichts	2
1.2	Das Projekt migesplus	2
1.3	Ausgangslage und Rahmenbedingungen	4
1.3.1	Der Informationsbedarf.....	4
1.3.2	Das Nachfragepotenzial im Gesundheitswesen.....	5
1.3.3	Das Informationsverhalten von MigrantInnen	5
2	Problemanalyse.....	8
2.1	Bisherige Erfahrungen mit der Distribution von Informationsbroschüren.....	8
2.1.1	Allgemeine Erfahrungen.....	8
2.1.2	Spezifische Erfahrungen mit konkreten Broschüren	9
2.2	Fazit.....	9
2.2.1	Good practices der Informationsdiffusion	11
2.2.2	Herausforderungen.....	13
2.3	Wünsche an migesplus hinsichtlich Unterstützung.....	13
3	Folgerungen und Empfehlungen.....	15
	Literatur.....	19
	Anhang 1: GesprächspartnerInnen	20
	Anhang 2: Fragenkatalog für die Gespräche mit Anbieterorganisationen	21
	Anhang 3: Aufbau und Kommunikationskanäle ausgewählter AkteurInnen	22

1 Einführung

1.1 Auftrag und Ziel des Berichts

Eine im Jahr 2006 durchgeführte Evaluation des Projekts migesplus benannte als die grössten Problembereiche die ungenügende Vermittlung der vorliegenden Informationen an die Migrationsbevölkerung und eine ungenügende Öffentlichkeitsarbeit (INFRAS 2006). Im Anschluss an diese Evaluation ist im Rahmen einer Rapid Evaluation mittels gezielter Interviews¹ zu ermitteln, welche Probleme sich bei der zielgruppenspezifischen Distribution der verschiedenen Broschüren via migesplus stellen und welcher Unterstützungsbedarf diesbezüglich bei der Projektleitung und anbietenden Organisation besteht. Dabei sind insbesondere geeignete (intermediäre) Adressaten und (End-)Zielgruppen für die verschiedenen Informationsmittel und *good practices* der Informationsdistribution zu identifizieren. Diese Problem- und Bedarfsanalyse soll die Grundlage bilden für die Entwicklung eines Konzepts für die zielgerichtete Distribution von Broschüren im Gesundheitsbereich, das mögliche Strukturen, Partnerorganisationen und Distributionswege aufzeigt. Ziel dieses Konzepts soll es sein, Hinweise darauf zu liefern, über welche Verteilkanäle und in welcher Form Informationsmaterial möglichst ohne Streuverluste und möglichst effizient an die jeweils angesprochenen Personen und Gruppen (Zielgruppen) gelangt.

Der vorliegende Bericht beschreibt zunächst das Projekt migesplus und rekapituliert vorliegende Befunde zu Informationsbedürfnissen und zum Informationsverhalten der Migrationsbevölkerung in Zusammenhang mit Gesundheitsthemen (Kapitel 1), bevor anhand der durchgeführten Gespräche mit der migesplus-Projektleitung sowie Vertreterinnen von fünf Organisationen, die Informationsmaterial produzieren und verteilen, eine Problemanalyse vorgenommen wird und *good-practice*-Beispiele beschrieben werden (Kapitel 2). Kapitel 3 zieht eine Bilanz und skizziert die strategischen Grundlagen für ein Distributionskonzept für migesplus.

1.2 Das Projekt migesplus

Die Grundlage der Internetplattform www.migesplus.ch ist die Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ (BAG 2007). Die Plattform bietet – unter anderem – eine Übersicht über mehrsprachiges Informationsmaterial zu Gesundheitsthemen und die Möglichkeit, dieses Material online zu bestellen. Dieses Informationsmaterial wird von verschiedenen Organisationen aus dem Gesundheitsbereich angeboten und richtet sich vor allem an Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Gemäss der Konzeption von migesplus sollen diese Fachpersonen eine intermediäre Rolle einnehmen und die Gesundheitsinformationen an diejenigen MigrantInnen weitervermitteln, die dieser Informationen bedürfen.

Analytisch können im Grundkonzept von migesplus somit die folgenden Typen von **AkteurInnen** unterschieden werden:

- **SenderInnen** sind Organisationen, die Gesundheitsinformationen bereitstellen und Botschaften verbreiten wollen, z.B. Gesundheitsligen oder Präventionsfachorganisationen.

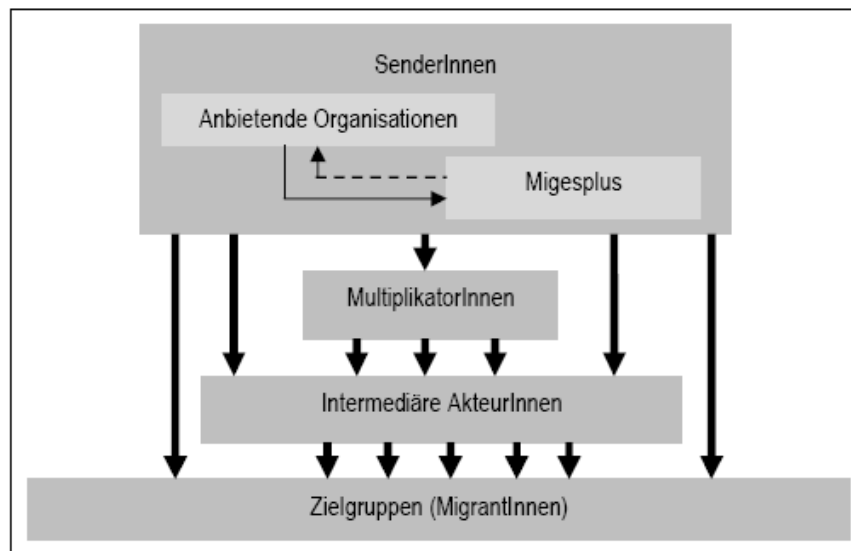
¹ Die Liste der befragten Personen findet sich in Anhang 1.

- **MultiplikatorInnen** sind aus der Sicht der SenderInnen die ersten Anlaufstellen für die Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Es handelt sich dabei vor allem um (Dach-) Organisationen bzw. Verbände, in denen Einrichtungen und AkteurInnen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Integrationsförderung (intermediäre AdressatInnen) zusammengeschlossen sind. MultiplikatorInnen sind zu meist in organisatorischer Hinsicht regional und/oder funktional differenziert und stellen selber bereichsspezifische Informationsdrehscheiben dar. Sie stehen tendenziell nicht direkt in Kontakt mit den Zielgruppen, d.h. mit der Migrationsbevölkerung, sondern mit den intermediären AdressatInnen.
- **Intermediäre AkteurInnen** sind einzelne Einrichtungen und AkteurInnen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Integrationsförderung, die in direktem Kontakt mit der Migrationsbevölkerung (Zielgruppen) stehen.
- Die eigentlichen **Zielgruppen** sind die Personen bzw. Gruppen, an die sich die Gesundheitsinformationen hauptsächlich richten, d.h. die eigentlichen EmpfängerInnen der entsprechenden Botschaften. Das über migesplus verbreitete Informationsmaterial richtet sich vorwiegend an Personen mit Migrationshintergrund.

Diese Typologie ist nicht trennscharf, da derselbe Akteur/dieselbe Akteurin bzw. dieselbe Organisation unter Umständen verschiedenen Typen gleichzeitig zugeordnet werden kann.

Abbildung 1 stellt dieses Grundkonzept schematisch dar.

Abbildung 1: Akteurstypen



Quelle: eigene Darstellung.

Eine von migesplus erarbeitete *Wegleitung für die Verteilung von migrationspezifischen Broschüren*² eruiert grob die hauptsächlichen Distributionskanäle bzw. AkteurInnen der Distribution. Einerseits sind dies Fachstellen, Institutionen und Fachpersonen, andererseits MigrantInnen-Organisationen und –vereine. Deren jeweiligen Dachverbände und –organisationen kön-

² http://www.migesplus.ch/pdf/checkliste_mig_de.pdf

nen bei der Distribution als MultiplikatorInnen eingesetzt werden. Einzelne nationale, kantonale und kommunale Fach- und Beratungsstellen und Institutionen (Spitäler, Sozialdienste etc.) sowie MigrantInnenvereine können als MultiplikatorInnen oder gegebenenfalls als intermediäre AkteurInnen eine Rolle spielen. Fachpersonen (ÄrztInnen etc.) sowie Einzelpersonen aus den Migrationsgemeinschaften (Schlüsselpersonen, ÜbersetzerInnen, MediatorInnen) stehen in direktem Kontakt mit den MigrantInnen. Kontakt zu den Zielgruppen ermöglichen zudem migrationspezifische Medien.

Aus der Bestellstatistik von migesplus lässt sich die zunehmende **Nachfrage** nach mehrsprachigen Gesundheitsinformationen ableiten (INFRAS 2006; tel. Auskunft migesplus). Bis November 2005 sind 16'205 Bestellungen eingegangen. Diese Bestellmenge hat sich inzwischen mehr als verdoppelt und beträgt für das Jahr 2008 34'687 bestellte Broschüren (Stand November). Während 2005 erst die Hälfte der Bestellungen von Institutionen, Spitälern und Beratungsstellen kamen, stammen 2008 die Bestellungen grossmehrheitlich von Institutionen (32'252 von 34'687 bestellten Broschüren) und nur zu einem kleinen Teil von privaten AkteurInnen.

Bezüglich des **Bekanntheitsgrads von migesplus** stellte die Evaluation fest, dass migesplus dem Zielpublikum nur teilweise bekannt ist (INFRAS 2006). Die Fachpersonen als Hauptzielgruppen der Leistungen von migesplus werden zu wenig und nicht systematisch erreicht. Insbesondere bei den Spitälern sei der Bekanntheitsgrad von migesplus noch tief. Die Plattform sei vor allem jenen Fachpersonen bekannt, die intensiv mit MigrantInnen zusammenarbeiten oder einen eigenen Migrationshintergrund mitbringen. Die im Rahmen der Evaluation befragten Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen sind durch Zufall auf die Angebote von migesplus aufmerksam geworden. Ein Vergleich der Besucherzahlen der Website deutet allerdings darauf hin, dass der Bekanntheitsgrad von migesplus in den vergangenen Jahren zugenommen hat (INFRAS 2006; tel. Auskunft migesplus): Ab 2006 stiegen die Besucherzahlen der Website sprunghaft von 100-150 BesucherInnen pro Monat auf 700 BesucherInnen pro Monat an, was auf eine prominente Verlinkung auf der SRK-Website sowie auf die Werbung innerhalb der SRK-Angebote und durch Partnerinstitutionen (BAG, Krebsliga, Caritas) zurückgeführt wird. Gegenwärtig wird die Website von durchschnittlich mehr als 2700 Personen pro Monat aufgerufen.

1.3 Ausgangslage und Rahmenbedingungen

1.3.1 Der Informationsbedarf

Der Bedarf an mehrsprachigen Gesundheitsinformationen ist sowohl bei den intermediären AkteurInnen als auch bei den Zielgruppen vorhanden: So besteht gemäss den in der Evaluation von migesplus befragten Fachpersonen ein sehr hoher Bedarf an sprachlich und kulturell angepassten Gesundheitsinformationen für MigrantInnen (INFRAS 2006). Die Mehrheit der im Rahmen des Gesundheitsmonitoring Migrationsbevölkerung (GMM) befragten MigrantInnen aus Portugal, der Türkei, Sri Lanka und Ex-Jugoslawien wünscht in allen abgefragten Versorgungsbereichen muttersprachliche Informationen (Rommel et al. 2006). Zwar haben abgesehen von den tamilischen Befragten weniger als die Hälfte der befragten MigrantInnen angegeben, derartige Infor-

mationen schon einmal konkret vermisst zu haben. Ein Viertel bis die Hälfte der MigrantInnen findet jedoch muttersprachliche Informationen zu Versorgungsaspekten aus konkreten Erfahrungen heraus wichtig. Ein Bericht der Tripartiten Agglomerationskonferenz benennt Informationen zur Krankenversicherung, zu konkreten medizinischen Behandlungen und zu muttersprachlichen ÄrztInnen, aber auch zu Möglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen als wichtige Bereiche für Informationen in Migrationssprachen (TAK 2008).

1.3.2 Das Nachfragepotenzial im Gesundheitswesen

Hinweise auf das Nachfragepotenzial in Spitälern und bei Hausärzten liefert eine in Genf durchgeführte Befragung zur kulturellen Kompetenz von ÄrztInnen in Privatpraxen und in Spitälern sowie von MedizinstudentInnen (Hudelson et al. 2007). Unter anderem wurde gefragt, ob nach Ansicht der ÄrztInnen bzw. Studierenden PatientInnen, welche schriftliche Informationen in der Landessprache nicht verstehen, über das Spital Informationen in der jeweiligen Fremdsprache erhalten sollen oder selbst für die Übersetzung schriftlicher Informationen verantwortlich sein sollen. Eine grosse Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass das Spital schriftliche Informationen in der Sprache der Patientin/des Patienten bereitstellen soll. Allgemein identifizieren die Befragten als Grund für Schwierigkeiten bei der Versorgung von MigrantInnen am häufigsten mangelnde Sprachkenntnisse seitens der PatientInnen.

1.3.3 Das Informationsverhalten von MigrantInnen

Die Erhebung des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (Rommel et al. 2006) zum Informationsverhalten der MigrantInnen zeigt, dass Gesundheitssendungen am Fernsehen, der/die Hausarzt/-ärztin, Zeitungen und Zeitschriften und Familie und Freunde zu den bevorzugten Informationsquellen der MigrantInnen zählen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Informationsquellen zu Gesundheitsthemen gemäss GMM

Informationsquelle	Ex-Jugoslawien, Portugal, Türkei, Sri Lanka	Informationsquelle	AsylbewerberInnen Kosovo, Sri Lanka
Gesundheitssendungen am TV	69.4%	Gesundheitssendungen am TV	65.1%
Hausarzt/Hausärztin	55.9%	Hausarzt/Hausärztin	62.6%
Zeitungen, Zeitschriften	55.1%	Zeitungen, Zeitschriften	55.2%
Bücher	31.8%	Familie und Freunde	46.9%
Familie und Freunde	29.5%	Informationsbroschüren	38.4%
Informationsbroschüren	14.6%	Bücher	34.2%
Internet	11.7%	Internet	31.8%
Informationsdienst der Krankenkasse	4.6%	Informationsdienst der Krankenkasse	19.5%
Andere Informationsquellen	3.8%	Andere Beratungsdienste	9.2%
<i>Informiert sich nicht</i>	2.8%	Selbsthilfegruppen	5.5%
Andere Beratungsdienste	2.4%	<i>Informiert sich nicht</i>	2.4%
Selbsthilfegruppen	0.6%	Andere Informationsquellen	2.2%

Quelle: adaptiert aus Rommel et al. (2006).

HausärztInnen geniessen in der Migrationsbevölkerung grosses Vertrauen, was sie wesentlich von anderen Institutionen und formellen Informationskanälen unterscheidet. Sie sind zentrale VermittlerInnen von Gesundheitsinformationen. Damit sind allerdings auch Erwartungen verbunden, dass Probleme aus einer ganzheitlichen Perspektive betrachtet und nicht ausschliesslich medizinisch angegangen werden. Des Weiteren werden **Apotheken** aufgrund ihrer einfachen, informellen Erreichbarkeit, der Anonymität und der im Vergleich mit einem Arztbesuch tieferen Kosten von MigrantInnen recht häufig als Quelle für Gesundheitsinformationen genutzt (Moret et al. 2008). Schweizer **Institutionen** (Beratungsstellen, Sozialdienste u.a.) geniessen in der Migrationsbevölkerung kein grosses Vertrauen. Häufig haben vergleichbare Institutionen in den Herkunftsländern einen schlechten Ruf, der auf die schweizerischen übertragen wird. Oft befürchten MigrantInnen zudem, dass sie dort nicht willkommen sind. Vielen MigrantInnen sind die Angebote überdies schlicht nicht bekannt (Moret et al. 2008).

MigrantInnenorganisationen werden allgemein als Türöffner zu den Zielgruppen angesehen, da MigrantInnen durch sie zu Informationen zu vielen Lebensbereichen gelangen. Doch sind diesem Kanal vielfältige Grenzen gesetzt: Viele Netzwerke sind wegen fehlender dauerhafter Ressourcen relativ instabil, so dass insbesondere Gesetzesänderungen und neue Verwaltungsabläufe teilweise nicht rechtzeitig bei den Organisationen ankommen. Falls Migrationsgemeinschaften gespalten sind, besteht zudem das Risiko, über MigrantInnenorganisationen nur einen Teil der Gemeinschaft erreichen zu können (TAK 2008). Ausserdem zeigt die Studie von Moret et al. (2008), dass in MigrantInnenvereinen kaum formelle Informationen ausgetauscht werden, sondern vielmehr das Gesellige im Vordergrund steht. Nichtsdestotrotz bestehen durch Elterngruppen oder ähnliche spezifische Vereine potenzielle Zugangskanäle zur Migrationsbevölkerung, die erschlossen werden können.

In dieser Hinsicht kommt **Schlüsselpersonen** innerhalb einzelner Migrationsgemeinschaften eine wichtige Rolle zu. Gerade für schlecht vernetzte und wenig qualifizierte MigrantInnen sind informelle Kontakte zu solchen gut informierten Landsleuten ein wichtiger Informationskanal (Moret et al. 2008). Sollen solche Schlüsselpersonen gezielt zur Verbreitung von Informationen eingesetzt werden, können sich jedoch etliche Herausforderungen stellen (vgl. Kaya 2007): So kann nicht nur die Identifikation solcher Schlüsselpersonen schwierig sein, sondern ähnlich wie im Falle der MigrantInnenorganisationen dürften diese Schlüsselpersonen nur für bestimmte Segmente der entsprechenden Migrationsgemeinschaft diese Funktion innehaben. Im Bereich der Kommunikation wurde ebenfalls verschiedentlich gezeigt, dass eine unbestimmte Anzahl an Schlüsselpersonen besteht, deren Einfluss sich häufig auf ein bestimmtes Interessengebiet und eine bestimmte soziale Gruppe beschränkt (Schenk 2002a).

Fernsehsendungen, Zeitungen und Zeitschriften in Herkunftssprachen bzw. aus den Herkunftsländern stellen für die Migrationsbevölkerung ebenfalls ein wichtiges Informationsinstrument zu Gesundheitsfragen dar. Vor allem Ältere, weniger gut Ausgebildete und Familien mit Kindern ziehen diese den Schweizer Medien klar vor (Moret et al. 2008). Auch in der Migrationsbevölkerung steigt die Bedeutung des **Internet** bei der Informationsbeschaffung, so dass dieses gezielter zur Informationsverbreitung eingesetzt werden könnte. Die Nutzung des Internets ist zwar stark von Sprachkompetenz und Bildungsgrad abhängig (TAK 2008), gerade bei

Jugendlichen wurde jedoch beim Internetzugang und dessen Nutzung keine digitale Kluft zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt (Bonfadelli 2006). Darüber hinaus übernehmen Jugendliche oder andere Personen, die das Internet nutzen, häufig die Rolle eines Informations-Brokers für Erwachsene bzw. Personen, die das Internet nicht nutzen (TAK 2008).

Grundsätzlich ist die Rezeption schriftlicher Informationen von den Sprachkompetenzen und dem Bildungsgrad der EmpfängerInnen abhängig. Somit ist bei der Distribution von Informationsmaterial zu berücksichtigen, dass Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz sowohl mündliche als auch schriftliche Informationen von Gesundheitsfachleuten schlechter verstehen (Kaya 2007: 12).

2 Problemanalyse

Auf der Basis von fünf Gesprächen mit Vertreterinnen von Organisationen, die über Erfahrungen mit der Produktion und Verteilung von Informationsmaterial in Migrationssprachen verfügen (vgl. Liste im Anhang), werden im Folgenden einige zentrale Aspekte dieser Tätigkeit diskutiert.

2.1 Bisherige Erfahrungen mit der Distribution von Informationsbroschüren

2.1.1 Allgemeine Erfahrungen

Die befragten Organisationen haben unterschiedliche Erfahrungen mit der Distribution von Broschüren gemacht. Der breit angelegte Versand von Informationsmaterial an mehr oder weniger zufällig ausgewählte AkteurInnen wird durchwegs als wenig erfolgreich beschrieben. Nicht nur erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass das migrationsspezifische Informationsmaterial in der Menge an anderem Informations- und PR-Material untergeht, sondern viele Organisationen erklären sich nur für bestimmte Themen zuständig. Die mit dieser Versandstrategie verbundenen Streuverluste dürften daher relativ gross sein.

Besser funktioniert gemäss den GesprächspartnerInnen der Ansatz, nur die Informationen über eine Broschüre bzw. die Bestellunterlagen zu verbreiten, ohne die Broschüre mitzuschicken. Dieser Ansatz bewährt sich beispielsweise für die AIDS-Hilfe Schweiz, die in einem Infoversand die aus ihrer Sicht relevanten AkteurInnen auf den AHS-Leporello hinweist.

Erfolgsversprechend ist es ausserdem, die EmpfängerInnen des Informationsmaterials zielgerichtet nach thematischen Kriterien oder aufgrund von Erfahrungen bei früheren Versänden auszuwählen.

Die wichtigste Erfolgskomponente bei der Distribution dürfte jedoch gemäss den Erfahrungsberichten die Vermittlung bzw. der persönliche Kontakt sein. So wird in mehreren Gesprächen darauf hingewiesen, dass Broschüren erfolgreich verteilt werden konnten, indem Kontakte zu den MultiplikatorInnen bzw. intermediären AkteurInnen gepflegt wurden und anschliessend engagierte oder gezielt dafür eingesetzte Einzelpersonen die Distribution der Informationen oder der Materialien an die intermediären AkteurInnen bzw. Zielgruppen übernommen haben. Direkte Beziehungen zu den intermediären AkteurInnen werden zwar als erfolgsversprechend, aber auch als anspruchsvoll beschrieben. Ebenfalls als aufwändig aber erfolgreich werden Aktionen bezeichnet, die einen direkten Zugang zu den MigrantInnen erlauben. So werden gemäss Interviewaussagen mit Standaktionen und Informationsveranstaltungen, die teilweise in Zusammenarbeit mit MigrantInnenorganisationen oder mit aus Zielgruppen stammenden MediatorInnen durchgeführt werden, erfolgreich Informationen an die Zielgruppen vermittelt (beispielsweise Rauchstop-Wettbewerb). Dieser Ansatz dürfte für Alltagsthemen, wie zum Beispiel Passivrauch, besser geeignet sein als für andere, intimere Themen wie beispielsweise Brustkrebs oder Verhütung. Eine andere Vorgehensweise mit direktem Kontakt zu MigrantInnen, die auch für die Vermittlung intimerer Themen geeignet ist, findet in spezifischen Settings statt, im Rahmen auf-

suchender Arbeit, bei der beispielsweise gezielt Frauen im Wochenbett besucht werden (planning familial). Ein offenkundiger Nachteil dieser direkten Ansätze ist aber, dass jeweils nur eine relativ kleine Anzahl an Personen erreicht wird.

2.1.2 Spezifische Erfahrungen mit konkreten Broschüren

Exemplarisch wird im Folgenden je ein von der jeweiligen befragten Organisation als erfolgreich sowie ein als nicht erfolgreich beurteiltes Beispiel der Distribution von Broschüren erläutert.

Im erfolgreichen Fall geht es um eine Informationsbroschüre zum Thema Bewegung und Sport, die von der EHSP Magglingen und dem SRK herausgegeben wird. Die Organisation der Distribution erfolgte bereits in der Phase der Erarbeitung der Broschüre, indem die daran beteiligten VertreterInnen der Zielgruppen auch beigezogen wurden, um geeignete Distributionskanäle zu eruieren. Dabei wurde von den VertreterInnen der Migrationsgemeinschaften darauf hingewiesen, dass besonderes Augenmerk auf die Vermittlung der Broschüre durch kompetente Fachpersonen gelegt werden soll, worauf ärztliche Fachgesellschaften, Beratungs- und Fachstellen in den Bereichen Gesundheit, Integration und Migration aber zusätzlich auch einzelne MigrantInnenorganisationen angeschrieben und auf die Broschüre hingewiesen wurden. Sie wird ausserdem auch in Zusammenhang mit themenbezogenen Aktivitäten und im Rahmen verschiedener Sprach- und Gesundheitskurse abgegeben. Des Weiteren wurde an Fachtagungen und in Fachzeitschriften auf die Broschüre aufmerksam gemacht. Die daraufhin erfolgte Bestellmenge wird als mehr als zufriedenstellend beurteilt.

Ein Beispiel, bei dem die Distribution nicht zufriedenstellend gelang, ist der erste Versand einer von der Krebsliga herausgegebenen Ernährungsbroschüre. Die Broschüre wurde mit Hilfe von interkulturellen ÜbersetzerInnen erarbeitet und danach in einem Paket mit Broschüren zu anderen Themen (Brustkrebs, Bewegung und anderen) an eine breite Liste von verschiedenen MultiplikatorInnen und intermediären AkteurInnen versandt. Für die Ernährungsbroschüre konnten im Anschluss an den Versand keine Bestellungen verzeichnet werden. Die vermuteten Gründe sind vielfältig und reichen von möglichen Unklarheiten hinsichtlich der Bestellkosten über eine vermutete Unpopularität des Themas bis zur unfokussierten Auswahl der EmpfängerInnen. Dieselbe Broschüre wurde daraufhin einem Versand zu Passivrauch beigelegt. Bei diesem Versand wurde vorgängig die Adresssammlung überprüft und Empfehlungen bei migesplus eingeholt. Ausserdem wurde ein Gratisbestellschein beigelegt. Die anschliessende Bestellmenge war zufriedenstellend. Die Rolle der einzelnen Faktoren und der thematischen Kopplung – die Broschüre Passivrauch wies ebenfalls eine hohe Bestellmenge auf – kann allerdings nicht abschliessend beurteilt werden.

2.2 Fazit

Aus den Beispielen für die Distribution von Broschüren in Migrationssprachen geht hervor, dass eine Vielfalt an Faktoren für den Erfolg oder Misserfolg verantwortlich sein kann. Verschiedene Faktoren, die im Folgenden erläutert werden, scheinen jedoch einen entscheidenden Beitrag zum Distributionserfolg leisten zu können: Der *Einbezug der Zielgruppen bei der Auswahl ge-*

eigneter AdressatInnen, die *Form der Verteilung* und *Eigenschaften der Senderin oder des Senders*.

Die in den verschiedenen Beispielen der Distribution von Broschüren verwendeten AdressatInnen und Distributionswege sind in Abbildung 2 schematisch dargestellt. Die obere Hälfte von Abbildung 2 illustriert schematisch die AdressatInnen und Distributionswege, die in den betrachteten Beispielen der Distribution von Broschüren Erwähnung fanden (dünne Pfeile). Dieser Teil der Abbildung beruht auf Interviewaussagen und den Adresslisten, die für die jeweiligen Versände zur Anwendung gelangten. Die untere Hälfte von Abbildung 2 führt die verschiedenen Akteursgruppen aus den Bereichen Gesundheit und Integration (Kästen) auf, die effektiv oder potenziell direkt oder indirekt mit den Zielgruppen in Kontakt stehen und dadurch als VermittlerInnen von Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen dienen können (fett gedruckte Pfeile). Die Auswahl dieser AkteurInnen orientiert sich grösstenteils an den im Kommunikationskonzept zur Strategie Migration und Gesundheit (BAG 2003) definierten relevanten AkteurInnen. Die interne Organisation und die Kommunikationskanäle ausgewählter MultiplikatorInnen des Gesundheitswesens werden in Anhang 3 dargestellt. Der primäre Fokus auf AkteurInnen des Gesundheitswesens beruht auf deren Fachkompetenz im Vermitteln von Gesundheitsinformationen. Abbildung 2 dient der Veranschaulichung und erhebt weder bezüglich der aufgeführten AkteurInnen noch bezüglich der Vernetzung zwischen den verschiedenen AkteurInnen Anspruch auf Vollständigkeit. Andere, nicht aufgeführte AkteurInnen sind beispielsweise PhysiotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen, etc.

Anhand der wenigen betrachteten Beispiele lassen sich keine verallgemeinerbaren Schlüsse ziehen. Aus Abbildung 2 lässt sich jedoch ableiten, dass die meisten potenziellen MultiplikatorInnen und intermediären AkteurInnen grundsätzlich bereits in die Distribution von Informationsmaterial eingebunden sind und die entsprechenden Verteilwege genutzt werden. Ob der Pflegebereich in den Spitälern (Pflegedienstleitungen, Pflegepersonal, SBK als Berufsverband), kantonale Suchtpräventionsstellen und Krankenkassen bei der Distribution anderer Materialien eine Rolle spielen oder nicht, lässt sich mangels Informationen nicht beurteilen. Demgegenüber lässt sich festhalten dass Universitäten und Fachhochschulen teilweise angeschrieben wurden, diese jedoch vermutlich tendenziell keine spezifischen Settings bieten, in denen fremdsprachiges Informationsmaterial zu Gesundheitsthemen adäquat an MigrantInnen vermittelt werden kann und nicht über primäre Kommunikationswege zu den relevanten intermediären AkteurInnen verfügen.

Abbildung 2 lässt keine direkten Rückschlüsse über die Eignung einzelner AkteurInnen bzw. Organisationen als Verteilkanal bzw. –zentrum zu. Grundsätzlich kann dazu auf der Basis der geführten Gespräche folgendes festgehalten werden: Als Verteilzentren eignen sich Organisationen/AkteurInnen, die in direktem Kontakt mit den spezifischen Zielgruppen stehen und in der Lage sind, Informationsmaterialien im Rahmen eines geeigneten Settings an Angehörige der Zielgruppen abzugeben (intermediäre AkteurInnen) oder die über eingespielte Kommunikationskanäle und –mechanismen zu solchen intermediären AkteurInnen verfügen (MultiplikatorInnen). Je nach Thema und Komplexität der Broschüre kann die Abgabe des Materials über die anonyme Verteilung (Auslage von Broschüren zur freien Mitnahme), im Rahmen von Sensibilisierungskampagnen (z.B. Standaktionen, aufsuchende Arbeit) oder im unmittelbar themenbezo-

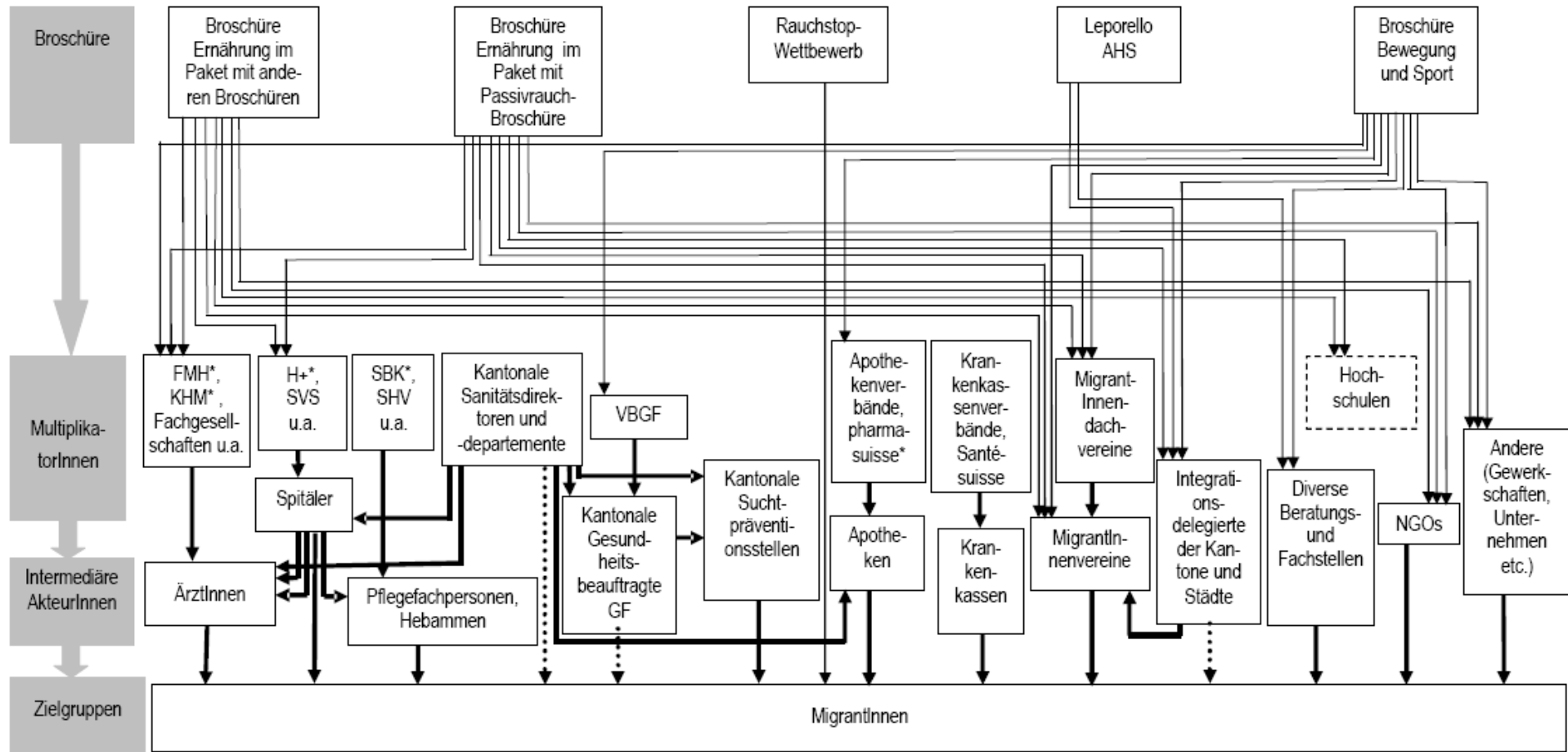
genen persönlichen Kontakt (Arztkonsultation, Beratungsgespräch, Informationsveranstaltung, Kurs etc.) erfolgen. Die Rolle intermediärer AkteurInnen kann es auch sein, die in den entsprechenden Organisationen zusammengeschlossenen Unterorganisationen oder Personen auf die Existenz von fremdsprachigem Informationsmaterial hinzuweisen und Bestellmöglichkeiten anzugeben.

2.2.1 Good practices der Informationsdiffusion

Es ist ein Vorteil, die Zielgruppen in angemessener Weise bereits bei der *Entwicklung* einer Broschüre einzubeziehen, beispielsweise über Fokusgruppen, sowie in Zusammenarbeit mit VertreterInnen der Zielgruppen geeignete MultiplikatorInnen und intermediäre AkteurInnen zu ermitteln. Eine zentrale Rolle im Hinblick auf den Distributionserfolg spielt die Ausgestaltung der Broschüre, von der sich im Idealfall sowohl die MultiplikatorInnen bzw. intermediären AkteurInnen als auch die Angehörigen der eigentlichen Zielgruppen angesprochen fühlen.

Bei der *Distribution* von Broschüren ist einerseits die Form der Verteilung, andererseits die Glaubwürdigkeit des Absenders wichtig. Auf Stufe des Senders hat es sich bewährt, die MultiplikatorInnen bzw. intermediären AkteurInnen in Informationsbriefen auf die Verfügbarkeit migrationsspezifischer Broschüren hinzuweisen, gegebenenfalls ein Musterexemplar mitzuschicken, und die Bestellmöglichkeiten anzugeben. Um sicherzustellen, dass die Informationen oder die Broschüren von den MultiplikatorInnen an die intermediären AkteurInnen gelangen, ist es von Vorteil, wenn der/die SenderIn über eine Kontaktperson bei dem/der entsprechenden MultiplikatorIn verfügt, die die Distribution der Informationen unterstützt, indem sie die organisationsinternen Kommunikationskanäle zur Verfügung stellt. So war beispielsweise beim Versand der Krebsliga eine engagierte Mitarbeiterin von H+ bereit, die Mitgliederadressen unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Auf Ebene der intermediären AkteurInnen bewährt sich die Abgabe von Broschüren durch Fachpersonen im Rahmen von Beratungsgesprächen oder durch aufsuchende Arbeit. Die Vorteile dieses Settings liegen darin, dass bei der Abgabe auf individuelle Bedürfnisse und Fragen eingegangen werden kann und diese zielgerichtet erfolgt. Zudem kann dies eine integrative und vertrauensbildende Wirkung haben. Wichtig auf allen Ebenen ist die Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit der jeweiligen Akteurin bzw. des jeweiligen Akteurs in den Augen der EmpfängerInnen (Kaya 2007; Schenk 2002a; TAK 2008).

Abbildung 2: Akteurstypen und Distributionswege



Legende:

→	In den Beispielen kontaktierte AkteurInnen bzw. verwendete Kommunikationswege	KHM	Kollegium für Hausarztmedizin
→	Potenzielle Kommunikations- und Distributionswege	NGO	Non-Governmental Organization, Nichtregierungsorganisation
→	Unklar, ob direkte Kommunikationswege bestehen	SBK	Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
⋯→	AkteurIn verfügt über keine wesentlichen Kommunikationskanäle zur Zielgruppe	SHV	Schweizerischer Hebammenverband
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren
GF	Gesundheitsförderung	VBGF	Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung
H+	Vereinigung der Schweizer Spitäler		

* Die interne Organisation und mögliche Kommunikationswege dieses Akteurs/dieser Akteurin werden im Anhang 3 dieses Berichts detailliert aufgezeigt.

Quelle: eigene Darstellung; die Akteursauswahl orientiert sich am Kommunikationskonzept zur Strategie „Migration und Gesundheit“ (BAG 2003).

2.2.2 Herausforderungen

Die Umsetzung der *good practices* ist jedoch mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert: Bei der **Erarbeitung** der Broschüren ist häufig die Identifikation von geeigneten VertreterInnen der Zielgruppen schwierig. Zudem sind mögliche Probleme im Zusammenhang mit Illettrismus bzw. fehlender Gewohnheit im Umgang mit schriftlichen Informationen seitens der Zielgruppen in die Erarbeitung einzubeziehen. Dabei muss die Frage gestellt werden, ob eine Broschüre das geeignete Kommunikationsmittel zur Erreichung der jeweiligen Zielgruppen bzw. zur Vermittlung von Informationen und Präventionsbotschaften ist. Häufig ist die anbietende Organisation zudem mit Ressourcenproblemen bei der Überarbeitung bzw. der Finanzierung von Neuauflagen bereits erarbeiteter Broschüren konfrontiert.

Bei der **Distribution** der Broschüren haben sich die Adressbeschaffung und die Bewirtschaftung von Adresslisten für die anbietenden Organisationen als aufwändig und teilweise schwierig herausgestellt. Dies führt zu Unklarheit darüber, ob alle wichtigen MultiplikatorInnen und intermediären AkteurInnen erfasst und die Adressen aktuell sind. Zudem herrscht eine grosse Unsicherheit, welche MultiplikatorInnen und intermediäre AkteurInnen geeignet und bereit sind, die Broschüren weiterzuleiten bzw. an die eigentlichen Zielgruppen zu vermitteln. Hier ist der zentrale Optimierungsbedarf an der Distributionspraxis im Rahmen von migesplus sowie an der Wegleitung zur Verteilung (vgl. unten) zu orten. Auf der Ebene der intermediären AkteurInnen können sich Probleme dahingehend zeigen, dass die aufsuchende Arbeit sehr zeit- und personalintensiv ist und möglicherweise eine Schulung der VermittlerInnen notwendig ist.

Das fehlende **Monitoring** bzw. die bisher kaum erfolgte Nachbearbeitung eines Versands schafft im Hinblick auf die Organisation zukünftiger Versände Probleme: Es wird von den anbietenden Organisationen in den meisten Fällen aus Zeit- und Ressourcengründen nicht systematisch erfasst bzw. ausgewertet, welche MultiplikatorInnen bzw. intermediären AkteurInnen die Broschüren bestellen, wodurch nicht festgestellt werden kann, welches die gut funktionierenden Distributionskanäle mit hoher Nachfrage sind. Zusätzlich wissen die anbietenden Organisationen in der Regel nicht, ob die Broschüren via MultiplikatorInnen bzw. intermediäre AkteurInnen die eigentlichen Zielgruppen erreichen. Teilweise sind in diesem Zusammenhang Befragungen der intermediären AkteurInnen geplant oder bereits in Durchführung, was aber ebenfalls mit einem gewissen Aufwand verbunden ist.

2.3 Wünsche an migesplus hinsichtlich Unterstützung

In den geführten Gesprächen hatten die Befragten die Möglichkeit, ihre Wünsche an migesplus auszudrücken und zu erklären, wo sie Unterstützungsbedarf orten respektive in welchen Bereichen sie bei der Verteilung ihrer Broschüren Schwierigkeiten hatten, sei dies intern oder in der Zusammenarbeit mit migesplus. In einem ersten Teil werden die Anliegen angeführt, welche von mehreren GesprächspartnerInnen genannt wurden. In einem zweiten Teil werden individuelle Anregungen und Kritiken behandelt.

Am meisten Schwierigkeiten bekundeten die Befragten im Zusammenhang mit der Beschaffung von relevanten Adressen sowie mit der Pflege der Adressbestände, insbesondere der MigrantIn-

nenorganisationen. Grundsätzlich ist ein Bedarf an Adresslisten aus dem Migrationsbereich festzustellen. Dieses Bedürfnis dürfte sich zum Teil damit erklären lassen, dass die „Checkliste/Wegleitung für die Verteilung von migrationsspezifischen Broschüren“ von migesplus als ersten Schritt der Distribution die Festlegung der wichtigsten Distributionskanäle und Settings/AdressatInnen bzw. die Sammlung von Adressen empfiehlt.

Entsprechend wünschen sich mehrere GesprächspartnerInnen, dass migesplus eine zentrale Adressdatenbank aufbauen und pflegen sollte, die allen Herausgebenden von Broschüren, die über migesplus bestellt werden können, zugänglich ist. Die Befragten sehen in migesplus und dem SRK die geeignete Stelle dafür, da sie über besonders viel Insiderwissen verfügten und migesplus nicht nur als Informationsdrehscheibe, sondern auch als potenzielle Logistikzentrale betrachten. Dies geht mit dem grundsätzlichen Wunsch einher, dass migesplus verstärkt eine koordinierende Rolle wahrnehmen soll. In diesem Zusammenhang wird nebst der zentralen Adressverwaltung von einer Person vorgeschlagen, ein Gesamtnetzwerk Migration und Gesundheit aufzubauen, das den Austausch fördern und die Distribution vereinfachen soll.

Ebenfalls mehrfach angeregt wird, dass migesplus den Versand von Informationsbriefen zu den Broschüren selber übernehmen soll. Die Befragten würden es sinnvoll finden, eine einzige Kontaktadresse für den Bezug fremdsprachiger Informationsmaterialien zu schaffen. Dies stärke die Glaubwürdigkeit des Absenders und verhindere, dass sich die Zielgruppen mit Material überflutet fühlen.

Sehr geschätzt wird die Projektbegleitgruppe als Plattform für den Erfahrungsaustausch im Bereich Migration und Gesundheit. Diese sei unbedingt beizubehalten.

Im Folgenden werden Wünsche, Anregungen und Bemerkungen angeführt, die jeweils nur von einer Gesprächspartnerin angesprochen wurden:

In einem Gespräch wurde erwähnt, dass der Austausch von Kontaktadressen nicht optimal verlief und ein stärkerer Austausch von Adressen unter den an migesplus beteiligten Organisationen wünschenswert wäre (vgl. auch den mehrfach geäußerten Wunsch nach einer gemeinsamen Adressdatenbank). Zudem werden eine klarere Aufgabenverteilung und Klärung von Zuständigkeiten zwischen migesplus und den beteiligten Organisationen angeregt. Insbesondere in Bezug auf den Versand wird vorgeschlagen, dass migesplus von Anfang an darüber informiert, dass es den Versand von Informationsbriefen etc. nicht übernimmt. Sehr erwünscht wären auch regelmässige Informationen von migesplus an die anbietenden Organisationen über die erfolgten Nachbestellungen, insbesondere Auskunft darüber, wie viele Broschüren in den einzelnen Sprachen nachgefragt werden.

In einem weiteren Gespräch wurde zudem angeregt, dass migesplus seinen Bekanntheitsgrad beim Gesundheitspersonal erhöhen sollte. Während migesplus bei Fachstellen des Integrationsbereichs bekannt sei und genutzt werde, sei die Plattform einem Grossteil der Ärzteschaft unbekannt. Ändern liesse sich dies vor allem via redaktionelle Fachartikel in Ärztezeitschriften, da diese regelmässig gelesen würden. Hingegen seien Inserate kaum hilfreich und würden übersehen. In den Augen der betreffenden Person ist migesplus in dieser Hinsicht wenig aktiv und nutzt Publikationsorgane wie die Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) zu wenig.

3 Folgerungen und Empfehlungen

Im Folgenden werden Schlussfolgerungen aus den Rahmenbedingungen und der Problemanalyse gezogen und die sich daraus ergebenden Empfehlungen erläutert.

- Eine generelle Empfehlung für die Distribution von Broschüren ist, die Distributionskanäle bzw. –adressatInnen und die Form der Distribution abhängig vom Thema und der Komplexität einer Broschüre zu bestimmen. So sollen die Gesundheitsinformationen in einem geeigneten, **angemessenen Setting** vermittelt werden. Während für intimere und komplexere Themen auf eine fachlich kompetente Vermittlung der Informationen geachtet werden sollte und sich persönliche Beratungsgespräche zur Vermittlung gut eignen, können Broschüren zu Alltagsthemen durchaus in themenfremden Settings – beispielsweise Projekten und Kursen für MigrantInnen – abgegeben werden oder zur freien Mitnahme aufgelegt werden.
- Aus Effizienz- und Effektivitätsüberlegungen sollten die zu kontaktierenden **AkteurInnen zielgerichtet und kriteriengeleitet ausgewählt** werden – nach Thema, Eignung, Zugang zu den Zielgruppen etc. So eignen sich AkteurInnen, die entweder in direktem Kontakt mit den Zielgruppen stehen (intermediäre AkteurInnen) und gleichzeitig die Broschüre in einem geeigneten Setting vermitteln können oder AkteurInnen, die über Kommunikationswege zu intermediären AkteurInnen verfügen (MultiplikatorInnen). Streusendungen sollten unbedingt vermieden werden. Es wird empfohlen, die Wegleitung für die Verteilung von migrationsspezifischen Broschüren von migesplus in diesem Sinne anzupassen.
- Hinsichtlich der bei der Distribution zu kontaktierenden **AkteurInnen** bietet es sich wiederum aus Effizienzgründen an, in einem ersten Schritt die MultiplikatorInnen, wo vorhanden, als PartnerInnen in die Distribution einzubinden und deren etablierte Kommunikationskanäle zu nutzen. Somit kann die Rolle der MultiplikatorInnen auch darin bestehen, die in den entsprechenden Organisationen zusammengeschlossenen Unterorganisationen oder Personen auf die Existenz von fremdsprachigem Informationsmaterial hinzuweisen und Bestellmöglichkeiten anzugeben. Erscheint ein Einbezug der MultiplikatorInnen nicht sinnvoll oder möglich – beispielsweise aufgrund eines niedrigen Organisationsgrades oder mangelnden Interesses – ist es zweckmässig, ausgewählte intermediäre AkteurInnen bzw. einzelne Einrichtungen oder sogar Schlüsselpersonen anzugehen. Die Kontaktierung von Einzelpersonen – aus den intermediären AkteurInnen oder den Zielgruppen – dürfte ausserhalb der aufsuchenden Arbeit und gegebenenfalls von Standaktionen aber nicht im Vordergrund stehen.
- Angesichts der Tatsache, dass die in verschiedenen Untersuchungen befragten MigrantInnen in erster Linie HausärztInnen und Apotheken als vertrauenswürdige und häufig genutzte Informationsquellen in Gesundheitsfragen angeben (vgl. Abschnitt 1.3.3), scheint es sinnvoll, den **Hauptfokus der Distribution** auf diese AkteurInnen zu legen. Das bei den intermediären AkteurInnen aus dem Gesundheitsbereich (ÄrztInnen in Privatpraxen und Spitälern sowie MedizinstudentInnen) ermittelte Nachfragepotenzial an Informationen in Migrationssprachen bzw. die Bereitschaft, solches beim Kontakt mit PatientInnen einzusetzen (vgl. Abschnitt 1.3.2), legen diesen Fokus ebenfalls nahe. Daneben bieten sich aber auch andere Gesundheitsfachleute für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen an MigrantInnen

an, insbesondere Pflegefachpersonen, Hebammen und Apothekenpersonal. Der Fokus auf medizinische Fachpersonen birgt den Vorteil, dass die angemessene fachliche Vermittlung der Gesundheitsinformationen sichergestellt werden kann. Ein zweiter Vorteil ist, dass diese AkteurInnen in direktem Kontakt mit den Zielgruppen stehen und so die Informationsbroschüren zielgerichtet und ohne Streuverluste abgeben können. Mögliche DistributionspartnerInnen sind verschiedene MultiplikatorInnen, wie beispielsweise die FMH, das Kollegium für Hausarztmedizin (KHM), ärztliche Fachgesellschaften, kantonale Ärztesgesellschaften, H+ Die Spitäler der Schweiz oder Spitäler, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), der Schweizerische Hebammenverband (SHV), Apothekenverbände oder Apotheken sowie weitere Beratungsstellen im Gesundheitsbereich. Der Fokus auf AkteurInnen des Gesundheitswesens entspricht auch dem integrativen Ansatz, der in der Strategie „Migration und Gesundheit 2008-2013“ des BAG (2007) verankert ist. Demgemäss sollten für die Distribution von Gesundheitsinformationen an die Migrationsbevölkerung im Sinne eines Migration Mainstreaming möglichst dieselben Verteilkanäle und AdressatInnen genutzt werden, wie für Informationsmaterialien in den Landessprachen. Die ergänzende Nutzung anderer geeigneter spezifischer Kanäle und AkteurInnen ist damit jedoch keineswegs ausgeschlossen. Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, bieten sich weitere mögliche MultiplikatorInnen und intermediäre AkteurInnen bei der Distribution von Broschüren an, jedoch sollte darauf geachtet werden, dass diese tatsächlich über ***mittelbare oder unmittelbare Kommunikationskanäle zu den MigrantInnen*** verfügen.

- Aus verschiedenen Gesprächen mit anbietenden Organisationen ging hervor, dass die Distribution bei den MultiplikatorInnen und den intermediären AdressatInnen besonders zufriedenstellend erfolgte, wenn sich ein engagierter Mitarbeiter oder eine engagierte Mitarbeiterin des Multiplikators/der Multiplikatorin bzw. des intermediären Akteurs/der intermediären Akteurin für das Thema Migration und Gesundheit oder für das spezifische Thema der Broschüre interessiert und die internen Kanäle für die Distribution geöffnet hat, indem beispielsweise dem/der SenderIn die Mitgliederadressen unentgeltlich zur Verfügung gestellt wurden. Allgemein kann daher empfohlen werden, bei den MultiplikatorInnen und gegebenenfalls den intermediären AkteurInnen ***Kontaktpersonen zu identifizieren***, um Distributionsmöglichkeiten und -kanäle zu eruieren. Diesbezüglich kann es durchaus sinnvoll sein, dass ***migesplus die Rolle eines Türöffners*** übernimmt und bei professionellen und verbandlich organisierten AkteurInnen Kontaktpersonen eruiert und die Möglichkeiten auslotet, die dieser Akteur oder diese Akteurin hat, Informationen über migesplus oder über einzelne Broschüren zu verteilen.
- Aufgrund grosser themenspezifischer Unterschiede hinsichtlich der Eignung bestimmter AkteurInnen sowie einer unübersichtlichen Anzahl dieser AkteurInnen ist eine ***generelle Zentralisierung der Distribution nicht angezeigt***. Gegen eine allgemeine Zentralisierung der Distribution spricht zudem der Ansatz des Migration Mainstreaming (vgl. oben): So sollen die relevanten AkteurInnen des Gesundheitswesens für die Themen Migration und Diversität sensibilisiert werden, was die Mitarbeit einer Vielzahl an AkteurInnen bedingt. Aus der Kommunikationsforschung ist zudem bekannt, dass verschiedene KommunikatorInnen und

eine grössere Zahl an Wiederholungen einer Botschaft die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass eine Botschaft von den Zielgruppen rezipiert und gegebenenfalls akzeptiert wird (vgl. Schenk 2002b) – der Sensibilisierungs- und damit Mainstreamingeffekt zu einem bestimmten Thema dürfte daher grösser sein, wenn der Versand von Informationsmaterial und die Kommunikation darüber nicht generell zentralisiert werden.

Eine **Erweiterung der Drehscheibenfunktion von migesplus** im Sinne einer zentralen **Plattform für logistische Unterstützung** erscheint dagegen aus Effizienzüberlegungen erwägenswert. Die Erstellung und Pflege von Adresslisten ist aufwändig und bindet Ressourcen. Erfolgt diese Arbeit dezentral, d.h. durch die einzelnen anbietenden Organisationen, ist dies mit ineffizienten Doppelspurigkeiten verbunden. Dementsprechend könnte es eine Aufgabe von migesplus sein, geeignete MultiplikatorInnen und intermediäre AkteurInnen zu identifizieren, Kontakte zu diesen herzustellen, Adresslisten zu erstellen, zu pflegen und den anbietenden Organisationen zur Verfügung zu stellen. Die Auswahl der hinsichtlich der zu verteilenden Broschüre geeigneten AdressatInnen aus diesen Listen obliegt hingegen den anbietenden Organisationen. Eine weitere Funktion von migesplus könnte es sein, den anbietenden Organisationen mit Hinweisen und Wegleitungen zum Versand von fremdsprachigen Broschüren beratend zur Seite zu stehen. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, den Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen anbietenden Organisationen – beispielsweise im Rahmen der ExpertInnengruppe – stärker zu stimulieren.

- Sowohl die Entwicklung als auch die Distribution der Broschüren bedingt die **Sensibilisierung** geeigneter AkteurInnen für das Thema Migration und Gesundheit bzw. das spezifische Thema einer Broschüre: Einerseits empfiehlt es sich daher, die Migrationsgemeinschaften für die jeweiligen Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und bereits vorhandene Informationsbedürfnisse aufzunehmen. Andererseits ist es notwendig, die (Gesundheits-) Fachleute für die Themen Migration und Diversität zu sensibilisieren und sie zu befähigen, die vorhandenen Informationsangebote in Anspruch zu nehmen und an die entsprechenden Zielgruppen zu vermitteln. Dazu ist es notwendig, das Angebot an Broschüren in Migrationssprachen bekannter zu machen bzw. den **Bekanntheitsgrad von migesplus zu erhöhen**. Idealerweise wird die einzelne Broschüre zudem nicht als Einzelinstrument eingesetzt, sondern wird von Sensibilisierungs- und PR-Massnahmen, Workshops und anderen Massnahmen begleitet.
- Um den Distributionserfolg und bereits genügend sowie ungenügend erschlossene Distributionskanäle erfassen zu können, ist es notwendig, dass der/die SenderIn ein entsprechendes **Monitoring** durchführt. Dieses soll dem/der SenderIn detaillierten Aufschluss darüber geben, welche Akteure welche Broschüren in welchen Mengen und in welchen Sprachen bestellen.

Aus den vorangehenden Ausführungen lassen sich zusammenfassend die folgenden Grundsätze oder „golden rules“ für die Distribution von migrationsspezifischen Informationsmaterialien ableiten:

Golden Rules für AnbieterInnen von migrationsspezifischen Informationsmaterialien:

1. Die Broschüren sollen nicht über Massenversände breit verteilt, sondern in einem dem Thema und der Komplexität angemessenen Setting vermittelt werden; dies bedingt:
2. Die Auswahl der AdressatInnen erfolgt zielgerichtet und kriteriengeleitet. Dabei ist darauf zu achten, dass die AdressatInnen tatsächlich über mittelbare oder unmittelbare Kommunikationskanäle zu den Zielgruppen (MigrantInnen) verfügen.
3. Wenn möglich geeignete MultiplikatorInnen als PartnerInnen einbinden und deren Kommunikationsmechanismen und –medien nutzen (dies bedingt die Identifikation von Kontaktpersonen in der jeweiligen Organisation).
4. Eine erfolgreiche Distribution bedingt die Sensibilisierung der relevanten AkteurInnen für das Thema Migration und Gesundheit bzw. der zu versendenden Broschüre.
5. Ein Monitoring des Versandes durchführen: Bestellmengen und BestellerInnen der einzelnen Broschüren erfassen, Daten periodisch auswerten.

Literatur

- BAG (2007): *Strategie Migration und Gesundheit, Phase II: 2008-2013*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2003): *Kommunikationskonzept zur Strategie „Migration und Gesundheit“, Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bonfadelli, Heinz (2006): *Alte/Neue Medien und Migranten: Mehr Fragen als Antworten*. Zürich: IPMZ.
- Hudelson, Patricia et al. (2007): *Clinical cultural competence: Development of tools to measure clinicians' core knowledge, attitude and skills*. Genève: HUG.
- INFRAS (2006): *Projekt: Drehscheibe Gesundheitsinformationen für MigrantInnen (MIGESPLUS)*. Zürich: INFRAS.
- Kaya, Bülent (2007): *Grundlagendokument „Migration und Gesundheit“*. Neuchâtel: SFM.
- Moret, Joëlle; Meffre, Véronique und Dahinden, Janine (2008): *Die Bedeutung von Migrationsnetzwerken in der öffentlichen Gesundheits- und Integrationspolitik. Modul 3: Informationsdiffusion und –rezeption bei MigrantInnen: Mikroperspektive*. Zusammenfassung. Neuchâtel: SFM.
- Rommel, Alexander et al. (2006): *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht*. Bonn: WiAD.
- Schenk, Michael (2002a): „Interpersonale Kommunikation“, in: Noelle-Neumann, Elisabeth; Schulz, Winfried und Wilke, Jürgen (Hrsg.): *Publizistik, Massenkommunikation*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag; 64-77.
- Schenk, Michael (2002b): „Persuasion“, in: Noelle-Neumann, Elisabeth; Schulz, Winfried und Wilke, Jürgen (Hrsg.): *Publizistik, Massenkommunikation*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag; 407-421.
- Tripartite Agglomerationskonferenz (TAK: 2008): *Umsetzung des Informationsauftrags gemäss Art. 56 AuG*. Bern: Sekretariat der KdK.

Anhang 1: GesprächspartnerInnen

migesplus

Osman Besić, Projektleiter migesplus, SRK, Bern; 24.9.2008

Myriam Kleiner, SRK, Bern; 24.9.2008

(Anbietende) Organisationen mit Distributionserfahrung

Barbara Beaussacq, Projektleiterin Prävention bei MigrantInnen, Aids-Hilfe Schweiz, Zürich;
30.10.2008

Katrin Haldemann, Präventionsprogramm Darmkrebs und Kampagne 5 am Tag, Schweizerische
Krebsliga, Bern; 8.10.2008 und Claudia Zbinden, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, Bern;
8.10.2008

Jenny Pieth, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Ressort Bewegung und Gesundheit; Prävention
und Integration, Eidgenössische Hochschule für Sport, Magglingen; 3.11.2008

Catherine Stangl, Planes, Conseillère au planning familial de Neuchâtel et cheffe de projet "santé
et migration", Neuchâtel; 29.10.2008

Barbara Weil, Abteilung Prävention, FMH, Bern; 6.11.2008

Anhang 2: Fragenkatalog für die Gespräche mit Anbieterorganisationen

Problemanalyse: Allgemeine Fragen

- Was für Erfahrungen haben Sie mit der Distribution von Broschüren in Migrationssprachen/an die Migrationsbevölkerung gemacht?
- Gibt es Unterschiede bei der Distribution von Broschüren in Landessprachen und solchen in Migrationssprachen?
- Gibt es Unterschiede bei der Distribution von Broschüren zu verschiedenen Themen?
- Wurden verschiedene Ansätze ausprobiert bei der Distribution verschiedener Broschüren? Welche Ansätze? Was waren die Erfahrungen?

Fragen zu Beispielen der Distribution von Broschüren

(verschiedene gute/schlechte Beispiele besprechen)

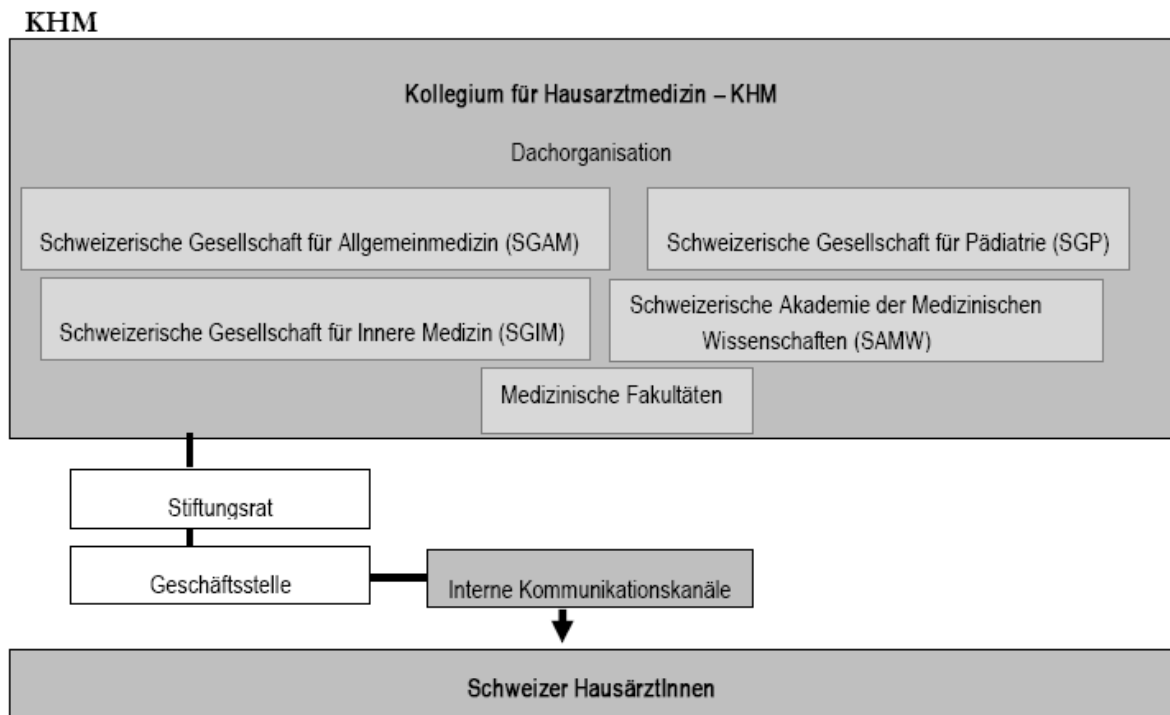
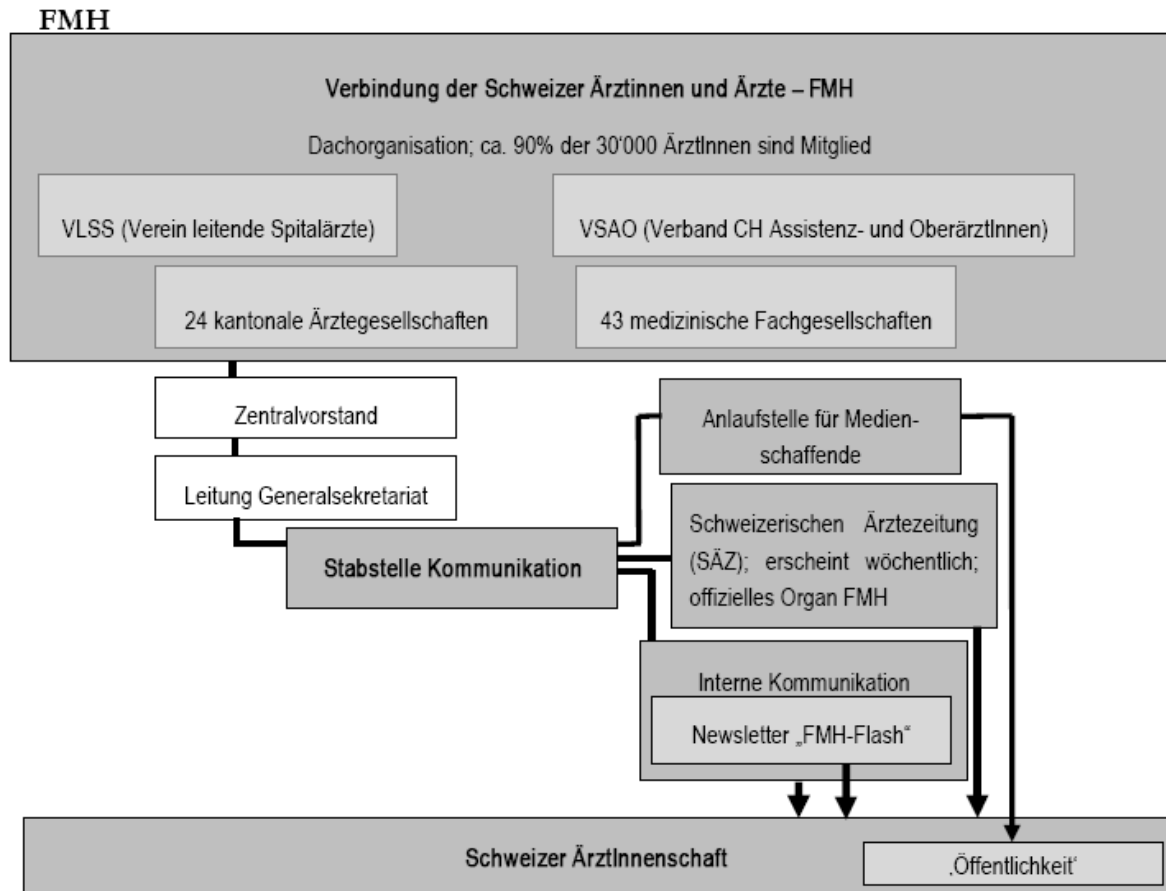
- *(Thema der Broschüre, Sprache(n))*
- Worin bestanden die Distributionsziele? Hat das Feedback/die Bestellmenge Ihren Erwartungen entsprochen?
- Welche Zielgruppen wollte man erreichen?
- Wie erfolgte die Kommunikation über die Broschüre *(Kommunikationsmittel, Kommunikationskanäle, Verwendung von Multiplikatoren, gemäss Broschüren-Thema differenzierte Kommunikation etc.)*? Durch welche Kanäle wurde versucht, die Zielgruppen zu erreichen?
- Welche Zielgruppen wurden erreicht? Welche Kanäle haben sich bewährt, um diese Zielgruppen zu erreichen?
- Welche Zielgruppen wurden nicht/nur ungenügend erreicht? Worauf führen Sie dies zurück *(Bedarf, Kanäle, ungenügender Bekanntheitsgrad migesplus)*?

Unterstützungsbedarf

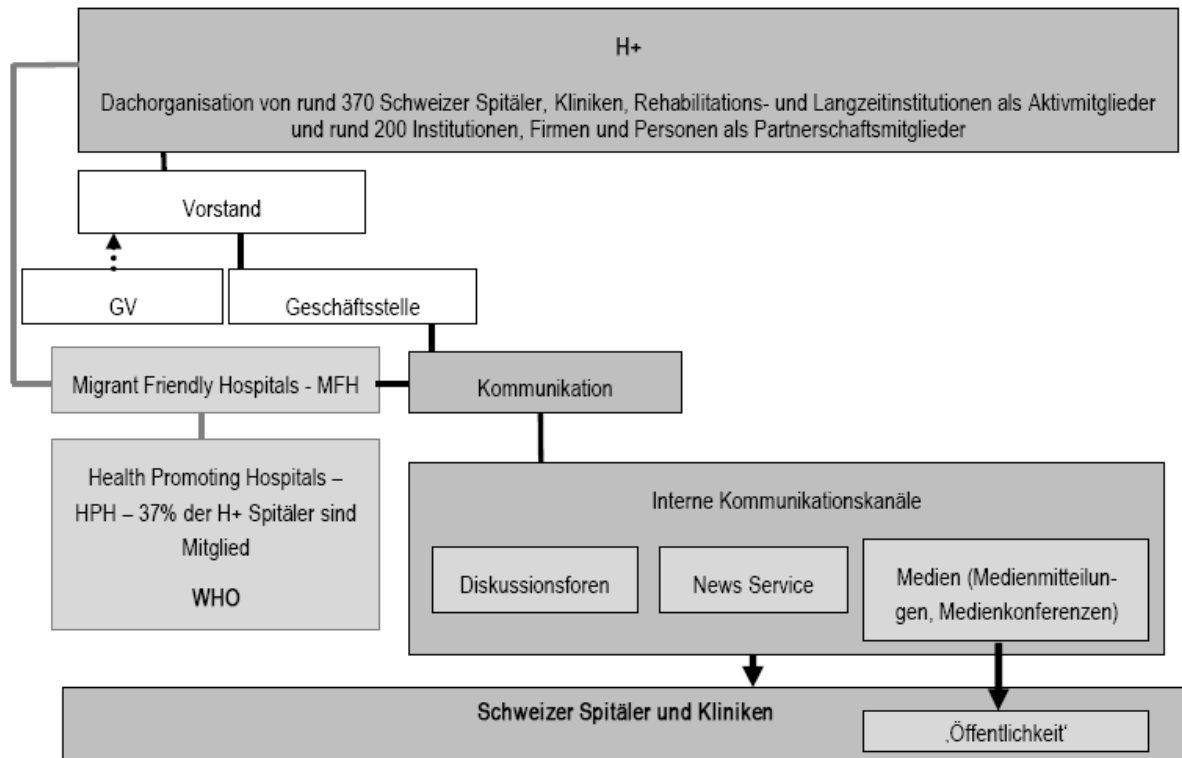
- Welche Unterstützung erwarten Sie von migesplus bei der Kommunikation?

Anhang 3: Aufbau und Kommunikationskanäle ausgewählter AkteurInnen

(Quelle: eigene Darstellungen; die Darstellungen basieren auf einer Internetrecherche)



H+



SBK

