

Forschungsbericht
17 / 2001

Denise Efionayi-Mäder, Milena Chimienti,
Stefano Losa, Sandro Cattacin

Evaluation des Gesamt- programmes „Migration und Gesundheit“ des Bundesamts für Gesundheit

Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für
Gesundheit. Auftragsnummer: 99.000.835

Neuchâtel, 15.3.2001

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Glossar	4
Zusammenfassung der Ergebnisse	7
Résumé	11
Riassunto dei risultati	15
Einleitung	19
<i>Hauptfragen der Evaluation</i>	20
<i>Methodisches Vorgehen</i>	21
<i>Aufbau des Textes</i>	24
1. Teil: Hintergrund und Entstehung des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“	25
<i>1.1 Themen und Zielgruppen des Programms Migration und Gesundheit</i>	25
1.1.1 Zielgruppen	27
<i>1.2 Tätigkeiten und Ansätze</i>	28
1.2.1 Das MediatorInnenkonzept als gemeinschaftsorientierter und partizipativer Ansatz	29
1.2.2 Andere Aktivitäten und Vorgehensweisen des PMG	33
<i>1.3 Aufbau und Organisation</i>	37
<i>1.4 Dienst Migration</i>	41
1.4.1 Budget des Gesamtprogramms und Projektauswahl	44
1.4.2 Aktivitäten und Aufträge des Dienstes Migration	46
2. Teil: Beurteilung des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“	49
<i>2.1 Themen und Zielgruppen des PMG</i>	49
<i>2.2 Tätigkeiten und Ansätze des PMG</i>	52
<i>2.3 Der MediatorInnenansatz: Ergebnisse aus der Befragung der MediatorInnen und ExpertInnen der Gemeinschaften</i>	53
2.3.1 Grenzen des Multiplikatorenansatzes	53
2.3.2 Profil der MediatorInnen nach Gemeinschaft und Thematik	55
2.3.3 Aktivitäten der MediatorInnen im Rahmen des PMG	57
2.3.3.1 Typen von Aktivitäten: Einige Tendenzen	58
2.3.3.2 Indikatoren und Monitoring der Aktivitäten	60
2.3.3.3 Die Plattformen des PMG	61
2.3.3.4 Zwischenbetrachtung	62
2.3.3.5 Entlohnung der Mediatoren	63
2.3.3.6 Rekrutierung der MediatorInnen	64
2.3.3.7 Ausbildung der MediatorInnen	65
2.3.3.8 Begleitung der MediatorInnen	68
2.3.4 Zwischenbetrachtung zur Arbeit der MediatorInnen	69

2.3.4.1 Stärken und Erfolge des MediatorInnenansatzes (seit 1995)	69
2.3.4.2 Hauptschwierigkeiten des MediatorInnenansatzes (seit ca. 1995)	70
2.3.4.3 Bilanz in bezug auf den MediatorInnenansatz	71
<i>2.4 Organisation des PMG</i>	71
2.4.1 Strategische Anpassungen und Legitimationsnotstand	74
<i>2.5 Dienst Migration</i>	75
<i>2.6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen</i>	79
2.6.1 Generelle Entwicklungsdynamik	81
2.6.2 Tätigkeiten und Ansätze des PMG	82
2.6.3 Spezifische Empfehlungen zur Projektarbeit mit partizipativem MediatorInnenansatz	85
2.6.4 Themen und Zielgruppen	87
2.6.5 Organisation: Programmsteuerung, Koordination, Vernetzung	88
2.6.6 Wie weiter mit dem PMG? Nächste Schritte und Überlegungen zu einem alternativen Szenarium	91
<i>Anhang 1</i>	94
Anhang 1a: Fragen an die MediatorInnen des Projektes „Migration und Gesundheit“	94
Anhang 1b: Fragebogen für Telefoninterviews: Mediatoren	95
<i>Annexe 2: Guide d’entretien – chargés de prévention</i>	105
<i>Anhang 3: Fragen an die „externen Fachpersonen“</i>	107
<i>Annexe 4: Politique de la santé et la migration dans le contexte international</i>	108
Community Health	109
Exemples de projets dans le contexte européen	111
Commentaires intermédiaires sur le PMS dans le contexte international	116
<i>Annexe 5: Bref rappel des résultats majeurs de l’évaluation de 1996 – période 1994-1995 : partie médiateurs</i>	118
<i>Anhang 6: Mitglieder der ExpertInnenbegleitgruppe</i>	122
<i>Anhang 7: Grenzen und Probleme der Evaluation</i>	123
Tabellenverzeichnis	125
Bibliographie	126

Vorwort

Die vorliegende, vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene Evaluation wurde im Laufe des Jahres 2000 durchgeführt. Wir stellten dazu nicht nur verschiedene Dokumente und Materialien zusammen, sondern konnten vor allem auf die bereitwillige Zusammenarbeit von Personen zählen, die in das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“ involviert sind. Besonders zu erwähnen ist die Diskussions- und Auskunftsbereitschaft von Thomas Spang, Leiter des Dienstes Migration des BAG, und der ExpertInnen des Projektes „Migration und Gesundheit“ (PMG). Diesen Personen sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Die Projektleitung lag bei Denise Efiornayi-Mäder, die von Milena Chimienti, Stefano Losa (internationale Einbettung) und mir unterstützt wurde. Für die Interviews mit den „interkulturellen VermittlerInnen“ konnten wir zudem mit der Hilfe von Michael Duttwiler und Nicolas Hesslein rechnen. Vielen Dank für das Lektorat auch an Martina Kamm (deutsch), Rosita Fibbi (italienisch) und Sylvia Stoeckli (französisch).

Neuchâtel, den 15.2.2001

Sandro Cattacin

Glossar

Projekt „Migration und Gesundheit“ (PMG): Genau genommen ist das Projekt Migration und Gesundheit des BAG, früher „Migrantenprojekt“ oder „Projekt Migrants“ genannt, ein Programm. Der Begriff „Projekt“ ist jedoch intern und extern so verbreitet, dass wir ihn weiterhin in diesem Bericht verwenden. Das PMG beschäftigt gegenwärtig fünf externe ExpertInnen ausländischer Herkunft sowie eine Projektleiterin (nicht mit dem Gesamtprogramm Migration und Gesundheit zu verwechseln.)

Dienst Migration (DM): Um den Themenbereich Migration strukturell und konzeptionell zu verankern, wurde der Dienst Migration geschaffen, der aus dem vormaligen Migrantenprojekt hervorging. Der DM ist in der Facheinheit „Sucht und Aids“ im BAG angesiedelt. Er unterstützt zusammen mit Partnerorganisationen verschiedene grössere Projekte und Aktivitäten durch Leistungsverträge. Der Dienstleiter ist ferner für die strategische Leitung des PMG verantwortlich. Die Stellvertreterin und Sekretärin sind extern angestellte Mitarbeiterinnen des Schweizerischen Tropeninstituts (STI).

Gesamtprogramm Migration und Gesundheit: umfasst alle Initiativen und Tätigkeiten des BAG im Bereich Migration, d.h. sowohl den DM als auch das PMG.

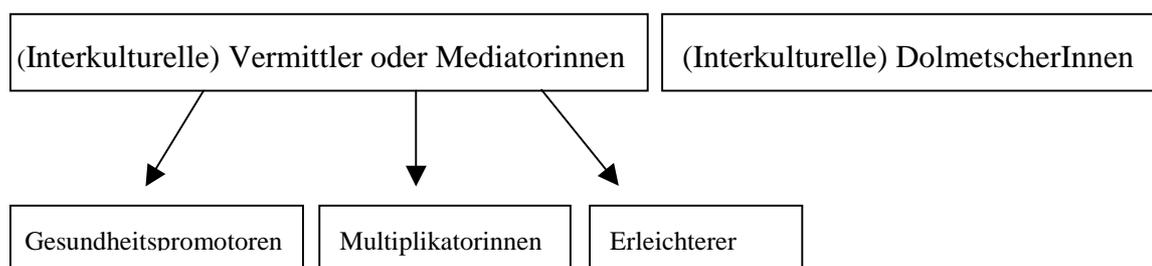
Interne Fachpersonen/spécialistes internes: Mit diesem Begriff werden im vorliegenden Bericht all jene Fachpersonen oder MitarbeiterInnen bezeichnet, die entweder im BAG oder im PMG beschäftigt sind, ob sie nun direkt durch das BAG angestellt sind oder nicht (SektionsleiterInnen, Präventionsbeauftragte usw.).

Externe Fachpersonen: Bezeichnet SpezialistInnen, die im Bereich Gesundheit und/oder Migration tätig sind, jedoch nicht vom BAG oder PMG beschäftigt sind (im Gegensatz zur nachfolgenden Kategorie).

(Externe) ExpertInnen: In Übereinstimmung mit der BAG-üblichen Bezeichnung stehen sogenannte „(externe) ExpertInnen“ in einem direkten oder indirekten Auftragsverhältnis, sind jedoch nicht direkt durch das BAG angestellt.¹ Synonymisch wird auch die Bezeichnung „Präventionsbeauftragte“ (der Gemeinschaften) verwendet. Im Gegensatz zu den „externen Fachpersonen“, die in keinem Arbeitsverhältnis zum BAG stehen, arbeiten die (externen) ExpertInnen für das BAG oder eines seiner Projekte in einem indirekten Arbeitsverhältnis z.B. als Freelancer, Consultants oder als auswärtig Angestellte.

¹ Genau genommen ist auch die Projektleiterin des PMG eine externe Expertin.

Interkulturelle Vermittler oder (interkulturelle) MediatorInnen: Beide Ausdrücke werden in diesem Bericht synonymisch verwendet und umfassen all jene Personen, die im PMG sowohl in der Prävention als auch in der Gesundheitspromotion der Migranten in der Schweiz tätig sind. Damit wird eine Aktivität beschrieben, die die Vermittlung zwischen einheimischen Strukturen und Inhalten sowie MigrantInnen vorsieht. Mit interkultureller Vermittlung ist nicht Konfliktmediation gemeint. Auch ist sie nicht zu verwechseln mit interkulturellem Dolmetschen. Die Bezeichnung wird hingegen als Oberbegriff für GesundheitspromotorInnen, MultiplikatorInnen und sogenannte Erleichterer benützt. (siehe untenstehende Grafik)



GesundheitspromotorInnen: So nennen wir Personen ohne anerkannte Qualifikation im sozialen Bereich sowie im Gesundheits- oder Bildungswesen. Sie werden meist von professionellen interkulturellen VermittlerInnen eingesetzt, um Aussagen und Informationen in Gruppen zu verbreiten, zu denen sie einen vereinfachten Zugang besitzen. Die GesundheitspromotorInnen stammen im allgemeinen aus den Gemeinschaften, in denen sie Informationen nach dem Schneeballprinzip verbreiten. Sie sind normalerweise freiwillige HelferInnen und können auch punktuell angestellt werden.

MultiplikatorInnen: So nennen wir jene Personen, die über anerkannte Qualifikationen im sozialen Bereich sowie im Gesundheits- oder Bildungsbereich verfügen. Je nach Qualifikationsart erhalten diese Personen entweder eine Komplett- oder Teilvergütung oder aber Lohn ausbezahlt (durch die PMG oder eine andere Organisation). Diese Personengruppe stammt nicht unbedingt aus der Gemeinschaft, kennt sich in ihr aber hervorragend aus.

Erleichterer: Personen mit einer Schlüsselposition in der Gemeinschaft, die die Kontakte zur PMG erleichtern, selbst aber eher selten präventive Aktionen ausführen (Beispiel: Konsul, Journalist). Im allgemeinen stammen sie aus der Gemeinschaft.

(Interkulturelle) DolmetscherInnen: Auf professionellen Standards aufbauend, ermöglichen DolmetscherInnen die Kommunikation zwischen Personen verschiedener Sprache im Gesundheits- und Sozialbereich mit dem Ziel, die Beziehung zwischen Dienstleistern und Klienten zu verbessern. Das Dolmetschen verweist auf den mündlichen Charakter der Aktivität und bezieht die semantische Ebene der Kommunikation mit ein.

Schweizerisches Tropeninstitut (STI): Das Schweizerische Tropeninstitut ist sozusagen der formelle Arbeitgeber der externen ExpertInnen des PMG. (Der Rah-

FSM
SFM

menvertrag mit dem BAG, der das Anstellungsverhältnis regelt, sieht auch einen Forschungskredit im Bereich Migration und Gesundheit an das STI vor.)

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ausgangslage: Nach zehnjähriger Tätigkeit des Bundesamts für Gesundheit im Bereich Migration drängte sich eine Überprüfung der Stossrichtung des laufenden Gesamtprogramms auf. Der Evaluationsdienst des BAG erteilte deshalb dem Schweizerischen Forum für Migrationsstudien im Februar 2000 den Auftrag, das gesamte Massnahmenpaket unter besonderer Berücksichtigung der organisatorischen Aspekte zu evaluieren, um Entscheidungsgrundlagen für die Planung der zukünftigen Ausrichtung zu liefern. Eine globale Bilanzierung der vergangenen und gegenwärtigen Aktivitäten erwies sich als umso erforderlicher, als der Vertrag für das älteste und grösste Projekt des Gesamtprogramms – das „Projekt Migration und Gesundheit“ – per Ende Februar 2002 ausläuft. Der Hauptfokus der Evaluation liegt somit auf diesem Projekt (in der Folge mit PMG abgekürzt), das gewissermassen den Ausgangspunkt für alle weiteren Massnahmen im Migrationsbereich bildete. AdressatInnen dieser Studie sind in erster Linie die interessierten Sektionen und Dienste des BAG sowie andere administrative und politische Instanzen von Bund und Kantonen.

Methode: Die Evaluation stützt sich auf eine Reihe von persönlichen Interviews mit zwölf Programmverantwortlichen bzw. –mitarbeiterInnen (mit einzelnen Personen fanden mehrere Gespräche statt), auf elf telefonische oder persönliche Gespräche mit externen Fachpersonen aus dem Bereich Migration und Gesundheit sowie auf eine standardisierte Befragung von 40 MediatorInnen, die im PMG tätig sind oder waren. Gleichzeitig wurden mehrere Teilevaluationen und zahlreiche schriftliche Unterlagen analysiert, sowie Erkenntnisse aus teilnehmenden Beobachtungen bei internen Sitzungen und Informationstreffen berücksichtigt. Aus naheliegenden und zu Beginn formulierten Gründen konnten Fragen in Zusammenhang mit der Zielerreichung nur aus den Einschätzungen der befragten Fachpersonen hergeleitet und nicht aufgrund feststellbarer Wirkungen erfasst werden.

Rückblick: Das „Projekt Migration und Gesundheit“ ist vom Bundesamt für Gesundheit im Januar 1991 als Pilotprojekt für eine Dauer von zwei Jahren lanciert worden, nachdem eine Evaluation bezüglich der Aufklärung über HIV/Aids in verschiedenen Migrantengemeinschaften – besonders in der türkischen (Asylbereich), teilweise auch in der portugiesischen und spanischen (Saisonniers) – wesentliche Informationslücken aufgedeckt hatte. Da das Pilot-Projekt ein grosses Echo fand und zu einer deutlichen Mobilisierung innerhalb der anvisierten Bevölkerungsgruppen führte, wurde das Projekt 1993 in eine Konsolidierungsphase übergeführt. Fortan wurden neben den portugiesischen, spanischen und türkischen vermehrt auch Migrantengemeinschaften aus Lateinamerika, Afrika und Sri Lanka angesprochen.

Ein einschneidender Wendepunkt in der Programmentwicklung fand 1995/1996 mit der Erweiterung des Aktionsradius von der Aids- auf die Suchtprävention und umfassende Gesundheitsförderung einerseits sowie auf die Aufnahme zweier neuer Ziel-

gruppen – der italienischen und aus dem Raum des ehemaligen Jugoslawiens stammenden Gemeinschaften – andererseits statt. Für jede Herkunftsgruppe wurde ein/e Präventionsbeauftragte/r mit entsprechendem Migrationshintergrund eingesetzt (Italien, ehemaliges Jugoslawien, Portugal, Spanien, Türkei). Diese Personen sind alle zum Zeitpunkt der Evaluation noch im Amt. Im selben Jahr (1996) wurde ferner eine weitere Expertin schweizerischer Herkunft für die Koordination des PMG eingestellt. Die Verantwortung für „kleinere“ Gemeinschaften aus Asien, Afrika und Lateinamerika wurde der kolumbianischen Präventionsbeauftragten übertragen, die vor allem in der Romandie tätig war. Diese Stelle wurde 1998 nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit der Stelleninhaberin nicht mehr neu besetzt.

Ebenfalls 1996 schuf das BAG in der neuen Facheinheit Aids- und Suchtprävention einen Dienst für Migrationsbelange, der fortan sowohl für die Leitung des PMG, das rund zwei Drittel der finanziellen Mittel beansprucht(e), als auch für alle übrigen Massnahmen zur Gesundheitsförderung bei MigrantInnen zuständig war. Durch Verträge mit externen Partnerorganisationen förderte bzw. fördert der Dienst Migration ausserdem Mandate, die auf eine Integration der Anliegen von MigrantInnen in die Regelversorgung abzielen. Die Aufträge decken hauptsächlich folgende Tätigkeitsfelder ab: Aus- und Weiterbildung von interkulturellen DolmetscherInnen und Fachpersonen im Gesundheitswesen, Entwicklung von Beratungsstellen zu Migrationsfragen sowie Forschungen, Evaluationen oder Situationsabklärungen.

Nach Abgang des ehemaligen Leitungsteams und einer mehrmonatigen Vakanz an der Spitze des Dienstes, traten Mitte 1998 ein neuer Dienstleiter und Anfang 1999 eine neue Projektkoordinatorin ihre Stelle an. Ein Jahr später wurde eine Strukturbereinigung durchgeführt, wonach die operationelle Leitung des PMG der bisherigen Projektkoordinatorin übertragen und dem Dienstleiter nurmehr die strategische Leitung und die Supervision des Gesamtprogramms zugewiesen wurde.

Evaluationsergebnisse: Die überwiegende Mehrheit der befragten externen Fachpersonen attestieren dem PMG einen innovativen Charakter, der sich vor allem durch die gezielte Rekrutierung von Angehörigen aus den Gemeinschaften und das partizipative Mediatorenvorgehen auszeichnet. Dieses erlaubt, üblicherweise kaum erreichbare Gruppen anzusprechen. Den Aussagen zufolge hat das PMG migrationspezifische Anliegen im Gesundheitsbereich sichtbar gemacht und öffentliche Dienste sowie nichtstaatliche Organisationen auf migrationspezifische Belange hin sensibilisiert. Ausserdem hat es wertvolle Impulse für die Umsetzung anderer Projekte und Institutionen geliefert und in diesem Sinn eine Modellfunktion ausgeübt. Mehrere Befragte denken, dass u.a. dank den Aktivitäten des PMG beispielsweise die Forderungen einer Professionalisierung von DolmetscherInnen oder MediatorInnen zunehmend ernst genommen werden. Vereinzelt wird ferner auf die Vorteile der nationalen Ausrichtung des Projekts in einem sonst kantonal organisierten Bereich mit „aufgesplitterten Zuständigkeiten“ hingewiesen. Die zeitlichen und inhaltlichen Bezugslinien dieser generellen Aussagen konnten allerdings nicht immer vertieft werden, da die meisten externen Befragten das PMG wie auch das Gesamtprogramm nur oberflächlich kannten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Einigkeit darüber herrscht, dass das ehemalige Pilotprojekt Pionierarbeit geleistet hat, indem es Anliegen und Bedürfnisse von

MigrantInnen in der Schweiz sichtbar gemacht und das Anbringen entsprechender Forderungen erleichtert hat. Letztlich kann man zu seinen Errungenschaften auch die institutionelle Verankerung durch die Einrichtung eines eigenen Dienstes zählen.

Teilweise kritisch beurteilt wurden hingegen die unflexible und schlecht begründete Zielgruppenauswahl sowie eine (zu) starke Ausrichtung auf die Aids- und Suchtprävention, wobei sich unter den befragten Fachpersonen kaum ein Konsens über eine alternative Themenwahl ausmachen liess. Ferner wurde auf strategische und organisatorische Mängel des gegenwärtigen Programms hingewiesen. Entsprechende Äusserungen lassen sich aufgrund unserer Analysen bestätigen, da sich in der Folge eine gewisse Verzettelung der Aktivitäten und thematischen Prioritäten abzeichnet. Wir sind zu der Schlussfolgerung gelangt, dass die Ursprünge der gegenwärtigen Schwachstellen auf den Zeitpunkt der inhaltlichen und strukturellen Erweiterung des Gesamtprogramms zurückgehen. Die Überführung von einem basisnahen Pilotprojekt mit Experimentiercharakter, das sich stark auf persönliches Engagement stützte, in eine professionelle Institution mit konzeptionellen Grundlagen und Kommunikationsstrukturen wurde zwar angestrebt, offensichtlich aber ungenügend geplant und begleitet.²

Zu den Umständen dieses an sich schon kritischen Übergangs gesellten sich die kontextuellen Veränderungen im Zuge der sogenannten Normalisierung sowie ein Leitungswechsel. Durch die Schaffung des Dienstes wurde ferner eine strategische Neuausrichtung mit entsprechenden strukturellen Anpassungen unumgänglich. Diese blieb aber aus, was zu Ambivalenzen im Verhältnis zwischen Dienst und PMG führte. Gleichzeitig verlor das PMG an Kohärenz und Sichtbarkeit, was bei den meisten MitarbeiterInnen Unsicherheit und eine gewisse Orientierungslosigkeit auslöste. Diese Umstände führten dazu, dass sich die ExpertInnen mit ihren Teilprojekten (des PMG) auf ihr eigenes Umfeld konzentrierten, was ein kohärentes, gemeinschaftsübergreifendes Vorgehen nicht eben erleichterte. Infolge der jüngsten Strukturbereinigung wurden nun mehrere administrative und planerische Massnahmen in die Wege geleitet, um die Arbeit besser zu strukturieren. Die Grundproblematik einer fehlenden Gesamtstrategie und Programmidentität blieb allerdings ebenso bestehen wie die organisatorischen Mängel.

Trotz der erwähnten Erfolge kommen wir daher zum Schluss, dass Ausrichtung und Arbeitsweise des PMG den heutigen internen und externen Erwartungen bzw. dem gegenwärtigen Kontext nicht mehr ausreichend gerecht werden. Eine Überarbeitung der bestehenden inhaltlichen und strukturellen Grundlagen des Gesamtprogramms drängt sich daher auf.

Empfehlungen: Was die zukünftige Entwicklung des Gesamtprogramms und des PMG anbetrifft, gilt es vorab festzuhalten, dass sich die Ausrichtung beider Strukturen an der umfassenden Strategie im Bereich Migration und Gesundheit des Bundes orientieren muss. Diese schliesst sowohl die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen

² Wie der internationale Vergleich zeigt, scheiterten ähnliche Projekte in anderen Staaten ebenfalls gerade in dieser Übergangsphase.

für die Öffnung des Regelangebots für migrationsspezifische Belange als auch die Förderung basisnaher Interventionen mit partizipativem Ansatz ein. Während sich der Dienst Migration vor allem konzeptionell-strategischen Aufgaben und der Promotion bzw. Koordination der Aktivitäten zu widmen hat, sollte die Umsetzung der Interventionen in grösstmöglicher Projektautonomie stattfinden.

Wir sind deshalb der Ansicht, dass sich für die nächsten Monate u.a. eine organisatorische Neuausrichtung aufdrängt, die darauf abzielen sollte, das PMG ausserhalb des BAG anzusiedeln. Der Übergang kann in jedem Fall nur sinnvoll gestaltet werden, wenn für die neue Struktur genaue Zielsetzungen und Organisationsabläufe definiert werden, welche die jetzige mangelnde Reflexivität und Anpassungsfähigkeit zu überwinden helfen. Die Grundstruktur des neuen PMG – oder eines ähnlichen Programms – sollte überarbeitet werden und in Übereinstimmung mit den zukünftigen thematischen Schwerpunkten auf Fachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen abstellen. Mit Blick auf die Verankerung der Anliegen von MigrantInnen in der Regelversorgung (integrativer Ansatz) sollten die geförderten Projekte an die gezielte Erhebung von Wirkungsindikatoren und klare vertragliche Bedingungen gebunden werden. In diesem Sinn ist die notwendige Komplementarität zwischen integrativen und spezifischen Ansätzen (eigens auf MigrantInnen zugeschnittene Angebote) gezielt zu fördern.

Résumé

Contexte de l'étude: après dix ans d'activités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le domaine de la migration, une vérification des lignes directrices de l'ensemble du programme toujours en cours s'imposait. Le Service Evaluation de l'OFSP a donné ainsi le mandat au Forum suisse pour l'étude des migrations en février 2000 d'évaluer l'ensemble des mesures menées dans ce domaine, en tenant compte en particulier de l'aspect organisationnel, afin de proposer des bases pour la prise de décision concernant l'avenir du programme. Dans ce sens, un bilan des activités passées et actuelles s'avérait nécessaire avant l'expiration du contrat, prévue pour février 2002, du « Projet Migration et santé », qui constitue le premier et le principal projet du programme global. La présente évaluation s'est focalisée par conséquent sur ce projet (abrégé « PMS » dans la suite du texte), qui est à l'origine des mesures mises en oeuvre par l'OFSP dans le domaine migration. Cette étude s'adresse en premier lieu aux sections et services de l'OFSP concernés ainsi qu'aux autres instances administratives et politiques de la Confédération ou des cantons intéressés.

Méthode : l'évaluation est basée sur une série d'entretiens personnels avec 12 responsables ou collaborateurs du programme (pour certaines personnes plusieurs interviews ont eu lieu) ; sur 11 entretiens téléphoniques et personnels avec des spécialistes externes de la migration et de la santé ; et sur des questionnaires standardisés adressés à 40 médiateurs et médiatrices encore actifs dans le PMS ou qui l'ont été. Par ailleurs, plusieurs évaluations (partielles) et nombre de documents écrits ont été analysés. Enfin les connaissances acquises par l'observation participante lors de réunions internes et de séances d'information ont été aussi prises en compte dans l'étude. Pour des raisons évidentes et formulées d'emblée dans l'esquisse, l'impact des mesures n'a pu être recensé qu'à partir des appréciations des spécialistes interviewés et non sur la base de données vérifiables.

Historique : le « projet migration et santé » a été lancé en janvier 1991 par l'office fédéral de la santé publique comme projet pilote pour une durée de deux ans, après qu'une évaluation des connaissances du VIH/sida dans différentes communautés de migrants – en particulier parmi les ressortissants de Turquie (domaine de l'asile), d'Espagne et du Portugal (saisonniers) – aient révélé le manque considérable d'informations de cette population sur ce thème. L'initiative ayant créé un large écho et une importante mobilisation au sein de la communauté visée, le projet entra dans une phase de consolidation en 1993. Suite aux communautés espagnoles, portugaises et turques, celles d'Amérique latine, d'Afrique et du Sri Lanka furent impliquées dans le projet.

Un tournant décisif pour le développement du projet eut lieu en 1995/1996 avec d'une part, l'élargissement du rayon d'actions de la prévention du sida à celle des dépendances et à la promotion de la santé, et d'autre part, la prise en compte de deux

nouveaux groupes-cibles – la communauté italienne et les communautés de l'ancienne Yougoslavie. Un/e chargé/e de la prévention ayant une expérience migratoire fut employé/e pour chaque groupe d'origine (Espagne, Italie, Portugal, Turquie, ancienne Yougoslavie). Ces personnes sont toutes encore en service durant la présente évaluation. Egalement durant l'année 1996, une spécialiste d'origine suisse fut en outre engagée pour la coordination du PMS. La responsabilité des « petites » communautés d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine fut dès lors confiée par la chargée de prévention colombienne qui était avant tout active en Romandie. Ce poste ne fut pas repourvu en 1998, après la rupture du contrat de travail de cette personne.

En 1996, l'OFSP créa aussi, dans la nouvelle section prévention du Sida et des dépendances, un service chargé de questions relatives à la migration. Le responsable était chargé tant de la direction du PMS, qui constitue (constituait) environ deux tiers des moyens financiers, que pour toutes les autres mesures concernant la promotion de la santé des migrants et des migrantes. Par des contrats avec des organisations partenaires externes, le Service Migration a promu et promeut par ailleurs des mandats qui avaient comme but l'intégration des besoins des migrants dans les services sanitaires standards. Ces contrats couvrent principalement les secteurs d'activités suivants : la formation de base et continue d'interprètes culturels/lles et de spécialistes dans le domaine de la santé ; le développement de centre de consultations concernant les questions migratoires; des évaluations ou des examens de situations.

Après le départ de la précédente équipe de direction et d'une direction vacante durant plusieurs mois à la direction du Service Migration, un nouveau directeur du service et une nouvelle coordinatrice du projet sont entrés en fonction respectivement mi-1998 et début 1999. Une année plus tard, la direction opérationnelle du PMS a été confiée à la coordinatrice du projet, suite à un changement structurel ; dès lors le directeur du service a assumé seulement la direction stratégique et la supervision du programme général.

Résultats : La grande majorité des spécialistes externes interviewés reconnaissent au PMS un caractère innovateur, attribué en particulier au recrutement de membres issus des communautés et à l'approche participative de la médiation. Cette démarche permet de toucher des groupes d'habitude difficiles à atteindre. Selon les commentaires, le PMS a eu le mérite de rendre visible dans le domaine de la santé les besoins spécifiques liées à la migration et d'avoir sensibilisé les services publics ainsi que les organisations non étatiques à ces questions. En outre, le PMS a fourni de précieuses impulsions pour la réalisation d'autres projets et dans ce sens, a joué un rôle de modèle. Plusieurs répondants pensent que grâce aux activités du PMS, la revendication notamment, d'une professionnalisation des interprètes culturels/lles ou des médiateurs et médiatrices, fut prise plus au sérieux. Les avantages d'une « couverture » nationale dans un domaine structurellement éclaté, qui relève de la compétence cantonale, furent sporadiquement relevés. Les références tant temporelles et thématiques de ces commentaires généraux n'ont pas toujours pu être approfondies, car la plupart des spécialistes externes connaissaient le PMS et le programme global seulement superficiellement. En résumé, on peut affirmer qu'il existe un accord unanime sur le travail pionnier opéré par l'ancien projet pilote qui a rendu visible les préoccupations et les besoins des migrants et migrantes résidant en Suisse, et qui a facilité la formulation de

revendications correspondantes. Pour finir, on peut encore attribuer au PMS l'ancrage institutionnel réalisé par la création d'un service propre au sein de l'OFSP.

Par contre, le choix des groupes cibles fut critiqué pour sa rigidité et son caractère quelque peu arbitraire, de même que la (trop) forte orientation thématique sur la prévention du sida et des dépendances, mais aucun consensus n'a pu être dégagé concernant un choix alternatif de thématique. Par ailleurs, les lacunes d'ordre stratégique et organisationnel du programme actuel ont été signalées. Des observations semblables ont pu être confirmées par notre analyse, consécutives à une dispersion des activités et des thématiques prioritaires. Nous sommes ainsi arrivés à la conclusion, que l'origine des faiblesses actuelles remontent au moment de l'élargissement du programme global tant au niveau thématique que structurel. Le passage d'un projet pilote proche de la base et ayant un caractère expérimental, fortement basé sur l'engagement personnel, à une institution professionnelle avec des fondements conceptuels et une structure de communication a été certes visé, mais il a été manifestement planifié et encadré de manière insuffisante³.

Aux circonstances de la transition – qui sont déjà critiquables en soi – s'ajoutent non seulement les transformations contextuelles lors de la dite normalisation et le changement à la direction du PMS. Avec, en plus, la création du Service Migration, des adaptations stratégiques et structurelles sont apparues en effet indispensables. Cependant une réorganisation fondamentale s'est fait attendre, ce qui a conduit à certaines ambivalences dans la relation entre le service et le PMS. Au même moment, le PMS a perdu de sa cohérence et de sa visibilité provoquant une incertitude et un désorientation parmi la majorité de ses collaborateurs. Ce contexte a occasionné un développement cloisonné des volets communautaires du PMS, qui se concentraient chacun sur son environnement propre, ce qui n'a pas facilité une conduite cohérente de l'ensemble des communautés. Après un changement structurel récent, diverses mesures administratives et de planification ont été adoptées dans le but de mieux structurer le déroulement du travail. Cependant le problème de fond du manque de stratégie globale, de l'identité du programme ainsi que les lacunes existantes au niveau organisationnel ont persisté.

Par conséquent, il faut conclure qu'en dépit du succès précédemment mentionné, l'orientation et le mode de travail du PMS ne rejoignent plus de manière satisfaisantes les présentes attentes liées au contexte actuel et une révision des bases thématiques et structurelles s'impose dans le programme global.

Recommandations : concernant le développement futur du programme global et du PMS il faut prendre en considération que l'orientation des deux structures doit correspondre à la stratégie d'ensemble de la Confédération dans le domaine de la migration et de la santé. Cela équivaut à la mise en place de conditions cadres favorables à l'ouverture des services sanitaires standards aux besoins et spécificités des migrants,

³ Comme le montre la comparaison internationale, des projets similaires ont failli justement dans cette phase de transition.

ainsi que la promotion de bases d'interventions de proximité comportant une approche participative. Pendant que le Service Migration se charge de tâches conceptuelles et stratégiques et de la promotion comme de la coordination des activités, la mise en œuvre des interventions devraient être menées en grande partie de manière autonome par le projet.

Nous sommes ainsi de l'avis que dans les prochains mois une nouvelle orientation stratégique sera nécessaire, dont le but serait, entre autres, de regrouper le PMS à l'extérieur de l'OFSP. La transition n'aura de sens en tous les cas seulement si, pour cette nouvelle structure, les buts et l'organisation, qui permettront de dépasser le manque provisoire de réflexibilité et d'adaptabilité, sont clairement définis. La structure de base du nouveau PMS – ou d'un programme analogue – devrait donc être revu en fonction des priorités thématiques futures et se baser sur des ressources humaines correspondant à des compétences appropriées. En vue de l'ancrage des besoins de la population migrante dans les services de santé standard, les projets devraient être observés selon des conditions contractuelles clairement définies et sur la base d'une collecte systématique d'indicateurs d'impact. Dans ce sens la complémentarité entre des approches intégratives et spécifiques devraient être promues.

Riassunto dei risultati

Contesto : Dopo dieci anni d'attività in ambito migratorio, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha intrapreso la verifica dell'intervento, tuttora in corso, e degli obiettivi del programma in favore della popolazione immigrata. In questo ambito, nel febbraio 2000 il servizio di valutazione dell'UFSP ha incaricato il Forum svizzero per lo studio delle migrazioni di valutare l'insieme delle misure adottate e in particolar modo gli aspetti organizzativi di tali progetti, al fine di decidere gli orientamenti delle attività future. La necessità di procedere ad una valutazione delle attività sia passate che presenti deriva inoltre dal fatto che alla fine del febbraio 2002 giunge a termine il contratto relativo al primo e più corposo progetto all'interno del programma globale. Per questo motivo la valutazione concerne specificamente questo "Progetto Migrazione e Salute" (PMS nel seguito del testo) che, per molti versi, è all'origine di tutte le misure adottate in ambito migratorio. Il presente studio è rivolto in primo luogo alle sezioni e ai servizi interessati dell'UFSP, nonché ad altre strutture amministrative e politiche della Confederazione e dei Cantoni.

Metodo: La presente valutazione si basa su interviste dirette con 12 persone responsabili o collaboratori del progetto (in alcuni casi una stessa persona è stata intervistata più volte) nonché su 11 conversazioni telefoniche o dirette con persone esterne al progetto, esperte in materia di migrazione e salute. Si è inoltre proceduto ad un'inchiesta tramite questionario presso 40 mediatori tutt'ora attivi nell'ambito del PMS o che lo sono stati in passato. Contemporaneamente si sono effettuate valutazioni parziali, si sono analizzati numerosi documenti e si sono elaborate le osservazioni raccolte tramite la partecipazione a riunioni e incontri svoltisi nell'ambito del progetto. Per evidenti ragioni, discusse all'inizio del documento, si è affrontata la questione del raggiungimento degli obiettivi unicamente a partire dagli apprezzamenti espressi dalle persone interrogate e non sulla base di fatti empiricamente constatati.

Cronistoria: Il "Progetto Migrazione e Salute" fu lanciato nel gennaio 1991 dall'Ufficio federale della sanità pubblica come progetto pilota di una durata di due anni, a seguito di uno studio che aveva messo in evidenza la grave mancanza di conoscenze in materia di HIV/Aids presso diverse comunità immigrate, in particolare presso i richiedenti l'asilo provenienti dalla Turchia nonché, sebbene in misura minore, presso gli stagionali provenienti dal Portogallo e dalla Spagna. Tale iniziativa suscitò una profonda eco e si tradusse in una vasta mobilitazione all'interno di queste comunità, tanto che nel 1993 si decise di procedere ad una fase di consolidamento del progetto, che comportò il coinvolgimento delle comunità provenienti dall'America latina, dall'Africa e dallo Sri Lanka.

Una svolta decisiva in merito allo sviluppo del programma ebbe luogo nel 1995/1996 con l'allargamento dell'azione dalla prevenzione dell'Aids alla prevenzione delle dipendenze e alla promozione della salute in generale e con il coinvolgimento di

nuove comunità immigrate, quella italiana e quella originaria dell'ex-Jugoslavia. Per ogni comunità immigrata (Italia, ex-Jugoslavia, Portogallo, Spagna, Turchia) si scelse una persona in funzione della propria esperienza migratoria e le si affidò l'incarico della prevenzione; essi esercitano il loro mandato ancora oggi, al momento della valutazione. Nel corso del 1996 inoltre venne assunta un'esperta di nazionalità svizzera con il compito di coordinare tutto il PMS. La responsabilità per le comunità di dimensioni ridotte provenienti dall'Asia, dall'Africa et dall'America latina, venne affidata all'incaricata colombiana della prevenzione che operava in tutta la regione romanda; questo posto è stato successivamente soppresso a seguito della rescissione del contratto di lavoro con la detentrica dell'incarico, nel 1998.

Sempre nel 1996, l'UFSP creò un Servizio migrazione all'interno dell'unità di prevenzione dell'Aids e delle dipendenze, cui fu affidata la responsabilità della gestione del PMS – che assorbiva due terzi dei finanziamenti – nonché degli altri dispositivi miranti a promuovere la salute presso le popolazioni immigrate. Con mandati affidati a organizzazioni esterne, il Servizio migrazione, ha promosso e promuove tuttora progetti miranti a garantire una progressiva e migliore presa in carico dei bisogni degli immigrati nei servizi sanitari standard, che si rivolge a tutta la popolazione. Tali contratti coprono principalmente i seguenti settori d'attività: la formazione e l'aggiornamento di interpreti e di persone specializzate in materia interculturale, lo sviluppo di strutture di consulenza su questioni legate alla migrazione e la promozione di attività di ricerca, di valutazione e di diagnostica situazionale in ambito migratorio.

In seguito alle dimissioni del precedente gruppo dirigente e dopo una assenza di direzione prolungatasi per diversi mesi, sono stati nominati un nuovo responsabile del Servizio a metà 1998 e una nuova coordinatrice del progetto all'inizio del 1999. Un anno più tardi, nell'ambito di una ristrutturazione organizzativa, la direzione operativa del PMS è stata affidata alla coordinatrice del progetto mentre che il capo del servizio ha assunto la direzione strategica e la supervisione del programma globale.

Risultati della valutazione: La maggioranza degli esperti esterni interrogati riconosce il carattere innovativo del PMS che si sostanzia in particolare nel reclutamento di persone appartenenti alle diverse comunità e nell'approccio partecipativo di mediatori, un metodo che consente di entrare in contatto con gruppi che in genere non si riesce a raggiungere. Essi attestano che il PMS ha avuto il merito di rendere visibili le preoccupazioni specifiche degli immigrati nell'ambito della salute e di aver sensibilizzato i servizi pubblici e le ONG a queste questioni. Inoltre, il progetto ha fornito preziosi stimoli all'attuazione di altri progetti e istituzioni svolgendo in tal modo una funzione di modello. Numerose persone interrogate affermano che le attività del PMS hanno contribuito a far prendere atto della necessità di professionalizzare le attività di traduttore o di mediatore. Alcuni hanno sottolineato l'utilità della portata nazionale del progetto nell'ambito della salute che peraltro è frazionato in ragione delle importanti competenze cantonali. Non è stato possibile approfondire a quali elementi temporali e tematici facessero riferimento tali commenti generali, poiché gli interlocutori esterni possedevano solo una conoscenza superficiale del PMS e del programma globale.

In sintesi: le persone interrogate concordano sul fatto che il progetto pilota ha svolto un ruolo di avanguardia nel far emergere le preoccupazioni e i bisogni della po-

polazione immigrata in Svizzera e nel facilitare l'espressione delle diverse esigenze. Infine, la creazione di un servizio autonomo rappresenta un successo sul piano istituzionale.

Per contro, esse hanno parole di critica per la scelta rigida e insufficientemente argomentata dei gruppi cui è stato mirato l'intervento nonché per la finalizzazione dello stesso alla prevenzione dell'Aids e delle dipendenze, senza peraltro riuscire a pervenire a un consenso sulle possibili alternative a questo orientamento. Hanno rilevato inoltre lacune d'ordine strategico e organizzativo nell'attuale programma. Tali affermazioni trovano riscontro nelle nostre analisi che hanno palesate una certa dispersione delle attività e una insoddisfacente identificazione dei temi prioritari. Siamo giunti alla conclusione che l'origine delle debolezze attuali risalgono al momento dell'ampliamento tematico e strutturale del programma globale. Si è tentato di trasformare un progetto pilota a carattere sperimentale, vicino alle esigenze della base, che molto doveva all'impegno personale, in una struttura professionalizzata, dotata di basi concettuali e strutture di comunicazione, ma la pianificazione e l'accompagnamento della transizione hanno manifestamente mancato di chiarezza.⁴

Alle circostanze della transizione – già difficile di per sé - sono venuti ad aggiungersi le mutazioni contestuali dovute al processo di “normalizzazione” e al cambiamento del gruppo dirigente. In effetti, con la creazione del Servizio, diventava inevitabile imprimere un nuovo orientamento strategico al progetto, ciò che comportava necessariamente adattamenti strutturali; tale ri-orientamento strategico non si è verificato, causando l'insorgere di ambiguità nella relazione tra Servizio e PMS. Allo stesso tempo, il PMS perdeva coerenza e visibilità provocando incertezza e un certo disorientamento nella maggioranza dei suoi collaboratori. In questo contesto, ognuno degli esperti ha progressivamente concentrato il suo impegno sulla propria attività comunitaria, a scapito di un approccio coerente e unificato per l'insieme delle comunità. Diversi provvedimenti amministrativi e di pianificazione adottati nel contesto della ristrutturazione hanno puntato a strutturare meglio il lavoro; tuttavia è rimasta aperta la questione della mancanza di una strategia globale e di un'identità del programma nonché le lacune sul piano organizzativo.

Per questa ragione la valutazione giunge alla conclusione che, nonostante gli innegabili successi menzionati precedentemente, il metodo di lavoro del PMS non soddisfa più le aspettative odierne che appaiono all'interno e all'esterno della struttura e non sembra più adeguato al contesto attuale. S'impone perciò una riconsiderazione dell'attuale impostazione tematica e della struttura del programma globale.

Raccomandazioni: In primo luogo, l'orientamento futuro del programma generale e del PMS deve conformarsi alla strategia globale della Confederazione nell'ambito migrazione e salute. Questa strategia comporta sia la creazione di condizioni-quadro favorevoli all'apertura dei servizi sanitari standard alla popolazione immigrata e ai suoi

⁴ Come si rileva da confronti con altri paesi, progetti simili sono falliti proprio in questa fase di transizione.

bisogni specifici sia la promozione di interventi vicini alla base che privilegiano un approccio partecipativo. Il Servizio migrazione dovrebbe privilegiare la concezione della strategia, la promozione e il coordinamento delle attività, mentre la concretizzazione degli interventi dovrebbe avvenire in un quadro di maggiore autonomia dei singoli progetti.

Riteniamo quindi che sia necessaria nei prossimi mesi una svolta sul piano organizzativo che ancori istituzionalmente il PMS al di fuori dell'UFSP.. Comunque la transizione avrà senso solo nella misura in cui si definiranno precisamente finalità e procedure organizzative per la nuova struttura, tali da consentire il superamento delle carenze attuali riscontrate sul piano della riflessività e della capacità di adattamento. Si dovrebbe quindi ripensare la struttura di base del nuovo PMS – o di un programma analogo – e fare appello alla competenza di esperti, in funzione delle priorità tematiche future. Per quel che riguarda l'approccio integrativo, che mira a far sì che i servizi sanitari standard si facciano pienamente carico della popolazione immigrata, è auspicabile che i contratti per progetti futuri siano agganciati al rilevamento di indicatori che misurino l'impatto degli interventi. In tal senso, si deve promuovere con determinazione la complementarietà indispensabile tra approcci integrativi e approcci specifici alle popolazioni immigrate.

Einleitung

Seit rund zehn Jahren setzt sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die gezielte Gesundheitsförderung bei MigrantInnen in der Schweiz ein. Auch in der jetzigen generellen Amtsstrategie wird dieses Engagement befürwortet und unterstrichen:

„Forschung und Praxis der vergangenen Jahre belegen, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für den ausländischen Bevölkerungsanteil, der praktisch 20% der schweizerischen Wohnbevölkerung ausmacht, häufig schlechter ist als für Einheimische. Die Folge sind nicht selten gesundheitliche Defizite. Zwar gehen die Prognosen bezüglich der künftigen Migrationsbewegungen davon aus, dass die quantitative Bedeutung der innereuropäischen, wirtschaftlich motivierten Migration weiter abnehmen wird. Hingegen wird dem Asyl- und Flüchtlingsbereich in Zukunft mehr Bedeutung beigemessen. Das Gesundheitswesen steht vor der Herausforderung, die Gesundheitsdefizite der Migrationsbevölkerung zu reduzieren, deren vorhandene Ressourcen vermehrt zu nutzen und die Bestrebungen zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen zu unterstützen“ (Amtsstrategie des BAG 2000).

Ursprünglich von der Aids-Prävention ausgehend, umfasst das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“ eine ganze Reihe von Massnahmen und Einzelprojekten, die spezifisch auf die Situation und Bedürfnisse von verschiedenen Ausländergemeinschaften ausgerichtet sind. Im Jahre 1996 wurde im BAG eigens ein Dienst geschaffen, um den Fachbereich Migration zu betreuen, konzeptionelle Grundlagen zu erstellen und verantwortliche Kreise für die Berücksichtigung der Bedürfnisse von MigrantInnen zu sensibilisieren. Der Dienst leitet das sogenannte „Migrantenprojekt“ (in der Folge unter der aktuellen Bezeichnung „Projekt Migration und Gesundheit“ mit PMG abgekürzt) und unterstützt zusammen mit Partnerorganisationen verschiedene grössere Projekte und Aktivitäten durch Leistungsverträge mit anderen Institutionen.

Über die Durchführung der Aktivitäten wurden seit Anfang der 90-er Jahre mehrere Teilevaluationen durchgeführt. Die umfassendste Untersuchung stellt eine Evaluation des damaligen Programms von 1995/96 dar (Haour-Knipe et Fleury 1996). Zu nennen wäre ferner eine kürzlich realisierte Evaluation der Telefonberatungsstellen. Seit 1995 hat sich aber das ehemalige Migrantenprojekt grundlegend weiterentwickelt. Es schien deshalb an der Zeit, eine Bilanz-Evaluation⁵ des gesamten Massnahmenpakets des BAG im Bereich Migration vorzunehmen, die sowohl das Projekt „Migration und Gesundheit“ (ehemaliges Migrantenprojekt) als auch die Tätigkeiten des Dienstes Migration soweit als möglich abdeckt. Der Evaluationsdienst des BAG beauftragte

⁵ Eine Bilanzevaluation wird während der Abschlussphase eines Projektes oder eines Programmes durchgeführt und in der Regel zur Entscheidungsfindung zum Beispiel über Weiterführung oder Abschluss von Projekten und Programmen verwendet (siehe etwa Läubli-Loud 1997).

daher im Januar 2000 das Schweizerische Forum für Migrationsstudien, eine Bilanz der Aktivitäten des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“ vorzunehmen. Ziel war es, Themen, Inhalte, Zielgruppenausrichtung und Aufbau beziehungsweise die Organisation der Aktivitäten zu überprüfen (für die Auftragsbeschreibung siehe Ronco 1999). Dabei konnte es selbstverständlich nicht darum gehen, alle einzelnen Initiativen und Institutionen, mit denen der Dienst zusammenarbeitet, einzeln zu evaluieren, sondern *das Konzept und Massnahmenpaket als Ganzes* einzuschätzen. Der *Hauptfokus* wurde aber klar auf die wichtigste und älteste Initiative des BAG im Bereich Migration gelegt, nämlich auf das *Migrantenprojekt*. Methodologisch stand eine organisationssoziologische Perspektive im Vordergrund.

Hauptfragen der Evaluation

Nach zehnjährigem Bestehen des Gesamtprogramms und angesichts der Tatsache, dass der Vertrag für das PMG Ende Februar 2002 ausläuft, drängte sich eine Überprüfung der organisatorischen Grundlagen und der Stossrichtung der vergangenen und laufenden Tätigkeiten auf. Die Hauptfragen der Evaluation wurden zusammen mit dem Auftraggeber wie folgt formuliert.

- Welches waren die wichtigsten Etappen in der Entwicklung des Programms seit der Pilotphase 1991-1993?
- Welches sind die Strategien, die wichtigsten Aktivitäten, Merkmale, Stärken und Schwächen des Programms?
- Inwiefern werden die strukturellen und thematischen Anpassungen den Veränderungen der „Realität“ im Bereich Migration gerecht?
- Wie sind die Aktivitäten aufgebaut und organisiert? (Innerhalb des BAG, Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, Ressourcen usw.). Wie wirkt sich diese Organisation auf die Arbeit aus?

Die Zielerreichung der Präventions- und Sensibilierungsarbeit über die Jahre hinweg hätte nur sehr oberflächlich thematisiert werden können und eines grösseren Aufwandes bedurft. Wir haben deshalb die Wirkung absichtlich nur sehr beschränkt in die Evaluationsfragestellung aufgenommen, indem wir diese indirekt, das heisst über Befragungen von Fachpersonen, erhoben haben. Schwerpunkt war deshalb eher die strategische⁶ und organisatorische Ebene (siehe auch methodisches Vorgehen). Einzig was den MediatorInneneinsatz im Projekt „Migration und Gesundheit“ angeht, haben wir die gegenwärtigen Aktivitäten eingehender untersucht, um dieses Kernprojekt bes-

⁶ Es sei erwähnt, dass parallel zu dieser Untersuchung, der Bund eine systematische strategische und prospektive Diskussion im Bereich „Migration und Gesundheit“ initiiert hat, die in dieser Evaluation wegen den verschiedenen Fragestellungen und der zeitlichen Ungleichheit der Vorhaben nur beschränkt berücksichtigt werden konnte.

ser zu verstehen. Wir haben in diesem Zusammenhang ein ähnliches Untersuchungssetting gewählt wie jenes, das in der Evaluation von 1994-1995 (Haour-Knipe et Fleury 1996) benutzt wurde: MediatorInnen wurden telephonisch nach ihrer Vorgehensweise und institutionellen Begleitung befragt. Zusätzlich wollten wir wissen, wie sich die Themen und Aktivitäten seit der Evaluation von 1994-1995 weiterentwickelt und verändert haben. Die Ergebnisse dieser früheren Untersuchung werden in Anhang 4 zusammenfassend dargestellt.

Adressaten der Evaluation sind in erster Linie die interessierten Sektionen und Dienste des BAG sowie andere administrative und politische Instanzen von Bund und Kantonen. Ferner richtet sich die Evaluation an Fachleute aus den Bereichen Migration und Gesundheit, an WissenschaftlerInnen, Migrationsorganisationen und Gesundheitsdienste (vgl. Evaluationsmandat).

Methodisches Vorgehen

Die Evaluationsdaten wurden zwischen Januar 2000 und Januar 2001 erhoben. Unsere Nachforschungen basieren einerseits auf einem inzwischen sehr umfangreichen schriftlichen Material und andererseits auf einer Reihe von ausführlichen Interviews.

Die *Evaluationsunterlagen* umfassen vor allem folgende Dokumente:

- insgesamt 5 *Tätigkeitsberichte*, die eine der wichtigsten Grundlagen für die Beschreibung der Entwicklung des Projekts darstellen;
- 3 *Teilevaluationen* und mehrere Voruntersuchungen (Fleury 1989, Fleury et al. 1991, Bürgi 1993, Haour-Knipe & Fleury 1996, Caluori 1999);
- zahlreiche Sitzungsprotokolle der Koordinationssitzungen des PMG.

Neben diesen Dokumenten wurden zwischen Juni und Dezember 2000 insgesamt 63 *strukturierte Gespräche* geführt, meist persönlich, teils telefonisch. In Ausnahmefällen wurden Leute schriftlich angefragt. Vor den verschiedenen Gesprächen wurde eine Präsentation der Ziele der Evaluation wie auch des Forschungs-Teams in Gegenwart der externen ExpertInnen und der Leitung des Dienstes Migration abgehalten (27. Juni 2000).

Die befragten Personen hatten folgenden beruflichen Hintergrund:

- Insgesamt 12 *Befragte* sind (ehemalige) MitarbeiterInnen des BAG oder des PMG. Die meisten kennen das PMG relativ gut bis sehr gut und vertreten verschiedene Interessen. Wir möchten sie der Einfachheit halber als „*interne Fachpersonen*“ bezeichnen (siehe Glossar). Die Gespräche mit den ExpertInnen des PMG sowie der Dienstleitung und anderen internen Fachpersonen des BAG dauerten zwischen zwei und drei Stunden. Es handelte sich um direkte, in die Tiefe gehende Gespräche. Da der Leitfaden der Gespräche (siehe Anhang) eher als Gedächtnisstütze fungieren sollte, hatte der/die InterviewerIn die Möglichkeit, die Gesprächsform je nach Bedarf zu modifizieren.

- Zudem wurden 11 Gespräche oder schriftliche Befragungen mit „externen Fachpersonen“ aus dem Gesundheits- und Migrationsbereich durchgeführt. Drei von ihnen können als MigrantInnen bezeichnet werden, die anderen sind massgeblich im Migrationsbereich tätig. Die Gespräche wurden vorwiegend per Telefon oder e-mail mit Hilfe eines Mini-Fragebogens durchgeführt (s. Anhang 3). Zu erwähnen sind in bezug auf diese Gruppe die sehr unterschiedlichen Kenntnisse des Programms.
- Nach jedem Gespräch mit einem PMG-Experten wurde dieser gebeten, die Liste seiner MediatorInnen anzugeben. Somit konnten die Gespräche mit den Mediatoren Mitte August begonnen werden. Mit 40 sogenannten MediatorInnen aus den Herkunftsländern: Spanien, Italien, Portugal, Türkei, ehemaliges Jugoslawien, wurden weitgehend strukturierte Telefongespräche, jedoch auch mehrere persönliche Interviews durchgeführt. Die 40 standardisierten Gespräche wurden auf Französisch, Spanisch, Italienisch und Deutsch geführt. Sie dauerten im Schnitt eine Stunde. Die für die Gespräche mit den MediatorInnen angewendete Methode basiert auf der 1996 entstandenen Auswertung (vgl. Anhang 5 und Haour-Knipe & Fleury 1996). Nur wenige dieser MediatorInnen verfügten über einen guten Überblick über das Projekt und äusserten sich deshalb verständlicherweise eher zu ihrer eigenen Arbeit als zum Gesamtprojekt (siehe auch Tabelle 1).⁷

Tabelle 1: Auswahl der MediatorInnen

Evaluationsperiode	1994-1995	2000
Anzahl der Personen auf den Listen	115	150
Anzahl der befragten Personen	81	40
davon spanischer Herkunft	31	10
davon italienischer Herkunft	---	7
davon portugiesischer Herkunft	24	11
davon türkischer Herkunft	26	6
Herkunft aus einem Land des ehemaligen Jugoslawien	---	6
Nicht erreichbare Personen (ungültige Nummer usw.)	21	13
Verweigerte Gespräche	5	10*
Schätzung der aktiven Personen	100	<70**

* Ablehnungsgründe: Fünf Personen behaupteten, PMG nicht zu kennen und/oder daran nicht beteiligt zu sein; zwei Personen lehnten ab in der Meinung, schon zu lange vergessen worden zu sein; drei Personen wurden aus Krankheitsgründen nicht befragt.

** Aufgrund der Zahl der Personen, die aufgehört haben, für PMG zu arbeiten, der Personen, die wir nicht erreichten und der Anzahl von Ablehnungen. Unberücksichtigt bleiben Veränderungen der Personenlisten nach dem 1.12.2000

⁷ Zu erwähnen wären noch bestimmte, uns zur Verfügung stehende Adresslisten, die nicht mehr aktuell waren und deren Personen aufgehört hatten, für PMG zu arbeiten. Im allgemeinen haben die Befragten die Gespräche gut angenommen und schätzten das ihnen entgegengebrachte Vertrauen.

Neben den Dokumenten und diesen Gesprächen halfen verschiedene Sitzungen und Nachgespräche, die Ergebnisse inhaltlich zu verfestigen:

- Eine Präsentation der Evaluationszwischenenergebnisse fand mit den Auftraggebern und Hauptinteressenten statt. Nach dieser Sitzung wurde klar, dass die Ergebnisse der Studie mit den ExpertInnen des PMG neu diskutiert werden mussten. Diese Reihe von Gesprächen wurde nicht protokolliert und verlief auf offen. Die PMG-ExpertInnen wurden zudem öfters per Telefon kontaktiert, um bestimmte Punkte zu klären oder Dokumente anzufordern. Ausserdem wurden zwei Begegnungen mit dem Direktor des Dienstes Migration organisiert, wovon eine in Anwesenheit des stellvertretenden Projektleiters stattfand. Ziel dieser Gespräche war es, erneut den Standpunkt der Direktion klarzustellen.
- Eine Sitzung mit den ExpertInnen des PMG und dem ForscherInnenteam hatte zum Ziel, die ersten Schlussergebnisse vorzustellen und zu diskutieren.
- Eine Sitzung mit den AuftraggeberInnen (der Dienste Evaluation und Migration) wurde ebenfalls durchgeführt, um die ersten Schlussergebnisse vorzustellen und zu diskutieren.

Hervorzuheben gilt zudem, dass das Forschungsteam methodologische und analytische Unterstützung eines begleitenden Komitees erhielt. (Mitgliederliste dieses Komitees in Anhang 6). Während der drei Sitzungen wurden bestimmte Fragen bezüglich der Evaluation angesprochen; weiterhin wurden die endgültigen Ergebnisse im Laufe eines Treffens diskutiert.⁸ Es sei an dieser Stelle ebenfalls auf den Anhang 7 hingewiesen, der kurz auf die Grenzen und Schwierigkeiten der Evaluation eingeht.

Die wichtigsten Evaluationsgrundlagen sind in der Tabelle 2 zusammengefasst.

⁸ Erwähnt sei schliesslich, dass zur Konstruktion des internationalen Kontextes verschiedene ExpertInnen in der Schweiz und in den untersuchten Ländern kontaktiert wurden.

Tabelle 2: Wichtige Evaluationsunterlagen

(Sekundär)analysen:

- mehrere Vor- und Teilevaluationen (Literaturgangaben siehe oben)
 - 5 Tätigkeitsberichte (91-92, 93-95, 95-97, 98, 99)
 - Sitzungsprotokolle, Korrespondenzen, Diskussionsmemos, Verträge usw.
-

Leitfaden- u. Telefoninterviews mit:

- PMG-oder BAG MitarbeiterInnen, d.h. „interne“ Fachpersonen (12)
 - „Externe“ Fachpersonen (11)
 - MediatorInnen (40)
-

Aufbau des Textes

Der vorliegende Bericht gliedert sich in zwei Hauptteile unterschiedlichen Umfangs. Der erste Hauptteil enthält eine Darstellung der Hintergründe und wichtigsten Entwicklungsphasen des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“ des BAG und liefert die Grundlage für eine kritische Auseinandersetzung. Der zweite Hauptteil nimmt eine Beurteilung der gegenwärtigen Situation vor und geht auf die Einschätzungen der befragten Fachpersonen und beteiligten ExpertInnen ein. Selbstverständlich kann nicht immer eine scharfe Abgrenzung zwischen den „historischen“, deskriptiven Ausführungen im ersten Teil und der Analyse im zweiten vorgenommen werden. Da im zweiten Teil vor allem auf die aktuelle Situation eingegangen wird, enthält der erste Teil auch bereits Beurteilungen vergangener Entwicklungen oder Wendepunkte. Die Kapitel zu den entsprechenden Themenkreisen müssen daher als komplementär zueinander betrachtet werden. Ansonsten setzen wir in beiden Hauptteilen jeweils bei der inhaltlichen Thematik und der Zielgruppenausrichtung an, um anschliessend die Tätigkeiten und konzeptionellen Ansätze zu diskutieren, bevor dann strukturelle und organisatorische Fragen erörtert werden. Anschliessend wird dem seit 1996 eigenständigen Dienst Migration ein Kapitel gewidmet. Im vorletzten Kapitel des 2. Hauptteils haben wir schliesslich versucht, die Schlussfolgerungen zusammenzufassen und Handlungsansätze aufzuzeigen beziehungsweise Empfehlungen für eine mögliche zukünftige Ausrichtung abzugeben. Es wird u.a. versucht, die Einbettung dieser Evaluation in die parallel entstandene neue Strategie „Migration und Gesundheit“ zu diskutieren und mögliche Schritte in Richtung Reorganisation vorzuschlagen, welche sich ausgehend von den Evaluationsergebnissen aufdrängen.

Erwähnt sei ebenfalls, dass im Anhang 4 beispielhaft einige ähnliche Impulse aus anderen Staaten vorgestellt werden. Dies, um die Bedeutung des schweizerischen Programms besser einordnen zu können. Den Grenzen und Schwierigkeiten der Evaluation ist das letzte Kapitel gewidmet.

1. Teil: Hintergrund und Entstehung des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“

In diesem ersten Teil wird das Programm „Migration und Gesundheit“ vorgestellt, indem wir dessen Entwicklung und Entstehungsgeschichte aufzeigen, die Aktivitäten und Ansätze beschreiben und schliesslich auf die organisationellen Aspekte eingehen. Eine internationale Situierung des Programmes findet sich im Anhang 4. Diese ist insofern bedeutsam, als in der Anfangszeit die neuen Ansätze ausserhalb der Schweiz als Orientierungsstützen fungierten. Sie erlaubt auch, auf die Einzigartigkeit der Schweizer Lösung hinzuweisen.

1.1 Themen und Zielgruppen des Programms Migration und Gesundheit

Am Anfang stand das „Migrantenprojekt“. Dieses wurde im Januar 1991 als Pilotprojekt vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) für eine Dauer von zwei Jahren lanciert. Eine Evaluation, die infolge der ersten grossen Aids-Informationskampagne in der Schweiz (1987) durchgeführt wurde, hatte in verschiedenen MigrantInnengruppen wesentliche Wissensdefizite bezüglich der Kenntnisse über HIV/Aids aufgedeckt (Fleury 1989). Grosse Informationslücken wurden vor allem bei türkischen MigrantInnen – darunter zahlreiche Personen aus dem Asylbereich – und in den portugiesischen und spanischen Herkunftsgruppen (Saisonniers) festgestellt. Die Diskrepanz zum Wissensstand der einheimischen Bevölkerung legte den Schluss nahe, dass die üblichen Präventionsbotschaften die MigrantInnengruppen nur ungenügend erreichten. Absicht des Pilotprojektes war es daher, ausgewählte Herkunftsgruppen mit sprachlich und kulturell adäquaten Botschaften zu bedienen. Dies sollte im Rahmen der allgemeinen Bestrebungen der *HIV-/Aidsaufklärung* geschehen, die auf die Vermeidung neuer Infektionen und negativer Auswirkungen der Epidemie sowie auf eine Förderung der Solidarität abzielte. Es wurde ausdrücklich klargestellt, dass die angesprochenen Bevölkerungsgruppen nicht als Risikogruppen zu betrachten seien, sondern aufgrund ihrer sozio-kulturellen Merkmale und Lebenswelten – ähnlich wie Frauen oder Jugendliche – besonderer Präventionsstrategien bedürften.

Nachdem diese Initiative des BAG auf grosses Echo stiess und zu einer deutlichen Mobilisierung innerhalb der anvisierten Bevölkerungsgruppen führte (siehe Tätigkeitsbericht 1993-1995), trat das Projekt 1993 in eine Konsolidierungsphase, die bis 1995 andauern sollte (vgl. Kapitel 1.3). Thematisch standen zwar weiterhin Fragen rund um die Aidsprävention, andere sexuell übertragbare Krankheiten und die Verhü-

tung (Familienplanung) im Vordergrund, es wurden jedoch zunehmend auch neue Themenkreise miteinbezogen.

Ab 1995/1996 wurde dann eine *Erweiterung des Aktionsradius* auf Suchtprävention und umfassende Gesundheitsförderung vorgenommen. Diese inhaltliche Öffnung wurde folgendermassen begründet:

„Gesamthaft gesehen muss die Aidsprävention in den Ausländergemeinschaften vermehrt in den Kontext einer umfassenderen Prävention und Gesundheitsförderung gestellt werden, damit kein Gefühl der Stigmatisierung entsteht und bis zu einem gewissen Grad auch andere zum Ausdruck gebrachte Gesundheitsprobleme berücksichtigt werden können. Vorrang haben hier vor allem die Suchtprävention und die Sexualität im weiteren Sinne“ (Tätigkeitsbericht 1993-1995: 43).

Um diese Neuorientierung fundiert abzustützen, wurde ferner auf Studienergebnisse verwiesen, die eine überdurchschnittliche Verbreitung von Suchtproblemen unter Jugendlichen der zweiten oder dritten Migrantengeneration belegen. Praktisch alle Protagonisten des Projekts, des BAG sowie externe Fachpersonen (Haour-Knipe & Fleury 1996) sprachen sich für diese thematische Erweiterung aus, die offiziell ab 1996 – faktisch bereits etwas früher – vorgenommen wurde. Wie die Schwerpunkte zwischen den Tätigkeitsfeldern *HIV-/Aids-, Drogenprävention und Gesundheitsförderung* zu setzen waren, blieb weitgehend der Entscheidung der einzelnen Präventionsbeauftragten überlassen, die sich nach den Bedürfnissen ihrer Gemeinschaften zu richten hatten. In der Folge steht tatsächlich in einigen Gemeinschaften die Aidsprävention stärker im Vordergrund (Türkei, Kosovo), während offenbar in anderen die Drogenprävention eher wichtiger war oder ist (Portugal, Spanien) respektive praktisch ausschliesslich im Suchtbereich gearbeitet wird (Italien).

Bemerkenswert ist weiter die Beobachtung, dass in der Folge relativ wenig Aktivitäten ausserhalb der Aids- oder Drogenprävention im weiteren Sinne stattfanden. Dies könnte daran liegen, dass die Präventionsbeauftragten denn auch immer wieder darauf aufmerksam gemacht wurden, dass ihre finanziellen Ressourcen diesen Bereichen entstammten, da das Programm in der Facheinheit Sucht und Aids verankert sei (was nach wie vor der Fall ist). So entsteht der Eindruck, dass das Konzept der Gesundheitsförderung eher eine relativ freie Deutung der Präventionsinhalte zuliess, statt der Ausrichtung des PMG grundsätzlich eine neue Stossrichtung zu verleihen. So wurden Themen über die Sexualität, welche kaum direkt mit der Aidsproblematik zusammenhängen – wie Schwangerschaftsabbruch, Beschneidung und Infibulation bei Migrantinnen – offenbar erst in jüngerer Zeit vermehrt behandelt, was möglicherweise auch mit der Sensibilität der neuen Gesamtprojektleiterin zusammenhängt. Es kann nur darüber spekuliert werden, inwiefern vorher die Ausrichtung auf Aids- und Suchtprävention politisch-strategischen Überlegungen, finanziellen Zwängen oder ganz einfach der Sorge, eine allzu grosse Ausweitung der Themenbereiche zu vermeiden, entsprangen.

1.1.1 Zielgruppen

Anfangs richtete sich das „Migrantenprojekt“ an zwei der grössten ausländischen Sprachgemeinschaften in der Schweiz, nämlich an die *spanische und die portugiesische*, sowie an die *kleinere türkische Diaspora*, bei der vermutlich eine gewisse „kulturelle Distanz“ gegenüber der Schweiz vorhanden war. Was die italienischen MigrantInnen anging, wurde eine „gute Integration“ und eine ausreichende Aufklärung durch die Aidskampagnen in der dritten Landessprache vorausgesetzt. Die MigrantInnen aus dem Raum des ehemaligen Jugoslawiens – damals zahlenmässig auf jene Italiens folgend – wurden aus politischen und praktischen Gründen (ethnische Segregation), Kriegsausbruch usw.) vorerst zurückgestellt. Bereits ab 1993 wurde aber versucht, vermehrt auch andere Migrantengemeinschaften aus *Lateinamerika, Afrika und Sri Lanka* einzubinden.

Nach der Erweiterung des inhaltlichen Spektrums wurde zunächst die italienische Gemeinschaft in das Programm aufgenommen, was insofern naheliegend zu sein schien, als erste Studien oder Erfahrungen von Fachpersonen eine überdurchschnittliche Verbreitung von Drogenproblemen in der italienischen Bevölkerung zu belegen schienen. Es dürfte daher auch kein Zufall sein, dass der Präventionsauftrag in dieser Gemeinschaft einem italienischen Drogenexperten übertragen wurde. Für die Bevölkerungsgruppen aus dem Raum des ehemaligen Jugoslawiens wurde erst ab 1995 ein Experte kosovo-albanischer Herkunft eingestellt, der sich bereits zwei Jahre früher für eine Berücksichtigung dieser Gruppen eingesetzt hatte.

Ähnlich wie in der generellen Aids- und Suchtpräventionsstrategie des Bundes sollte auch bei MigrantInnen nebst der *Allgemeinbevölkerung* bestimmten *Zielgruppen* besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der Kohärenz halber wurden gemeinschaftsübergreifend für die Periode 1993-1995 folgende Zielgruppen bestimmt: Kinder und Jugendliche, Frauen, Saisoniers, Asylsuchende sowie Gruppen mit spezifischem Verhalten: Homosexuelle, DrogenkonsumentInnen, Prostituierte und Freier. Später kamen dann noch weitere Zielgruppen in aussergewöhnlichen Lebensumständen wie Gefangene und Personen ohne geregelten Aufenthalt hinzu.

Die hier beschriebene Entwicklung lässt darauf schliessen, dass die Kriterien der sprachlich-ethnischen bzw. nationalen Zielgruppenauswahl vorwiegend quantitativer Art waren (Bevölkerungsanteil), obwohl auch andere Merkmale berücksichtigt wurden (Nachweis spezifischer Probleme oder Bedürfnisse). Für die grössten Diasporagemeinschaften wurde ein Präventionsauftrag an eine Expertin beziehungsweise einen Experten aus den eigenen Reihen vergeben. Offenbar aus finanziellen Gründen, und weil es möglicherweise schwierig war, geeignete Personen zu finden, wurde diese Regelung bei den kleineren Gruppen aus Asien, Afrika und Lateinamerika mit wesentlich geringerer Konsequenz verfolgt.

Aus den vorhandenen Unterlagen geht nicht immer klar hervor, inwiefern jeweils ethnische, sprachlich-kulturelle oder nationale Kriterien bei der Auswahl der ExpertInnen und MediatorInnen den Ausschlag gaben. Für eine enge Zusammenarbeit mit den Behörden des Herkunftslandes, wie sie vor allem in der Anfangsphase des Projektes gefördert wurde, mag die nationale Zugehörigkeit der MitarbeiterInnen von Bedeu-

tung sein, während für die Nähe zu den Bevölkerungsgruppen wahrscheinlich sprachliche und kulturelle Gemeinsamkeiten und in gewissen Fällen die ethnische Zugehörigkeit entscheidend waren. Jedenfalls deutet diese Ausrichtung klar auf einen Schwerpunkt im Bereich der Intervention hin.

1.2 Tätigkeiten und Ansätze

Die ersten Tätigkeiten im Rahmen des MigrantInnenprojektes bestanden vor allem in der *Übersetzung und Anpassung bestehender Präventionsbotschaften* mit dem Ziel, den Zugang der MigrantInnen zu diesen Informationen zu erleichtern (Tätigkeitsbericht 1993-1995). Später verlagerte sich der Tätigkeitsschwerpunkt zunehmend auf die *Rekrutierung und Ausbildung von Schlüsselpersonen*, die eine Vermittlungsfunktion innerhalb der Gemeinschaften einnahmen (Leader, Peers, MedienvertreterInnen etc.), ohne dabei auf neue oder andere ExpertInnen zurückzugreifen. Hier beginnt gewissermassen die Ausweitung der Kompetenzbereiche, ohne dass die vorhandenen Ressourcen angepasst wurden. Wie das folgende Zitat belegt, wurde ferner grosses Gewicht auf eine enge *Zusammenarbeit mit den Herkunftsländern* gelegt.

„Der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit mit staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen, die sich im Herkunftsland für die Aidsprävention einsetzen, sind wichtige Voraussetzungen für die Kohärenz der Interventionen und die Beschaffung von Aufklärungsmaterial in der jeweiligen Muttersprache. Zudem erlangt man dadurch Aufschluss über die Art von Informationen, die die Migrantinnen und MigrantInnen vor ihrer Einreise in die Schweiz erhalten haben.“ (Tätigkeitsbericht 1993-1995)

Die Zusammenarbeit mit den Herkunftsländern (Behörden und NGOs) galt somit als Bedingung für die Kohärenz der Interventionen, die der Situation im Herkunftskontext Rechnung tragen sollten. Um ein „paternalistisches“ Vorgehen zu vermeiden und die einzelnen MigrantInnen sowie die Gemeinschaften aktiv in die Präventionsarbeit einzubinden, wurde ein Ansatz gewählt, der die *Mobilisierung* der MigrantInnen bei der Konzipierung und Durchführung der Interventionen zum Leitprinzip machte. Ein Kerngedanke stellt dabei *das partizipative Vorgehen des Verbreitungskonzepts (Multiplikatorenansatz)* nach dem Schneeballprinzip dar. Es bevorzugt eine kultursensitive Ausrichtung im Stile des *empowerment*, wodurch Akzeptanz und Effektivität der Prävention gefördert werden sollen. Da dieser Ansatz ein Kernkonzept und offensichtlich ein identitätsstiftendes Element des PMG bildet,⁹ soll in den folgenden Abschnitten ausführlicher darauf eingegangen werden.

⁹ Fragt man die Verantwortlichen des PMG nach den wichtigsten gemeinschaftsübergreifenden Gemeinsamkeiten des Gesamtprojektes, wird zunächst auf den partizipativen Ansatz verwiesen, der von allen KoordinatorInnen einstimmig unterstützt wird.

1.2.1 Das MediatorInnenkonzept als gemeinschaftsorientierter und partizipativer Ansatz

Die vom PMG durchgeführte Prävention muss in einem breiteren gesundheitspolitischen Kontext gesehen werden, der – wie von der OMS propagiert - „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ zum Ziel hat und damit „eine Reduzierung der Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppierungen innerhalb einer gegebenen Bevölkerung“ (Bürgi 1996) anstrebt. Das PMG stützt sich auf die Prinzipien der Charta von Ottawa, die 1986 im Zuge der ersten internationalen Konferenz über Gesundheitsförderung formuliert wurde: „Nach der Charta von Ottawa (OMS, 1987) soll die Gesundheitsförderung ein Vorgang sein, der es jedem Menschen ermöglicht, eine grössere Autonomie bezüglich der eigenen Gesundheit zu übernehmen. Dieser Vorgang unterstützt sowohl auf psychischer als auf physischer Ebene die individuellen und kollektiven Bedingungen, die zum Erreichen dieser Unabhängigkeit nötig sind. Er versucht ausserdem, die gesundheitsschädigenden Faktoren zu reduzieren (PMG-Zwischenbericht 95-97).

Gesundheitsprävention und –promotion verfolgen demnach nicht nur das Ziel, zu informieren, sondern vielmehr den Menschen einzubinden, sprich ihn dazu aufzufordern, Verantwortung zu übernehmen, um präventiv und verhaltensmodifizierend handeln zu können.

Bei diesem Ziel „muss die Botschaft verständlich (Sprache), akzeptabel (Kultur), zugänglich (Informations-Netzwerke und Kommunalstrukturen) sein, um aufgenommen und angenommen zu werden“. (Bürgi 1996). Diese allgemeine Gesundheitspolitik hat die Gründer des PMG dazu veranlasst, ein Gesundheitsprojekt für die in der Schweiz ansässigen Ausländer ins Leben zu rufen, wobei angenommen wurde, dass ihre Situation (Lebensbedingungen, juristischer Status, Informations- und Pflegezugangsmöglichkeiten, kulturelle Aspekte, Lebensgewohnheiten, sozio-ökonomische Aspekte) besondere Aufmerksamkeit (ebenso anderer Zielgruppen) bezüglich Gesundheitsprävention- und -promotion rechtfertige“ (Bürgi 1996).

Sowohl die Grundlage als auch die Strategie des PMG werden auf diesem Hintergrund verständlich. Der Gesundheit wird viel mehr als nur eine sanitäre oder biomedizinische Bedeutung beigemessen. Ihr werden ab sofort ebenfalls Aspekte des allgemeinen Wohlergehens zugeordnet, und sie wird im globalen Zusammenhang des sozialen, ökonomischen und kulturellen Kontextes des Individuums gesehen. Somit scheint logisch, dass die Prinzipien des PMG (Gesundheit auf Gemeinschaftsebene, partizipativer Ansatz, Empowerment) einen Rahmen bilden, der Gemeinsamkeiten mit anderen Gesundheitsprogrammen in der Schweiz und im Ausland aufweist, und der bei weitem eine schlichte Gesundheitsprävention und –promotion bei Migranten übertrifft. Wir werden im folgenden die vom PMG definierten Prinzipien näher erläutern.

Theoretisch ist die PMG-Prävention durch ihren multiplikatorischen Ansatz/Vorgehensweise charakterisiert, der auf der Verbreitung einer präventiven Botschaft nach dem „Schneeballprinzip“ basiert. Ziel dieser Strategie ist es, die Kompetenzen und Ressourcen in den Gemeinschaften zu fördern und diese zu ermutigen, sie

wahrzunehmen. Es geht des weiteren darum, die Fähigkeit der Gemeinschaften anzuerkennen, ihre Bedürfnisse bezüglich Gesundheitsfragen wahrzunehmen und eigene Entscheidungen zu treffen, um die sich gesteckten Ziele zu erreichen. Hier wirkt das PMG partizipativ. Er mobilisiert und involviert sukzessive die Gemeinschaften in die Prävention: auf Konzeptionsebene bis hin zur Entwicklung von konkreten Projekten und deren Umsetzung. Das direktive Prinzip versteht sich aus einer Perspektive des „Empowerments“. Es ist darauf bedacht, „paternalistische“, bevormundende Vorgehensweisen zu vermeiden, indem es die Eigenverantwortlichkeit der MigrantInnen bezüglich Gesundheitsprävention und Promotion anerkennt.

Im Rahmen des PMG basiert die Strategie der Multiplikation auf zwei Ansätzen: einerseits dem „Gemeinschafts-Ansatz“, der hauptsächlich nach ethnischen und nationalen Gesichtspunkten ausgerichtet ist. In diesem Sinne wird die Gemeinschaft in ihrer kulturellen, linguistischen und nationalen Dimension gesehen, wobei zwischen Einheimischen und Personen ausländischer Herkunft unterschieden wird. In der Pilotphase (91-92) setzte sich das PMG aus drei ExpertInnen zusammen: ein Experte türkischer Herkunft für die türkischen und kurdischen Gemeinschaften in der Schweiz, eine Verbindungsfrau spanischen sowie eine kolumbianischen Ursprungs für die spanische und portugiesische Gemeinschaft in der Schweiz. Da diese zwei Verbindungsfrauen nicht aus der portugiesischen Gemeinschaft stammten, entwickelten sich die Präventionsmassnahmen langsamer (laut Bericht 91-92) als bei den Spanischsprechenden. Demzufolge wurde 1993 eine portugiesische Verantwortliche eingestellt, um sich der portugiesischen Gemeinschaft anzunehmen. Die kolumbianische Expertin beschränkte sich fortan nur auf die Latein-Amerikaner in der Schweiz. Zusätzlich wurden 1995 je ein italienischer und jugoslawischer Experte eingestellt, um sich um die Belange dieser Gruppen zu kümmern. Zu diesem Zeitpunkt erweiterte das PMG den Informationszugang für die Angehörigen der verschiedenen Gemeinschaften allgemein und nahm spezielle andere Zielgruppen ins Visier. (Es handelte sich hierbei um Jugendliche, Frauen, Saisonarbeiter, Homosexuelle, Drogenabhängige, Personen aus dem Prostituiertenmilieu und Asylbewerber). Seit 1993 jedoch entfernte sich das PMG von seiner streng ethnisch-nationalen Ausrichtung in bezug auf bestimmte kleine Gruppen¹⁰. Ab diesem Zeitpunkt kümmerte sich in der Tat die kolumbianische Expertin sowohl um die Latino-Amerikaner als auch um einige Afrikaner und Tamilen.

Der partizipative Zugang bildet den zweiten Ansatz der Multiplikationsstrategie. Dieser Zugang und die Konzeption des „Empowerments“ machen die Essenz jeder Gemeinschaftsprävention aus. Laut den Berichten des PMG (91-92 und folgende) involviert und mobilisiert diese Vorgehensweise die progressive Beteiligung der Gemeinschaft an der Gesundheitsprävention und –förderung auf der Ebene der Konzeption, Planung und Ausführung. Gewünscht wird demnach sowohl eine individuelle Beteiligung der MigrantInnen (Förderung der Selbstverantwortung) als auch eine kollektive

¹⁰ Die Zielgruppen wurden auch in Anbetracht der nationalen Präventionskampagnen definiert. Es handelt sich um Jugendliche, Frauen, Saisonarbeiter, Homosexuelle, Drogenabhängige, Prostituierte und Asylsuchende.

tiv Partizipation der Gemeinschaften an Entscheidungsprozessen (Mitsprache der Migrantengemeinschaften). In der Tat verfügen die ExpertInnen des PMG über die Entscheidungsfreiheit, Themen vorrangig zu behandeln, selbst wenn die Projekte erst noch bei der PMG-Leitung einzureichen und mit den Stellvertretern der Gemeinschaft zu diskutieren sind. Ausser der Stellvertretung durch die fünf ExpertInnen ausländischer Herkunft findet keine Beteiligung der Gemeinschaft auf Entscheidungsebene statt.

Im Jahre 1998 wurde daher offiziell der Wunsch geäussert, die Gemeinschaften zusätzlich zu den fünf ExpertInnen zu mobilisieren: Die PMG-ExpertInnen wurden mit der Aufgabe betraut (vgl. Pflichtenheft der ExpertInnen 1998), eine Plattform ins Leben zu rufen, die dabei helfen sollte, die Bedürfnisse und gesundheitlichen Prioritäten der Gemeinschaft in eigener Verantwortung festzulegen. Es entstand jedoch lediglich eine türkische Plattform (Anfang 1999) sowie vor kurzem eine italienische (Dezember 2000). Aus der „bottom up-Perspektive“ ist leider nur schwer feststellbar, in welchem Mass eine reelle Beteiligung auf konzeptioneller und planerischer Ebene zustande gekommen ist; in diesem Falle scheint es, als ob sich die Partizipation eher auf die Realisierung der Projekte beschränkt.

Auf der Umsetzungs- und Durchführungsebene der Präventionsprojekte hat sich das PMG überwiegend auf individuelle Beteiligung konzentriert, die durch die Arbeit mit und durch die MediatorInnen und MultiplikatorInnen¹¹ gewährleistet war. Diese definieren sich wie folgt: Eine MediatorIn ist eine einer Zielgruppen-Gemeinschaft angehörige Person, die über ein spezielles oder weitverzweigtes Netzwerk verfügt, und die Aktivitäten ausübt, die der Aids-Prävention in ihrer Gemeinschaft dienlich sind¹².

Die Rolle des Mediators wurde konzipiert, um in zwei Richtungen zu agieren: „Einerseits, (um) der Gemeinschaft Informationen zukommen zu lassen, und andererseits, (um) dem Projekt Informationen von der Gemeinschaft aus zu übertragen“ (Haour-Knipe, Fleury 1996). Das Prinzip besteht hier darin, dass die Information von einer kleinen Zahl von Personen ausgeht, um zu einer grösseren Zahl von Personen zu gelangen - und zwar via deren Netzwerk oder indem sie dieses erweitern und ein neues aufbauen. Im nächsten Schritt werden die Personen aus dem erweiterten Kreis „selbst zur Quelle und zu Verbreitern von Informationen ihres eigenen Netzwerkes, um neue Personen hinzuzurekrutieren und immer so weiter“ (Haour et Fleury 1996; S. 6). Jeder Experte vom PMG wird damit beauftragt, neue Personen - wenn möglich mit spezifischem oder erweitertem eigenen Netzwerk - aus seiner Gemeinschaft zu rekrutieren und diese so auszubilden, dass sie in der Gemeinschaft nützliche Präventiv-Aktivitäten entfalten. Die doppelte Rolle dieser Personen sollte darin bestehen, dass sie sowohl der

¹¹ Das PMG unterscheidet nicht zwischen den beiden Termini. In der 96er Evaluation wie auch in der gegenwärtigen Studie wird der Terminus MediatorIn für die Person angewandt, die aktiv in der Prävention für die MigrantInnen im PMG tätig ist. Wir kehren zu einem späteren Zeitpunkt in den Empfehlungen zum Problem der Terminologie zurück.

¹² Die Definition kann sowohl die Gesundheitsprävention und -promotion innerhalb als auch die Prävention ausserhalb der Gemeinschaft, der sie angehören, bedeuten.

Gemeinschaft eine Präventions-Botschaft übermitteln als auch Informationen über die Bedürfnisse der Gemeinschaft an die ExpertInnen weitergeben können. Es existiert allerdings keine einheitliche Terminologie, die der Diversität der Tätigkeiten der MediatorInnen einigermaßen gerecht wird.

Um zur Klärung des Begriffs „Mediator“ beizutragen, hat die Evaluation von 1996 zwei Typen herausgearbeitet: die Mediatoren, die Präventionsarbeiten wahrnehmen, und die sogenannten „Erleichterer“ (vgl. Glossar), d.h. Kontaktpersonen, die bei der Umsetzung von Aktivitäten behilflich sind. Mit der Ausdehnung des PMG auf weitere Themenbereiche und Gemeinschaften stellt die Evaluation für das Jahr 2000 fest, dass die Konzeption des Mediators noch komplexer und heterogener geworden ist. Dies bedingt, dass auch die Identifizierung komplizierter geworden ist und die MediatorInnen ihrerseits auf nachfolgenden Ebenen über unterschiedliche Kenntnisse verfügen¹³:

- Grad der Spezialisierung, der Kompetenz und Sachkenntnis im Bereich der Prävention in der öffentlichen Gesundheit. Zwei mögliche Extreme herrschen vor: unqualifizierte Freiwillige bis hin zu Fachpersonen und Professionellen im sozialen, Gesundheits- und Ausbildungsbereich.
- Zugehörigkeit zu einer Institution sowie Grad an Autonomie.
- Ethnische oder sprachliche Zugehörigkeit zu der Gemeinschaft.
- Aktivitäten und Art der Interventionen: generelle Information oder Prävention bei den Zielgruppen, persönliche und informelle Beratung oder Therapie etc.
- Entgelt: ehrenamtliche Tätigkeit, Teilentlohnung, vollständige Entlohnung durch das PMG oder durch einen dritten Arbeitgeber.
- Vom PMG angebotene Fort- oder Weiterbildungen zu verschiedenen Themen wie Aids, Suchtverhalten etc. Sie werden von diversen Organisationen durchgeführt und variieren in ihrer Dauer (von mehrstündigen Info-Sitzungen bis hin zu Weiterbildungen).
- Art der Rekrutierung: persönlich (Bekannte oder Freund eines PMG-Experten) oder unpersönlich (durch eine Organisation, im Laufe einer Ausbildung oder eines Informationsabends).
- (Notwendige) Betreuung: direkt vom PMG unterstützte Personen; von der Organisation, der sie angehören, unterstützte Person oder völlig autonome Personen.

Die Rekrutierung und Ausbildung der MediatorInnen stellte eine der prioritären Aktivitäten der PMG-ExpertInnen dar. Zwischen 1991 und 1995 nahm die Arbeit mit den MediatorInnen die meiste Zeit der mit der Prävention der Migranten beauftragten

¹³ Diese Kategorisierung bezieht sich auf Haour-Knipes (1999) Studie zu MediatorInnen in der Aids-Prävention (siehe auch Fussnote 32).

ExpertInnen in Anspruch: In einer ersten Etappe im Rahmen der spanischen, portugiesischen und türkischen Gemeinschaften sowie von 1995 bis 1998 für die italienischen und jugoslawischen Gemeinschaften. Für den Zeitraum ab 1998 lässt sich feststellen, dass die Arbeit mit den Mediatoren einen viel geringeren Stellenwert unter den Aufgaben der ExpertInnen einnahm. Zurzeit beläuft sich die Arbeit der ExpertInnen mit den MediatorInnen (Rekrutierung, Ausbildung und Betreuung) im Schnitt auf 20% ihrer Zeit. Weniger Arbeitszeit wird von den Koordinatoren durchgehend auch in den kulturellen Austausch mit den Herkunftsländern investiert (Zusammenarbeit, Austausch von Arbeitsmaterialien, Förderung von Sprache und Kultur etc.) sowie in die Übersetzung bzw. Erstellung von Materialien zur Prävention.

Zusammenfassend soll der zentrale Stellenwert der Multiplikationsstrategie im PMG hervorgehoben werden. Seit der Pilotphase des Projekts (91-92) stellte die Multiplikationsstrategie eine der Grundlagen des PMG und den Ausgangspunkt für weiterführende Aktivitäten der Präventionsbeauftragten des BAG für MigrantInnen dar. Rufen wir uns in Erinnerung, dass jeder Experte und jede Expertin die vorrangigen Themen und Aktivitäten für seine Gemeinschaft selbst bestimmt. Die Multiplikation bildet somit das „identitätsstiftende Element“ und leitende Prinzip zwischen den verschiedenen Aktivitäten der ExpertInnen, die ihren Zusammenhalt auf dieser gemeinsamen Grundlage finden. Aus diesem Grunde bewirkt die fortlaufende Entwertung, welche die Arbeit der MediatorInnen sei es bei der Rekrutierung, Ausbildung oder Betreuung erfährt, eine Identitätskrise beim PMG. Das Projekt verliert zunehmend an Sichtbarkeit, die es ihm erlauben würde, den Zusammenhalt weiterhin zu gewährleisten.

1.2.2 Andere Aktivitäten und Vorgehensweisen des PMG

Neben der Tatsache, dass die Multiplikationsstrategie hauptsächlich auf der Arbeit mit den MultiplikatorInnen beruht, spielen drei weitere Verbindungsstränge oder Kanäle bei bestimmten Präventionsmassnahmen des PMG eine wichtige Rolle:

- *Vernetzung von ausländischen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen im Herkunftsland und in der Schweiz* (Botschaften, Ausländervereinigungen etc.): Die Zusammenarbeit mit dem Herkunftsland sollte z. B. dazu dienen, das von dort stammende Präventionsmaterial zu nutzen, bestimmte Interventionen finanziell zu unterstützen und die Prävention im Rahmen von Kursen in Heimatsprache und Kultur anzubieten.
- *Vernetzung mit Schweizerischen Institutionen*: Es handelt sich um Schweizer Institutionen in politischen, sozialen, kulturellen oder gesundheitlichen Bereichen, die mit MigrantInnen in Kontakt stehen. Ziel ist, die nationalen, kantonalen und lokalen Verwaltungen für die Bedürfnisse und Eigenheiten der Migranten in der Gesundheitsprävention und -promotion zu sensibilisieren. Es geht ebenfalls darum, die Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Institutionen und dem PMG zu sichern.
- *Schweizer oder ausländische Medien (Zeitungen, Radiosender, Fernsehen)*: Das PMG verschafft sich hier als Einheit und durch seine Aktivitäten einen Bekanntheitsgrad. Die Medien dienen der Nachrichtenverbreitung über die

verschiedenen Gesundheitspräventions- und Promotionsthemen. Sie ermöglichen ausserdem noch Werbung für bestimmte Interventionen.

Die *wichtigsten Aktivitäten des PMG* und der ausländischen Präventionsbeauftragten sind in der nachfolgenden Tabelle 3 aufgeführt. Während also die Mediatorentätigkeit und die Zusammenarbeit mit den Behörden der Herkunftsländer insgesamt eher rückläufig ist, nimmt seit zwei Jahren der Zeitaufwand für das *Management von Projekten*, welche mit den GesuchstellerInnen zusammen erarbeitet und in die Wege geleitet werden, ständig zu. Entsprechende Initiativen betreffen sowohl die Umsetzung im Bereich der Prävention (Information, Selbsthilfegruppen) als auch Forschungstätigkeiten (beispielsweise die Begleitung einer Studie über migrationsspezifische Drogenarbeit¹⁴) oder Vernetzungsarbeiten in Fachkreisen. Insbesondere beschäftigt auch die *Zusammenarbeit mit Schweizer Institutionen* die ExpertInnen immer mehr. INTERNETZ ist diesbezüglich ein gutes Beispiel.

Es handelt sich hierbei um eine gemeinsame Initiative zwischen PMG-ExpertInnen und dem Kanton Basel-Stadt: Das Pilotprojekt INTERNETZ wurde 1995 in den beiden Halbkantonen Basel-Stadt und Baselland lanciert. Das Projekt wurde in der Absicht entwickelt, die Behörden und Organisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich mit ausländischen Gemeinschaften zusammenzubringen. Ziel ist es, den Wissensaustausch und die Zusammenarbeit beider Seiten zu fördern. Seit der Pilotphase haben mehrere andere Kantone (BE, ZH, LU) ähnliche Netzwerke geschaffen (vgl. Zobel 2001). Die meisten PMG-ExpertInnen arbeiten weiterhin aktiv an INTERNETZ-Initiativen in verschiedenen Kantonen mit, die über das Budget des PMG finanziert werden, aber der direkten Verantwortung des Dienstleiters unterstehen.

Nachdem zwischen 1996 und 1998 die Wichtigkeit der Zusammenarbeit aller ExpertInnen mit den einheimischen Institutionen immer wieder betont worden war (vgl. beispielsweise Tätigkeitsbericht 1995/1997), wurde nach einer Pflichtenheftüberprüfung im Juli 2000 entschieden, dass diese Aufgabe fortan der Projektleiterin zufällt. Bezüglich „Zusammenarbeit mit Institutionen“ wird neuerdings folgender Punkt hervorgehoben:

„Diese Aufgabe soll gemäss Kompetenzen und vorhandenen Ressourcen der Präventionsbeauftragten in Zusammenarbeit mit der Programmleitung und der Leitung des Dienstes Migration angegangen werden. Die institutionelle Rolle (strategisch, Herstellung der instit. Verbindung) liegt bei der Programmleitung, und die operationelle Rolle (inhaltlich) bei den Präventionsbeauftragten“ (Hauptaufgabe 2.6 des Pflichtenheftes).

Wem welche Aufgaben in dieser Zusammenarbeit zwischen Dienstleiter, ProjektleiterIn, Präventionsbeauftragten und VertreterInnen von einheimischen Behörden zufällt, wird in der Praxis nicht immer klar, aber mit der Änderung wurde offenbar eine Entlastung der ExpertInnen aus den Gemeinschaften bezweckt.

¹⁴ Siehe Domenig et al. 2000.

Neben der Verschiebung der Tätigkeitsschwerpunkte ist zu erwähnen, dass eine vermehrte Dokumentierung der Tätigkeiten erwartet wird, die ebenfalls mit zusätzlichem Zeitaufwand verbunden ist. In diesem Sinn beklagen mehrere ExpertInnen eine Zusatzbelastung im administrativen Bereich (Berichterstattung, Projektanträge usw.), welche die vorhandenen Ressourcen übersteige. Die PMG-Leitung benötigt hingegen solche Aufstellungen zu Zwecken der Arbeitszeitkontrolle und um eine Übersicht über die Tätigkeiten der MitarbeiterInnen zu gewinnen. Systematische Gesamtauswertungen (gruppenübergreifende) der monatlichen und drei-monatlichen Tätigkeitsberichte sind bislang nicht vorgenommen worden.

Die Änderung der Pflichtenhefte im Juli 2000 illustriert auch die Anforderungen an das Projektmanagement, wird doch neu beigefügt, dass die Projekte „auf ausgearbeiteten Konzepten basieren“ müssen und „im Sinne einer Qualitätsprüfung einer Selbst- bzw. Fremdevaluation unterzogen werden“. Inwiefern die Präventionsbeauftragten den Anforderungen dieser Professionalisierung gerecht werden, konnte nicht im Detail abgeklärt werden. In einzelnen Gesprächen mit ExpertInnen und kulturellen VermittlerInnen wurde immerhin auf gelegentliche Schwierigkeiten hingewiesen, Projektskizzen zu erarbeiten, die den inhaltlichen, sprachlichen und formellen Kriterien genügen.

Damit ist auch eine generelle Schwierigkeit angesprochen, mit der sich MigrantInnen im Umfeld der Professionalisierung und „Normalisierung“ konfrontiert sehen, da sie nicht immer über ausreichende sprachliche und berufliche Kompetenzen verfügen, um den institutionellen Anforderungen zu genügen (vgl. Zobel 2000). Wie die Befragung der MediatorInnen zeigt, ist allerdings die Situation in den Herkunftsgemeinschaften sehr unterschiedlich. Es dürfte daher auch kein Zufall sein, dass in den vergangenen Jahren ein Grossteil der Projekte aus der italienischen Gemeinschaft stammte, für die es wesentlich leichter ist, Fachpersonen zu mobilisieren als beispielsweise für die portugiesische Gruppe.

Tabelle 3: Tätigkeiten im Projekt „Migration und Gesundheit“

Aktivitäten des PMG und der ausländischen Präventionsbeauftragten (ehemalige oder gegenwärtige Pflichtenhefte)

- Informations- und Präventionssitzungen durchführen
 - Sprachlich-kulturelle Anpassung und Erarbeitung von Präventionsbotschaften und Informationsmaterial vornehmen
 - Mediatorennetz (Multiplikatoren und Gesundheitspromotoren) aufbauen, entwickeln und begleiten
 - Mediatoren ausbilden
 - Präventions- und GF-Projekte lancieren, fördern und begleiten
 - Institutionelle Verankerung von Präventions- und GF-Projekten fördern
 - Vernetzung zwischen Migrantenvereinigungen und Institutionen fördern
 - Eine Koordinationsplattform innerhalb der ausländischen Bevölkerungsgruppen aufbauen und führen
 - Vernetzung mit Institutionen des Herkunftslandes pflegen
 - Öffentlichkeitsarbeit durch die Organisation von Tagungen, Arbeitsgruppen und Weiterbildungsseminarien sowie Medienarbeit fördern
 - Forschungen im Migrationsbereich initiieren und begleiten
-

Als Fazit lässt sich festhalten, dass sich die Tätigkeitsschwerpunkte des PMG infolge der sogenannten „Normalisierung“¹⁵ in der Aidsprävention, der thematischen Neuausrichtung des Programms und einer Professionalisierung der Arbeit verschoben haben: Von einer *experimentell ausgerichteten Basisprävention*, bei der persönliches Engagement im Vordergrund stand, verlagerte sich der Akzent progressiv auf die *Verwaltung von Präventionsprojekten in den Gemeinschaften* sowie auf andere Aktivitäten wie den Aufbau einer Plattform von Fachpersonen, auf Kontakte mit einheimischen Kreisen (Internetz) sowie auf die Teilnahme und seltener auch die Organisation von Debatten in Fachkreisen, usw. Wir beziehen diese Verschiebung sowohl auf die expliziten (Pflichtenheft) oder impliziten Erwartungen (von Seiten des BAG oder externer PartnerInnen) als auch auf die tatsächlich ausgeführten Tätigkeiten.

Die Implikationen des Rollenwechsels für die ExpertInnen, die dieser Übergang mit sich brachte, wurden offenbar nicht ausreichend antizipiert und begleitet. Jedenfalls konnte die Verschiebung der Arbeitsschwerpunkte in Richtung einer vermehrten Zusammenarbeit mit den Institutionen, wie sie die Förderung des integrativen Ansatzes verlangt, nicht ohne Folgen für die Orientierung des Gesamtprojekts bleiben, das seinen Zusammenhalt zu einem grossen Teil aus der partizipativen Basisarbeit schöpfte.

¹⁵ Siehe dazu etwa Cattacin 1999.

Um die Zusammenhänge etwas überspitzt zu formulieren, könnte man zudem behaupten, dass die Verankerung der Anliegen des PMG in lokalen oder kantonalen Institutionen jeweils als umso gelungener gelten darf, je weniger sichtbar die Bemühungen der ExpertInnen sind. Dies aus dem einfachen Grund, weil sich ein weitergehendes Engagement ihrerseits sozusagen erübrigt. Oder anders ausgedrückt: Aktivitäten mit spezifischer Stossrichtung in klar umrissenen Strukturen – beispielsweise Aidsinformation in den Gemeinschaften im Namen und Rahmen des PMG – sind wesentlich besser sichtbar und leichter nachzuweisen als es Hilfestellungen für Dritte und Zusammenarbeiten mit anderen Organisationen sind, die richtigerweise darauf abzielen, die spezifischen Bemühungen des PMG überflüssig zu machen. Im zweiten Fall wird ein Erfolg möglicherweise der Partnerorganisation zugeschrieben, ohne dass der effektive Beitrag des PMG klar identifizierbar ist. Eine ehemalige Mitarbeiterin bringt den Nachteil dieser paradoxen Situation auf den Punkt, indem sie eine „Instrumentalisierung des PMG durch schweizerische Institutionen“ (Zitat) beklagt. Inwiefern diese Aussage berechtigt ist, kann hier nicht im einzelnen erörtert werden. Selbstverständlich ist eine durch die ExpertInnen unterstützte Verankerung von migrationspezifischen Aspekten in regionalen Institutionen erstrebenswert. Trotzdem stösst sie bei den Präventionsbeauftragten auf Skepsis, da sich die Unterstützungsfunktion hinter den Kulissen (zumindest unter den gegebenen Umständen) nur schlecht nachweisen lässt und das Profil des PMG gegen aussen nicht eben stärkt.

1.3 Aufbau und Organisation

Wie erwähnt wurde das MigrantInnenprojekt 1991 vom BAG als *Pilotversuch* auf zwei Jahre lanciert. Neben dem für die Gesamtkoordination verantwortlichen BAG-Mitarbeiter wurden drei externe ExpertInnen in Zusammenarbeit mit der Aidshilfe Schweiz eingestellt:

- eine *spanische Präventionsbeauftragte, die für die spanische und portugiesische Gemeinschaft in der Deutschschweiz zuständig war;*
- eine *kolumbianische Präventionsbeauftragte, die für die spanische und portugiesische Gemeinschaft in der Westschweiz und im Tessin zuständig war (sowie später für „kleinere“ Gemeinschaften aus Asien, Afrika und Lateinamerika);*
- und ein *türkischer Präventionsbeauftragter für die türkische Gemeinschaft in der ganzen Schweiz.*

Die Tatsache, dass keine der für die portugiesische Gemeinschaft zuständigen Personen portugiesischer Herkunft war, erwies sich bei der Feldarbeit (Ausbildung von MediatorInnen) und Erarbeitung von didaktischem Material als ein Nachteil (vgl. Tätigkeitsbericht 91-92: 5), so dass ab 1993 zusätzlich eine *portugiesische Präventionsbeauftragte* eingestellt wurde, um die Arbeit mit der portugiesischen Gemeinschaft effizient weiterzuentwickeln. Mehreren Aussagen zufolge erwies sich diese Massnahme weniger in sprachlicher als in sozio-kultureller Hinsicht als vorteilhaft, da die neue Mitarbeiterin portugiesischer Herkunft beziehungsweise Nationalität war.

Nach erfolgreichem Ablauf der zweijährigen Pilotphase, trat das Projekt 1993 in eine *Konsolidierungsphase* und erweiterte gleichzeitig seine Tätigkeit auf MigrantInnen aus Lateinamerika, Afrika und Sri Lanka. Die Verantwortung für diese „kleineren“ Gemeinschaften wurde der kolumbianischen Präventionsbeauftragten, die vor allem in der Romandie tätig war, übertragen. Die Anstellung der externen MitarbeiterInnen erfolgte fortan im Auftrag des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, das somit als Arbeitgeber der externen ExpertInnen auftrat. Rekrutiert wurden die Beauftragten sowohl durch persönliche Kontakte in Forschungskreisen¹⁶ als später auch in den Reihen der MultiplikatorInnen, die im PMG tätig waren (siehe auch Tabelle 4).

¹⁶ Zwei Mitarbeiter waren bereits an den Evaluationen zum Kenntnisstand in der Migrantenbevölkerung beteiligt gewesen.

Tabelle 4: Wichtigste Entwicklungsetappen des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“

Entwicklungs- etappen:	Pilotphase 1991- 93	Konsolidierungs- phase 1993-95	1995/96 Quasi-Insti- tutionalisierung
Bezeichnung des Projekts:	“Migrantenpro- jekt”/ “Projet- Migrants”	“Migrantenprojekt”/	“Projet-Migrants” Projekt Migration- Gesundheit ¹⁷
Themenbereiche:	HIV/Aidspräven- tion	HIV/Aidsprävention, Prävention von sexuell übertragba- ren Krankheiten	HIV/Aidsprävention; Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten, Suchtprävention und Gesundheitsförde- rung
Nationale, sprach- lich/ ethnische Zielgruppen	spanisch, portu- giesisch, türkisch	spanisch, portu- giesisch, türkisch, sri- lankisch, lateiname- rikan., afrikanisch	spanisch, portugiesisch, türkisch, sri- lankisch, lateinamerikanisch, afrikanisch italienisch und Gemeinschaften aus dem ehemaligen Jugoslawien
Anstellung exter- ner MitarbeiterIn- nen	drei externe Beauftragte mit Anstellung durch die Aidshil- fe Schweiz	durch das Institut für Sozial- und Präven- tivmedizin Zürich	5-6 externe Beauftragte Anstellung über das Schweizerische Tropeninstitut Basel
Gesamtleitung des Projekts (Ver- antwortliche)	D. Burgi bis 2.1998		Th. Spang ab 8. 1998 bis 1.1. 2000, danach strategische Leitung PMG
Koordination bzw. Leitung PMG	keine		ab 1.1.1996 Gesamtko- ordination PMG (An- stellung ebenfalls extern über STI)
			1.1.1996: Schaffung des Dienstes Mig- ration im BAG Dienstleitung: D. Burgi/Th.Spang Stellvertretung: R. Carron / V. Hansel- mann Sekretariat: NN/E. Cracco (seit 1.5.00)

Die Jahre 1995 und 1996 stellten mit der Ausweitung des Aktionsradius und der Aufnahme zweier neuer Zielgruppen – der italienischen und jugoslawischen (bzw. kosovarischen, kroatischen usw.) – mit je einem zuständigen Experten nicht nur inhaltlich, sondern auch organisatorisch einen wichtigen Wendepunkt dar: Am 1. Januar 1996 wurde nämlich der *Dienst Migration* in der neuen Facheinheit Aids- und Sucht-

¹⁷ Oft wird sowohl die Bezeichnung „Projekt Migration und Gesundheit“ als auch „Programm Migration und Gesundheit“ verwendet, um sich dem ehemaligen Migrantenprojekt anzugleichen. Das Logo wurde 1999 modifiziert und seither wird die Verwendung der Begrifflichkeit „Projekt Migration und Gesundheit“ (Briefpapier, Visitenkarten), vom BAG gefördert.

prävention geschaffen. Ferner wurde *eine weitere Expertin* (schweizerischer Herkunft) für die *Koordination des Gesamtprojekts* (zu 90%) eingestellt.

Die Anstellung aller Präventionsbeauftragten mit Ausnahme des Dienstleiters übernahm nun das Schweizerische Tropeninstitut in Basel (STI) auf der Basis eines Vier-Jahres-Vertrags (1995-98; Folgevertrag: 1998-2002). Die Notwendigkeit einer externen Anstellung der PMG MitarbeiterInnen erwuchs einerseits aus dem Pilotcharakter des Projekts und der Tatsache, dass das BAG prinzipiell keine Umsetzungsaktivitäten durchführt, andererseits aus den Zwängen des Personalstopps. Sowohl der ehemalige als auch der gegenwärtige Vertrag des BAG mit dem Tropeninstitut umfasst die Anstellung der externen ExpertInnen. Ein zusätzlicher Vertrag mit dem STI deckt das Sekretariat des Dienstes Migration (gegenwärtig insgesamt 65 Stellenprozent) ab. Im laufenden Abkommen ist ausserdem eine Stelle für die Administration des PMG (Lohnverwaltung, Entschädigungen usw.) vorgesehen, die einer 60%-Beschäftigung eines STI-Mitarbeiters entspricht. Das PMG-Budget umfasst ebenfalls eine Pauschale für Forschungsarbeiten des Tropeninstituts im Bereich „Migration und Gesundheit“.

Mit der Erweiterung des Projektteams ab 1995 dehnte sich auch die Palette der *beruflichen Hintergründe und Qualifikationen* aus, was sowohl als Bereicherung (Interdisziplinarität, unterschiedliche Kompetenzen) als auch als Herausforderung für die Zusammenarbeit innerhalb des Projekts betrachtet werden kann. Zum Zeitpunkt der Evaluation sind folgende Berufsgruppen im PMG vertreten: Medizin, Chemie, Soziologie, Sozialpädagogik, Rechtswissenschaft und Ethnologie. Alle ExpertInnen ausländischer Herkunft sind mindestens seit 1995/1996 im PMG tätig. Die kolumbianische Präventionsbeauftragte, die für die MigrantInnen aus Afrika, Amerika und Asien zuständig war, verliess das Projekt 1998 noch unter der damaligen Leitung. Ihre Stelle wurde seither nicht neu besetzt und die Verantwortung für diese Gruppen zusätzlich der Gesamtkoordinatorin übergeben, die bereits stark ausgelastet war. Dass sich diese Entscheidung auf die Betreuung der kleineren, teilweise besonders anfälligen Migrationsgemeinschaften nachteilig auswirkte, ist kaum zu bezweifeln.¹⁸

Eine Besonderheit des Projekts besteht darin, dass die externen ExpertInnen mit Ausnahme der Projektleiterin in verschiedenen Städten (Basel-Allschwil, Granges-Solothurn, Luzern, Thun, Zürich) teilweise zuhause arbeiten, wobei die Vergütung für die benutzten Lokale und Infrastruktur erst kürzlich offiziell geregelt wurde. Vereinzelt Aussagen weisen darauf hin, dass dieser Umstand die Führung des Teams und die Verortung gegen aussen nicht eben erleichtert. Angesichts der knappen Sekretariatsressourcen müssen die externen Präventionsbeauftragten ihre administrative Arbeit selbst erledigen.

Fragen wirft offensichtlich in diesem Zusammenhang die *sprachliche Orientierung* des Teams auf. Dies insofern, als von den ausländischen ExpertInnen neben der

¹⁸ Von befragten Personen bedauert wurde beispielsweise die Tatsache, dass die Beziehungen mit der tamilischen Gemeinschaft nicht weitergeführt wurden, was sich für eine spätere Kontaktaufnahme als nachteilig erweisen sollte.

Kenntnis einer oder mehrerer Sprachen der Herkunftsgemeinschaften kaum zusätzlich eine gute Beherrschung zweier Landessprachen (Deutsch und Französisch) vorausgesetzt werden kann: Das Pflichtenheft schreibt „die Beherrschung von mindestens einer nationalen Sprache neben der Muttersprache“ (Punkt 4.4) vor. Da bis 1998 der Projektleiter und seine Stellvertreterin aus der Romandie stammten, wurde in den Sitzungen vor allem die französische Sprache verwendet, obwohl zahlreiche Dokumente zweisprachig (deutsch-französisch) abgefasst waren. Mit der Einstellung eines Dienstleiters und einer Stellvertreterin aus der Deutschschweiz kehrte sich die Situation um, wobei sich das Deutsche als Mehrheitssprache (im BAG) leichter durchsetzte als vorher das Französische. Für jene Personen, die unter der französischen Leitung eingestellt worden waren und die deutsche Sprache nur ungenügend beherrschten, erschwerte sich die Arbeit ab 1998 insofern, als die Sitzungen nun mehrheitlich deutsch abgehalten wurden und viele Dokumente vorerst – wenn auch nicht ausschliesslich – auf Deutsch erschienen (beispielsweise Sitzungsprotokolle).¹⁹ Grundsätzlich bleibt es den ExpertInnen aber freigestellt, ihre Texte in französischer Sprache zu verfassen, und auch Verträge oder Tätigkeitsberichte werden in beiden Sprachen ausgestellt.

Auf die Strukturierung der internen Zusammenarbeit im PMG (Sitzungen, Berichterstattung) kommen wir im nächsten Kapitel zum Dienst Migration zurück, da zum besseren Verständnis der neueren Entwicklungen die Hintergründe der Entstehung dieses Dienstes und der Arbeitsteilung mit dem PMG erläutert werden müssen.

1.4 Dienst Migration

Die Leitung des neu geschaffenen Dienstes Migration (ab 1996) wurde dem damaligen Verantwortlichen des Gesamtprojektes übertragen, der weiterhin als einziger Mitarbeiter direkt vom BAG angestellt war. Somit kumulierte sich in dieser Funktion fortan sowohl die Dienst- als auch die PMG-Leitung. Die Koordinatorin des Gesamtprojektes übernahm die stellvertretende Leitung des Dienstes Migration, blieb aber ansonsten hierarchisch den übrigen Präventionsbeauftragten gleichgestellt. Diese Aufgabenteilung und die Tatsache, dass der Dienst Migration sozusagen aus dem PMG entstanden war, trug zweifellos dazu bei, dass beide Strukturen – Dienst und Projekt – gegen aussen kaum auseinander gehalten und selbst von den meisten Beteiligten als Einheit erlebt wurden. Dieses enge „Zusammenspiel“ spiegelte sich auch in mehreren Dokumenten (beispielsweise im Tätigkeitsbericht 1995-97), wo die Aktivitäten und Perspektiven von Projekt und Dienst kaum explizit unterschieden wurden. Offenbar war diese Lage für die MitarbeiterInnen insofern unproblematisch, als beide Teile sich sozusagen miteinander identifizierten und offenbar niemand eine weitergehende Aufgabenteilung anstrebte.

¹⁹ Es ist allerdings zu erwähnen, dass alle Präventionsbeauftragten deutsch verstehen und sprechen, nicht so aber französisch.

Rückblickend entsteht allerdings der Eindruck, dass in der beschriebenen Situation möglicherweise mehrere Schwierigkeiten bereits angelegt waren, die erst später offenkundig werden sollten: So verschleierte die mangelnde Strukturabgrenzung etwa die Notwendigkeit, den Platz des PMG innerhalb einer zu erarbeitenden Gesamtstrategie des Dienstes Migration grundsätzlich zu überdenken. Ausserdem hätte eine konsequenterer Kompetenzverteilung vermutlich zahlreiche Missverständnisse und eine manifester Überforderung des Projektteams zumindest teilweise verhindern können. Tatsächlich gesellte sich nach der Gründung des Dienstes zu der Leitung eines grösser und heterogener gewordenen Teams und den neuen strategischen Herausforderungen die Notwendigkeit – und zwar vor allem für den Hauptverantwortlichen des Dienstes –, vermehrt gesundheitspolitische Lobbyarbeit in einem Umfeld zu betreiben, das migrationspolitischen Anliegen oft kritisch gegenüberstand. Nach Aussagen mehrerer Fachpersonen setzten teilweise auch die Bemühungen einer Verankerung des Dienstes im BAG und die Koordination mit sämtlichen Sektionen der Facheinheit den Verantwortlichen unter zeitlichen Druck.²⁰ Übereinstimmende Angaben belegen ausserdem, dass sich das interne Klima in dieser Stresssituation zunehmend verschlechterte, zu Konflikten, Absenzen und einem gewissen *burn-out* der Teammitglieder führte.

Unter diesen heiklen Umständen trug eine längere krankheitsbedingte Abwesenheit des Leiters und anschliessende Führungsvakanz (zwischen Februar und August 1998) sowie der Personalwechsel (1998/1999) an der Spitze des Dienstes (Leiter *und* Koordinatorin) zusätzlich zur Verunsicherung der MitarbeiterInnen bei, so dass sich der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre in der Folge als äusserst schwierig erweisen sollte. Die Zuspitzung der Lage veranlasste die im März 1999 eingetretene Koordinatorin dazu, ein *coaching* zu beantragen, das auf Anregung der extern beauftragten Beraterin in eine interne Stukturbereinigung mündete: Ab Januar 2000 wurde der neuen Mitarbeiterin die operationelle PMG-Leitung unter einem Aufwand von 60% (vorher 45% für die Koordination) übertragen. Weitere 30% der Arbeitszeit (vorher 45%) wurden fortan für die stellvertretenden Funktionen der Dienstleitung eingesetzt. Als direkter Vorgesetzter der Projektverantwortlichen übernahm der Dienstleiter nur mehr zu 10% die strategische Führung des Projekts (siehe Tabelle 5 zu den Personalressourcen).

Die Initial- und Nachfolgetagung zur *Strukturbereinigung* (Januar, Februar 2000), die von der beigezogenen Organisationsberaterin moderiert wurde, war der Einführung über die Reorganisation und Leitungsstruktur gewidmet. Die als notwendig erachtete Änderung wurde als solche im Team nicht zur Diskussion gestellt, was von einigen ExpertInnen als Verletzung des (vermeintlichen) Mitbestimmungsrechts gedeutet wur-

²⁰ Siehe Vertragsergänzung (Nr 5715) mit dem STI von November 1995, d.h. noch vor der offiziellen Gründung des Dienstes: „Parallèlement, certaines questions se rapportant à la santé de la population étrangère demandent une collaboration soutenue avec d’autres divisions de l’OFSP. A cela s’ajoute l’augmentation considérable d’activités liées à la participation à des groupes de travail externe à l’OFSP où D. Burgi représente le domaine migration et santé. (...) L’élargissement de ses attributions ne lui permet finalement plus de suivre de manière satisfaisante les projets en cours et de garantir la coordination des experts externes (...).“

de. Debattiert (und bereits früher eingeleitet) wurde hingegen die Ausgestaltung der Neuorganisation und „Sitzungskultur“. Auf die Initiative der Projektleiterin hin wurden die ehemaligen Zwei-Wochen-Sitzungen (eintägig) durch halbtägige sogenannte Koordinationssitzungen (KOS) im 6-Wochen Rhythmus ersetzt, denen jeweils ein schriftlicher Informationsaustausch vorausging, an dem sich auch der Dienstleiter beteiligte. Projektbezogene Angelegenheiten wurden mit der Projektleiterin auf Ersuchen hin bilateral geregelt (alle zwei bis drei Wochen). Diese Änderungen stiessen insgesamt auf ein positives Echo. Die Präventionsbeauftragten liefern bis heute jeden Monat einen Bericht und alle drei Monate einen Synthesebericht über ihre Aktivitäten ab, die von der Leitung gegengelesen werden. Ferner wurde im September 2000 erstmalig eine seit längerer Zeit geplante Teamsupervision aufgenommen, nachdem von verschiedener Seite ein entsprechendes Bedürfnis geäußert worden war.

Tabelle 5: Personalressourcen des Gesamtprogramms in Stellenprozent (Stand Juli 2000)

Dienst Migration	
• Leitung Dienst Migration	80%
• Sekretariat des Dienstes Migration	65% (externe Anstellung)
• Stellvertretende Leitung Dienst Migration	30% (externe Anstellung)
Projekt «Migration und Gesundheit»:	
• Strategische Leitung des PMG	10%
• Operationelle Leitung des PMG	60% (externe Anstellung)
• Administration STI	60% (externe Anstellung)
• Projektleitung «jugoslawische» Gemeinschaften	100% (externe Anstellung)
• Projektleitung spanische Gemeinschaft	90% (externe Anstellung)
• Projektleitung italienische Gemeinschaft	80% (externe Anstellung)
• Projektleitung türkische Gemeinschaft	80% (externe Anstellung)
• Projektleitung portugiesische Gemeinschaft	70% (externe Anstellung)

Es ist leicht einzusehen, dass nach all diesen strukturellen und personellen Reformen die Erarbeitung einer übergreifenden Strategie für den Migrationsbereich und die Ankündigung einer Gesamtevaluation kaum zur Lageberuhigung beitragen konnten. Übereinstimmenden Aussagen zufolge blieb das Arbeitsklima auch im vergangenen Jahr (2000) emotional aufgeladen, was teilweise Rückwirkungen auf die Zusammenarbeit im PMG sowie im Dienst Migration hatte. Nicht nur direkt beteiligte Personen, sondern auch aussenstehende BeobachterInnen wiesen in den Gesprächen auf eine Kluft zwischen dem Projektteam und der neuen Dienstleitung hin. Wir werden später zeigen, dass für diese Diskrepanz zweifellos strukturelle Gründe verantwortlich sind, die mit einer *Abgrenzung des Dienstes* gegenüber dem PMG zusammenhängen und in den Reihen der externen Präventionsbeauftragten eine gewisse Orientierungslosigkeit hervorriefen. Jedenfalls wurden sie von diesen praktisch einhellig als problematisch erachtet, während die Verantwortlichen im BAG diese Entwicklung weitgehend unterstützten. Dieser Trend spiegelt sich im Tätigkeitsbericht 1999 wieder, der ausschliess-

lich die Aktivitäten des PMG umfasst, ohne über die Perspektiven und Entwicklungen im Dienst Migration Aufschluss zu geben.

Bereits seit 1996/97 werden in verschiedenen teilweise internen Dokumenten (an die Bereichsleitung, zuhanden von interdepartementalen Arbeitsgruppen usw.) die strategischen Schwerpunkte vermehrt auf die *Vernetzung mit bestehenden Institutionen und die Integration der Anliegen von MigrantInnen in bestehende Projekte*, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, gesetzt. Parallel sollen aber spezifische Massnahmen für MigrantInnen weiterhin unterstützt werden (vgl. Tätigkeitsbericht 1995-1997: 67ff). Aufgrund verschiedener Quellen entsteht der Eindruck, dass sich der Dienst Migration vermehrt dem erstgenannten Anliegen zuwendet, während dem PMG die gruppenspezifische Präventionsarbeit zufällt, obwohl auch hier vielfach auf eine integrative Ausrichtung gedrängt wird. Die Kombination zwischen einer integrativen und basisnahen Stossrichtung innerhalb des PMG scheint unter den gegenwärtigen Umständen teilweise schwer umzusetzen, da sie mit strukturellen Widersprüchen behaftet ist. Sie müsste daher grundsätzlich überdacht werden.

1.4.1 Budget des Gesamtprogramms und Projektauswahl

Das Gesamtprogramm verfügt über ein jährliches Budget von rund 1,8 Millionen Franken inklusive Personalkosten, wovon zwei Drittel für das PMG aufgewendet werden (siehe Tabelle 6). Im PMG-Budget stehen prinzipiell rund 300'000 Franken pro Jahr für Projekte in den Gemeinschaften zur Verfügung, die nach Absprache mit den zuständigen ExpertInnen von der Projektleiterin (Beträge bis sFr. 5000.-) oder vom Dienstleiter (Beträge über sFr. 5000.-) genehmigt werden müssen. Ungefähr 80'000 Franken sind für INTERNETZ, das vom Dienstleiter betreut wird, reserviert. Weitere 80'000 Franken müssen für die Begleichung der Mehrwertsteuer und 60'000 Franken für die Stop-Aids-Kampagne abgezogen werden, wobei es sich um eine einmalige Ausgabe im Jahr 2000 handelt. Somit stehen noch rund 80'000 Franken für Projekte und Spesen zur Verfügung. Mehrere Präventionsbeauftragte sind der Ansicht, dass die verfügbaren Beträge im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig sind. Unter Berücksichtigung der Abzüge (für INTERNETZ, Mehrwertsteuer) lässt sich ihre Einschätzung unterstützen. Der Dienstleiter unterstreicht indessen, dass mehr Mittel freigegeben werden könnten, wenn mehr Projekte eingegeben würden, die den Auswahlkriterien genügen.

Tabelle 6: Jährliches Budget des Gesamtprogramms – Stand 7.2000

• Budget des Dienstes Migration:	ca. sFr. 600'000
• Budget des PMG:	ca. sFr. 1'200'000 (davon rund 50% Personalkosten)
Insgesamt:	ca. sFr. 1'800'000 ²¹

Was die Projektauswahl angeht, so werden neben den thematisch weitgefassten Grundanforderungen (HIV/Aids-, Suchtprävention oder Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung) folgende Kriterien beachtet:

- Pilotcharakter (Einzigartigkeit, Innovation);²²
- Lebensweltorientierung (bedürfnisgerecht, partizipativ, Berücksichtigung der Geschlechterthematik);
- Klare Zielformulierung und Machbarkeit;
- Vernetzung und integrativer Charakter²³ (mit anderen Organisationen, Institutionen);
- Evaluation (bei umfangreichen Projekten).
- Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit.²⁴

Das PMG weist für das Jahr 2000 ohne INTERNETZ ungefähr ein Dutzend Projekte aus (vgl. 2.3 Der MediatorInnenansatz: Ergebnisse aus der Befragung der MediatorInnen und ExpertInnen der Gemeinschaften). Eine grobe Aufschlüsselung der Aufwendungen nach Herkunftsgruppen belegt, dass die Beträge in der italienischen Gemeinschaft wesentlich höher ausfallen als in den anderen Gruppen, was grössere und zahlreichere Projektimplementierungen belegen. Die Ausgaben des DM für externe Aufträge werden aus der Tabelle 7 (unten) ersichtlich. Unter welchen Bedingungen auch Evaluationen oder sogar Forschungen aus dem Ressortbudget des Dienstes finanziert werden, konnte nicht genau abgeklärt werden.

²¹ Hinzuzufügen wären rund 520'000.- sFr. im Budget des Dienstes Migration, die als Subvention an das Schweizerische Rote Kreuz zur Führung einer Fachstelle „Migration und Gesundheit“ über den Dienst geregelt wird.

²² Dieses Kriterium wurde gegenüber der Fassung von November 1997 neu eingeführt (Januar 2000).

²³ „Ist das Projekt integrativ ausgerichtet mit dem Ziel, den Zugang der Migrationsbevölkerung zu Diensten im Gesundheits- und Sozialbereich zu erleichtern und die Chancengleichheit herzustellen?“ (Quelle: Projektunterstützungskriterien Projet Migration et Santé).

²⁴ „Wie ist eine allfällige Weiterführung des Projekts in anderen Kantonen, Gemeinden geplant? Ist bei einer absehbaren Weiterführung die Finanzierung durch lokale Geldgeber in die Planung einbezogen worden?...“ (Quelle: Projektunterstützungskriterien Projet Migration et Santé).

1.4.2 Aktivitäten und Aufträge des Dienstes Migration

Um sich ein Bild von den Tätigkeiten des Dienstes Migration machen zu können, wurde vorwiegend auf die Aussagen der (ehemaligen) Verantwortlichen zurückgegriffen. Soweit Verträge mit externen Partnerorganisationen eingesehen werden konnten, hat der Dienst, teilweise in Zusammenarbeit mit anderen Einheiten des BAG, bisher zehn Aufträge vergeben (siehe Tabelle 7), wenn von den Projekten im Rahmen des PMG abgesehen wird. Die Aufträge lassen sich nach folgenden Schwerpunkten aufgliedern:

Weiterbildung

- Ausbildung von Multiplikatoren und Gesundheitspromotorinnen bei Appartenance, Lausanne
- Durchführung einer Weiterbildungsveranstaltung für ÄrztInnen und medizinische Fachpersonen über die Rolle interkulturellen Dolmetschens
- Erarbeitung von Qualitätsstandards und Ausbildungsmodulen für interkulturelle DolmetscherInnen durch die Interessengemeinschaft INTERPRET'

Beratung(sstellen) für MigrantInnen und Fachpersonen aus dem Migrationsbereich

- Beratungsstelle Derman in Zürich (SAH)
- Centro Scuola in Zürich
- Fachstelle «Migration und Gesundheit» Ostschweiz (Caritas)
- Fachstelle «Migration und Gesundheit» in Bern (SRK)
- Handbuch für migrationsspezifische Versorgung von MigrantInnen (IUMSP Lausanne)

Forschung und Evaluation

- Regelmässige Forschungsarbeit des STI über «Migration und Gesundheit» (Teil des Rahmenvertrages für die Anstellung der externen ExpertInnen)
- Zusammenstellung einer systematischen Dokumentation über das Thema Migration und Gesundheit in der Schweiz und auf internationaler Ebene.
- *Rapid Assessment* des Angebots im Migrationsbereich Romandie (Appartenance)
- *Rapid Assessment* als Grundlage für einen Interventionsplan HIV bei Sub-Sahara-MigrantInnen (Ethnologisches Institut der Universität Bern)

Ferner:

- *Produktion von Broschüren* zur HIV/Aidsprävention (STI) und Erarbeitung eines *didaktischen Videos* über interkulturelles Dolmetschen (INTERPRET)

Wie die Auftragsstruktur des Dienstes Migration zeigt, konzentrieren sich die Mandate weniger auf die Umsetzung von Präventionsaktivitäten als vielmehr auf die Verbesserung des Zugangs der Migrationsbevölkerung zur allgemeinen Gesundheitsversorgung (Förderung von Fachstellen und Ausbildung). Ein wichtiger Meilenstein für diese „integrative“ Ausrichtung des Dienstes stellt zweifellos die Abklärung der zukünftigen Strategie des BAG im Bereich „Migration und Gesundheit“ auf der Grundlage einer breit abgestützten ExpertInnenbefragung dar (epidemiologische Forschung zur Bedürfnisabklärung und Strategieabklärung).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der Dienst Migration in den letzten beiden Jahren vorwiegend auf die längerfristigen Ziele auf institutioneller Ebene, d.h. auf die Verankerung der Anliegen von MigrantInnen im Regelangebot konzentrierte. Somit fand eine Akzentverschiebung in Richtung Professionalisierung und Integration in die Regelversorgung statt. Diese Entwicklung ist insofern mit einer erweiterten thematischen Ausrichtung verbunden, als sie nicht mehr primär auf die Aids- und Suchtprävention abzielt. Aus einer institutionellen Perspektive wirft diese Verlagerung neue Fragen auf, da die Gesundheitsversorgung in die Kompetenz der Kantone fällt, während im Präventionsbereich ein weitgehender Konsens über die Zuständigkeit des BAG herrscht. Neben diesem Schwerpunkt wurde die basisnahe Arbeit im PMG und anderen unterstützten Projekten weitergeführt, ohne dass allerdings die strategische Ausrichtung dieser Aktivitäten näher überprüft wurde.

Tabelle 7: Bisherige Aufträge des Dienstes Migration

Organisation	Ziele und Tätigkeiten	Verwendung	Dauer	Budget – sFr.
Schweizerisches Arbeiterhilfswerk	Aufbau und Inbetriebnahme des Beratungsdienstes „Derman“	keine Angaben	8.94 – 7.97	k.A.
SFM	Dokumentation und Forschung im Bereich Migration und Gesundheit	Aufbau der Dokumentation	1.96 – 12.98	255'000
SFM	Uebersetzung und kulturelle Mediation: Forschung(sbericht) und Fortbildungsveranstaltung	Forschung u. Fortbildung für Ärzte	12.98 – 6.99 (zwei Verträge)	84'700
STI	Produktion Broschüren HIV/Aids	Druck/ Produktion	6.00 – 12.00	50'000
Appartenances	Gesundheitsförderung bei anfälligen MigrantInnen Weiterbildung Multiplikatoren und Gesundheitspromotorinnen	2 x 100%-Stelle (animateurs)	2.97 – 2.00	480'000
Centro Scuola ZH	Suchtprävention bei ausländischen Kindern/-Jugendlichen, Linea Verde, Weiterbildung Lehrkräfte, Fachpersonen, Präventionsmaterial	sieben Projekte	4.97 – 3.01	325'000
IUMSP Lausanne	Handbuch „santé communautaire“ für Fachleute	Redaktion	5.99 – 4.00	47'200
SFM	Strategiepapier Migration & Gesundheit 2001 – 2005	Delphi-Umfrage	11.99 – 10.00	*137'000
Rotes Kreuz SRK	Fachstelle Migration & Gesundheit	Subvention	7.00 – 12.01	1'067'000
INTERPRET‘	Erarbeitung Standards und Konzept Grund-/Weiterbildung von DolmetscherInnen	Konzept u. Anteil an den Grundkosten der Koordinationsstelle	7.00 – 8.02	175'000
INTERPRET‘	Realisierung didaktisches Video zum Einsatz von Dolmetschern	Produktion	11.00 – 9.01	123'000
Caritas	Fachstelle „Migration und Gesundheit“ Ostschweiz	Teilfinanzierung Grundkosten	4.00 – 4.03	421'000
Appartenances	Rapid Assessment des Angebots im Migrationsbereich Romandie	Redaktion Bericht	2.00 – 5.00	15'000
Ethnologisches Institut der Universität Bern	Rapid Assessment als Grundlage für einen Interventionsplan HIV bei Sub-Sahara-MigrantInnen	nicht direkt über Dienst Migration finanziert	8.00 – 12.00	49'500

* davon rund 50'000 Franken von anderen Stellen (BFA, EKR) getragen.

2. Teil: Beurteilung des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“

Nachdem im vorhergehenden Kapitel die Hintergründe und der Werdegang sowie die Ansätze und Tätigkeiten des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“ nachgezeichnet wurden, sollen in den folgenden Kapiteln die wichtigsten Stärken, Schwächen und Herausforderungen seiner Entwicklungen im Hinblick auf die Situation zum Zeitpunkt der Evaluation kritisch beleuchtet werden. Die Bewertung stützt sich sowohl auf die Aussagen der befragten Personen – seien es externe Fachpersonen, MediatorInnen oder MitarbeiterInnen des PMG und BAG – als auch auf die Analyse des übrigen Evaluationsmaterials (siehe weiter oben das Kapitel zur Methode).

2.1 Themen und Zielgruppen des PMG

Die überwiegende Mehrheit der befragten Fachpersonen, die nicht direkt im BAG oder PMG tätig sind, vertritt die Ansicht, dass das *PMG migrationsspezifische Anliegen im Gesundheitsbereich sichtbar* gemacht und Politik und Verwaltung sowie NGOs auf diese Problematik sensibilisiert hat. In den meisten Interviews wird ferner auf den innovativen *Modellcharakter* des PMG nicht nur im schweizerischen Kontext, sondern auch auf internationaler Ebene hingewiesen (siehe dazu Anhang 4): In einer eben erschienenen Publikation des UNAIDS über *best practices* im Bereich Migration wird das PMG als einmalige Initiative zitiert:

„In 1990, Switzerland’s Federal Public Health Office began an AIDS prevention programme designed especially for the almost 20 percent of the population living and working in the country who are non-nationals. (...) Outcome evaluation after some three to four years showed that when such efforts are placed within an overall national HIV/AIDS prevention strategy for everyone living in the country, a government-sponsored HIV/AIDS prevention programme can mobilise considerable engagement within migrant communities“ (UNAIDS 2001).

Neben der Bedeutung des MediatorInnenansatzes wird vor allem auf die Wichtigkeit der nationalen Ausrichtung des Projekts in einem Bereich kantonal „aufgesplitteter“ Zuständigkeiten verwiesen. Mehrere GesprächspartnerInnen betonen ausserdem *den symbolischen Charakter eines staatlichen Engagements für die Gesundheit von MigrantInnen*. Die Unterstützung des BAG verleiht den Initiativen des PMG eine gewisse Legitimität gegen aussen, die in der Zusammenarbeit mit anderen Partnerorganisationen oder Institutionen bedeutungsvoll ist. Da gerade MigrantInnenvereinigungen häufig mit einem gewissen Misstrauen begegnet wird, kann sich die Unterstützung

durch eine neutrale Behörde, die kaum der Militanz verdächtigt wird – wie dies bei Hilfswerken gelegentlich der Fall ist – als besonders vorteilhaft erweisen.

Nach Ansicht mehrerer externer Fachpersonen äussert sich der Modellcharakter des Programms ferner darin, dass das PMG *wertvolle Impulse für die Umsetzung anderer Präventionsprojekte und -aktivitäten* geliefert hat. Genannt werden Beispiele wie die Vereinigung Appartenances in Lausanne, der Zusammenschluss von Fachleuten im INTERNETZ (ursprünglich in Basel), die Beratungsstelle Derman oder ein Präventionsprojekt der Aidshilfe Genf, das sich an junge lateinamerikanische Frauen mit prekärem Aufenthaltsstatus richtet (Projet-Parc).²⁵ Auch wurden auf Initiative von PMG-ExpertInnen hin punktuell Forschungsprojekte durchgeführt, wie kürzlich eine Studie über Migration und Sucht des Ethnologischen Instituts der Universität Bern (Domenig et al. 2000) belegte.

Da die meisten befragten Fachleute das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“ nur relativ oberflächlich kennen, konnte allerdings die Diskussion über die Zielsetzungen und praktische Arbeit des Dienstes beziehungsweise des PMG kaum vertieft werden. Auch die zeitlichen Bezüge der Aussagen konnten nicht immer im Detail abgeklärt werden.

Einzelne Befragte kritisierten die *unflexible Zielgruppenauswahl*, die besonders MigrantInnen aus anderen Kontinenten zu wenig Bedeutung einräumt. Die Tatsache, dass gerade für asiatische oder afrikanische MigrantInnen keine AnsprechpartnerInnen aus den eigenen Reihen (was immer das konkret heissen mag) zur Verfügung stehen, wurde gelegentlich als Strategiebruch gegenüber dem üblichen Vorgehen des PMG perzipiert.

In diesem Kontext ist zu präzisieren, dass die Abdeckung kleinerer Migrantengruppen nach Abgang der zuständigen Präventionsbeauftragten noch ein Stück problematischer wurde, da die Verantwortlichkeit fortan auf die bereits stark ausgelastete Projektkoordinatorin beziehungsweise -leiterin fiel. Die Umstände des Austritts konnten nur annähernd ermittelt werden (zu einseitige Ausrichtung auf lateinamerikanische Gemeinschaften). Als Grund dafür, dass keine Nachfolge eingestellt wurde (Personalstopp), wurden mangelnde Ressourcen genannt. Die portugiesische Präventionsbeauftragte übernahm zwar ein Aidspräventionsprojekt für MigrantInnen aus Angola, Kongo und DR Kongo, dessen Umsetzung sich allerdings als sehr problematisch erwies. In der tamilischen Bevölkerung konnten keine Projekte mehr realisiert werden (siehe auch Tätigkeitsbericht 1999). Offenbar hatte der Abbruch eingeleiteter Initiativen nach Abgang der ehemaligen Projektverantwortlichen zu einer gewissen Enttäuschung in den kontaktierten tamilischen Kreisen geführt.²⁶

²⁵ Die Aussagen stammen von Personen, die den genannten Organisationen oder Projekten nahestehen und diese gut kennen.

²⁶ Diese Aussage stützt sich auf Angaben von zwei externen Fachpersonen, konnte aber in der betreffenden Gemeinschaft nicht überprüft werden.

Im gleichen Zusammenhang ist erwähnenswert, dass die Dienstleitung infolge der Feststellung einer überdurchschnittlichen Aidsprävalenz bei MigrantInnen aus dem Sub-Sahara-Raum eine Abklärung der Hintergründe und einer möglichen Intervention an das Ethnologische Institut der Uni Bern in Auftrag gab.

Was die Themenauswahl anbetrifft, unterstrichen die externen Fachpersonen mehrfach, dass der Aidsprävention im Vergleich zu anderen Anliegen zu grosses Gewicht beigemessen werde. Übereinstimmende Vorstellungen über ein besonders wichtiges Thema der Gesundheitsförderung bei MigrantInnen liessen sich allerdings keine ausmachen. Interessanterweise wurde, wie bereits angesprochen, die Erweiterung des Themenkreises auch von externen Fachpersonen nicht in Frage gestellt. Da wir aber aufgrund der Dokumentenanalyse der Ansicht sind, dass *die Ausweitung des thematischen Aktionsradius* auf die Drogenprävention nicht nur den wichtigsten Wendepunkt in der Entwicklung des PMG darstellte, sondern auch zahlreiche Fragen aufwarf, deren Auswirkungen auf den weiteren Werdegang nicht zu unterschätzen sind, soll dieser Punkt in den nächsten Abschnitten eingehender diskutiert werden.

Als die Neuorientierung beschlossen wurde, waren sich die Projektverantwortlichen der voraussichtlichen Schwierigkeiten, die durch die Ausdehnung des Aktionsradius entstehen würden, durchaus bewusst. Folgender Ausschnitt aus dem Protokoll eines Reflexionsseminars vom Juli 1995 verdeutlicht diese Klarsicht:

« Pour l'instant, la difficulté principale est de superposer une démarche de Suchtprävention à une démarche d'Aids-Prävention. Cela pose une question de stratégie, car il est plus facile de faire la prévention du Sida (préservatif) que des drogues. Les drogues et les dépendances sont des domaines très complexes, car il n'existe pas de messages simples » (Protokoll Reflexionsseminars vom Juli 1995).

Es mag daher etwas erstaunen, dass die thematische Erweiterung offenbar ohne eine grundsätzliche Überarbeitung der Zielsetzungen stattfand. Die 1995 formulierten Leitlinien für die zukünftige Arbeit beschrieben eher mögliche Tätigkeitsfelder und Vorgehensweisen als eine kohärente strategische Ausrichtung, welche die verschiedenen Inhalte – Aids-, Suchtprävention und Gesundheitsförderung – integrierte und nötigenfalls Schwerpunkte benannte. Bezüglich der Drogenprävention und *a fortiori* der Gesundheitsförderung konnte sich das PMG nur beschränkt auf erprobte Zielvorgaben in der Gesamtbevölkerung abstützen, wie dies hingegen in der Aidsprävention der Fall war. In diesem Sinn wurde nach der Konsolidierungsphase im Aidsbereich (1993 bis 1995) auf einer neuen thematischen Ebene der innovative und experimentelle Charakter beibehalten, der bereits die Lancierung des Projektes begleitet hatte. Dabei ist zu betonen, dass die Präventionsbotschaften zur Aidsinformation zwar den Voraussetzungen und Lebenswelten der Gemeinschaften angepasst werden mussten, dass es sich aber um relativ simple Informationen handelte, die es kommunikativ zu vermitteln galt (Vermeidung ungeschützten Geschlechtsverkehrs). Der Übergang zur Suchtprävention und Gesundheitsförderung zog hingegen eine Erweiterung der Vorgehensweisen und damit eine thematisch-strategische Differenzierung nach sich, die es offensichtlich schwieriger machte, für die Arbeit zwischen den fünf Gemeinschaften einen gemeinsamen Nenner zu finden.

Die Lage verkomplizierte sich weiter dadurch, dass sich infolge des *Einbezugs neuer Zielgruppen* (ehemaliges Jugoslawien und Italien) zu den Eigenheiten der Gemeinschaften vermehrt auch grundsätzliche *Unterschiede hinsichtlich des Migrationskontextes* (in der Schweiz) gesellten. So gilt es etwa an die spezifische Aufenthalts-situation von Flüchtlingen zu erinnern, deren demographisches Profil und rechtlicher Status sich massgeblich von demjenigen der ArbeitsmigrantInnen abhebt, womit auch in gesundheitlicher Hinsicht andere Prioritäten in den Vordergrund rücken (Folgen eines unsicheren Aufenthaltsstatus, Traumatisierungen usw.). Gerade wenn nicht mehr die blosser Vermittlung von Informationen, sondern eine ressourcenorientierte Gesundheitsförderung im Mittelpunkt steht, sollte dem sozialen und aufenthaltsrechtlichen Umfeld der MigrantInnen grössere Beachtung geschenkt werden. Dadurch müssen je nach Kontext unterschiedliche Prioritäten gesetzt werden, die eine Zusammenarbeit erschweren, wenn sie nicht ausreichend reflektiert werden. Für die Präventionsbeauftragten wurde es daher allein aus diesen Gründen schwieriger, gemeinsame Zielsetzungen und Strategien zu entwickeln, die auch im Hinblick auf die Zielgruppen kohärent blieben.

All die genannten Faktoren trugen zu einer *unbeabsichtigten Diversifizierung der Tätigkeiten* des PMG bei, die ständig wachsende Herausforderungen an alle Beteiligten und im besonderen an die Gesamtleitung stellten. In dieser kritischen Entwicklungsetappe innerhalb des PMG musste aber gleichzeitig der Aufbau des Dienstes Migration in Angriff genommen werden. Beide Entwicklungen bedingten eine Neuorientierung der Zusammenarbeit und eine klare Aufgabenteilung zwischen dem Dienst Migration und dem PMG.

2.2 Tätigkeiten und Ansätze des PMG

Es ist leicht nachvollziehbar, dass die thematische Ausdehnung des PMG ebenfalls eine Erweiterung der Aktivitäten nach sich zog. Infolge der Institutionalisierung des Programms mit der Schaffung des Dienstes Migration verschob sich der Tätigkeitsschwerpunkt von der konkreten Umsetzungsarbeit (Information, Übersetzungen, „Feldarbeit“) auf vermehrtes Projektmanagement. Der Tätigkeitsbericht 1995-1997 plädierte dafür, den Arbeitsschwerpunkt (des Dienstes *und* des PMG) auf die Integration der Anliegen von MigrantInnen in bestehenden Institutionen zu verlegen, was eine Anpassung der Pflichtenhefte der ExpertInnen verlangt. Die sogenannte Normalisierung im Aidsbereich verstärkte diese Entwicklung zusätzlich. Da nur beschränkt eine inhaltliche Arbeitsteilung eingeführt und am Gedanken der Mitbestimmung des ganzen Teams weiterhin festgehalten wurde, um den partizipativen Ansatz auch auf der Leitungsebene zu verwirklichen, erweiterte sich somit auch das Tätigkeitsfeld der externen Präventionsbeauftragten.

Wie im vorangehenden Teil aufgezeichnet, wurden die Pflichtenhefte in der Folge zwar mehrmals geändert, und die PMG-Leitung bemühte sich, in Absprache mit allen Beteiligten vorläufig thematische Prioritäten zu definieren. Dies geschah jedoch, ohne eine grundsätzliche Überprüfung der Tätigkeitsausrichtung einzuleiten. Offensichtlich wurde eine Grundsatzdiskussion vorerst der Erarbeitung einer neuen Strategie für den

Bereich Migration und Gesundheit untergeordnet, was zwar einleuchtend schien, aber die Situation des PMG in der Zwischenzeit nicht eben vereinfachte, da eine Standortüberprüfung längst überfällig war. (Immerhin unterstreicht die Tatsache, dass eine Evaluation mit Hauptfokus auf das PMG in Auftrag gegeben wurde, dass die bestehenden Probleme wahrgenommen wurden).

Um auf die Beurteilung der einzelnen Aktivitäten zurückzukommen, ist festzuhalten, dass die befragten Fachpersonen die *Basisnähe des PMG und die Einstellung von VertreterInnen aus den Migrantengemeinschaften* als besonders positiv bewerten. Der konsequente und bewusste Einsatz von MigrantInnen im Gesundheitswesen kann insofern als innovativ bezeichnet werden, als er offensichtlich bis Ende der 80er Jahre wenig Tradition hatte, obwohl – oder gerade weil – bestimmte Arbeitsmarktsegmente in der Schweiz eine Mehrzahl ausländischer Arbeitskräfte beschäftigen. Wiederholt wurde auch darauf verwiesen, dass die Forderungen einer *Professionalisierung von DolmetscherInnen beziehungsweise MediatorInnen* unter anderem auch dank der „Pionierarbeit“ des PMG in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit zunehmend ernst genommen werden.

In Übereinstimmung mit der positiven Beurteilung des gezielten Einsatzes von MigrantInnen befürworten grundsätzlich alle externen Fachleute den MediatorInnenansatz, der im Zentrum der PMG-Aktivitäten steht oder zumindest lange Zeit stand. Dieser Aspekt wurde deshalb vertieft analysiert.

2.3 Der MediatorInnenansatz: Ergebnisse aus der Befragung der MediatorInnen und ExpertInnen der Gemeinschaften

In diesem Teil werden wir das vom PMG praktizierte Multiplikatorenkonzept erörtern. Wir werden die allgemeinen Fragestellungen anführen, die sich aus unseren Überlegungen ergaben. Anschliessend werden die Ergebnisse der Erhebung ausgewertet, die sich auf die VermittlerInnen beziehen. Diese Ergebnisse betreffen vor allem die Arbeitsorganisation der VermittlerInnen und nicht so sehr deren Arbeitsinhalt. Die Hauptpunkte sind: das Profil der VermittlerInnen, sprich MediatorInnen, deren Aktivitäten und ihre Beziehung zu den ExpertInnen des PMG.

2.3.1 Grenzen des Multiplikatorenansatzes

Das Partizipationsverständnis ist unserer Meinung nach nicht ausreichend konzeptualisiert: Einerseits wird die Beteiligung der MediatorInnen mehrheitlich und unbestritten positiv beurteilt, andererseits ist der Partizipationsgrad aber nicht geklärt. Laut der Definition, die durch das PMG vorgegeben wurde, wird Partizipation auf konzeptioneller und planerischer Ebene sowie bei der Umsetzung von Projekten gewünscht. Man kann sich nun fragen, ob es in der Praxis realistisch ist, MediatorInnen auf allen drei Ebenen zu beteiligen. Als Beispiel sei erwähnt, dass der Einbezug und die Konsultation der Gemeinschaften auf allen drei Ebenen eine hohe Zeitinvestition verlangt, was den Kostenfaktor erhöht und ebenfalls einen Flexibilitätsverlust in der Entscheidungsfindung verursacht.

Die Definition des PMG wirft auch Fragen hinsichtlich des *gemeinschaftlichen Zugangs* auf, denn sie begrenzt den gemeinschaftlichen Zugang auf rein ethnische Gesichtspunkte. Es sei zur Diskussion gestellt, ob diese Definition im Rahmen des PMG nicht in einigen Fällen erweitert werden müsste. Diese Erweiterung sollte eher das Umfeld (linguistisch, sozioökonomisch, rechtlich, die Aufenthaltsbewilligung miteinbeziehend usw.) der betroffenen Personen berücksichtigen als ihre Herkunft oder ihre Nationalität. Damit würde die Gemeinschaft nicht einzig auf ihre kulturelle Besonderheit reduziert, sondern würde in einer transnationalen²⁷ Perspektive verstanden, die nicht nur das Heimatland der eingewanderten Personen, sondern ebenfalls das Umfeld des Aufnahmelandes berücksichtigte. Man könnte zum Beispiel ein multikulturelles Konzept für diejenigen AusländerInnen anbieten, die über gute Sprach- und Kulturkenntnisse des Gastlandes verfügen.

Was den konkreten Inhalt der Arbeit anbetrifft, lässt sich feststellen, dass die Definition des *Arbeitsbereichs der MediatorInnen im Pflichtenheft der ExpertInnen* unvollständig ist, und dass die erwähnten Zielsetzungen zu allgemein definiert sind: es handelt sich für ExpertInnen darum, MediatorInnen im Hinblick auf ein Netzwerk zu rekrutieren, auszubilden und einzubinden. Die Anzahl der MediatorInnen, die dieses Netz enthalten soll, die Rekrutierungskriterien, die Aktivitäten und die Projekte, die diese MediatorInnen realisieren sollen; die erforderliche Ausbildung, die Begleitung usw. sind der freien Wahl der ExpertInnen überlassen. Diese Definitions- und Kategorisierungsschwäche erschwert die Aufgabe der Evaluatoren erheblich, die sich kaum auf Indikatoren für ihre Studie stützen können.

Schliesslich handelt es sich unseres Erachtens darum, den Stellenwert zu berücksichtigen, den MediatorInnen in Zukunft im Pflichtenheft der ExpertInnen einnehmen sollten, und zwar in Funktion zu den verschiedenen Szenarien, die für die künftige Organisation des PMG in Betracht gezogen werden. Auf Grund der Unterredungen mit den ExpertInnen des PMG konnten wir feststellen, dass der Zugang zu den MediatorInnen weniger wichtig geworden ist. Hingegen steht die Rekrutierung und die Ausbildung der von der Gemeinschaft entsandten Personen im Mittelpunkt der Multiplikatorenstrategie und der Nachrichtenverbreitung. Mit der Erweiterung der Thematik verschieben sich die Arbeitsschwerpunkte leicht in Richtung der Sensibilisierung der Institutionen im Aufnahmekontext (beispielsweise INTERNETZ), auch wenn diese Aufgabe neuerdings der PMG-Leitung übertragen wurde.

Wir werden auf diese verschiedenen Punkte bei der Präsentation der Arbeitsergebnisse bezüglich der Mediationspraxis zurückkommen. Aber an dieser Stelle erscheint es uns wichtig hervorzuheben, dass diese Studie sich von der Untersuchung von Fleury und Haour-Knipe (1996) unterscheidet, die sich auf den Zeitraum 1994-1995 bezieht. Eine Zusammenfassung der Rolle der MediatorInnen in dieser Auswertung befindet

²⁷ Das Modell der „Transnationalität“ präsentiert Integration als komplexes Phänomen, bei dem es mehrfache Zugehörigkeiten gibt. Integration beschränkt sich danach nicht nur auf das Heimatland und das Gastland, sondern wird als ein nicht-linearer Entwicklungsvorgang verstanden (siehe in diesem Zusammenhang Glick, Schiller und al. 1995).

sich im Anhang (Anhang 5). Die vorhergehende Studie bezieht sich auf die Entwicklung des PMG und ist wie folgt definiert worden:

“à la fois une évaluation de processus et une évaluation d’impact, qui cherche à cerner les résultats des efforts entrepris dans le cadre du Projet Migrants et à déterminer les zones qui sont encore à développer“.

Die vorliegende Erhebung hat eher summarischen Charakter. Ihr Ziel ist es, eine Gesamtbilanz der Arbeit des PMG zu ziehen, sowie, in geringerem Ausmass, auch von derjenigen des Migrationsdienstes. Deshalb wurden die Aktivitäten der MediatorInnen hinsichtlich ihrer Entwicklung und ihrer Stellung im PMG ausführlich zur Sprache gebracht. Es geht hier weder darum, die Wirkung ihrer Arbeit zu untersuchen, noch darum, alle MediatorInnen zu befragen, sondern vielmehr um ihre Einbettung ins PMG sowie eine entsprechende Bilanz davon. Wir werden uns über die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der zwei Auswertungen (1996 und 2000) Gedanken machen. Ausserdem werden wir analysieren, inwieweit die Empfehlungen der vorhergehenden Studie berücksichtigt werden konnten und noch heute relevant sind.

2.3.2 Profil der MediatorInnen nach Gemeinschaft und Thematik

Hier geht es nicht um eine vollständige Profilbeschreibung der Rolle des Mediators, sondern um die Hauptmerkmale der verschiedenen MediatorInnen, die im Rahmen des PMG in der Gesundheitsprävention der MigrantInnen tätig sind. Wir konnten wesentliche Unterschiede zwischen den zurzeit im PMG arbeitenden Personen, die fünf unterschiedlichen ethnischen Gemeinschaften angehören, feststellen. Diese Unterschiede ergeben sich aus den verschiedenen *Berufen der einzelnen, deren Integration in und kultureller und/oder linguistischer Zugehörigkeit*²⁸ zu ihrer jeweiligen Gemeinschaft. Gemeinsam ist den interviewten MediatorInnen, dass sie verglichen mit dem Rest ihrer Bevölkerungsgruppe häufiger Ausländervereinigungen in der Schweiz angehören. Das war auch schon der Fall im Zeitraum 1994-1995.

In der italienischen Gemeinschaft ist die Mehrheit der MediatorInnen auf den Gesundheits- oder Erziehungsbereich spezialisiert. Die meisten italienischen MediatorInnen sind im Rahmen ihres professionellen Pflichtenheftes aktiv und organisieren Präventionsaktivitäten ausserhalb der Gemeinschaft, der sie angehören. Die italienischen MediatorInnen sind hoch qualifiziert, was sich günstig auf die Bewertungskriterien und die Finanzierung der von ihnen vorgeschlagenen Projekte auswirkt. Sie arbeiten

²⁸ Diese Heterogenität der MediatorInnen-Profile ist nicht PMG-spezifisch, wie eine Studie von Haour-Knipe und al. zeigt (1999). Dabei wurden die verschiedenen Projekte in der Schweiz analysiert, in denen MediatorInnen zur Vorbeugung von HIV/AIDS eingesetzt wurden: „La notion de « médiateur » recouvre un large éventail de « profil humains », actifs dans une grande variété de situation et recourant à plusieurs méthodes d’intervention“. Die Studie unterbreitet eine Reihe von Mediatoren-Aktivitäten, was uns dazu veranlasste, das Profil der VermittlerInnen des PMG zu analysieren.

im Vergleich zu anderen Nationalitäten häufiger in offiziell anerkannten und finanzierten Projekten. Interessant ist auch, dass unter den für die italienische Gemeinschaft aktiven Personen ebenfalls Schweizer MediatorInnen arbeiten.

In der portugiesischen und spanischen Gemeinde arbeitet eine Mehrheit von Freiwilligen oder nur zum Teil bezahlten MediatorInnen ohne besondere Qualifikationen im Sozial-, Gesundheits- und Erziehungsbereich. Diese Personen organisieren in relativ bescheidenem Umfang Präventivaktionen für Bevölkerungsgruppen, aus denen sie nicht stammen (z.B. für Lateinamerikaner, Italiener). Man findet allerdings häufiger ExpertInnen in der spanischen Gemeinde vor als in der portugiesischen. Ausserdem gibt es eine grosse Anzahl spanischer Vereinigungen in der Schweiz, was für die portugiesische Gemeinde nicht zutrifft. In diesem Sinn hat die spanische Gemeinde Ähnlichkeit mit der italienischen, während die portugiesische Gemeinde zu den Gruppen gehört, die erst seit kurzem bestehen und daher weniger strukturiert sind. Infolgedessen erreicht diese Gemeinde nur schwer die Schweizer Institutionen.

Die MediatorInnen, die sich aus Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei rekrutieren, führen ihre Aktivitäten ausschliesslich in den Gemeinschaften ihrer Herkunftsländer durch. Sie verfügen in der Regel nicht über besondere Qualifikationen im Gesundheits- Bildungs- und Sozialbereich und sind entweder ehrenamtlich tätig oder werden nur teilweise bezahlt. Anzumerken wäre, dass sich unter den aus dem ehemaligen Jugoslawien stammenden MediatorInnen mehrere AsylbewerberInnen und Flüchtlinge befinden.

Bemerkenswert ist, dass sich diese verschiedenen Charakteristika der MediatorInnen nicht nur auf ihre Gruppenzugehörigkeit beziehen, sondern sich auch aus den unterschiedlichen Wirkungsbereichen herleiten. Auf Grund unserer Beobachtungen haben wir in Tabelle 8 das ideale Profil eines Mediators in Bezug auf seinen Wirkungsbereich aufgezeichnet. Es scheint, dass die Vorbeugungskampagnen im Bereich HIV/AIDS keine besonderen Ansprüche an Ausbildung oder Qualifikation stellen. Hier weisen die MediatorInnen nur selten eine spezifische Ausbildung im Sozial-, Gesundheits- oder Erziehungsbereich auf, und sie arbeiten ausserhalb eines festgelegten Pflichtenhefts. Die Gesundheitsförderung dagegen erfordert professionelle Kenntnisse im Sozial-, Gesundheits- oder Erziehungsbereich. Die MediatorInnen, die in diesem Bereich arbeiten, müssen ihre Aktivitäten im Rahmen ihres vorgeschriebenen Aufgabenprofils durchführen. Schliesslich ist zu unterstreichen, dass trotz des Versuchs, die fünf ethnischen Gruppen gleich zu behandeln, die spanischen, portugiesischen, jugoslawischen und türkischen MediatorInnen grössere Schwierigkeiten damit haben, eine gewisse Autonomie zu entwickeln als die Mitglieder der italienischen Gruppe.²⁹

²⁹ Wir können jedenfalls nicht wissen, ob in der italienischen Gemeinschaft mehr Drogenfachleute vorhanden sind, oder ob dies auf eine Rekrutierungsstrategie des italienischen Experten zurückzuführen ist.

Tabelle 8: Ideales Profil und berufliche Einbettung von MultiplikatorInnen in mehreren Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung

	Berufliche Qualifikationen im Gesundheits- oder Sozialwesen	Spezialisierung / Zusatzausbildung	Institutionelle Einbindung	Kenntnis der Gemeinschaften	Akzeptanz in der Gemeinschaft
Aidsprävention	gering	gering	nicht notwendig	wichtig	wichtig
Suchtprävention	mittel	aufwendig	relativ wichtig	wichtig	wichtig
Gesundheitsförderung	hoch	sehr aufwendig	unumgänglich	wichtig	wichtig

Zwischenergebnisse in Bezug auf die interkulturellen VermittlerInnen: Die Präventions-Projekte für MigrantInnen müssen dringend auf das Profil der verfügbaren MediatorInnen zugeschnitten werden. Es besteht ein Mangel an Fachkräften, die spezifische Probleme in der portugiesischen Gemeinde, bei Staatsangehörigen des ehemaligen Jugoslawiens und, in geringerem Masse, bei der türkischen und spanischen Gemeinschaft behandeln könnten. Wir meinen, dass Prävention im Sozial-, Gesundheits- oder Erziehungsbereich auf ehrenamtlicher Basis mit wenig ausgebildeten Personen nur dann funktionieren kann, wenn in diesen erforderlichen Bereichen Fachleute aus Schweizer Institutionen zur Verfügung stehen. In diesem Sinn kann nicht für alle Gemeinschaften dieselbe Strategie gelten.

2.3.3 Aktivitäten der MediatorInnen im Rahmen des PMG

Jeder Experte legt *seine Prioritäten und Ziele* hinsichtlich der Arbeit mit MediatorInnen selbst fest. Diese Ziele gelten aber weder für das gesamte PMG noch sind sie auf lange Sicht im Rahmen der Vorbeugung sinnvoll. Bei den MigrantInnen ist diese Methode besonders problematisch, denn es gibt noch keine Hintergrundinformationen (epidemiologisch oder psychosozialologisch) über die verschiedenen Gemeinden. Daher sind die von den ExpertInnen festgesetzten Prioritäten und Ziele schwierig zu rechtfertigen. Tatsächlich wirft ihnen die Leitung des Gesamtprogramms vor, nach persönlichem Gutdünken zu handeln und sich nicht an die durch ihre Tätigkeit vorgegebene Struktur zu halten. Betrachtet man aber die grosse Zahl der Aufgaben, die ein Experte bewältigen muss, scheint es uns unabdingbar, dass er Prioritäten setzt. Allerdings trifft die Mehrheit der ExpertInnen keine eigenständigen Beschlüsse in bezug auf die Auswahl von Prioritäten. Die Stellung der ExpertInnen wäre aber nicht so ambivalent, wenn diese nachweisen könnten, dass ihre Prioritätensetzung auf glaubwürdigen Daten beruht, die sich nachweisbar an den Bedürfnissen der jeweiligen Gemeinde orientierten. Das Fehlen dieses Nachweises erklärt zweifellos, weswegen ein Teil der ExpertInnen des PMG einer persönlichen Auswahl skeptisch gegenübersteht.

Wie teilweise bereits früher wurde für das Jahr 2001 versucht, die Themenschwerpunkte der einzelnen ExpertInnen – in Übereinstimmung mit den perzipierten Bedürfnissen in den Gemeinschaften – aufeinander abzustimmen. Die Frage des Vorgehens bei Bedürfnisnachweisen bleibt zwar offen, aber immerhin kann so eine grössere Kohärenz bezüglich der Tätigkeitsschwerpunkte erzielt werden.

2.3.3.1 Typen von Aktivitäten: Einige Tendenzen

Generell gesehen haben sich die Aktivitäten im Vergleich zum Zeitraum 1994-1995 verändert. So lässt sich eine Zunahme der von den Gemeinschaften für die jeweilige Bevölkerungsgruppe initiierten Aktionen feststellen. Laut dem Tätigkeitsbericht von 1999 und den durchgeführten Untersuchungen beschäftigt sich jede Gemeinde mit den für sie relevanten spezifischen Problematiken, die neben den Informationsveranstaltungen an den Bedürfnissen der Allgemeinbevölkerung der Gemeinde ausgerichtet sind.

- Die MediatorInnen, die aus dem ehemaligen Jugoslawien stammen, führen vor allem für Asylbewerber, albanische Frauen und Jugendliche gezielte Vorbeugungsmassnahmen durch. Diese Massnahmen beziehen sich hauptsächlich auf die Prävention von HIV/AIDS.
- Die MediatorInnen der türkischen Gemeinschaft kümmern sich hauptsächlich um die Aufklärung bei Jugendlichen und bei Männern, die zu Prostituierten gehen. Ihre Massnahmen beziehen sich vor allem auf die Vorbeugung von HIV/AIDS und in einem geringeren Masse auf Suchtverhalten.
- Die portugiesischen MediatorInnen konzentrieren ihre Präventionsarbeit mehr auf Frauen und Jugendliche mit den Schwerpunkten: HIV/AIDS, Sucht (besonders Tabak) und Verhütung (einschliesslich Schwangerschaft und Abtreibung). Das Bedürfnis nach Auseinandersetzung mit dieser Problematik wurde bereits in verschiedenen Veröffentlichungen hervorgehoben (vgl. zum Beispiel Fontana 1994). Verhütung als explizite Problematik wird vielleicht auch deshalb mehr in dieser spezifischen Gemeinde behandelt, weil mehrheitlich Frauen aktiv in der Aufklärung/Prävention tätig sind. Unter den portugiesischen MigrantInnen, die in die Schweiz gekommen sind, lässt sich nämlich in den letzten Jahren eine starke Feminisierung feststellen (vgl. BFS 2000).
- Die MediatorInnen der spanischen Gemeinschaft haben laut dem Tätigkeitsbericht von 1999 Aufklärungsaktionen für Arbeitslose und Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung durchgeführt. Sie arbeiteten im Bereich HIV/AIDS und bei Suchtproblemen. Wir haben allerdings nur diejenigen spanischsprachigen MediatorInnen interviewt, die auch Französisch sprechen.
- Die Vermittler der italienischen Gemeinschaft wenden sich an Eltern und Familienmitglieder von Drogensüchtigen und klären über Sucht auf. Es gibt acht italienische Gruppen, die von einem Mediator und einem Experten betreut werden.
- In allen Gemeinschaften wurde eine Ausbildung zum Thema Sucht für LehrerInnen in Heimatsprache und Kultur angeboten - für die spanische Bevölkerung auch eine Ausbildung in Gesundheitsförderung. In mehreren Gemeinschaften (türkische, portugiesische, ex-jugoslawische) bilden die Frauen prioritäre Zielgruppen der Aufklärungsbemühungen, die vor allem um Fragen zur Schwangerschaft, zur Verhütung und zur Abtreibung kreisen.

Insgesamt gesehen stellen wir eine grössere Anzahl von *Präventionsprojekten fest, die von MediatorInnen geplant und in Eigenregie verwirklicht wurden* (zum Beispiel: verschiedene Präsentationen zum Thema Kommunikation; Vorträge zum Thema Abhängigkeiten; Verbreitung von Präventionsbotschaften durch Taxifahrer bei Freiern). Vor allem in der italienischen Gemeinschaft sind Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge, die besondere berufliche Kompetenzen voraussetzen, verbreitet.

Individuelle Beratung oder Arbeit in Kleingruppen sind mit der *qualifizierteren Ausbildung und der stärkeren Aktivität des Mediators* angewachsen. Bei der Suchthematik lässt sich feststellen, dass die sekundären Vorbeugungsaktivitäten wichtiger geworden sind: es gibt mehr Therapeuten (Psychologen) und Sozialarbeiter, die im Rahmen ihres professionellen Pflichtenheftes operieren. Vor allem in der italienischen Gemeinde ist dieser Mediatorentyp gefragt, da hier das Thema Sucht eine besonders grosse Rolle spielt. Die meisten MediatorInnen sind auf diesem Gebiet hoch qualifiziert. Für die italienische Gemeinde ist auch eine Gruppe für Angehörige von Drogensüchtigen gegründet worden, die von einem Mediator begleitet wird. In den anderen Gemeinschaften sind diese aktiven professionellen MediatorInnen aber eher selten.

Die Vorbeugungsaktivitäten durch „face-to-face Beratung“, die von ehrenamtlichen MediatorInnen durchgeführt werden, die aufgrund ihres Wissens Ratschläge an Bekannte vermitteln, sind weniger wichtig als bei der vorhergehenden Auswertung. Bei dieser Gruppe lässt sich nämlich ein Rückgang der MediatorInnen feststellen, da viele in ihr Heimatland zurückgekehrt sind. Dieser Rückgang lässt sich aber auch darauf zurückführen, dass die Arbeit der MediatorInnen oft nicht genug gewürdigt wird, oder dass sie ihrer Tätigkeit überdrüssig werden. Ausserdem ist es für nicht professionelle MediatorInnen schwierig, Vorbeugung im Sozial-, Gesundheits- oder Erziehungsbereich zu leisten. Schliesslich erfordert Suchtprävention und Gesundheitsförderung oft umfangreiche Kenntnisse über die komplexen Hintergründe dieser Phänomene, über die nicht professionelle MediatorInnen normalerweise kaum verfügen.

Die anonyme telefonische Beratung als Dauereinrichtung: Eine externe Erhebung enthüllte verschiedene Mängel bezüglich des Konzepts und dessen Effektivität. Daraus ergab sich, dass nur wenige Anrufe zu verzeichnen waren. Dieses Angebot scheint den Bedürfnissen der Zielgruppe nicht zu entsprechen. Man muss sich nämlich direkt von Aids oder Suchtproblemen betroffen fühlen, um den Telephonhörer zur Hand zu nehmen. Ausserdem ist diese Informationsquelle unzulänglich und für die Betroffenen nur schwer zugänglich. Somit wurde die Dauereinrichtung von Telefonleitungen Ende 1999 gestoppt, bis auf den Telefondienst für Portugiesischsprachige, der von einem anderen Projekt (Entrelacar) unterhalten wird und die spanische Telefonberatung (für weitere Einzelheiten siehe Caluori 1999 und den Aktivitätsbericht des PMG 1999).

Tabelle 9 stellt die wichtigsten Mediatorenprojekte des PMG vor. Hierbei lässt sich eine *grosse Vielfalt des Aufgabenbereichs der MediatorInnen* feststellen. Diese Vielfalt der Aktivitäten ist hauptsächlich der Erweiterung des PMG auf thematischer und gemeinschaftliche Ebene zu verdanken.: Die primäre Vorbeugung für eine breite Öffentlichkeit bei Informationsveranstaltungen, die sekundäre Vorbeugung durch Hilfs- und Solidaritätsgruppen, Konzeption von Vorbeugungsprojekten sowie Einzel-

beratung über ein persönliches Netzwerk. *Hervorzuheben ist, dass sich das PMG - je nach Bedarf - der jeweiligen Thematik und den zur Verfügung stehenden MediatorInnen angepasst hat.* Diese thematische Vielfalt, die sich an den Interessen und Kompetenzen der ExpertInnen orientiert, hat allerdings einen Nachteil: Es ist nicht klar, ob sie die tatsächlichen Bedürfnisse der Gemeinschaften abdeckt, da diese nicht nachzuweisen sind.

Tabelle 9: Projekttypen (Projekte der MediatorInnen 2000-2001)

Projekttypen
<ul style="list-style-type: none">• Individuelle Präventionsmassnahmen und Gruppen-Vorbeugung an verschiedenen informellen (Parkprojekte, Taxiprojekte, Stände) oder formellen Orten (Arbeitsplatz des Mediators, Schule, Sportanlagen, Zentrum für Asylbewerber).• „Face-to-Face Hilfestellung“ und Beratung• Aufklärungs- und Informationszeitschriften• Konsultation, Therapie, Gruppen in spezialisierten Zentren: Familienplanung, albanische Beratungsstelle, centro familiare• Ausbildung• Plattform des PMG• Schriftliche Übersetzung• Interkulturelles Dolmetschen• (Telephonische Dauereinrichtungen)

2.3.3.2 Indikatoren und Monitoring der Aktivitäten

Wie bereits aufgezeigt, klaffen die Interventionsformen seitens Gemeinschaften und MediatorInnen sehr weit auseinander. Dadurch wird es schwierig, die jährliche Anzahl an Interventionen zu ermitteln. Ebenso variiert von Jahr zu Jahr die Anzahl der betroffenen Personen: Je nach Aktionsart werden Personen auch mehrfach angesprochen. Schliesslich werden die Informationen zu den ausschliesslich von den MediatorInnen ausgeführten Aktivitäten weder systematisch dokumentiert noch von den ExpertInnen gebündelt.

Ein Raster, das darauf abzielte, die von den MediatorInnen ausgeführten Interventionen festzuhalten, ist zwar während der Evaluation für den Zeitraum 1994-1995 entstanden. Dieses Modell enthält Rubriken über die Aktivitäten, die angesprochenen Themen, die Teilnehmer, die Anzahl der Teilnehmer, usw. Für diesen Fragebogen, der von den MediatorInnen oder ExpertInnen zur Zeit benutzt wird, gibt es keine geregelte, einheitliche Form. Die Mehrzahl der ExpertInnen begründet das damit, dass die *Indikatoren und die vorgeschlagenen Kategorisierungen* schwierig zu benutzen und nicht klar sind. Da die Notwendigkeit dieser Fragebögen nicht klar begründet wird, fühlen sich die ExpertInnen nicht motiviert, die Bögen auszufüllen. Die Projektleitung interpretiert dies wiederum als Mangel an gutem Willen seitens der ExpertInnen und bekommt den Eindruck, ihre Richtlinien würden nicht respektiert.

Gegenwärtig füllen die ExpertInnen alle sechs Wochen die Aktivitätsberichte aus, die das einzige regelmässige benutzte Kontrollinstrument darstellen und es der Leitung

erlauben, sich eine Gesamtübersicht über laufende und vergangene Aktivitäten zu verschaffen. Die Auflistung des Stundenplans und seines Inhalts (Aktivitäten, Interventionen, Teilnehmer usw.) wird persönlich durchgeführt. Es gibt keine Standards hinsichtlich der Kategorien, mittels derer in den Gemeinschaften als ganzem die Tätigkeiten festgehalten werden könnten. Ebenfalls nicht vorhanden ist eine zentralisierte Buchhaltung, die die Daten aller Gemeinschaften über das Jahr hinweg sammeln würde. Als Resultat dessen ergibt sich folglich *ein Mangel an Kontrolle und an Datenpflege*, was die Arbeit der MediatorInnen anbetrifft (Angaben zu den aktiven MediatorInnen, Aktivitäten, Weiterbildung usw.).

Im Nachhinein scheint es unrealistisch, selbst durch Befragen der aktiven MediatorInnen, verlässliche Daten zu rekonstruieren, wenn diese nicht regelmässig gesammelt und auf der Basis eines vergleichbaren Entwurfs basieren. Folglich ist es schwierig, einen systematischen Überblick über ihre Aktivitäten zu gewinnen.

2.3.3.3 Die Plattformen des PMG

Zu diesen Aktivitäten gesellen sich *Vertretungen* der türkischen Gemeinschaft (seit Juli 99) sowie der italienischen Gemeinschaft (seit Dezember 00) *bei sogenannten Plattformen*. Diese Plattformen sind von den MitarbeiterInnen des PMG eingerichtet worden und setzen sich aus Vertretern der Gemeinschaften sowie aus verschiedenen Organisationen zusammen. (Die spanischen, portugiesischen und jugoslawischen Plattformen sind derzeit noch im Aufbau begriffen). Das Vorhaben, Plattformen im Sinne von Arbeitsgruppen zu gründen, bestand schon seit ungefähr 1997, allerdings wurde es erst 1998 von den ExpertInnen ins offizielle Pflichtenheft des PMG übernommen und als Priorität für das Jahr 2000 festgelegt. Bei einem Coaching, das von einem externen Spezialisten durchgeführt wurde, diskutierte das Team im Februar 2000 das allgemeine Ziel der Plattformen: „*Die Plattform soll die Mitsprache der Migrationsbevölkerung gewährleisten und den ExpertInnen aufzeigen, welche Bedürfnisse in die Planung aufgenommen werden müssten.*“ (vgl. Protokoll des Nachfolgetags zur Initialtagung, Februar 2000). Die ExpertInnen erhalten sFr. 5000.-, die zur Kostendeckung von Reise und Spesen der Teilnehmer dienen. Allerdings wurde den ExpertInnen seitens der Gemeinschaften keine verbindliche Zusage betreffend der Zuschüsse gegeben.

Die Strategien, die Organisation und die Struktur dieser Plattformen sind der freien Wahl der ExpertInnen überlassen. Es wurde zwar mehrfach versucht, zu einer gemeinsamen Definition der Rolle der Plattformen zu gelangen. Strukturell gesehen sollten sie aus einer „Kerngruppe (für die fachliche Unterstützung im Sinne einer Supervision) und einer Begleitgruppe (praktische Entlastung in der alltäglichen Arbeit)“³⁰ bestehen. Trotzdem existieren offenbar mehrere Auslegungen dieser generellen Funktionen, und es wird kaum klar, was letztlich verbindlich und realistisch machbar ist. Die unterschiedlichen Strategien der Gemeinschaften lassen sich besonders gut am Beispiel der Differenz zwischen der türkischen und italienischen Plattform nachvollzie-

³⁰ Präzision der Projektleiterin.

hen. Die türkische Plattform arbeitet momentan an der Erstellung einer Webseite zur Gesundheitspflege. Die italienische Plattform beabsichtigt als erstes die Erstellung eines Fragebogens zur Ermittlung der Bedürfnisse der Gemeinschaft. Die Mitglieder der Gemeinschaft sollen diesen Fragebogen dann anhand ihrer Erfahrungen ausfüllen. Die Mitglieder der Plattform werden durch MitarbeiterInnen des PMG ausgewählt. Die Anzahl der Mitglieder ist bei den beiden Plattformen momentan mehr oder weniger gleich (zehn Personen für die italienische Plattform und zwölf für die türkische). Vorgesehen ist, dass sich die türkischen Mitglieder drei- bis fünfmal, die italienischen Mitglieder zwei- bis dreimal jährlich treffen. Die Organisation und das Sekretariat der türkischen Plattform ist an die Organisation "Medico-Türk" delegiert, die aus Personen türkischer Herkunft mit medizinischem Hintergrund besteht. Die Organisation der italienischen Plattform wird durch einen Mitarbeiter des PMG verwaltet, der durch ein anderes Mitglied überwacht wird. Es ist aber noch zu früh, um den Nutzen dieser Plattformen einschätzen zu können. Allerdings haben uns die ExpertInnen gesagt, dass sie sich in der Entscheidungsfindung durch diese Gruppen unterstützt fühlen.

Die momentane Situation der Plattformen ist ein Beispiel für die negativen Auswirkungen, die sich ergeben, wenn klare und gemeinsame Richtlinien fehlen. Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung beruhen dabei sowohl auf einer ungenauen Beschreibung der Ziele als auch auf Unklarheiten bei der Umsetzung selbst (Rekrutierung, Wahl und Anzahl der Personen). Ein Experte fasst das so zusammen:

« Je dois avouer que les objectifs n'étaient pas clairs ni pour nous [les experts], ni pour le BAG. Ils ont changé : une fois, ils devaient permettre de représenter la communauté et de renforcer les contacts avec elle. Une autre fois, elles devaient d'abord servir comme point de contact entre la stratégie du BAG et la communauté. Face à cette obscurité, la solution a été de nous laisser libres ».

Die Verantwortlichen haben den Eindruck, dass die verzögerte Umsetzung auf eine zu starke Idealisierung zurückzuführen ist. Diese behindert ihres Erachtens die Implementierung des Konzepts in die Praxis aufgrund zu unrealistischer Erwartungen. Eine schriftliche Ausarbeitung der Aufgaben/Rolle der Plattformen könnte wieder aufgenommen und von den ExpertInnen für die Rekrutierung beigezogen werden.

Letztendlich werden anhand der Plattformen Vor- und Nachteile beim Versuch manifest, die Gemeinschaften auf allen Ebenen der Prävention miteinzubeziehen. Die zwei bestehenden Plattformen setzen sich gegenwärtig ausschliesslich aus Präventions-ExpertInnen zusammen. Die Teilnahme der Basis an den Plattformen ist also in diesem Sinn bisher nicht gesichert.

2.3.3.4 Zwischenbetrachtung

Auf dieser Stufe scheint es zunächst unumgänglich, sich auf präzise Ziele zu einigen. Dabei sollte natürlich die besondere Situation jeder Gemeinschaft miteinbezogen werden. Die Priorität, die der Einrichtung von Plattformen im Pflichtenheft der ExpertInnen eingeräumt wurde, stellt einen positiven Schritt in diese Richtung dar, es müssten jedoch noch klarere Zielsetzungen festgelegt werden. Folgende Fragen sind bisher noch offen: Sollen die Plattformen dazu dienen, die Bedürfnisse der Gemeinschaft ab-

zuklären? Sollen sie Aufschluss darüber geben, wie die Arbeit des PMG in der Gemeinschaft wahrgenommen wird? Oder sollen sie umgekehrt eine "Lobby-Funktion" der Gemeinschaft gegenüber dem BAG darstellen?

Als Voraussetzung für eine effiziente Arbeit im Bereich der Prävention ist die Erhebung verlässlicher Daten über die Bedürfnisse der Gemeinschaften unabdinglich. Solche Studien (psychosozialologisch und epidemiologisch), sollten jedoch nicht den ExpertInnen des PMG obliegen, sondern von ForscherInnen oder Institutionen, die auf die Bereiche Migration und Epidemiologie spezialisiert sind, durchgeführt werden. Die ExpertInnen des PMG und des Migrationsdienstes sollten in diesem Sinn eine Sensibilisierungsarbeit fördern, damit solche Studien durchgeführt werden können. Diese Studien könnten u.a. dazu dienen, vor der Schweizerischen Gesundheitskommission die Wichtigkeit der Variable „Herkunft“ stärker zu betonen, um diese zukünftig vermehrt in Projekte einfließen zu lassen. Die Plattformen könnten auch ein Hilfsmittel darstellen, um die Bedürfnisse der Gemeinschaft zu eruieren und sie in zukünftige Projekte miteinzubeziehen. In diesem Sinne sollten bestehende Plattformen unterstützt und neue Plattformen gebildet werden.

Die Wirkung der Präventionsaktivitäten ist im allgemeinen schwierig zu beurteilen. Es scheint uns daher von vorrangiger Bedeutung, eine Kontrolle der Struktur und des Inhalts der Interventionen einzuführen, um die Arbeit der MediatorInnen des PMG besser bewerten zu können. Dabei handelt es sich vor allem darum:

- Die Ergebnisse zu überprüfen und sich gemeinsam auf leicht handhabbare Indikatoren zu einigen, die es erlauben, ausgeführte Aktivitäten zu beurteilen.
- Die Durchführbarkeit dieser Indikatoren zu testen
- Die Anwendung dieser Indikatoren zu gewährleisten und die Daten regelmässig im Jahr zu sammeln und aufzuzeichnen.

Es geht vor allem darum, stärker über die Präventions - Aktivitäten der verfügbaren MediatorInnen nachzudenken und sie genauer zu definieren. Das Ziel des PMG muss auch die Vorgabe beinhalten, über welche Kompetenzen die benötigten MediatorInnen in Zukunft verfügen sollen. Das würde ermöglichen, eine angemessene und geregelte Ausbildung in diesem Bereich einzuführen, die den zukünftigen Erfordernissen und Ansprüchen gerecht werden kann.

2.3.3.5 Entlohnung der Mediatoren

Nach den Empfehlungen der 1996er Studie wurde eine Richtlinie bezüglich der Entlohnung festgelegt und angewandt. Im Dezember 1999 wurde diese Direktive neu begutachtet hinsichtlich den Begünstigten einer Entlohnung, den zu entlohnenden Tätigkeiten sowie den bestehenden Lohntarifen.³¹ Die Tarif-Richtlinien tragen allerdings

³¹ Die Tarife wurden wie folgt festgesetzt: Berichte: SFR 200,-; Tagessatz: SFR 350 (+ Spesen und Unterkunft bis zu SFR 100); Stände: SFR 32,-/die Stunde (nicht länger als 3 Stunden und 2 Per-

den verschiedenen Interventionstypen und Profilen von MediatorInnen kaum Rechnung, sondern betrachten sie als eine homogene Gruppe. (So wurden beispielsweise keine verbindlichen Entschädigungen für Personen festgelegt, die teilweise im Rahmen ihrer beruflichen Aktivität oder als freischaffende ExpertInnen für das PMG tätig sind.)

Wie den Gesprächen mit den MediatorInnen zu entnehmen ist, sind die Tarife längst nicht allen MediatorInnen bekannt und werden letztlich nicht auf alle MediatorInnen angewandt. In der Tat werden weiterhin zahlreiche ehrenamtlicher Tätigkeiten verrichtet und die Vergütungspraktiken unterscheiden sich zwischen den Gemeinschaften. Wir möchten festhalten, dass abweichende Entlohnungspraktiken an sich für kein Problem darstellen, solange sie nicht willkürlich sind. Die Entlohnung im Rahmen des PMG sollte den verschiedenen MediatorInnentypen gerecht werden. Auf Grund der Unterschiedlichkeit der Aufgaben und im Zusammenhang mit den Thematiken (Aids, Drogenprobleme und Gesundheitspromotion) halten wir es für notwendig, dass die MediatorInnen sich sowohl aus ehrenamtlichen als auch aus professionell arbeitenden Mitgliedern zusammensetzen. Für die professionellen MediatorInnen müsste das PMG eine einheitliche, innerhalb der Gemeinschaften geltende Regelung festsetzen, die bestimmt, welche Personen für welche Aufgaben je nach MediatorInnentypus entlohnt werden sollen. Sie müsste ebenfalls festlegen, wann bestimmte Tätigkeiten der MediatorInnen ins Pflichtenheft aufgenommen werden können/müssen. Das PMG könnte eine Tabelle aufstellen, die den Prozentsatz der Arbeit nennt, gemäss dessen eine Person als ehrenamtlich oder professionell tätig eingestuft wird; welche Leistungen diese ehrenamtlich tätige Person geniesst, und welche Ausbildung sie absolvieren muss.

2.3.3.6 Rekrutierung der MediatorInnen

Obwohl die Ausbildung und Übernahme der MediatorInnen zunehmend anderen Organisationen als dem PMG übertragen wird, so bleibt deren Rekrutierung Sache der ExpertInnen – selbst wenn ein/e MediatorIn schon Teil einer anderen Organisation Evaluation von 1996 hat gezeigt, dass enorme Veränderungen im Pool der MediatorInnen im Gange waren; Grund dafür war die hohe Anzahl an Personen, die in ihr Ursprungsland zurückkehrten. Somit müssten die Gruppen regelmässig neu formiert werden. Während der laufenden Studie ist die Rekrutierung noch problematischer geworden und lässt erhebliche Differenzen zwischen den Gemeinschaften entstehen.

Seit 1995 stellen wir eine gewisse Erschöpfung und einen Rückgang bei der Anwerbung von MediatorInnen in den ersten PMG-Gemeinschaften fest, z. B. bei der spanischen und in einer geringeren Masse auch bei der türkischen Gemeinschaften. In der portugiesischen Gemeinschaft dagegen wurden grosse Anstrengungen unternommen, Freiwillige bzw. professionelle MediatorInnen zu rekrutieren, da es dort angeblich besonders schwierig ist, im sozio-medizinischen und Erziehungswesen ausgebil-

sonen pro Stand) oder Pauschale, wenn Stand länger gebraucht wird (aber Maximum SFR 200,- pro Person und SFR 400 pro Stand) Plus Spesen und Unterkunft bis SFR 100,- Telefondienst: SFR 35,-/Stunde

dete Personen zu finden. Die Liste der italienischen und jugoslawischen MediatorInnen scheint sich jedoch stabil zu halten. Tatsache ist auch, dass diese beiden Gemeinschaften eine kleinere Anzahl von MediatorInnen zu betreuen haben, was mit Sicherheit neue regelmässige Überprüfungen und Erneuerungen ermöglicht. Interessant ist die Tatsache, dass das ehemalige Jugoslawien häufig bei anderen Organisationen eingetragen war, bevor es sich im PMG engagierte (am meisten zitiert wurde die Caritas). In diesen Organisationen arbeiten die Personen auf Abruf als kulturelle Dolmetscher, werden nach Stunden oder pauschal bezahlt und erhalten im Gegenzug eine Gratisausbildung.

Auch zwischen den Gemeinschaften gibt es unterschiedliche Arten der Rekrutierung. Die Mehrzahl der italienischen MediatorInnen kannte die ExpertInnen persönlich – auch in den spanischen und türkischen Gemeinschaften ist dies der Fall, nur seltener. Die Portugiesen und Jugoslawen hingegen werden auf eine viel unpersönlichere Art rekrutiert (z.B. im Laufe einer Informationsveranstaltung oder durch andere Organisationen).

In diesem Zusammenhang sind wir der Auffassung, dass Rekrutierungskriterien festgelegt werden müssten, welche für die Gesamtheit der ExpertInnen Gültigkeit hätten und auf die verschiedenen MediatorInnentypen wie auch auf ihre Tätigkeitsfelder abgestimmt werden müssten. Weiter wäre es nützlich, die in der Gemeinschaftsbasis tätigen MediatorInnen von denen zu unterscheiden, die in Schweizer Institutionen aktiv sind. Ein in diese Richtung gehender Vorstoss wurde inzwischen gemacht.³²

2.3.3.7 Ausbildung der MediatorInnen

Unter den von der Evaluation aus dem Jahre 1996 aufgeführten Ausbildungsarten (Teilnahme an Kursen des PMG oder anderer Organisationen, Ausbildung an Ort und Stelle, „Learning by Doing“, Präventionsarbeit oder autodidaktische Ausbildung durch Lektüre) scheinen die *von den NGO angebotenen Kurse* den überwiegenden Anteil der Ausbildung zur Präventionsarbeit auszumachen. Andererseits wurde von keinem der MediatorInnen die direkte Arbeit mit einem Experten als Ausbildungsmodus aufgeführt. Dieses Ergebnis wurde von den ExpertInnen bestätigt, die angaben, zur Zeit keine MediatorInnen mehr selbst auszubilden.

Über die Hälfte der befragten MediatorInnen haben Kurse besucht. Dreizehn von 40 Personen haben keine Kurse besucht und zwar aus unterschiedlichen Gründen: Von diesen dreizehn Personen fanden sieben ihr persönliches Wissen ausreichend und eine Ausbildung überflüssig – z. B. Krankenschwestern, -pfleger, Psychologen, soziokulturelle Animateure. Drei Personen haben keine Ausbildung in Betracht gezogen, wären jedoch an einer interessiert (Lehrpersonal in heimat Sprachlicher Sprache und Kultur, ein Psychologe); fünf Personen gaben Zeitmangel als Beweggrund an – wobei drei von ihnen ebenfalls auf den Mangel an Anerkennung und die fehlende Vergütung, die die Ausbildung mit sich brächte, verwiesen. Eine Befragte hat als Lehrkraft präzi-

³² Vgl. auch den Vorschlag der früheren Projektkoordinatorin in ihrem Dienstbericht von 1999.

siert, dass das portugiesische Erziehungsministerium eine solche Ausbildung sowie Präventionskenntnisse nicht nur *nicht* anerkenne, sondern sie sogar missbillige. Das Ministerium lehne es ab, den Lehrkräften Zeit für Prävention zu Lasten des Programms „Kurse in heimatssprachlicher Sprache und Kultur“ einzuräumen.

Zu Beginn des PMG wurde zwischen Profamilia und dem PMG eine gegenseitige Vereinbarung betreffend Ausbildung der MediatorInnen getroffen. Seit kurzem werden nicht mehr die Ausbildungen von Profamilia besucht, sondern auf unverbindlicher Basis (ohne Vertrag) jene von „Appartenances“. Die folgenden Organisationen sind die für die Ausbildung der MediatorInnen am häufigsten zitierten:

- Regionale Antennen der Aids-Hilfe Schweiz: es ist interessant festzustellen, dass die MediatorInnen, die in Aids-Gruppen arbeiten, oft eine kontinuierliche Ausbildung verfolgen und sehr gut informiert zu sein scheinen. Zudem werden sie systematisch und regelmässig in ihren Aktivitäten betreut.
- Centro Scuola e famiglia, das sich neben der italienischen zeitweilig auch anderen Gemeinschaften geöffnet hat.
- Appartenances

Die ExpertInnen erwähnten auch andere Organisationen, deren Angebot genutzt wurde.

- Profamilia: besonders am Anfang des Projekts
- ISPA für die Ausbildung von Lehrkräften betreffend Suchtverhalten.

Es waren noch weitere Organisationen hinzugezogen worden: für die türkische Gemeinschaft: Medio-turc (Ärzte + Pharmazeutenvereinigung türkischen Ursprungs) und die eidgenössische Sportschule in Magglingen; für die spanische Gemeinschaft: die Pestalozzizentren; für die italienische Gemeinschaft hat der Experte sich auf A. Merlo, F. Fleury (Appartenances) und auf A. Lanfranchi (Lehrerausbildung) berufen.

Einschätzung der Ausbildung im Rahmen des PMG von Seiten der MediatorInnen:
Im allgemeinen wurde die Ausbildung als qualitativ gut und der Realität am Einsatzort angemessen beurteilt. Die Mehrheit der MediatorInnen beklagt jedoch eine mangelhafte und zu kurze Ausbildung, deren Kontinuität befürwortet würde. Diese Bitte wird seit 1994-95 vorgebracht und scheint sowohl von Seiten der aktiven wie auch der weniger aktiven MediatorInnen zu kommen. Anders sieht es bei den Professionellen in den sozio-medizinischen und/oder Erziehungsbereichen aus, die eine Ausbildung nicht für nötig befinden. Noch wurde keine kontinuierliche Ausbildung seitens des PMG avisiert, trotz der Empfehlung der früher vorgenommenen Evaluation.

Einige der befragten Personen wünschten sich eine praxisorientiertere und für Anfänger verständlichere Ausbildung. Trotz der am Schluss des Kurses ausgehändigten Bescheinigung wird die Ausbildung in professionellen Kreisen kaum oder nur marginal anerkannt.

Wir können zusammenfassen, dass sich der *Ausbildungssektor seit der Evaluation 94-95 relativ positiv entwickelt hat:*

- Eine grössere Anzahl von MediatorInnen hat eine Ausbildung absolviert.
- In der Mehrzahl der Fälle bekommen die TeilnehmerInnen eine Bescheinigung.
- Seit 1996 hat das PMG vor, eine nationale Ausbildung anzubieten (siehe interne Dokumente 1996-1998)
- Diese Absicht ist immer noch aktuell, und es wird überlegt, ein Ausbildungsmodell zu schaffen. Diese standardisierte Ausbildung kam aus Zeitgründen jedoch noch nicht zustande.
- Trotz einiger Einwände wird die Ausbildung im Grossen und Ganzen von allen MediatorInnen und ExpertInnen geschätzt.

In Bezug auf die Ausbildung können verschiedene Elemente zusammenfassend unterstrichen werden:

- Jeder Experte wählt die Organisation für die Ausbildung seiner MediatorInnen selbst. Daraus ergibt sich ein Mangel an Systematik und an Austausch zwischen den Gemeinschaften bezüglich der erlangten Praktiken – dies stellt einen Verlust an Zeit und Geld dar.
- Eine kontinuierliche, standardisierte Ausbildung mit strukturierten Modulen würde eine flexiblere Handhabung ermöglichen, könnte sich den Bedürfnissen anpassen und so die MediatorInnen auf den neusten Wissensstand bringen. Dies würde zudem eine gewisse Betreuung der MediatorInnen gewährleisten und ihnen ermöglichen, untereinander in Kontakt zu bleiben und sich über die Praxis auszutauschen.
- Ein flexibles Ausbildungsmodell müsste der Vielschichtigkeit der MediatorInnen und deren spezifischen Bedürfnissen entsprechen. Ebenso müsste sie der Vielfalt der Zielgruppen und den unterschiedlichen Bereichen gerecht werden. Sie würde sich entsprechend der vorrangigen Themen entwickeln.
- Abgesehen von der Notwendigkeit einer flexiblen Ausbildungspraxis aus den obengenannten Gründen, würde die Begrenzung auf einige wenige, mit der Ausbildung für alle Gemeinschaften beauftragte Organisationen einen Zeitgewinn mit sich bringen. Ebenso wäre ein Austausch der erlangten Praktiken sichergestellt.
- Eine Anerkennung der Ausbildung auf professioneller Ebene durch die Bildungsministerien im Ausland sollte gewährleistet werden (insbesondere für die Lehrkräfte in heimat-sprachlicher Sprache und Kultur).
- Um das Thema Ausbildung für „Personen im Bereich der Gesundheitsprävention und -promotion für MigrantInnen“ abzuschliessen, führen uns die genannten Schwächen zu der Überlegung, eine einheitliche Ausbildung auf gesamtschweizerischer Ebene zu verlangen, wie sie Weiss & Stuker (1998) bezüglich der interkulturellen Dolmetschens fordern. Hervorzuheben gilt, dass die Wichtigkeit einer Ausbildung im Bereich von Migration und Ge-

sundheit das Hauptanliegen der jüngsten Gesamtstrategie des BAG ist (BAG 2001).

- Eine Vereinheitlichung hätte des weiteren eine bessere Sichtbarkeit und Anerkennung der Ausbildung und ihrer Funktion zurfolge.

2.3.3.8 Begleitung der MediatorInnen

Die Frage der Begleitung ist zweifelsohne das schwierigste Problem – nicht nur wegen der Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse der verschiedenen Personentypen, die in der Prävention tätig sind, und deren geographischer Verteilung - wie von Haour Knipe und Fleury (1996) hervorgehoben -, sondern hauptsächlich wegen der Vielfalt an Aufgaben, die sich den ExpertInnen aufdrängen. In diesem Zusammenhang hatten einige MediatorInnen Verständnis für den Mangel an Begleitung, da ihnen bewusst war, dass ihr Experte allein für sämtliche MediatorInnen seiner Gemeinschaft zuständig ist. Sind die MediatorInnen Teil einer Organisation, können die ExpertInnen die Begleitung, wie im Falle der Ausbildung, an die Organisation delegieren. In diesem Fall beklagen sich die MediatorInnen über einen Mangel an Klarheit in Bezug auf die Erfüllung der Erwartungen, die die ExpertInnen des PMG an sie stellen.

Da die MediatorInnen ja bereits einer Organisation angehören, bevor sie zum PMG stossen, ist schwer feststellbar, welchen Gewinn diese Personen aus dem PMG ziehen können. Die MediatorInnen scheinen lediglich von einer Ausbildung profitiert zu haben, die vom PMG organisiert worden war.

Letztlich muss gesagt werden, dass jeder Experte seine eigene Art hat, MediatorInnen zu betreuen, und dass auch hier das PMG keine genaue Direktive festlegt. Nach Direktionswechseln schätzen die ExpertInnen die Tatsache, dass sich die Projektleiterin des PMG seit 1999 bei bestimmten Anlässen mit ExpertInnen trifft. So auf Informationstreffen (z. B. Gesundheitstag der Frau) und bei Projekten, deren Kosten SF 5000,- übersteigen.

Die Bedürfnisse, die die MediatorInnen äussern, beziehen sich überwiegend auf Anerkennung der ausgeführten Aktivitäten und die Funktion des Mediators. Ebenfalls gewünscht werden vermehrt Informationen über Aktivitäten des PMG, über Bedürfnisse in den Gemeinschaften, über das Ausbildungsangebot sowie über mögliche Kontakte mit anderen MediatorInnen. Anzumerken bleibt, dass die Gesamtheit der MediatorInnen zwar mehr Betreuung fordert, die Vorstellung von der Betreuungsart jedoch je nach MediatorInnentypus stark divergiert (vom einfachen Feedback über ein Projekt, allgemeine Informationen, periodische Information bis hin zur regelmässigen Betreuung).

Kurz gesagt, die Betreuung stellt eine der grössten Schwächen der MediatorInnen-Tätigkeit dar. Bislang zeichnet sich keine Verbesserung ab, und die Forderungen sind seit 1994-95 unverändert geblieben. Die Empfehlungen aus der letzten Evaluation wurden nicht befolgt, und das PMG ist den vielfältigen Nachfragen bezüglich einer Betreuung seit 1995 nicht nachgekommen.

Uns scheint in Anbetracht der aus der Evaluation 1994-95 gewonnenen Erkenntnisse, dass die damaligen Empfehlungen zur Beseitigung der Betreuungsschwächen zwar sinnvoll, aber ungenügend wären, um die weiterhin bestehenden Schwächen zu beheben. Die Tatsache, dass die Empfehlungen eben nicht implementiert wurden, zeugt von einer Überforderung der ExpertInnen bezüglich der Begleitung der MediatorInnen. Es scheint klar, dass die aktuelle Struktur des PMG – bestehend aus einem Experten bzw. einer Expertin pro Gemeinschaft für die Gesamtheit der Aufgaben - nicht ausreicht, um die mangelhafte Betreuung zu überwinden (siehe Beschreibung des Pflichtenhefts der ExpertInnen Kap. 1.2.2. Andere Aktivitäten und Vorgehensweisen des PMG).

Mehrere Strukturen kommen in Betracht, um dem Status Quo abzuweichen. Diese Lösungen kreisen um zwei Pole: Entweder kümmert sich das PMG weiterhin um die Arbeit mit den MediatorInnen oder das PMG wird ausschliesslich mit der Supervision der Aufgaben und der Kollaboration zwischen den Institutionen betraut. Es kümmert sich in diesem Falle nicht mehr um die Arbeit der MediatorInnen (siehe Empfehlungen). In beiden Fällen wäre weiterhin die Einbindung aller oder der Mehrzahl der MediatorInnen in regionale Institutionen wünschenswert. Ebenfalls von Nöten wäre eine Anpassung der Betreuung an die Art des MediatorInnentypus.

2.3.4 Zwischenbetrachtung zur Arbeit der MediatorInnen

2.3.4.1 Stärken und Erfolge des MediatorInnenansatzes (seit 1995)

Seit den Anfängen: Die Prävention mittels kultureller MediatorInnen entspricht nach wie vor einer Nachfrage und einem Bedürfnis von Seiten der Gemeinschaften (diese Meinung vertreten die MediatorInnen und eine Mehrheit der externen und internen Fachpersonen). Diese Art der Prävention erlaubt es auch, die Fehler des institutionellen Systems abzufedern, indem sie die Personen erreicht, die nur schwer Zugang zu den staatlichen Institutionen haben. Es erscheint also notwendig, den Mediatorenansatz in einer neu "überarbeiteten" Form weiterzuerfolgen (siehe Empfehlungsteil).

Die Prävention durch MediatorInnen ist ein Hauptanliegen des PMG und gehört zu dessen vorrangigen Zielen. (Gemäss der Mehrheit der externen ExpertInnen und der MediatorInnen).

Bezüglich der Leitlinien heisst das:

- Mehr Anerkennung der Arbeit der MediatorInnen (Regelung über die Bezahlung, Zertifikat am Ende der Ausbildung)
- Die Einrichtung von Plattformen als Priorität im Pflichtenheft
- Versuch, ein Bildungsmodul zu schaffen

Bezüglich der konkreten Umsetzung in der Arbeit heisst das: Die Aktivitäten der MediatorInnen sind umfassender geworden und die Aktionen, die für die spezifischen Bevölkerungsgruppen unternommen wurden, haben im Vergleich zur Periode der vorhergehenden Bewertung zugenommen (die Auswertung basiert auf Aktivitätsberichten

und Unterredungen mit den MediatorInnen sowie ExpertInnen des PMG). Dies, weil das PMG eine bedeutende thematische Erweiterung erfahren hat. Die Erweiterung der Tätigkeiten war allerdings nur im Rahmen der vorhandenen personellen Ressourcen (Kompetenzen, Engagement) in den Gemeinschaften möglich.

Das PMG unterstützte die MediatorInnen bei entsprechenden Qualifikations- und Professionalisierungsbemühungen. In der Tat profitierte die Mehrheit der MediatorInnen von der Weiterbildung, die sich eng an ihr Profil anlehnte. Zudem wurde eine Regelung für ihre Bezahlung gefunden.

2.3.4.2 Hauptschwierigkeiten des MediatorInnenansatzes (seit ca. 1995)

Grundsätzliches: Alle Antwortenden bewerten die Nähe des PMG zu den Gemeinschaften positiv. Was allerdings die Partizipation angeht, werden gewisse Vorbehalte geäußert: Dem Anspruch, eine Beteiligung der MigrantInnen in allen Phasen der Projektarbeit (Konzeption, Planung und Umsetzung) zu garantieren, kann das PMG offenbar nicht gerecht werden. Jedenfalls beklagen einige MediatorInnen einen ungenügenden Informationsfluss von Seiten der ExpertInnen. Diese fordern ihrerseits mehr Mitspracherechte bei grundsätzlichen Entscheidungen des Dienstes Migration.

Eine Minderheit der MediatorInnen bedauert die kultur- bzw. ethniespezifische Ausrichtung des PMG und erklärt sich bereit, in mehreren Migrantengemeinschaften tätig zu werden. Mehrere MediatorInnen sind ferner der Ansicht, dass die Abstützung auf persönliches Engagement über längere Zeit hinweg Probleme in Zusammenhang mit der Anerkennung und Entlohnung der geleisteten Arbeit schafft.

Leitlinien: Nach Ansicht einer Mehrheit der befragten MediatorInnen zählen die fehlenden epidemiologischen Grundlagen betreffend die Situation in den Gemeinschaften zu den grössten Schwierigkeiten des PMG. Die ExpertInnen beklagen ferner einen Mangel an gemeinschaftsübergreifenden konzeptionellen Grundlagen und Vorgaben zum konkreten Vorgehen (vgl. Probleme beim Aufbau der Plattformen). Wir sind der Meinung, dass die beiden genannten Mängeln nachfolgende Schwierigkeiten nach sich ziehen, auf die alle ExpertInnen hinweisen: fehlende Prioritäten bezüglich der Zielsetzungen, der behandelten Themen und Tätigkeiten der MediatorInnen, die eine längerfristige Planung und grössere Effizienz der Arbeit erlauben würden.

Es gilt zu betonen, dass der Stellenwert, den die MediatorInnenarbeit im gesamten Tätigkeitsfeld der ExpertInnen einnehmen sollte, weder im Pflichtenheft noch in einem anderen Dokument umschrieben ist. Von mehreren externen und internen Fachpersonen wird ausserdem die Tatsache als problematisch bezeichnet, dass keine einheitliche Erhebung und Beurteilung der Aktivitäten stattfindet, was eine realistische Bewertung der Arbeit wesentlich erschwert.

Konkrete MediatorInnenarbeit: Generell wird den ExpertInnen von der Dienst- und Projektleitung eine etwas schleppende Umsetzung der Arbeit (beispielsweise beim Aufbau der Plattformen) und mangelnde Beachtung allgemeiner Regeln (beispielsweise zur Erhebung von Wirkungsindikatoren) vorgeworfen.

Von einer Mehrheit der externen Fachpersonen und der MediatorInnen werden die ungenügende Anerkennung der MediatorInnenarbeit und eine unklare Aufgabenteilung zwischen verschiedenen Funktionen (MultiplikatorInnen, GesundheitspromotorInnen, Erleichterer, DolmetscherInnen usw.) als problematisch wahrgenommen. Weitgehend einig ist man sich ferner, dass die Bemühungen zur Rekrutierung und Begleitung der MediatorInnen ungenügend sind. Die ExpertInnen sind sich dieses Problems zwar bewusst, aber paradoxerweise widmen sie nach eigenen Aussagen der MediatorInnenarbeit immer weniger Zeit. Sie haben vielmehr die Absicht, die Ausbildung und Begleitung der MediatorInnen zunehmend an nicht-staatliche Organisationen zu delegieren.

2.3.4.3 Bilanz in bezug auf den MediatorInnenansatz

Diese scheinbar widersprüchliche Situation und die festgestellten Mängel werfen die Frage auf, welchen Stellenwert das PMG in Zukunft der Arbeit an der Basis, die von der Rekrutierung über die Ausbildung bis zur Begleitung und Weiterbildung der MediatorInnen reicht, beimessen soll.

Die vermehrte *Zusammenarbeit mit einheimischen Behörden und Organisationen sowie die Betreuung grösserer Projekte* stellt neue Anforderungen und lässt die Einbeziehung der Herkunftsgemeinschaften (partizipativer Ansatz) zunehmend in den Hintergrund treten. Nach Ansicht mehrerer Befragter geht die zunehmende Abstützung auf Expertenkomitees auf Kosten eines ressourcenorientierten Vorgehens, das die Migrantengemeinschaften aktiv einbezieht (die schriftliche Delphibefragung zur Erarbeitung einer Strategie im Bereich „Migration und Gesundheit“ wird diesbezüglich als typisch bezeichnet).

In den Aussagen der externen Fachpersonen spiegelt sich diese Entwicklung insofern, als sie oftmals Mühe haben, das PMG zu verorten und darauf verweisen, dass es an Profil verloren hat. Damit wird die Frage aufgeworfen, inwiefern der partizipative Ansatz als ein Kerngedanke des PMG weiterbestehen kann. Die Notwendigkeit eines zielgruppenspezifischen und partizipativen Vorgehens wird übrigens von allen Verantwortlichen klar befürwortet, wobei sich allerdings die Frage stellt, ob der gegenwärtige Rahmen des PMG für diesen Ansatz weiterhin geeignet ist.

2.4 Organisation des PMG

Seit der Gründung des Dienstes Migration musste der Leiter, der weiterhin Projektleiter des PMG blieb (bis 1.1.2000), eine Kooperation des neuen Dienstes mit den übrigen Sektionen (Aids, Drogenprävention, Alkohol und Tabak usw.) in der Facheinheit Sucht und Aids aufbauen. Die *Ausweitung des Aktionsradius* (seit 1995) von der Aids- auf die Abhängigkeitsprävention beziehungsweise -intervention und andere Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung wurde nur selten als problematisch erlebt, obwohl diese Orientierung neben allen Vorteilen wesentliche Herausforderungen in sich barg (breitere Kompetenzen, neue Vorgehensweisen, Strategien und Zusammenarbeit, interne Differenzierung des Projekts usw.). Als umso problematischer erschien die Tatsache, dass gerade auch die partizipative und basisdemokratische

„Grundphilosophie“ als Kerngedanke des Projektes durch die Erweiterung der Tätigkeiten immer mehr in Frage gestellt wurde.

Die fortschreitende *Quasi-Institutionalisierung* des PMG beziehungsweise die Formalisierung seiner Aktivitäten wird von Seiten der Präventionsbeauftragten insofern als negativ erlebt, als sie mit einer Reihe nachteiliger Erscheinungen verbunden ist: vermehrter administrativer Aufwand ohne entsprechende Unterstützung (Sekretariatsressourcen, Übersetzungshilfen), verstärkte Kontrolle von Seiten des Auftraggebers, während – jedenfalls aus der Sicht der externen ExpertInnen – grosses persönliches Engagement bei der Arbeit auf dem Terrain erwartet wird. Allerdings wird die bessere Strukturierung der Zusammenarbeit (neue Sitzungskultur, Arbeitszeitberechnung usw.) in mehreren Punkten auch befürwortet.

Gleichzeitig wird auf institutioneller Seite (BAG) mehr Überblick und Kontrolle über die Aktivitäten des PMG gewünscht, während die MitarbeiterInnen ihrerseits einen Verlust an Transparenz, direkten Kontakten und Mitbestimmungsrechten beklagen. Offensichtlich haben sich auf beiden Seiten berechtigte, aber unterschiedliche Erwartungen und Anforderungen entwickelt, deren Gegensätze immer schwieriger zu vereinen sein werden. Dies hängt mit der Entwicklungsgeschichte des Gesamtprogramms zusammen, aber auch mit der Tatsache, dass unterschiedliche Arbeitsweisen und Rahmenbedingungen der Tätigkeit aufeinander prallen.

Wie der Kurzausschnitt über die Entstehungsgeschichte zeigt, ist der Dienst Migration durch die strukturelle Verankerung des Themenbereichs aus dem Migrantenprojekt entstanden, das bereits ab 1995 alle gegenwärtig tätigen Präventionsbeauftragten beschäftigte. Es ist immerhin bemerkenswert, dass praktisch alle Präventionsbeauftragten die *progressive Ablösung des PMG vom Dienst Migration*, welche mit der Gründung des Dienstes Migration Anfang 1996 eingeleitet wurde, als problematisch empfinden. In diesem Zusammenhang wird unter anderem auf die mangelnde Rückkopplung zum BAG (Wissenstransfer), die Vereinzelung des PMG, die Ressourcenbeschränkung und die sich verringernden Einflussmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik verwiesen. Entsprechende Befürchtungen sind bei der Initialtagung zur neuen Führungsstruktur am 18. Januar 2000 klar zum Ausdruck gekommen.³³ Um es überspitzt auszudrücken, wird diese Ablösung auf Seiten der externen ExpertInnen sozusagen als ein Beginn der Auflösung des PMG erlebt. Ob entsprechende Befürchtungen begründet sind, bleibe dahingestellt. Sicher ist, dass aus dieser Perspektive nicht nur die zukünftige, sondern auch die bisherige Arbeit des Programms in Frage gestellt scheint und daher als problematisch erlebt wird.³⁴

³³ „(...) Befürchtet wird ausserdem eine noch stärkere Abkoppelung des PMG vom Dienst Migration und damit auch von den Wissens- und materiellen Ressourcen. Befürchtet werden auch eine noch grössere Machtlosigkeit des PMG und die Verringerung der Unterstützung und somit auch eine grössere Vereinsamung der Präventionsbeauftragten, die in ihren eigenen Bevölkerungsgruppen arbeiten und institutionell wenig angedockt sind“ (Zitat aus dem Sitzungsprotokoll).

³⁴ Selbstverständlich können in diesem Zusammenhang auch persönliche Überlegungen und emotionale Faktoren nicht ausgeblendet werden. Dies gilt umso mehr, als die Arbeit im PMG zumin-

Gleichzeitig wird die organisatorische Trennung aus der Perspektive der BAG-Verantwortlichen verständlicherweise als eine geradezu natürliche Entwicklung betrachtet. Sie ist insofern naheliegend, als das Bundesamt basisorientierte Projektumsetzungen prinzipiell nicht (mehr) in eigener Regie durchführt, sondern an feld- oder problemnahe Organisationen delegiert. Die Einwände der Präventionsbeauftragten gegen eine wachsende Abkoppelung und eine allfällige Auslagerung werden zwar nicht gänzlich zurückgewiesen, aber relativiert und persönlichen Motivationen der Beteiligten zugeschrieben (Angst vor Veränderung und Statusverlust).

Im Hinblick auf die Möglichkeit einer Neuorganisation wird es daher wichtig sein, unter anderem abzuklären, inwiefern die von Seiten der Präventionsbeauftragten antizipierten Schwierigkeiten tatsächlich unvermeidlich sind oder dem vermuteten – aber keinesfalls zwingenden – Zusammenwirken unabhängiger Faktoren entspringen. Konkret gilt es zu prüfen, ob eine Auslagerung notwendigerweise mit einer Ressourcenbeschränkung einhergehen und die Kommunikation mit dem BAG massgeblich erschweren müsste. Selbstverständlich können auch Personalfragen nicht ignoriert werden, obwohl die Evaluation diesen Aspekt nur am Rand berührt.³⁵

Sowohl die Dienstleitung als auch die Präventionsbeauftragten wünschen mehr Führung, wobei mit dem Begriff nicht immer dieselben Erwartungen verknüpft werden. Von Seiten der Präventionsbeauftragten werden strategische Impulse, Prioritäten- und Perspektivenklärungen erhofft, während der Dienstleiter den Eindruck hat, seine Führungsbemühungen stiessen auf taube Ohren und lösten oftmals Widerstand aus, da das PMG eine Eigendynamik entwickelt habe, die kaum zu beeinflussen sei.

Die Tatsache, dass das Team infolge einer langen Leitungsvakanz (Abwesenheit und Abgang des ehemaligen Leiters³⁶) weitgehend auf sich selbst angewiesen blieb, hat offensichtlich den anschliessenden Wechsel nicht erleichtert. Dies ist kaum erstaunlich angesichts der ungünstigen Begleitumstände der Übergangsphase: ungenügende personelle Ressourcen, komplett neues Führungsteam (Leiter, Stellvertreterin und Sekretärin³⁷), grundsätzliche Umstrukturierung des Dienstes und der Führungskultur - und dies alles vor dem Hintergrund einer sprachlichen Neuorientierung: während die französische Sprache vorherrschend war, steht die deutsche Sprache (ab 1998) im Vordergrund. Die Tatsache, dass die ehemalige Stellvertreterin des Dienstleiters ihre Stelle in einem konfliktgeladenen Klima mit einem burn-out verliess, und dass ihre Nachfolgerin nur dank eines Coachings und einer Änderung der Führungsstruktur

dest zu Beginn sehr viel persönliches Engagement erforderte, dessen Anerkennung gewissermassen auf dem Spiel steht.

³⁵ Der Anstellungsvertrag der ExpertInnen läuft zwar 2002 aus, aber es wäre sicher angebracht, die Perspektiven einer weiteren Beschäftigung in modifiziertem Rahmen mit den Beteiligten zu diskutieren.

³⁶ Austritt von Didier Bürgi am 2.1998, aber häufige Absenzen während dem Jahr 1997, Eintritt von Thomas Spang am 8.1998.

³⁷ Die gegenwärtige Sekretärin trat ihr Amt im Mai 2000 an. Die Besetzung dieser Teilzeit-Stelle, die für zwei Dienste zuständig zeichnete, hatte vorher einige Probleme verursacht.

„weitermachte“, war kennzeichnend für das schwierige Umfeld des Dienstes Migration und des PMG. Hinzu kam, dass die administrative Einbettung des PMG über das STI für zusätzliche Unklarheiten bezüglich der Verortung der einzelnen MitarbeiterInnen sorgte.

Es ist leicht einzusehen, dass diese Ausgangssituation für eine grundsätzliche Strategiereform und Neuausrichtung des Programms, die sich angesichts des neuen Kontexts seit der Gründung des Dienstes aufdrängten, nicht gerade vorteilhaft war. Die bestehenden Schwierigkeiten wurden teilweise den Präventionsbeauftragten zu Lasten gelegt, was diese in eine defensive Haltung trieb und eine Anpassung der Konzepte und Vorgehensweisen in Absprache mit der strategischen Leitung, die letztlich beim BAG lag, erschwerte.

Was die Einstellung der PMG-MitarbeiterInnen über das STI angeht, so bleibt festzuhalten, dass sie zwar mit mehreren Nachteilen verbunden ist, diese aber zumindest von den ExpertInnen der ausländischen Gemeinschaften als wenig problematisch beurteilt werden. Trotzdem wird die Verortung des PMG in der Öffentlichkeit und die Schaffung einer Corporate Identity durch diese doppelte Zugehörigkeit nicht eben erleichtert. Man mag sich zumindest fragen, inwiefern diese Lösung zusätzliche Arbeit und „Transaktionskosten“ verursacht, da immerhin eine 60% Stelle allein für den administrativen Aufwand im STI geschaffen werden musste. Nicht plausibel scheint ferner die Tatsache, dass auch die Stellvertretung des Dienstes und das Sekretariat (wenn auch aufgrund eigener Verträge) extern eingekauft werden.

2.4.1 Strategische Anpassungen und Legitimationsnotstand

Die interne *Ausdifferenzierung des PMG* infolge der Ausweitung des Aktionsradius und der Veränderung der Zielgruppen wird zu einem Grundproblem für die Kohärenz der Strategien des PMG und für den Zusammenhalt des Projektes. Aufgrund mangelnder Ressourcen wurde die *Neuformulierung oder Anpassung der PMG-Strategie* in den vergangenen Jahren von der Leitung des Dienstes Migration kaum in Angriff genommen, da die Priorität auf die Abstützung und Einbettung des Dienstes Migration ins Bundesamt gelegt wurde. (In diesem Sinn kann die Ablösung des Dienstes vom PMG tatsächlich als problematisch erachtet werden, zumal die Präventionsbeauftragten und die Koordinatorin mit der Ausarbeitung einer Strategie für ihr Programm unter den gegebenen Umständen eindeutig überfordert waren und eine klarere Leitung/Orientierung erwarteten. Die Formulierung der Strategie des PMG liegt übrigens nicht in der Entscheidungskompetenz der Präventionsbeauftragten, die auch formell eher als ausführende ExpertInnen betrachtet werden).

In den letzten Jahren wurden immerhin zahlreiche administrative Fragen (Zeitabrechnung, Ferienguthaben, Vergütung der Infrastruktur usw.) geklärt, die offenbar vernachlässigt worden waren. Erste Ansätze belegen ferner die Bemühung, Indikatoren zu entwickeln, um die Arbeit des PMG besser zu dokumentieren. Wie wichtig solche Initiativen sind, wurde bezüglich der MediatorInnen-Arbeit unterstrichen. Es gilt nun, die neuen Instrumente auszuwerten, allenfalls anzupassen und systematisch einzusetzen.

Was insbesondere unterstützende Massnahmen (Sensibilisierung der Institutionen, integrative Ansätze) und Vernetzungsbemühungen angeht, erweist sich die Tatsache als problematisch, dass die Leistungen und Verdienste des PMG wenig „augenfällig“ sind, da es sich vielfach um unspektakuläre Anstrengungen handelt, deren Eigenwirkung schwer nachzuweisen ist. Wie bereits angedeutet wurde, ist das aufwendige Engagement an der Basis gerade bei gelungener Verankerung in lokalen oder kantonalen Institutionen wenig sichtbar. Ein allfälliger Erfolg der Bemühungen des PMG kann daher vielfach nicht nachgewiesen werden, was zu einem gewissen *Legitimationsnotstand* (und einer gewissen Frustration der beteiligten Personen angesichts der mangelnden Anerkennung³⁸) führt. Auch kann kaum auf die *Nachhaltigkeit der Initiativen und neuen Projekte* verwiesen werden, da unter den gegenwärtigen Umständen eher Schwierigkeiten in der Verankerung im Gesundheitssystem der Kantone zu verzeichnen sind. Je nach Umfeld ist dabei auch ein Widerstand auf der politischen Ebene deutlich spürbar, was dazu führt, dass Aktivitäten, die die Akzeptanz erhöhen, unbedingt gefördert werden müssen.

2.5 Dienst Migration

Die Akzentverschiebung auf eine *integrative Ausrichtung* der Aktivitäten und Aufträge, die sich seit der Gründung des Dienstes Migration immer klarer abzeichnet, ist als längerfristige Strategie durchaus zu vereinbaren mit den übergeordneten Zielsetzungen des BAG im Sinn einer „Gesundheit für alle“. Gefördert werden Bedürfnisabklärungen (Epidemiologie und Versorgungsangebot), die Sensibilisierung der bestehenden Institutionen und die Professionalisierung von Fachpersonen. Ein interessantes Beispiel liefert das kürzlich erteilte Mandat zur Erarbeitung von Qualitätsstandards und Ausbildungsstrukturen für interkulturelle DolmetscherInnen (siehe erster Teil). Diese Initiative entspricht einem Bestreben, das auch die ExpertInnen-Befragung im Rahmen der Strategieentwicklung für den Bereich Migration und Gesundheit klar bestätigt.

Angesichts der Tatsache, dass sich somit die Tätigkeitsschwerpunkte des Gesamtprogramms zunehmend vom Primat der Aids- und Suchtprävention auf die Problematik des Zugangs zum Gesundheitssystem verlagert haben, wurde die Entwicklung einer breit abgestützten Bereichsstrategie beinahe unumgänglich. Die Konsultation der Bundesämter (BFA, BFF und EKA) in Richtung einer konzertierten Gesamtstrategie liefert eine gute Grundlage für ein explizites Bekenntnis zum Engagement in diesem Bereich (bisher war dieses etwas zwiespältig). Spezifische Stossrichtungen im Migrationsbereich sollten aber wenn immer möglich in eine Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung eingebettet bleiben, um eine Stigmatisierung der Zielgruppen zu vermeiden und gemeinschaftsübergreifende Eigeninitiativen zu stärken. In diesem Sinn könnte auch

³⁸ Hinzu kommt, dass das Profil der KoordinatorInnen nicht mehr ohne weiteres mit den neuen Anforderungen übereinstimmt (Beziehungen zu ansässigen Institutionen, Sprachkompetenz in Deutsch und Französisch, usw.), was diesen Legitimationsnotstand verstärkt.

die Gesundheitsförderung der übrigen Bevölkerung von den Erfahrungen des Programmes „Migration und Gesundheit“ vor allem im Bereich der gemeinschaftszentrierten Ansätze profitieren.

Allein aus diesem Grunde scheint die von der Dienstleitung initiierte Zusammenarbeit mit anderen Bundesämtern und VertreterInnen der Kantone zur Strategieentwicklung sinnvoll. Solche Beziehungen – wie übrigens auch die Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung – dürften in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen, da die neueren Aktivitäten des Dienstes (Zugang und Interaktion mit der Regelversorgung, Gesundheitsförderung) eindeutiger als bisher in den Kompetenzbereich der Kantone fallen. Mehrere Fachpersonen weisen übrigens auf die vielfach konfliktuelle Kooperation zwischen Bund und Kantonen hin, die diesbezüglich nicht ignoriert werden darf. Die Abklärung des bestehenden Versorgungsangebots ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Förderung des integrativen Ansatzes, wobei die Möglichkeiten und Grenzen der regionalen Verankerung im Vordergrund stehen sollten.

Auch die Förderung der sozial-epidemiologischen *Forschung* im Bereich Migration stellt ein wichtiges Anliegen des Dienstes dar. In zahlreichen Dokumenten wird bereits seit Beginn des Gesamtprogramms immer wieder auf den Mangel an epidemiologischen Grundlagen über die Gesundheitssituation von MigrantInnen aufmerksam gemacht (siehe beispielsweise Tätigkeitsberichte). Diese Situation hat sich seither leider kaum grundlegend geändert: Obwohl inzwischen einige Studien über die Interaktion zwischen MigrantInnen und dem Gesundheitssystem durchgeführt wurden, bleiben die Grundlagen über den Gesundheitszustand bzw. das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen sehr beschränkt.

Zu erwähnen ist immerhin, dass das BAG 1995 an Regula Weiss am Schweizerischen Forum für Migrationsstudien ein Mandat zur Sichtung und Dokumentation der wissenschaftlichen Arbeiten über Migration und Gesundheit vergeben hat (vgl. Weiss & Stuker 1998 und Weiss 2001). Ausserdem wurden im Rahmen der PMG-Verträge mit dem STI mehrere Studien über die gesundheitliche Situation von MigrantInnen durchgeführt (mit einem Schwerpunkt auf der Ärztin-Patient-Beziehung und dem Asylbereich). Zu bemerken ist allerdings, dass die Forschungsschwerpunkte vom STI zwar zu Beginn der Zusammenarbeit koordiniert, doch seither weitgehend in eigener Regie festgelegt und mit den Anliegen des PMG beziehungsweise des DM zu wenig abgestimmt wurden.³⁹

Die *Einbettung des Dienstes Migration* ins BAG wurde in der vorliegenden Evaluation mit ihrem Hauptfokus auf das PMG nur am Rande betrachtet. Aus den Gesprächen mit internen Fachpersonen geht aber hervor, dass die Zusammenarbeit zwischen Sektionen und Diensten relativ beschränkt ist, was allerdings nur wenige Befragte als

³⁹ Mehrere befragte Fachpersonen (in- und ausserhalb des BAG/PMG) wünschten sich, dass auch der Erforschung der Gesundheitssituation der „ArbeitsmigrantInnen“ und ihrer Angehörigen mehr Aufmerksamkeit geschenkt würde.

problematisch einstufen.⁴⁰ Ausgesprochen gering ist der Kontakt zwischen den Präventionsbeauftragten ausländischer Herkunft und den BAG MitarbeiterInnen, wobei erstere infolge ihrer externen Anstellung an den Aktivitäten des BAG (Sitzungen) auch früher nur sporadisch teilgenommen hatten. Von der spezifischen Situation des PMG einmal abgesehen, wirft die strukturelle Eingliederung von Diensten mit Querschnittsaufgaben grundsätzliche Fragen organisatorischer Art auf. Indes war der Dienstleiter mit Erfolg bemüht, die Interessen seines Bereichs in die neue Gesamtstrategie des Bundesamtes einzubringen (siehe Einleitung).

Kritisch zu beurteilen ist hingegen die starke Konzentration der Dienstleitung auf die Prioritäten des Dienstes und die längerfristigen Ziele des integrativen Ansatzes gegenüber den laufenden Aktivitäten des PMG. Strategische und organisatorische Grundsatzfragen des PMG, die sich infolge der Leitungsvakanz gestaut hatten, wurden offensichtlich zu wenig angegangen. Insbesondere hätten die Ablösung des PMG vom DM und die neuen Modalitäten der Zusammenarbeit besser vorbereitet und begleitet werden müssen. Erst die Zuspitzung der Situation veranlasste die neue Projektkoordinatorin einen Coachingantrag zu stellen, infolgedessen eine Strukturbereinigung vorgenommen wurde, deren Folgen zum gegenwärtigen Zeitpunkt ungenügend abgesehen werden können. Es bleibt fraglich, ob die Ressourcenprobleme ausreichend geklärt wurden: Eine 90%-Stelle ist gerade in der Übergangsphase, die eine Anpassung der Dienststrategie *und* eine Überarbeitung der Ausrichtung des PMG erfordert, ebenso wenig ausreichend wie eine 60% Stelle für die operationelle Leitung des PMG. Es sei daran erinnert, dass allein für die Administration des PMG beim STI eine 60%-Stelle geschaffen wurde.

Wir sind ferner der Ansicht, dass die Aufgaben des Dienstes unterschiedlichen Zeitrahmen zuzuordnen sind, so dass integrative und spezifische Ansätze als komplementäre Tätigkeitsfelder betrachtet und keinesfalls als antagonistische Stossrichtungen ausgelegt werden sollten, auch wenn man auf Antrieb zu einer solchen Auffassung neigen könnte. In einer langfristigen Perspektive gilt es sicherlich, den integrativen Ansatz soweit als möglich voranzutreiben. Gleichzeitig können aber kurz- und mittelfristige Aufgabenstellungen diesen Zielen nicht nachgestellt werden, ohne dass ihre Ausführung dadurch beeinträchtigt würden. Tatsächlich hat das strategische Vakuum (um es etwas überspitzt auszudrücken) und die strukturelle Unsicherheit, die das PMG seit längerer Zeit umgibt, zu zahlreichen Problemen geführt, die eine erfolgreiche Durchführung der Arbeit bis heute wesentlich erschwert haben. Es ist wohl nicht zufällig, dass mehrere externe Fachpersonen feststellen, dass die Visibilität und Dynamik des PMG in den vergangenen Jahren abgenommen hat.

Wir möchten keineswegs abstreiten, dass neben strukturellen und strategischen Mängeln auch „konjunkturelle“ Probleme (Erschöpfungserscheinungen, krankheitsbedingte Abwesenheiten, mangelnde Motivation oder Kompetenz von Einzelpersonen

⁴⁰ Der Dienst Migration hat diese Problematik erkannt und in dieser Hinsicht eine Initiative in der internen Reorganisation lanciert, die verlangt, dass jede Sektion eine 10% Stelle für Migration bereitstellt.

usw.) für den erwähnten Rückgang der Programmdynamik mitverantwortlich sind. Angesichts der aufgezeigten Problematik sind solche Erscheinungen allerdings eher sekundär, auch wenn ihre Konsequenzen durchaus ernst zu nehmen sind. Bevor wir zum prospektiven Teil übergehen, ist schliesslich zu betonen, dass es im Hinblick auf eine konstruktive Entwicklung des Gesamtprogramms zwar wichtig ist, Schwachstellen zu identifizieren, es aber keineswegs darum gehen kann, die Schwierigkeiten einzelnen Personen anzulasten. Letztlich sind die Verantwortlichkeiten auf verschiedenen (hierarchischen) Ebenen anzusiedeln und wurden von verschiedenen Personen auch tatsächlich immer wieder dort wahrgenommen.⁴¹

⁴¹ So enthält beispielsweise der Dienstbericht der ehemaligen Projektkoordinatorin mehrere interessante Analyseansätze und konstruktive Lösungsvorschläge.

2.6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“, das vom Bundesamt für Gesundheit zu Beginn der 90er Jahre lanciert wurde, ist international betrachtet einzigartig. Dies hinsichtlich der Vorgehensweise (mit einem zu Beginn radikal partizipativen Ansatz), der Themenbreite, der breiten Ausrichtung auf mehrere, sehr unterschiedliche Migrationsgemeinschaften sowie der nationalen Abstützung (mit allen Vor- und Nachteilen, die diese Verortung mit sich bringt). Insofern hat das PMG sogar auf internationalem Niveau wiederholt Lob geerntet. Die MediatorInnenarbeit hat sich vor allem zu Beginn der Aktivitäten als wichtiges Element erwiesen, ist heute jedoch eher in den Hintergrund getreten.

Die Verantwortungsübernahme durch den Bund zu Beginn der 90er Jahre ist sicherlich damit zu erklären, dass sich in der Aidsprävention die nationalen Instanzen als zentrale Akteure erwiesen. Während andere Staaten die Initiative in der Aidsprävention eher anderen Organisationen überliessen und sich vor allem subsidiär betätigten, wurde in der Schweiz von Anfang an auf eine starke initiativ Rolle des Staates gebaut (Cattacin et al. 1997). Infolge der „Normalisierung“ und partnerschaftlichen Aufgabenteilung im HIV/Aids-Bereich erübrigten sich später gezielte Umsetzungsimpulse des Bundes, der sich fortan vermehrt auf die strategische Ebene konzentrierte. Diese Erfolgsgeschichte hat sicherlich auch auf die Initiativen im Bereich „Migration und Gesundheit“ eingewirkt. Wie bei HIV/Aids veränderte sich die Stellung des Bundes gegenüber seinen Partnern im Laufe der Jahre auch im untersuchten Bereich.

Heute befindet sich das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“ in einer Umbruchsphase, die sich in der Durchführung strategischer Untersuchungen widerspiegelt: Nebst vorliegender Evaluation wurden auch die Erarbeitung einer Strategie für diesen Bereich beantragt, Übersichten über das Angebot in der Gesundheitsberatung erstellt sowie Konzepte für den Bereich „Dolmetschen“ in Auftrag gegeben. Nach einer langen Entwicklungs- und Experimentierphase scheint jedenfalls eine Rationalisierung und Professionalisierung der Aktivitäten in Gang zu kommen. Diese profitiert nicht nur vom politischen Klima, das Migrations- und Integrationsfragen wieder auf die Agenda gesetzt hat, sondern auch von der Möglichkeit, auf langjährige Erfahrungen und mehrere Teilevaluationen im Bereich „Migration und Gesundheit“ zurückgreifen zu können.

Unsere Evaluation zeichnet diese Rationalisierungsbemühungen nach und versucht, eine Bilanz zu ziehen. Diese ist sicherlich nicht endgültig und viele Fragen bleiben auch nach dieser Arbeit offen. Denken wir zum Beispiel an die umstrittene Rolle des Bundes in der Gesundheitsversorgung, die von den Kantonen immer wieder hinterfragt wird; an die Auseinandersetzung zwischen gemeinschaftsorientierten und universalistischen Ansätzen oder auch an die vielen Fragen, die das Konzept der interkulturellen Vermittlung aufwirft.

Trotzdem sollen in den folgenden Kapiteln Schlussfolgerungen aus den vorliegenden Analysen gezogen und Empfehlungen abgegeben werden, die für die Bewertung

des Gesamtprogramms und die weitere Ausrichtung der Aktivitäten nützlich sein könnten. Diese prospektiven Vorschläge ergeben allerdings nur dann einen Sinn, wenn sie an konkrete Vorstellungen von der Programmentwicklung beziehungsweise -ausrichtung anknüpfen können. Diesbezüglich gilt es klarzustellen, dass sich anhand der vorliegenden Evaluationsergebnisse zwar eine ganze Reihe von Änderungen aufdrängt, um das Gesamtprogramm generell und das PMG im besonderen zu verbessern. Da wir aber keine zwingenden Anhaltspunkte für eine Einstellung der Aktivitäten des PMG oder gar des Dienstes Migration haben, orientieren sich die meisten Empfehlungen an der Perspektive einer überarbeiteten Weiterführung des Gesamtprogramms. So werden beispielsweise verschiedene Tätigkeitsfelder aufgezeigt, denen sich das PMG in Zukunft mit besonderer Priorität widmen könnte.

Selbstverständlich lassen sich auch radikal abweichende Szenarien, beispielsweise eine Auflösung des PMG zugunsten der Förderung lokaler Einzelprojekte, denken. Von Auftraggeberseite wurden wir gebeten, entsprechende Möglichkeiten in unsere Überlegungen einzubeziehen. Wir haben uns deshalb bemüht, neben konkreten Empfehlungen aus den vorliegenden Analysen abschliessend auch alternative Varianten der Gesundheitsförderung bei MigrantInnen zu formulieren (vgl. „Wie weiter mit dem PMG?“). Da sich solche Szenarien nur beschränkt an konkreten Beobachtungen und Analysen aus der Evaluation orientieren, haben sie natürlich einen stark spekulativen Charakter.

Es muss ferner betont werden, dass sich kein ideales Szenarium sozusagen wissenschaftlich aus den Evaluationsergebnissen ableiten lässt. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass sich die konkreten Auswirkungen der Tätigkeiten des Dienstes Migration und des PMG – zumindest unter den gegebenen Umständen – nicht „messen“ lassen und zwar aus mehreren Gründen: Erstens hat sich das Gesamtprogramm kurz, vor und selbst während der Evaluation stark verändert. Beispielsweise ist die Entflechtung der Verantwortlichkeiten zwischen dem Dienst Migration und dem PMG erst seit einem Jahr formell vollzogen worden (Initialtagung zur Strukturbereinigung im Januar/Februar 2000), auch wenn bereits vorher Abkoppelungsbestrebungen eingeleitet worden waren. Verständlicherweise sind deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur wenige Anhaltspunkte über das Wirken des Dienstes Migration als eigenständiges Organ vorhanden. Was das PMG allein angeht, wäre nur mit einer sehr aufwendigen, längeren Studie allenfalls eine annähernde Bilanzierung der Auswirkungen denkbar gewesen, die eine rein wissenschaftlich begründete Entscheidung bezüglich der Programmweiterführung abstützen könnte.⁴²

Wir sind deshalb der Ansicht, dass die Wahl eines bestimmten Entwicklungsszenariums letztlich nur beim Auftraggeber liegen kann, der in Absprache mit interessierten Kreisen einen Grundsatzentscheid darüber fällen müsste, in welcher Form er das gesundheitspolitische Engagement zugunsten der Migrationsbevölkerung weiterführen

⁴² Wir erinnern daran, dass selbst mittels der breit abgestützten Befragung der Migrationsgemeinschaften und MediatorInnen im Rahmen der Evaluation von 1994/95 (Haour-Knipe & Fleury 1996) keine eigentliche Wirkungsevaluation geleistet werden konnte.

will. Anhand der vorliegenden Evaluation können wir jedoch zahlreiche Empfehlungen abgeben und Vorschläge machen, die bei der Umsetzung der verschiedenen Szenarien beachtet werden sollten.

Da der Fortbestand des Dienstes Migration, soweit wir informiert sind, von niemandem ernsthaft in Frage gestellt wird, haben wir die nachfolgenden Ausführungen hauptsächlich auf verschiedene Modalitäten der Weiterführung des Programms und die Einbindung möglicher Aktivitäten in das PMG bezogen. Sie folgen einer thematischen Gliederung der Kapitel, die gegenüber der Abfolge im ersten Teil des Berichts leicht umgestellt ist: Zuerst soll auf die Gesamtentwicklung eingegangen werden, dann auf die Tätigkeiten und Ansätze (unter spezifischer Berücksichtigung des partizipativen Ansatzes), auf die Themen und Zielgruppen und schliesslich auf die organisatorische Ebene. Der konkreten Neuorganisation des PMG aus einer kurz- und mittelfristigen Sicht ist das vorletzte Kapitel gewidmet. Es beinhaltet auch Denkanstösse zu einem alternativen Szenarium ohne Weiterführung des PMG. Abschliessend werden einige Grenzen und Schwierigkeiten der Evaluation aufgezeigt.

2.6.1 Generelle Entwicklungsdynamik

Analyse: Die Entwicklungsdynamik des Gesamtprogramms zeichnet sich durch verschiedene Phasen und abrupte Übergänge aus. Dadurch wurde zwar die Erweiterung nicht beeinträchtigt, doch musste der Kompass immer wieder neu erfunden werden. Die Pilotphase zu Beginn 90er Jahre vermochte konzeptionelle und organisatorische Defizite durch persönliches Engagement zu kompensieren. Hauptziel war die beispielhafte Umsetzung eines partizipativen Modells der Gesundheitsprävention im HIV/Aids-Bereich in der Absicht, einen neuen Ansatz – vielleicht sogar ein neues Paradigma – der Gesundheitsprävention zu propagieren.

Danach wurde das Gesamtprogramm mit zusätzlichen Themen und Zielgruppen kontinuierlich neu ausgerichtet, gewann damit an Kompetenzen, verlor aber gleichzeitig an Orientierung und Spezifität. Gewisserweise führte der Erfolg der Pilotphase zu einer unkoordinierten Ausdehnung der Themenbereiche und Zielgruppen. Der Zusammenhalt war jedoch weiterhin durch die methodische Ausrichtung gewährleistet. Dies hatte vor allem im „Migrantenprojekt“ zur Folge, dass eine *catch all* Organisation entstand, was inhaltlich und intern zu Steuerungsproblemen führte, die bisher nicht behoben wurden. Insbesondere das Verhältnis zwischen Verantwortlichkeiten auf der operationellen und der konzeptionellen Ebene sowie DM und PMG wurde lange zu wenig thematisiert, was massgeblich zu einer Verzettelung der Aktivitäten und, auf der anderen Seite der Medaille, zu einer mangelnden internen Kohärenz führte. Das Gesamtprogramm im Bereich «Migration und Gesundheit» verlor dadurch eine Entwicklungsperspektive, und die Einzelprojekte mussten dies durch eigene Teilkonzeptionalisierungen kompensieren. Diese Teilkonzeptionalisierungen bezüglich der Themen und Zielgruppen wurden in den letzten Jahren verfestigt und durch weitere Teilkonzeptionen ergänzt, ohne die bestehenden zu hinterfragen. Insbesondere führte dies zu einem Verlust an klarer Identifizierung der Initiativen des Bundesamts für Gesundheit im Bereich Migration. Die Orientierung an partizipativen Ansätzen blieb zwar das Erken-

nungsmerkmal der Bundesaktivitäten, doch entsprach die Praxis diesem Leitbild immer weniger.

Empfehlungen: Diese vielköpfige Hydra von Konzeptionen kann nur dann wieder eine geordnete Dynamik erlangen, wenn das Gesamtprogramm einer zwar flexiblen, aber zumindest zielorientierten und mittelfristig angelegten Gesamtstrategie unterworfen wird. Das Bundesamt für Gesundheit hat diese Schwäche bereits erkannt und mit der Entwicklung einer Strategie die Weichen für eine Neuzentrierung der Aktivitäten gelegt (siehe BAG 2001). Auf der Ebene der Einzelprojekte bedeutet dies, dass sich kurz- bis mittelfristig Anpassungen an diese Gesamtstrategie im Bereich Migration und Gesundheit aufdrängen.

Generell wurden sowohl die Weiterentwicklung des integrativen Ansatzes, der den Ausbau eines bedürfnisorientierten Ausbaus des Regelangebots anstrebt, als auch der Bedarf nach basisorientierter Intervention im Migrationsbereich durch die neu erarbeiteten Strategievorgaben klar gestützt. Auch die vorliegenden Ergebnisse aus der Befragung von externen Fachpersonen und MediatorInnen befürworteten grundsätzlich beide Stossrichtungen. Sie setzen ausserdem den Akzent auf den Einsatz partizipativer (Mediatoren-)Ansätze, wie auch immer diese konkret auszugestalten seien.⁴³ Allerdings müssen zahlreiche Aspekte der basisorientierten Arbeit und ihres Verhältnisses zum DM überdacht werden. Auch die Frage, welche Aufgaben künftig dem bisherigen PMG oder einer neu zu entwerfenden Struktur zu übertragen sind, muss geprüft werden.

2.6.2 Tätigkeiten und Ansätze des PMG

Analyse: Das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“ ist vor allem durch die Aktivitäten im Bereich interkulturelle Vermittlung und *empowerment* von Personen mit Migrationshintergrund bekannt geworden. Zwar blieben weiterhin wichtige Fragen des Ansatzes offen, wie der Stellenwert der Interkulturalität und der Mediation als Konzept zeigt (inwiefern müssen zum Beispiel die ExpertInnen des PMG den Interventionsherkunftsländern entstammen, und falls ja, kann dann die nötige Distanz garantiert werden?). Die entwickelten Aktivitäten entsprachen aber zu Beginn des Programms einer Innovation im Gesundheitsbereich, bei der weniger ein Anspruch auf systematisches Vorgehen als vielmehr die symbolische Wirkung des Vorgehens im Vordergrund stand.

Die Aktivitäten waren territorial sehr unterschiedlich verteilt. Auch in Bezug auf Themen und Zielgruppen wurden die Initiativen weniger an Bedarfskriterien orientiert und umgesetzt, als schlicht an sich bietenden Gelegenheiten. So sind mit grosser Wahrscheinlichkeit wichtige Teile der Migrationsbevölkerung in der Schweiz nicht in den Genuss der vom Bund umgesetzten oder unterstützten Aktivitäten gekommen.

⁴³ In den Kapiteln über die Mediatorentätigkeit wird auf den Klärungsbedarf und die mangelnde Konzeptualisierung bezüglich der Mediationsmodelle vertiefend eingegangen.

Ähnliches gilt auch für die wenig systematische Ausrichtung der Themen. Dies bedeutet jedoch keinesfalls, dass das Programm gescheitert, sondern vielmehr, dass es nie wirklich aus einer Art Experimentierphase herausgewachsen ist, um sich einer systematischen Umsetzung zu widmen. Nach der Erweiterung des Aktionsradius‘ blieb die Prioritätensetzung auf der Ebene des Gesamtprogramms weitgehend undokumentiert. Somit wurden auch im PMG kaum gemeinschaftsübergreifende Prioritäten gesetzt und gemeinsame Aktivitäten entwickelt, sondern es wurde vorwiegend auf der Ebene der Teilprojekte bzw. der einzelnen Gemeinschaften argumentiert.

Die kritische Beurteilung der gegenwärtigen Lage soll nicht über das positive Echo der geleisteten Arbeit hinwegtäuschen. Inzwischen wurden diese Erfahrungen des PMG von anderen Organisationen übernommen, verfeinert und sogar wissenschaftlich analysiert (zu Erkenntnissen über die praktische Umsetzung in der Schweiz siehe Haour-Knipe et al. 1999). Innerhalb des PMG wurde allerdings das Interventionsmodell konzeptionell kaum weiterentwickelt. Vermutlich liegt ausserdem in dem beobachteten Übernahmeeffekt der Schlüssel für eine längerfristige Ausrichtung der basisnahen Aktivitäten im Bereich „Migration und Gesundheit“, die sich in Zukunft vermehrt in verschiedenen Organisationen und Gesundheitsdiensten der Schweiz dezentral ansiedeln sollten (Drogeneinrichtungen, Aidsberatungsstellen, Spitäler usw.).

Es kann jedenfalls auf einen legitimatorischen Erfolg des partizipativen Ansatzes geschlossen werden, auch wenn die konkreten *outputs* im Sinne basisnaher partizipativer Aktivitäten nicht ausführlich analysiert werden konnten, da in den letzten Jahren dazu keine systematischen Daten erhoben wurden. Trotzdem erlaubt die Analyse die Feststellung, dass die Zahl der Projekte eher abgenommen hat und territorial unsystematisch gestreut ist. Die Abstützung auf ExpertInnen nach Herkunftsländern konnte einer flexiblen Anpassung an die Veränderungen der „Realität“ im Bereich Migration nur beschränkt gerecht werden. Erstaunlicherweise wurde gerade die einzige Präventionsbeauftragte, die nicht für eine (einzige) Herkunftsgemeinschaft zuständig war, nach ihrer Entlassung 1998 nicht mehr „ersetzt“. Wir werden auf die organisatorischen Fragen, die diese Beobachtungen aufwerfen, zurückkommen.

Empfehlungen: Die Pilot- und Signalwirkung der Tätigkeiten des PMG ist offenbar nicht ausgeblieben, vor allem, was die Mediatorenarbeit angeht. Die zukünftige Ausweitung dieser Aktivitäten muss jedoch revidiert werden. Insbesondere widerspiegelt die Verschiebung der Aktivitäten von der konkreten Feldarbeit in Richtung Promotion von Wissen und Bewusstsein eine rationale und zukunftsgerichtete Weiterentwicklung der Projekte.

Die bisherigen Aktivitäten des PMG und seiner ExpertInnen bewegten sich über die vergangenen Jahre hinweg sozusagen in einem Mittelfeld zwischen direkter Umsetzung an der Basis (Priorität zu Beginn des PMG) und Organisationsfunktionen auf institutioneller Ebene (Projektleitung und –begleitung im Bereich der Umsetzung, Zusammenarbeit mit Institutionen, Vernetzung). In diesem Sinn sind für die Zukunft durchaus unterschiedliche Tätigkeitsfelder für eine überarbeitete PMG-Struktur denkbar. Problematisch erschiene uns allerdings eine undifferenzierte Weiterführung der bisherigen Tätigkeitspalette ohne klare Prioritätensetzung und verbindlich-einheitliche Stossrichtung.

Einige Beispiele von möglichen Aufgabenbereichen, auf die sich das PMG zukünftig schwerpunktmässig konzentrieren könnte:

- Prävention und Gesundheitsförderung an der Basis (MediatorInnenansatz) sowie Übersetzung und Entwicklung von Präventionsmaterial. Diese Tätigkeit entspricht sozusagen einer Rückbesinnung auf die ursprünglichen Tätigkeiten des PMG, deren Ausrichtung und Ansätze allerdings konzeptionell überarbeitet und angepasst werden müssten. In welche Richtung die Anpassungen gehen sollten, wird im folgenden Kapitel näher ausgeführt (spezifische Empfehlungen zur Projektarbeit mit partizipativem MediatorInnenansatz).
- Organisation von Fachtagungen, Ausbildungsmodulen für interkulturelle VermittlerInnen, Beratungstätigkeit für öffentliche und gemeinnützige Organisationen, usw..
- Sensibilisierung von Institutionen und von Berufsgruppen im Gesundheitsbereich für migrationsspezifische Anliegen, Vernetzungsarbeit unter der Führung von einheimischen Behörden (vgl. beispielsweise INTERNETZ).
- Einrichtung und Begleitung von (regionalen) Gremien, die eine Art Rückmeldefunktion hinsichtlich der Situation und spezifischen Bedürfnisse in den Gemeinschaften (eine Art Monitoring) sowie bezüglich der Akzeptanz von Präventionsprojekten übernehmen könnten.
- Organisation und Führung von kollektiven Interessengemeinschaften innerhalb der Herkunftsgruppen, um eine aktive Interessenvertretung der Minderheiten auf höheren Entscheidungsebenen zu fördern (beispielsweise Aufbau einer eidgenössischen Migrationskommission, die sich mit Gesundheitsfragen auseinandersetzt, als Ansprechpartnerin für die Gesundheitsbehörden).⁴⁴

Eine Auswahl oder Kombination dieser Tätigkeitsfelder mit klar umrissenen Schwerpunkten kann selbstverständlich nur nach einer eingehenden Abklärung der Interessen und Bedürfnisse aller beteiligten Parteien, der Machbarkeit sowie der konkreten Vor- und Nachteile der möglichen Entwicklungsvarianten getroffen werden. Sollte beispielsweise weiterhin (oder wiederum) die Förderung basisnaher Aktivitäten im Vordergrund des PMG stehen (Variante mit Priorität auf dem 1. Tätigkeitsfeld), müssten epidemiologische Daten die Auswahl von Themen und Zielgruppen leiten, damit sich die methodischen Erfahrungen aus der bisherigen Arbeit in einer systematischen, nach Prioritäten orientierten Intervention spiegeln. Auch müsste betreffend ExpertInnen von einem eher zu anspruchsvollen Profil einer allwissenden Person abge-

⁴⁴ Befragte Fachpersonen sind der Ansicht, dass sich MigrantInnen durchaus in Gremien organisieren könnten, die im Gesundheits- und Schulbereich tätig sind, nachdem die herkömmlichen gewerkschaftlichen oder kirchlichen Strukturen an Einfluss verloren haben.

rückt und die Themenbreite entweder eingeschränkt oder aber die Anzahl der ExpertInnen aufgestockt werden.

Die Einrichtung von Arbeitsgemeinschaften oder Gremien im Migrationsbereich, die das BAG und andere nationale oder kantonale Stellen über die gesundheitliche Situation von MigrantInnen sowie über die Akzeptanz von Präventionsbemühungen informieren könnten, würde sozusagen eine Weiterentwicklung des Plattformansatzes in einer verbindlicheren Form darstellen (vgl. Variante mit Priorität auf dem 4. Tätigkeitsfeld). Die Konsultation der Gemeinschaften würde somit nicht mehr ausschliesslich über einzelne Präventionsbeauftragte laufen, sondern es könnte eine direkte Verbindung zum Dienst Migration bzw. zu den verschiedenen Sektionen des BAG hergestellt werden. Solche Gremien könnten bei der Entwicklung von Präventionsprojekten interessante Impulse liefern und dadurch glaubhafte Partner für die einheimischen Fachdienste werden.

2.6.3 Spezifische Empfehlungen zur Projektarbeit mit partizipativem MediatorInnenansatz

Was die Projektarbeit mit partizipativem MediatorInnenansatz im Einzelnen angeht, sind unseres Erachtens folgende *Empfehlungen* zu berücksichtigen:

- Es scheint zunächst unentbehrlich, sich auf präzise Ziele (Themen, Zielgruppen, Aktivitäten) zu einigen und gemeinsame Prioritäten für die gesamte Gemeinschaft festzulegen, um eine Implementierung zu vereinfachen und eine schnelle Verwirklichung zu erreichen. Dabei muss u.a. abgeklärt werden, inwiefern die Aids- und Suchtprävention auch weiterhin als prioritär eingestuft werden. Diese relative Standardisierung sollte eine konzertierte Anpassung an die besonderen Situationen in den Gemeinschaften übrigens nicht verhindern (siehe allgemeine Empfehlungen).
- Um eine Strategie wählen und Arbeits-Schwerpunkte festlegen zu können, ist es zwingend, verlässliche Daten (epidemiologisch und psychosozialologisch) über die Bedürfnisse der Gemeinschaften zu sammeln.
- Es geht darum, Indikatoren und Kategorien für die Tätigkeiten der MediatorInnen festzulegen, welche von jedem übernommen werden können und einfach zu handhaben sind. So erhält man eine vergleichbare und leicht zugängliche Buchführung ihrer Interventionen sowie eine Bündelung dieser Angaben. Dies hat zum Ziel, die Arbeit der MediatorInnen des PMG besser zu bewerten zu können. Man wird die Listen der MediatorInnen ebenfalls laufend aktualisieren und in eine allen MitarbeiterInnen zugängliche Form bringen müssen (vgl. Terminologieempfehlung). Für diese Arbeit wäre idealerweise ein zentraler administrativer Dienst zuständig.

- Die Zugehörigkeit der MediatorInnen und ExpertInnen zur Gemeinschaft wird nicht für alle Nationalitäten notwendig sein.⁴⁵ Allerdings müssen die MediatorInnen, die nicht aus der Gemeinschaft stammen, über hervorragende Kultur- und Sprach-Kenntnisse verfügen, um überhaupt akzeptiert zu werden.
- Die Einigung auf eine klare und gemeinsame Terminologie scheint grundlegend für die Koordination zwischen den verschiedenen Tätigkeitsfeldern zu sein. Momentan besteht keine einheitliche begriffliche Definitionsgrundlage, um die in der Gesundheitsförderung tätigen Personen im PMG zu bezeichnen. Um die komplexe Erfassung der MediatorInnen zu vereinfachen, schlagen wir vor, im Wesentlichen eine Typologie zu benutzen, die allen MitarbeiterInnen des PMG gemeinsam ist. Zu diesem Zweck empfehlen wir eine Absprache mit Organisationen, die sich schon seit langem mit der Frage der Vermittlung beschäftigen: Caritas, Rotes Kreuz, HEKS oder Appartenances usw..⁴⁶
- Die Präventionsprojekte für die MigrantInnen müssten dringend entsprechend dem Profil der tatsächlich verfügbaren MediatorInnen überdacht werden. In diesem Sinn drängen sich gemeinschaftsspezifische Anpassungen der Strategie auf.
- Es sind Kriterien für die Rekrutierung der MediatorInnen festzulegen, um die Wahl der MitarbeiterInnen zu begründen.
- Es ist ein Modul für die Grundausbildung der MediatorInnen des PMG zu schaffen.
- Die Betreuung der MediatorInnen muss überdacht werden. Wir empfehlen die Einbindung aller oder der Mehrheit der MediatorInnen in regionale Institutionen. Man könnte sich insbesondere einen Rahmen für alle MediatorInnen mit nur einem Experten für alle Gemeinschaften vorstellen, dessen einzige Aufgabe es wäre, MediatorInnen zu rekrutieren und sie in Strukturen einzufügen; die Ausbildung würde statt an das PMG an eine andere Organisation delegiert.

⁴⁵ Besonders für Nationalitäten, die bereits seit längerer Zeit in der Schweiz etabliert sind, mag die Notwendigkeit, auf MediatorInnen aus den eigenen Reihen zurückzugreifen, relativiert werden. Die Möglichkeit, MigrantInnen anderer Herkunftsgruppen einzusetzen, müsste aber je nach Zielgruppe und Tätigkeit von Fall zu Fall abgeklärt werden.

⁴⁶ Die verschiedenen verwendeten Begriffe sind zum Beispiel: *Gesundheitspromotoren ohne Qualifikationen*, die im Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich anerkannt sind. Sie arbeiten ehrenamtlich und stammen aus der Gemeinschaft. *MultiplikatorInnen*: Nicht notwendigerweise Mitglied der Gemeinschaft, jedoch mit anerkannten Qualifikationen, teilweise oder komplett entlohnt (durch das PMG oder andere Organisationen). *Facilitateur/Erleichterer*: Mitglied der Gemeinschaft, welches eine Schlüsselstelle in der Gemeinschaft einnimmt und die Kontakte der KoordinatorInnen zum PMG verbessert. Sie führt keine regelmässigen Aktivitäten zur Prävention durch (zum Beispiel: Konsul, Journalist). *Kulturelle DolmetscherInnen*: mündliche Übersetzung. Normalerweise Mitglied der Gemeinschaft.

2.6.4 Themen und Zielgruppen

Analyse: Die kontinuierliche Ausweitung des Gesamtprogramms widerspiegelt sich vor allem in der Themenauswahl und teilweise in den Zielgruppen. Obschon diese Veränderungstendenz von allen Akteuren positiv beurteilt wird, schaffte sie gerade im PMG wesentliche Ressourcenprobleme, denn die Erweiterung fand nur teilweise eine Entsprechung, was die materiellen und fachlichen Mittel anbelangt. Dadurch verlor das Projekt an interner Kohärenz, und die Expertinnen und Experten spezialisierten sich unkoordiniert auf eigene Schwerpunkte. Mit anderen Worten, es kam zu einer Überforderungssituation, da von den Präventionsbeauftragten des PMG erwartet wurde, dass sie gleichzeitig methodische Kompetenzen entwickelten, sich Kenntnisse auf verschiedenen thematischen Gebieten aneigneten, Zielgruppen besser kennenlernten und den Kontakt zu ihnen verstärkten. Faktisch wurden die Expertinnen und Experten diesen Anforderungen nicht gerecht, sondern reagierten mit einer Spezialisierung auf gewisse Themen.

Empfehlungen: Die Abdeckung einer Vielzahl von Themen, Tätigkeitsfeldern und Zielgruppen muss verifiziert werden und auf der Ressourcenseite zur Folge haben, dass nur jene neuen Themen in die Projekte aufgenommen werden, die auch systematisch angegangen werden können, ohne bisherige Tätigkeiten infrage zu stellen. Von diesem Anspruch ausgenommen sind natürlich Pilotprojekte, die gezielt als Experimente durchgeführt werden, um zu neuen Erkenntnissen zu gelangen. Die Erneuerung von laufenden Projekten sollte dieser Logik untergeordnet werden, damit sich das PMG mittelfristig auf einer soliden konzeptionellen Basis entwickeln kann.

Wie bezüglich des MediatorInnenansatzes bereits erwähnt wurde, müssen gemeinsame thematische Schwerpunkte abgesprochen und verbindlich festgelegt werden, indem die Entscheidungsgrundlagen offen zu legen sind. Es sollte vermieden werden, von einzelnen ExpertInnen *ad hoc* Bedürfnis-Nachweise in den Gemeinschaften einzufordern, deren Stichhaltigkeit später in Frage gestellt wird. Wo die Bedürfnisse nicht eindeutig genug sind (fehlende Grundlagen), können selbstverständlich andere Kriterien die Themenauswahl leiten, beispielsweise die vorhandenen Kompetenzen oder Interessen der verschiedenen ProtagonistInnen. Diese müssten aber transparent gemacht werden und später nachvollziehbar sein. Die Festlegung der generellen Schwerpunkt-Themen sollte im BAG möglichst mit den Verantwortlichen der anderen Abteilungen (Aids, Drogen, Tabak usw.) abgesprochen, in jedem Fall aber im Einvernehmen mit dem Dienstleiter getroffen werden. Dadurch soll die kohärente Einbettung der Aktivitäten in die bereichsspezifischen und übergeordneten BAG-Strategien erleichtert werden.

Wenn sich in einzelnen Gemeinschaften besondere Bedürfnisse (beispielsweise die Aufklärung über mögliche Folgen der Klitorisbeschneidung) oder Partikularinteressen bemerkbar machen, können in Absprache mit den hauptverantwortlichen Personen selbstverständlich gruppenspezifische Anpassungen vorgenommen und Ausnahmen gegenüber der generellen Stossrichtung getroffen werden. Es kann jedoch nicht angehen, dass unter dem Vorwand unterschiedlicher Ausgangssituationen in den Gemeinschaften konsequente Bemühungen zur Abstimmung der Aktivitäten unterlassen werden. Es sei daran erinnert, dass die Aidsprävention auch nicht primär eine

Antwort auf ein Bedürfnis war, das in den Migrantengruppen geäußert wurde. Wir sind der Ansicht, dass die Strategieweise nicht einer radikalen bottom-up-Logik gehorchen kann, sondern dass die Verantwortung für die Hauptstossrichtungen letztlich nur beim Auftraggeber liegt. Es ist hingegen wichtig, dass Strukturen eingerichtet werden, die eine gezielte Konsultation der MigrantInnen erlauben und für laufende Rückmeldungen aus den Gemeinschaften zugänglich sind.

Die Zielgruppenausrichtung muss ebenfalls offen bleiben und die Möglichkeit zu lassen, neue Gemeinschaften – wenn gelegentlich auch nur vorläufig – aufzunehmen. Hier gilt einmal mehr, dass die Auswahlkriterien möglichst transparent offengelegt und mit allen Beteiligten verbindlich abgesprochen werden sollten (Vulnerabilität, Grösse einer Gemeinschaft usw.). Eine strukturbedingte Festlegung auf bestimmte Herkunftsgemeinschaften – wie im gegenwärtigen PMG – müsste zukünftig vermieden werden (siehe nächstes Kapitel). Wir teilen übrigens die Ansicht mehrerer externer Fachpersonen, dass gerade auch Migrantengruppen, deren Präsenz in der Schweiz neu ist, vermehrt berücksichtigt werden sollten, auch wenn sie zahlenmässig weniger ins Gewicht fallen als die „traditionellen“ Migrantengemeinschaften. Diese Gemeinschaften aus Asien, Afrika und Lateinamerika verfügen nur selten über kollektive Strukturen und werden durch regionale Netzwerke schlecht erfasst. Deshalb drängt sich in ihrem Fall eine Intervention auf nationaler Ebene besonders auf.

2.6.5 Organisation: Programmsteuerung, Koordination, Vernetzung

Analyse: Das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“ hat heute komplexe interne und externe Vernetzungen geschaffen, die in der Evaluation in verschiedener Hinsicht unterstrichen wurden: Intern sind die Verantwortlichkeitsbereiche unscharf definiert und Entscheidungs- und Konsultationsgremien nicht getrennt. Extern haben sich Loyalitäten zwischen Akteuren entwickelt, die Ambivalenzen im Gesamtprogramm bewirken.

Die Programmsteuerung verlor im Verlaufe der Jahre an Profil und die Koordinationsanstrengungen an Wirkung. Offensichtlich sind die Leitungsstrukturen – sowohl auf operationeller als auch auf strategischer Ebene – zu schwach ausgestattet, um ein so komplexes Programm wie das PMG zu führen. Eine Wiederaneignung der Steuerungskompetenz durch das BAG und den Dienst Migration scheiterte ausserdem an mangelnden Wirkungsindikatoren. Später, nach der Einführung eines Systems des Reportings, fehlte es dann an mangelnder analytischer Auswertung der erhobenen Daten, welche zumindest die Erstellung einer Übersicht über die Tätigkeiten und Interventionen erlaubt hätten. Zu erwähnen sei noch, dass in bezug auf die Interventionen der interkulturellen VermittlerInnen bisher keine Indikatoren auf verbindlicher Basis erhoben worden sind.

Empfehlungen: Das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“ muss sich auf der Seite des Bundesamts für Gesundheit auf die Promotion und Koordination von Aktivitäten konzentrieren, diese wenn möglich mit mehr Ressourcen ausstatten und die Umsetzung der erarbeiteten generellen Strategie fördern. Diese Aufgabe ist im Dienst Migration anzusiedeln.

Da in Zukunft sowohl inhaltliche als auch organisatorische Fragen der Programmsteuerung geklärt werden müssen, würde zum idealen Profil der MitarbeiterInnen neben einer massgeblichen Erfahrung im Migrationsbereich (MigrantInnen oder Nachkommen von MigrantInnen), ausgedehntes Fachwissen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung sowie Vertrautheit mit partizipativem Projektmanagement in einem Minderheitenkontext gehören. Wie von einzelnen Fachpersonen betont wurde, sollte möglichst darauf geachtet werden, dass die Kenntnisse nicht nur den biomedizinischen, sondern auch den psycho-sozialen Bereich abdecken. Bei der Einstellung ist ausserdem die Komplementarität der Kompetenzen ebenso wie die Bereitschaft der transdisziplinären Zusammenarbeit zu berücksichtigen. Als Alternative wäre selbstverständlich auch eine sinnvoll gestaltete Kooperation mit auswärtigen Stellen denkbar, die über die erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen verfügen. Zu nennen sind beispielsweise andere BAG-Sektionen, die Stiftung 19, Radix, verschiedene NGOs (Rotes Kreuz, Caritas usw.) und selbstverständlich die Programme oder Organisationen, die vom BAG unterstützt werden.

Die Umsetzung der Interventionen an der Basis sollte im Unterschied zu den konzeptionell-strategischen Aufgaben in grösstmöglicher Projektautonomie stattfinden und deshalb eher ausserhalb des BAG verankert werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass zwischen dem Dienst Migration und basisorientierten Tätigkeiten im Allgemeinen sowie den Aktivitäten des PMG im Besonderen keine konstruktive Zusammenarbeit bestehen sollte. Der Bund profitiert vermutlich in Form von Anerkennung in der Migrationsbevölkerung und in der Öffentlichkeit, wenn er basisnahe Arbeit fördert. Umgekehrt gewinnen die unterstützten Projekte sicherlich an Schlagkraft und Legitimation, wenn die Unterstützung des Bundes vorhanden ist.

Was die zukünftige Organisation des PMG angeht, muss eine Zusammenarbeit gefördert werden, welche die Antagonismen zwischen einem auf „Feldarbeit“ ausgerichteten Projekt und einem Bundesdienst im Hinblick auf eine gegenseitige Unterstützung stabilisiert. Um dieses Verhältnis zu gestalten, sind selbstverständlich klare vertragliche Vereinbarungen nötig. Ferner müssen Strukturen geschaffen werden, welche die aktuellen, auf Individuen fokussierten, feldnahen Projekte organisatorische Grundlagen bereitstellt, um strategische Ausrichtungen zu ermöglichen und Kontinuität zu garantieren. Wir sind der Überzeugung, dass trotz dem erfolgreichen methodischen Ansatz die thematische Vielfalt und die zielgruppenspezifische Ausrichtung kaum auf eine Expertin oder einen Experten pro Herkunftsland konzentriert werden kann, und die Ausdehnung des Programmes eine Entsprechung in Form von mehr Angestellten verlangt.

Die Grundstruktur des Programms sollte in Übereinstimmung mit den zukünftigen thematischen Schwerpunkten auf Fachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen fassen, wobei möglichst MigrantInnen unterschiedlicher Herkunft zu wählen sind. Diese müssten bereit sein, die Interventionen jeweils mit VertreterInnen mehrerer Migrantengemeinschaften zu organisieren. Die Verantwortlichkeiten sollten nach Interventionsfeldern und nicht nach Herkunftsgruppen aufgeteilt werden: Angesprochen sind entweder thematische Bereiche (Drogen-, Aidsprävention) oder bestimmte Settings des Migrationskontexts (Asylsuchende in Aufnahmeeinrichtungen, SexarbeiterInnen ohne Aufenthaltsstatus usw.).

Im Unterschied zur gegenwärtigen PMG-Struktur wäre ferner auf eine regelmässige Zusammenarbeit mit den Präventionsbeauftragten zu achten. Um wieder als identifizierbare – nicht personalisierte – Struktur erkennbar zu werden, sollte daher das neue PMG die Entfaltung einer *corporate identity* mit gemeinsamem Lokal und einer minimalen Infrastruktur fördern.

Eine *klare Aufgabenteilung zwischen Bund und Partnerinstitutionen* wird übrigens auch im Strategiepapier befürwortet. Die Entflechtung zwischen Intervention und Promotion respektive staatlicher Steuerung (Moderation) wird auch vom BAG insgesamt als zukunftsweisend interpretiert und bereits vorbereitet. Dies unterstreicht auch unsere Empfehlung hinsichtlich des PMG. Eine institutionelle Trennung drängt sich in diesem Rahmen nicht nur im Lichte der Evaluationsergebnisse auf, sondern auch angesichts der neuen strategischen Ausrichtung des Bundesamtes generell.⁴⁷

Die vorgeschlagenen strukturellen Massnahmen würden eine Entflechtung der Beziehungen und Loyalitäten erlauben, die in einem anderen Rahmen wahrgenommen werden könnten. Wie bereits erwähnt, könnte das BAG eine Interessenvertretung von MigrantInnen auf der Entscheidungsebene vorsehen, dies beispielsweise in Form einer partizipativen Begleitung der Umsetzung der Gesamtstrategie (siehe mögliche Tätigkeitsfelder des PMG). Es ist bereits viel Beziehungsarbeit bei Migrationsgemeinschaften geleistet worden, deren Früchte es unbedingt zu erhalten gilt, falls weiterhin in einem partnerschaftlichen Klima mit aktiver Beteiligung von MigrantInnen (Integration als *gegenseitiges Lernen*) gearbeitet werden soll - und nicht mittels ExpertInnen über die Köpfe der MigrantInnen hinweg. Diese Zusammenarbeit braucht aber ebenfalls neue Strukturen, die eine gewichtigere Vertretung erlauben.

Die Steuerung des Dienstes Migration muss in Zukunft zudem auf Wirkungsanalysen der Projekte aufbauen. Dies kann durch die Bindung von Subventionen an Berichterstattungen zu den Projekten geschehen, die Indikatoren und detaillierte Wirkungsbeschreibungen beinhalten. Dadurch gewinnt das Gesamtprogramm an Informationen, die mittelfristige Anpassungen nach Effektivitätskriterien erlauben. Ein vergleichbares Qualitätsmanagement auf Projektebene, wie es in anderen Teilen des BAG zur Sicherung eines systematischen *feed-backs* der subventionierten Projekte eingeführt wurde⁴⁸, könnte auch im Bereich „Migration und Gesundheit“ nützlich sein.

Auch mit Blick auf die Verankerung der Anliegen von MigrantInnen in der Regelversorgung sollten die geförderten Projekte an Wirkungsindikatoren und klare vertragliche Richtlinien gebunden werden (beispielsweise Kofinanzierungen durch kantonale Behörden). In diesem Sinn ist die notwendige Komplementarität zwischen integrativen und spezifischen Ansätzen gezielt zu fördern, um „opportunistische“ Orientierungen kantonaler oder lokaler Behörden gegenüber bundesfinanzierten Initiativen zu vermei-

⁴⁷ Mehrere externe Fachpersonen befürchten allerdings, dass die organisatorische Ablösung vom BAG einen Verlust an wertvoller symbolischer Legitimität des Projektes bewirken könnte.

⁴⁸ Vergleiche etwa die Anstrengungen im Bereich stationärer Therapieangebote.

den. Mittel- und längerfristig müssten auch Anpassungen der administrativen und gesetzlichen Grundlagen der Gesundheitsversorgung ins Auge gefasst werden.

2.6.6 Wie weiter mit dem PMG? Nächste Schritte und Überlegungen zu einem alternativen Szenarium

Wir haben in dieser Evaluation eine Bilanz von zehn Jahren Arbeit im Bereich „Migration und Gesundheit“ des Bundesamts für Gesundheit gezogen. Dabei konnte nicht weiter auf die Wirkungen eingegangen werden. Erstens, weil sich das Gesamtprogramm ständig verändert hat. Zweitens, weil für eine detaillierte Wirkungsanalyse des wichtigsten Projekts des Programms, nämlich das PMG, mit wesentlich höheren Evaluationskosten zu rechnen gewesen wäre. Trotzdem lässt diese Evaluation sowohl eine Reihe von Schlussfolgerungen zu, die wir auf den letzten Seiten vorgestellt haben, als auch einige Überlegungen zum Sinn solcher Aktivitäten im Bereich „Migration und Gesundheit“.

Unsere Evaluation zeigt jedenfalls Handlungsbedarf in verschiedener Hinsicht. So ist eine zukünftige Orientierung an einer Strategie des Bundes im Gesundheitsbereich im Allgemeinen sowie im Bereich „Migration und Gesundheit“ im Besonderen dringend notwendig, um eine kohärente und systematische Weiterentwicklung bisheriger Aktivitäten zu gewährleisten. Beide Strategien bestärken aufgezeigte Entwicklungsansätze, die aufgrund der Evaluationsergebnisse weiterverfolgt werden sollten. Die generelle Amtsstrategie des BAG fordert Aktivitäten im Migrationsbereich, welche Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem abbauen und Ressourcen in der Migrationsbevölkerung mobilisieren sollen. Die Evaluation zeigt, dass sich das Gesamtprogramm „Migration und Gesundheit“ auf diesen beiden Ebenen fortbewegt. Die Förderung einer Öffnung des Gesundheitssystems wie auch die Unterstützung partizipativer Interventionen (mit spezifischer Ausrichtung) dürfen durchaus als komplementäre Ziele weiter bestehen.

Wir glauben deshalb, dass sich für die nächsten Monate eine organisatorische Neuausrichtung aufdrängt, die darauf abzielen sollte, das PMG ausserhalb des BAG anzusiedeln. Denkbar sind verschiedene Szenarien, die jedoch alle davon ausgehen, dass der Dienst Migration seine zukünftigen Anstrengungen auf Koordinations- und Promotionsaufgaben konzentriert, und sich nur für kürzere Perioden in der direkten Intervention engagiert (wenn beispielsweise Pilotprojekte lanciert werden). Bezüglich der Reorganisation des PMG sehen wir folgende Möglichkeiten:

- Es besteht erstens die Möglichkeit, im Sinne einer Arbeitsteilung, dass das PMG sich als feldnahe Projekt restrukturiert, um ein Ansprechpartner des Bundes zu werden. Dies bedeutet insbesondere, dass für das PMG mittelfristig eine strukturelle Basis geschaffen werden sollte, die es erlaubt, partnerschaftlich mit dem Bund, aber auch kritisch dem Bund gegenüber, Projekte zu fördern und umzusetzen, die der Migrationsbevölkerung zugute kommen. Um diesen Übergang zu ermöglichen, sollte sich das Projektmanagement des PMG in den nächsten Monaten auf die Konzeption einer organisatorischen Verselbständigung konzentrieren. Diese kann verschiedene

Formen annehmen: von der Organisationsgründung zur Angliederung an bestehende Organisationen wie zum Beispiel das Schweizerische Rote Kreuz oder andere Hilfswerke. Letztere Lösung hätte den Vorteil einer inklusiven nicht-segregativen Wirkung. Dabei muss die Frage aufgeworfen werden, ob eine regionale Ausrichtung einer nationalen Abdeckung des Interventionsgebiets nicht vorzuziehen wäre. Wie aus den Erfahrungen des PMG ersichtlich wird, erweist sich eine systematische Umsetzung auf nationaler Ebene als äusserst schwierig.

- Eine inhaltliche Variante dieser strukturellen Abkoppelung könnte darin bestehen, dass sich das PMG in Zukunft auf Aufgaben der Sensibilisierung von Institutionen und somit auf seine neueren Tätigkeitsschwerpunkte konzentriert. Dieses Szenarium entspricht einer Neuorientierung mit Akzent auf den Tätigkeitsfeldern 2 und 3⁴⁹ die im Kapitel Tätigkeiten und Ansätze beschrieben werden. Dies ist nicht nur kompatibel mit der zukünftigen Strategie des Bundes im Bereich „Migration und Gesundheit“, sondern auch mit Kompetenzen, die die ExpertInnen des PMG teilweise in den letzten Jahren entwickelt haben. Organisatorisch wäre diese Variante ähnlich anzusiedeln wie die erste. Ausserdem liessen sich hier wohl leichter Synergien mit den Aktivitäten der Hilfswerke herstellen.
- Schliesslich besteht auch die Möglichkeit, die verschiedenen Projekte innerhalb des PMG dort anzusiedeln, wo sie wirksam wurden oder letztlich werden sollten, das heisst in bestehenden Organisationen und kantonalen oder lokalen Einrichtungen. Dies würde allerdings einer dezentralen Lösung gleichkommen, die faktisch die Auflösung des bestehenden PMG bedeutet. Vorteilhaft wäre dabei die Verankerung der gesammelten Erfahrungen der einzelnen ExpertInnen in einem institutionellen Kontext. Die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer unmittelbaren regionalen oder lokalen Einbettung müssten systematisch abgeklärt werden, was leider im Rahmen dieser Studie nicht möglich war. Nachteilig wäre an diesem radikal integrativen Modell der Verlust des „Gedächtnisses“, das das PMG darstellt. Um diesen Verlust zu kompensieren, könnte ein nationaler Verein geschaffen werden, der sich mehr im Sinne einer Interessengemeinschaft von interkulturellen MediatorInnen organisiert, und eventuell dann auch Partnerschaften mit dem Bund bei spezifischen Fragen eingeht, welche die (zu schaffende) Berufskategorie der interkulturellen VermittlerInnen betrifft.

Der Übergang kann in jedem Fall nur sinnvoll gestaltet werden, wenn für die neue Struktur genaue Zielsetzungen und Organisationsabläufe definiert werden, die die jet-

⁴⁹ 2. Organisation von Fachtagungen, Ausbildungsmodule für interkulturelle VermittlerInnen, Beratungstätigkeit für öffentliche und gemeinnützige Organisationen, usw. 3. Sensibilisierung von Institutionen und von Berufsgruppen im Gesundheitsbereich für migrationsspezifische Anliegen, Vernetzungsarbeit unter der Regie von einheimischen Behörden (vgl. beispielsweise INTERNETZ).

zige mangelnde Reflexivität und Anpassungsfähigkeit zu überwinden helfen. Insgesamt sind wir jedoch der Meinung, dass die Neuausrichtung des Bundes im Rahmen der formulierten Strategie, falls diese tatsächlich umgesetzt wird, genügend Elemente und Ressourcen bereitstellen wird, um das BAG, wie den Bund insgesamt, als relevanten Akteur in diesem Feld zu belassen.

Anhang 1

Anhang 1a: Fragen an die MediatorInnen des Projektes „Migration und Gesundheit“

- Qui sont les médiateurs?
- Quelles activités mènent-ils dans le cadre du Projet Migrants/Migration et santé?
- Comment leurs activités se sont-elles développées depuis qu'ils travaillent dans le PMS ?
- Comment voient-ils leurs relations avec le PMS?
- Quels problèmes et quels succès ont-ils rencontrés dans leur activité?
- Comment les problèmes et réussites rencontrés ont-ils évolué dans le temps ?
- Quels sont leurs besoins pour améliorer leur action?
- Quel développement imaginent-ils pour leurs activités ?

*Anhang 1b: Fragebogen für Telephoninterviews: Mediatoren***Legende:**

→ *Bezeichnet eine Erklärung für die befragende Person*

Einzug bezeichnet eine untergeordnete Frage (die bei Zeitmangel weggelassen werden kann)

Vorstellung (in den Fällen, in denen kein erklärender Brief vorausgeschickt wurde) Guten Tag, meine Name ist XY. Ich arbeite für das Schweizerische Forum für Migrationsstudien – ein Forschungsinstitut, das der Universität Neuchâtel angegliedert ist. Wir haben vom Bundesamt für Gesundheit den Auftrag erhalten, sein Projekt "Migration und Gesundheit" auf seine Wirkung hin zu untersuchen. Zu diesem Zweck haben wir von der für die Koordination dieses Projektes zuständigen Person, Frau X (Herr Y), Ihre Telefonnummer erhalten. Wir beabsichtigen, alle Personen anzurufen, die an der Prävention und der Gesundheitsförderung in ihrer Gemeinschaft teilgenommen haben.

Für den Fall, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen, versichern wir Ihnen, dass ihre Antworten anonym und vertraulich behandelt werden. Ihr Name wird nirgends aufgeführt werden. Falls Ihnen eine Frage zu persönlich erscheint, müssen Sie sie nicht beantworten. Es kann in dieser Befragung auch keine "falschen" Antworten geben; es geht uns darum, Ihre persönliche Meinung zu erfahren.

Die Befragung dürfte ca. 30 Minuten dauern. Wären Sie damit einverstanden, nun einige Fragen zu beantworten ? Oder haben Sie noch Fragen zu dieser Untersuchung?

→ *Falls die Person zusagt, aber gerade keine Zeit hat, ist mit ihr ein anderer Termin für ein Telefongespräch zu vereinbaren.*

I Dossierbezeichnung

Name BefragterIn:	Identifikationsnummer:	<input type="text"/>
Befragung:	Abgeschlossen	
	Begonnen, noch nicht abgeschlossen	
	Abgelehnt	
Datum:	Zeit:	Dauer der Befragung:

II. Profil der befragten Person:

→ *Die Punkte dieses Abschnitts sind nach der Befragung auszufüllen.*

→ *Der befragten Person ist mitzuteilen, dass wir einige persönliche Daten (zu stat. zwecken) benötigen.*

1. Name und Vorname der befragten Person: Telefonnummer:
2. Wohnort:

FSM
SFM

3. Geschlecht: Weiblich Männlich

4. Herkunft :

- Italien
- Portugal
- Spanien
- Türkei
- Albanien
- Anderes:

5. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

- Ja → genauer:
- Nein → genauer (Antwort abwarten und nicht Antwortmöglichkeiten aufzählen)
 - arbeitslos
 - fürsorgeabhängig
 - pensioniert
 - Hausfrau/mann

6. Letzte Ausbildung:

7. Seit wann sind Sie in der Schweiz: (Jahr)

8. Art der Bewilligung:

- C
- B
- Anderes:

9. Alter:

10. Zivilstand: ledig

- verheiratet, mit Kindern
- verheiratet, ohne Kinder
- geschieden
- verwittwet

II. Rolle im Projekt Migration und Gesundheit (PMG)

11. Waren Sie in der Prävention und der Gesundheitsförderung des Projekts
« Migration und Gesundheit » des BAG engagiert?

Nein → Falls nein Danken und fragen, weshalb die Person auf der
Liste erscheint.

Ja

11a. Falls ja seit wann?(Jahr) _____

12. Sind Sie noch immer in der Prävention und der Gesundheitsförderung des Projekts
« Migration und Gesundheit » des BAG engagiert?

Ja → zu Frage 13 übergehen

Nein → Die Befragung nur bis und mit Frage 16 fortsetzen.

12a. Falls nein Wann haben Sie Ihr Engagement eingestellt? (Jahr)

12b. Falls nein Aus welchem Grund haben Sie Ihr Engagement eingestellt?

→ Mehrere mögliche Antworten

- Zeitmangel
- Keine Vergütung der Tätigkeiten
- Mangel an Interesse
- Das Thema ist zu heikel/ tabu
- Mangel an Wertschätzung dieser Art von Engagement von Seiten der schweizerischen Behörden
- Mangel an Wertschätzung dieser Art von Engagement von Seiten meiner Gemeinschaft
- Andere Gründe:

13. Was tun/ taten Sie genau im Rahmen Ihres Engagements für das PMG?

→ Mehrere Antworten sind möglich:

- Informations- und Präventionstagungen durchführen u.. autonom leiten
- ExpertInnen bei Tagungen begleiten
- Info und Präventionstagungen organisieren
- Kontakte für die Koord. des PMG organisieren
- Telefonberatungen
- Schriftliche Übersetzung von Broschüren
- Übersetzungen /Dolmetschen mündl.
- Pers. Beratungen
- Anderes:

Zusammenfassung :

14 Gehörte Ihr Engagement für das Projekt zu Ihren beruflichen Pflichten?

- Nein
- Ja → Falls ja (konkretisieren, für welche Organisation und in welcher Funktion dies geschah)

15 Findet/ fand Ihr Engagement im Rahmen der Aktivitäten einer oder mehrerer anderer Organisationen statt?

- Nein
- Ja → Falls ja (konkretisieren, welche Vereinigung(en):)

III. Engagement in der Prävention und der Gesundheitsvorsorge in der Gemeinschaft (Fortsetzung)

16 Auf welchen Gebieten arbeiten Sie / haben Sie im Rahmen Ihres Engagements für das PMG gearbeitet?

→ *Mehrere Antworten sind möglich:*

- Aids
- Drogen
- Tabak
- Alkohol
- Ernährung
- Empfängnis
- Sexualität
- Anderes:

16a. Haben sich diese Themen geändert seit Beginn Ihrer Zusammenarbeit mit dem PMG?

- Nein
- Ja → Falls ja (konkretisieren)

16b. Denken Sie, dass die behandelten Themen den Bedürfnissen und hauptsächlich Gesundheitsproblemen der Gemeinschaften, mit denen Sie arbeiten, gut gerecht werden ?

- Ja
- Nein 16c → Falls nein : Welches sind Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Probleme im Gesundheitswesen in Ihrer Gemeinschaft und/ oder in den Gemeinschaften, mit denen Sie in Kontakt stehen?
 - 1)
 - 2)
 - 3)

17 Mit wem arbeiten Sie meistens?

a) Mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, Pensionierten?

- Kinder
- Jugendliche
- Erwachsene
- Pensionierte

b) Eher mit Männer, Frauen oder mit beiden gleich häufig?

- Männer
- Frauen
- Beide

c) Nur in Ihrer Gemeinschaft?

- Ja
- Nein → Falls nein, in welcher/ welchen anderen Gemeinschaft(en) ?

d) Handelt es sich um Personen,

- die vor Kurzem in die Schweiz kamen (vor weniger als 5 Jahren)
- die schon länger in der Schweiz leben (seit mehr als 5 Jahren)
- Beides

18 In welcher Umgebung arbeiten Sie normalerweise für das PMG? → *Max. drei Antworten*

- Auf der Strasse
- In der Schule
- In Kirche/ Moschee/ Tempel
- Bei mir zuhause
- An Festen
- In den Vereinslokalen der Gemeinschaft
- In Bars, Diskotheken
- Im Umfeld des Sports
- Am Arbeitsplatz (genauer:)
- Am Arbeitsplatz der betreffenden Personen
- Im Spital
- Bei den betreffenden Personen zuhause
- Anderes:

19 Wie oft treffen Sie diese Personen?

Pro Jahr

20 Wieviel Prozent einer Vollzeitstelle entspricht Ihr Engagement für das Projekt? (100% entsprechen einem Arbeitstag von 8 Stunden)

Im Jahresdurchschnitt: %

21 Wieviele Personen pro Jahr haben Sie im Rahmen Ihrer Einsätze insgesamt getroffen?

22 Wie fanden diese Treffen in den meisten Fällen statt?:

→ *nur eine Antwort*

- In grossen Gruppen (mehr als 10 Personen)
- In kleinen Gruppen (weniger als 10 Personen)
- Mit einzelnen Personen

23 Mit welchen Institutionen haben Sie während Ihres Engagements für das Projekt Migration und Gesundheit am häufigsten zusammengearbeitet? (die drei wichtigsten)

- Keine Zusammenarbeit

24 Verwenden Sie das Präventionsmateriel, das vom Projekt Migration und Gesundheit zur Verfügung gestellt wird? (Es kann sich auch um Material handeln, dass nicht vom PMG hergestellt wurde.)

- Nein 24a Falls nein weshalb nicht ?
- Ja

24b Falls ja welches Material?

FSM
SFM

- Broschüre
- Tonkassetten
- Videokassetten
- Kondome
- Plakate
- Anderes:

24c Das Material in welcher Sprache benötigen Sie am häufigsten?

25 Wie empfinden Sie die Reaktionen der betreffenden Personen?

- Eher positiv →(konkretisieren)
- Eher negativ →(konkretisieren)
- Eher gleichgültig →(konkretisieren)

26 Welches sind Ihrer Meinung nach die positivsten Aspekte Ihres Engagements für das PMG, bzw. des Projekts selber?

-betreffend das Engagement:

-betreffend das Projekt:

27 Welches sind die wichtigsten Probleme, die Ihnen begegnet sind, bzw. des Projektes selber?

-betreffend das Engagement:

-betreffend das Projekt:

28 Was könnte Ihrer Meinung nach geändert werden, um das Engagement, bzw. das Projekt wirkungsvoller zu gestalten?

-betreffend das Engagement:

-betreffend das Projekt:

IV. Einstellung und Ausbildung

29 Wie ist der erste Kontakt mit dem Projekt Migration und Gesundheit zustande gekommen?

- Kontaktaufnahme durch KoordinatorIn des Projekts
- Kontaktaufnahme durch FreundIn
- Kontaktaufnahme durch meineN ArbeitgeberIn
- Ich habe den Kontakt selber aufgenommen.
- Anderes:

30 Haben Sie seit Beginn Ihres Engagements eine Ausbildung absolviert?

- Nein
- Ja

31 Falls nein weshalb nicht?

- Zeitmangel
- Die Ausbildung wäre nicht bezahlt worden

- Mangel an Interesse
- Genügende Kenntnisse waren bereits vorhanden
- Fehlende Anerkennung der Ausbildung
- Anderes:

→ Zur Frage Nr. 46 springen.

Falls ja :

32 In welchem Jahr?

→ Zeit, die seit Beginn des Engagements verstrichen war

33 Welche Ausbildung haben Sie erhalten?

- Einen Kurs
- Unmittelbares Einarbeiten mit einer Person vom Projekt
- Anderes:

34 Wie wird diese Ausbildung bezeichnet?

35 Wer hat die Ausbildung bezahlt ?

- Sie selbst
- Das PMG
- Andere, wer :

36 In welcher Organisation haben Sie diese Ausbildung absolviert?

37 Wie lange hat sie gedauert?

Von 199 bis 199 Anzahl Tage:

Von 199 bis 199 Anzahl Tage:

Von 199 bis 200 Anzahl Tage:

38 Wie war die Ausbildung aufgebaut?

- Module
- 1 einzelner Kurs
- Theorie und Praxis

39 Haben Sie am Schluss ein Zertifikat erhalten?

- Ja
- Nein

40 Wurden Sie am Ende der Ausbildung geprüft?

- Ja
- Nein

41 War die Ausbildung Ihrer Meinung nach der Art Ihres Engagements angemessen?

- Ja →(konkretisieren)
- Nein

42 War die Ausbildung genügend?

- Ja →(konkretisieren)
- Nein

42b Falls nein Was hätten Sie sich anders erwünscht?

43 Welche Änderungen könnte man an der Ausbildung vornehmen, um sie leistungsstärker zu gestalten?

FSM
SFM

- Mehr Praxisbezug
- Bessere Anerkennung der Ausbildung
- Mehr Konzentration auf bestimmte Themen
- Bessere Hilfestellungen der LehrerInnen ? ? ? ("meilleur encadrement »)
- Anderes:
- Keine Antwort

44 Halten Sie es für notwendig, für Ihre Art Engagement eine Ausbildung zu absolvieren?

- Nein
- Ja

44a Falls ja weshalb?

45 Wären Sie bereit, eine Ausbildung zu absolvieren?

- Nein
- Ja

45a Falls nein weshalb nicht?

- Zeitmangel
- Die Ausbildung würde nicht bezahlt werden
- Mangel an Interesse
- Genügende Kenntnisse sind bereits vorhanden
- Fehlende Anerkennung dieser Ausbildung
- Anderes:

45b. Falls ja weshalb?

V Betreuung

46 Haben Sie regelmässigen Kontakt mit der für die Koordination des Projekts zuständigen Person ihrer Gemeinschaft?

- Nein
- Ja

46a Falls nein Wann hatten Sie zuletzt Kontakt? (Monat und Jahr)

46b Bei welcher Gelegenheit?

46c Falls ja Wie oft stehen Sie mit ihr in Kontakt?

Pro Jahr:

46d Wie heisst diese Person? Wie ist ihre Adresse?

46e Auf welche Art und Weise haben Sie am häufigsten Kontakt?

- Per Telephon
- Per E-mail
- An Gruppensitzungen
- Über eine Plattform
- An persönlichen Treffen

47 Werden Sie für Ihr Engagement genügend betreut?

- Ja
- Nein

Falls nein was würden Sie verbessern?

48 An wen wenden Sie sich, wenn Sie im Rahmen Ihres Engagements Hilfe brauchen?

→ *Mehrere Antworten sind möglich.*

- An niemanden
- An eine für die Koordination zuständige Person
- An eine andere Person des Projekts
- Anderes:

49 Was benötigen Sie zu Ihrer Unterstützung bei der Arbeit?

- Von der koordinierenden Person des PMG:
- Von den Verantwortlichen des PMG:

VI Vergütung

50 Erhalten Sie für ihr Engagement eine Vergütung?

- Nein, ich arbeite ehrenamtlich.
- Ja, teilweise → Anzahl %
- Ja, vollumfänglich

51 Falls ja Wer bezahlt Sie?

- Der Arbeitgeber
- Die Institution, bei der ich arbeite
- Das Projekt Migration und Gesundheit

VII Beweggründe

52 Aus welchen Gründen arbeiten Sie für das Projekt Migration und Gesundheit?

- Aus beruflichen Gründen (präzisieren)

- Aus persönlichen Gründen (präzisieren)

53 Welche anderen (nichtfinanziellen) Vergünstigungen erhalten Sie vom Projekt?

VIII Gemeinschaften und Zukunft des PMG

54. Wie wird Ihre Rolle in Ihrer Herkunftsgemeinschaft oder in den Gruppen, in denen Sie Ihre Aktivitäten durchführen, Ihrer Ansicht nach eingeschätzt ?

→ *Frage nur stellen, falls die Person Frage 16c bereits beantwortet hat*

55. Welches sind Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Probleme im Gesundheitswesen in Ihrer Gemeinschaft und/ oder in den Gemeinschaften, mit denen Sie in Kontakt stehen?

- 1.
- 2

56. Wie haben sich Ihre Tätigkeiten im Rahmen des PMG entwickelt?

57. Wie schätzen Sie die Entwicklung des PMG insgesamt ein ?

58. Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

→ *Bedanken*

→ *Dürfen wir Sie wieder anrufen, wenn wir eine Präzisierung benötigen?*

→ *Könnten Sie uns bitte die Adresse und Telefonnummer eines oderer mehrer MediatorInnen angeben, die ebenfalls im PMG arbeiten ?*

Bemerkungen zur Befragung: (kurz und bündig)

1. Kurzbeschreibung des Interviewverlaufs (Eindruck, Gesprächsklima, Gründe einer Verweigerung usw.)
2. Zusammenfassung der Situation der Person im Rahmen des PMG (Aktivitäten, Engagement, berufliche Situation)
3. Ausführungen zu bestimmten Fragen

Annexe 2: Guide d'entretien – chargés de prévention

1. Regard rétrospectif: entrée dans le projet

- comment et pourquoi, motivation et background prof. (selon quels critères candidature retenue) etc.

2. conception du rôle et des tâches principales

- explicite (stratégies définies par le PMS, originalité), sida, dépendances, promo-santé...
- subjectif (sa propre conception); priorités fixées...
- particulière selon sa communauté

3. activités principales actuelles (et développement au cours des années)

- dans la communauté respective
- par rapport aux institutions/système de santé suisse etc.
- évolution des activités, étapes importantes dans le développement du programme

4. organisation du travail et aspects administratifs

- contrat, taux d'activité
- rapports institutionnels avec l'OFSP (stratégies, soutien, contrôle...); ITS; collègues
- rapports avec d'autres projets, institutions etc. (autorités pays d'origine, associations...)
- rapports avec les médiateurs/facilitateurs (et la communauté)
 - selection des médiateurs et projets et priorités
 - formation, contrats etc.

5. formation des coordinateurs, supervision, intervision...

6. appréciations du programme et de la situation actuelle

- forces et faiblesses, difficultés du programme en générale, de la démarche multiplicateurs, de l'organisation
- perception et légitimité du PMS dans la communauté
- perception par les institutions et le système de santé/social suisse
- dans quelle mesure les objectifs sont-ils atteints?

FSM
SFM

- perception de la fonction de médiateur

7. Propositions, souhaits

- améliorations possibles
- souhaits, craintes etc.

DOCUMENTS: liste de médiateurs/multiplicateurs; tableau des activités; matériel de prévention, autres documents conseillés ...

Anhang 3: Fragen an die „externen Fachpersonen“

- Connaissez-vous le Projet migration et santé (PMS) de l'Office fédéral de la santé publique et depuis quand?
- Comment et par qui avez-vous connu le PMS?
- Savez-vous à quelles communautés le PMS s'adresse?
- Quelles sont à votre avis les forces du PMS (veuillez préciser si vous vous référez à des activités particulières ou destinées à des communautés particulières)?
- Quelles sont à votre avis les faiblesses du PMS (cf. précision question précédente)?
- Quelle est votre appréciation concernant l'évolution du PMS (prière de préciser à quelle période vous faites référence)?
- Comment voyez-vous l'avenir du PMS (buts, stratégie, organisation)?
- Avez-vous d'autres remarques concernant le PMS, le service Migration de l'OFSP ou la politique dans ce domaine ?

Annexe 4: Politique de la santé et la migration dans le contexte international

En 1986, la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, qui s'est tenue à Ottawa, a abouti à l'élaboration d'une Charte visant à promouvoir, d'ici l'an 2000 et au-delà, les conditions d'une « Santé pour tous ». En ce qui concerne les migrants et les minorités ethniques, c'est seulement depuis la dernière décennie que le domaine de la santé est devenu une question centrale, et ce aussi bien pour les acteurs tant politiques que sociaux, que pour la recherche scientifique. Le fait que la première Conférence internationale portant spécifiquement sur la santé des populations migrantes et des minorités ethniques – organisée et soutenue par l'OIM et l'OMS – eût lieu en février 1990, en est un exemple frappant (IOM 2000). La conférence s'intitulait „Migration Medicine Seminar“. Depuis, d'importants changements sont intervenus. Non seulement dans le fait de considérer la santé des migrants et des minorités ethniques comme un domaine important, mais également dans le sens d'une redéfinition de la façon d'approcher les problèmes sanitaires des populations migrantes. Ces changements étaient déjà visibles dans la deuxième Conférence internationale, en 1992. Avec la dénomination „Migration and Health“, la Conférence montrait l'orientation dans l'approche de la santé des migrants et des minorités ethniques vers une „Salutogenese“, c'est-à-dire en insistant sur les facteurs qui contribuent à maintenir ou redécouvrir la santé chez l'être humain⁵⁰.

En ce sens, le changement fondamental a donc été celui d'approcher la santé des personnes migrantes – comme d'ailleurs celle de la population en général – en termes de „Gesundheit“ (Health) et non plus uniquement en termes de maladies dans le sens de „Diseases“, c'est-à-dire selon des paramètres strictement biomédicaux. Ceci a permis d'aller au-delà des diagnostics et des gestions de la santé classiques en approchant et en appréhendant cette dernière en termes plus globaux ou holistiques, notamment à travers l'approche du contexte et des spécificités sociales et culturelles (Illness, Sickness). Une compréhension et une intervention plus adaptées et efficaces ont ainsi été possibles. Parallèlement, le fait qu'au cours des dix dernières années le nombre de populations et individus entreprenant un processus migratoire ait augmenté et que les déterminants et les conditions de ces mouvements aient changées, a également contribué à montrer aux professionnels de la santé, ainsi qu'aux acteurs scientifiques et politiques, la nécessité d'une meilleure compréhension des questions liées à la santé des populations migrantes (IOM 2000).

Une prise de conscience particulière par rapport à l'importance du phénomène migratoire a eu lieu dans le contexte de la prévention du HIV/sida. Dans ce domaine, on s'aperçoit que les facteurs de risque d'entrer en contact avec le virus suite au processus migratoire, sont multiples. Parmi ces facteurs, nous pouvons mentionner le mouve-

⁵⁰ Voir: www.promotiondelasante.ch/fr/ges/con_ges_glo.asp.

ment d'une zone où le HIV/sida est peu connu vers une autre où le risque d'entrer en contact avec le virus est plus élevé. La séparation d'avec le partenaire habituel, la solitude et les conditions d'anonymat peuvent amener à assumer des comportements à risque. Le bouleversement des styles de vie, des normes et des habitudes, engendré par un environnement nouveau à quoi s'ajoutent souvent la misère et l'extrême pauvreté auxquelles font face les migrants, peu être à son tour, de part la vulnérabilité engendrée, un facteur de risque. De façon générale, les migrants se retrouvent dans des situations où d'autres questions que celle du sida leur paraissent prioritaires, comme par exemple le logement, l'emploi, le statut légal. Les femmes et les travailleurs/euses de l'industrie du sexe représentent une population particulièrement vulnérable aux risques du HIV/sida, en raison des conditions de travail, sans protection ou alors insuffisante, et d'exploitation qui caractérisent leur condition (Haour-Knipe 2000). Dès lors, en ce qui concerne la prévention et la lutte contre le HIV/sida, les projets et les programmes existants semblent viser – bien que beaucoup d'efforts restent à faire - à une sensibilité culturelle de plus en plus accrue permettant de mieux atteindre la diversité des situations et des populations cibles. Ainsi donc, l'isolement socioculturel et les conditions de vie souvent précaires auxquelles s'ajoutent l'insuffisance à la fois des informations sociosanitaires, et de l'accès aux soins, montrent l'importance et l'opportunité de programmes sensibles à la diversité des situations des différentes communautés de migrants et des minorités ethniques. Il nous semble encore utile de souligner le fait que la question du sida et de sa prévention ont servi de moteur au développement de programmes s'articulant autour de la question de la sensibilité sociale et culturelle et s'adressant aux migrants et aux minorités ethniques.

Pour situer le „Programm Migration und Gesundheit“ (PMG) dans le contexte international relatif au domaine de la prévention contre le HIV/sida, nous présenterons quelques exemples de projets similaires mis en place dans d'autres pays. Néanmoins, bien que des projets semblables aient été développées dans différents pays du monde, comme par exemple au Canada et aux Etats-Unis, ainsi qu'en Israël, Inde ou en Afrique du Sud, nous ferons référence spécifiquement au contexte de l'Europe. Tout d'abord, il nous semble utile de rappeler brièvement quelques caractéristiques de l'approche communautaire en matière de santé, approche qui vise la sensibilité aux nécessités sociales et culturelles mentionnée plus haut et dans laquelle s'insèrent les exemples de projets que nous allons présenter plus bas.

Community Health

L'idée de promotion de la santé développée dans la Charte d'Ottawa et qui vise à favoriser et permettre un processus conférant aux populations «les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (Clech 1996: 87), se fonde, entre autre, sur cette sensibilité envers la spécificité culturelle. En effet, parmi ses principes fondateurs, la Charte évoque la nécessité de renforcer l'*action communautaire*:

„La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé“ (Clech 1996: 89).

De façon générale, parmi les programmes nationaux et régionaux de prévention contre le VIH/sida, plusieurs types d'approches et types d'activités peuvent être distingués. Dans la direction évoquée par la Charte d'Ottawa, nous nous référons aux programmes reposant sur l'engagement et la mobilisation active des communautés visées, programmes également appelés „community-based“. En ce sens, l'approche communautaire de la santé comprend toujours une démarche participative apte à contribuer de façon significative à la promotion de la santé et à répondre de manière appropriée aux besoins d'une population⁵¹. De manière générale, il faut mentionner que les programmes de santé communautaires sont apparus comme un potentiel utile à la santé publique en matière de prévention et promotion de la santé à partir des années '70 (Brownson et al. 1999: 7). De tels programmes ne se sont pas développés spécifiquement en fonction des communautés de migrants, mais ils s'adressaient à tout type de communauté ou groupe social qui peut être défini comme tel (par exemple, les toxicomanes, les prostituées). Le Canada et la Suède, par exemple, ont développé beaucoup d'efforts dans la mise en pratique de programmes en ce sens (voir par exemple, le projet "The Healthy Cities/Healthy Communities" au Canada). De même, l'apparition de ces programmes dans le domaine de la santé a commencé avec la prévention des maladies cardio-vasculaires (par exemple, aux Etats-Unis et en Suède) et non pas directement avec celle du VIH/sida.

En ce qui concerne plus particulièrement la prévention du VIH/sida s'adressant spécifiquement aux migrants et aux minorités ethniques, les programmes de prévention community-based ont vu leur développement surtout à partir des années '90 (Haour-Knipe 2000). L'approche communautaire inspirée des programmes communautaires visant tout type de communauté ou de groupe social et adaptée au contexte et aux nécessités des migrants, au-delà d'une meilleure transmission de l'information, a permis d'atteindre les communautés et les secteurs les plus marginalisés. En plus, tant pour les migrants que pour la population en général, une telle approche comprend une dimension *d'empowerment*. C'est-à-dire, qu'elle implique "un processus qui permet aux gens d'acquérir un meilleur contrôle des actions et des décisions qui influent sur leur santé"⁵². Parmi les programmes communautaires s'adressant aux migrants, il est possible de distinguer - sur la base d'expériences européennes - divers modes d'activité préventive en matière de VIH/sida. Des programmes dirigés vers l'individu [ex. hotlines conçues pour minorités ethniques], des programmes dirigés vers des groupes (ex. formation de membres de communautés ethniques comme éducateurs et/ou promoteurs de santé ou médiateurs culturels), et encore des programmes utilisant les médias (ex. radios, transmissions télé ou journaux développés par et/ou pour des minorités ethniques) (van Duifhuizen, 1996). Dans ce chapitre, notre attention se porte principalement sur les programmes dirigés vers de groupes.

Le cas du PMG, mis en place en 1991 par l'Office Fédéral de la Santé Publique, visait, au début, la prévention du VIH/sida et des comportements de dépendance au

⁵¹ Voir: www.remis-y-ressy.org/faq/reseau.htm

⁵² Voir: www.promotiondelasante.ch/fr/ges/con_ges_glo.asp

sein des communautés étrangères vivant en Suisse. Ce projet représente, en ce sens, un exemple d'approche dirigé vers des groupes et engageant activement les communautés, et ce, plus particulièrement, à travers le travail de „interkulturelle Vermittlung“⁵³. Ce mode d'action préventive, outre représentant une des caractéristiques principales du PMS, se révèle également être une pièce fondamentale dans les approches communautaires de la santé. Dans le PMS, deux types de médiateurs sont recrutés. Premièrement, des membres d'une communauté qui bénéficient d'une formation sanitaire, sociosanitaire ou médicale. Deuxièmement, des personnes sans formation spécifique préalable, mais qui présentent un intérêt pour le travail de prévention au sein de la communauté et acquièrent les connaissances et les savoirs nécessaires au fur et à mesure et par le travail direct sur le terrain (Haour-Knipe et al. 1999: 51). Le PMS, dans son approche communautaire, s'inscrit donc dans la direction évoquée par la Charte d'Ottawa du fait qu'il pose les conditions pour une participation «effective et concrète» des communautés. En effet, les trois stratégies principales régissant le PMS sont «l'implication des communautés dans l'élaboration et la réalisation des projets, la promotion de l'accessibilité des services suisses et de leur collaboration avec les migrant(e)s, et la collaboration avec les pays d'origine de migrant(e)s» (Zobel 2000: 10; Burgi et al. 1997).

Un bref regard sur le contexte international, nous permettra de mieux comprendre la portée du modèle suisse de prévention et de promotion de la santé auprès des migrants.

Exemples de projets dans le contexte européen

De manière générale, pour ce qui concerne la situation en Europe, les programmes de prévention du HIV/sida pour les migrants se sont développés d'abord dans les pays du centre et du nord de l'Europe, comme par exemple l'Angleterre et les Pays-Bas. Les pays au sud de l'Europe, qui étaient jusqu'à une date récente pays d'émigration, ont développé des programmes quelques années plus tard. Dans les pays de l'est de l'Europe, les activités allant dans la direction évoquée restent en bonne partie à entreprendre (Haour-Knipe 2000). En ce qui concerne les politiques et les pratiques gouvernementales des pays de l'Europe concernant la santé des immigrants et des réfugiés, le rapport sur les conditions sanitaires des migrants et des réfugiés en Europe édité le 9 février 2000 par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe⁵⁴ est très clair:

„Dans la perspective spécifique de la santé, peu de pays ont jugé bon d'assurer aux migrants le type de services socialement et culturellement adaptés dont ils ont besoin et, dans

⁵³ A titre informatif, il existe une typologie des approches de programmes ayant recours à des médiateurs dans le domaine du HIV/sida: l'approche pédagogique, l'approche de proximité, l'approche diffusionnelle et l'approche fondée sur la mobilisation communautaire grâce à l'appui des pairs (Haour-Knipe et al. 1999)

⁵⁴ Tiré de : <http://stars.coe.fr/doc/doc00/FDOC8650.HTM>; consulter le site pour plus d'informations.

de nombreuses régions d'Europe, il existe des migrants qui tombent en dehors du champ d'action des services sanitaires et sociaux existants" (<http://stars.coe.fr/doc/doc00/FDOC-8650.HTM>).

Et quelques lignes plus en bas:

„Il existe également partout un besoin urgent de faire participer les migrants aux services sanitaires nationaux et locaux généraux ainsi qu'aux programmes de prévention des maladies" (<http://stars.coe.fr/doc/doc00/FDOC8650.HTM>).

Au-delà des questions relatives à l'efficacité de certains services, nous pouvons mentionner le fait que le développement de projets spécifiquement adressés aux migrants et aux minorités ethniques ainsi que les pressions exercées par les organisations non-gouvernementales et celles de migrants, ont contribué à la mise en place de services institutionnels à l'encontre des besoins spécifiques des populations migrantes en matière de santé et d'aide sociale. En Suisse, l'exemple de services, allant dans ce sens, est représenté par le « Dienst Migration » de l'OFSP. Des services semblables existent, par exemple, aux Pays-Bas et en Angleterre. Il nous semble important de souligner l'effort considérable fourni par des organisations non-gouvernementales et des organisations de migrants dans le développement et la mise en pratique de programmes communautaires de prévention du HIV/sida.

Dans les pays en voie de développement, outre les efforts des organisations non-gouvernementales locales et occidentales, il existe des projets de prévention du VIH/sida concernant les populations migrantes développés avec la collaboration de différents organismes internationaux et organisations des Nations Unies (ONUSIDA, WHO, IOM, PNUD, etc.) et s'insérant dans des programmes globaux de promotion de la santé et de lutte contre le sida (par exemple, en Afrique⁵⁵ et en Asie du Sud⁵⁶).

Dans la partie qui suit, nous présenterons quelques exemples de projets communautaires de prévention du VIH/sida concernant les populations étrangère ou mobiles en Europe. Notre critère de choix a été celui d'une action préventive par le travail de médiateurs culturels et de pairs éducateurs. Néanmoins, nous tenons à préciser qu'il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif et systématique. Egalement, en raison du peu d'informations trouvées nous nous bornerons à présenter uniquement les programmes et les projets le mieux documentés. A ce sujet, bien que quelques efforts dans cette direction aient été faits (voir Haour-Knipe et al. 1999), il manque – à notre avis – des études qui recensent et systématisent de façon exhaustive et au niveau international les différents programmes et projets de prévention du VIH/sida faisant recours à des médiateurs culturels ou à des pairs éducateurs auprès de migrant(e)s.

⁵⁵ Pour plus d'informations, consulter le site : www.unaids.org

⁵⁶ Pour plus d'informations, consulter le site : www.hiv-development.org/

Projet „TAMPEP“

Le projet TAMPEP (The Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe Project) fut créé en 1993 aux Pays Bas, en Allemagne, en Italie et dans un deuxième temps en Autriche, sous la responsabilité et la coordination de quatre organisations (Mr A de Graaf Stichting pour les Pays-bas, Amnesty for Women pour l'Allemagne, le Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute pour l'Italie et Lateinamerikanische Exilierte Frauen in Osterreich pour l'Autriche). Les sources de financement du projet sont la Commission Européenne d'une part, ainsi que divers cofinancements au niveau national d'autre part. Parmi ces derniers, les bailleurs de fonds sont par exemple les ministères de la santé publique ou/et des affaires sociales, les organes régionaux ou locaux ou encore les associations nationales oeuvrant dans le domaine du sida. Les interventions et les activités du projet affectent 23 groupes de femmes et transsexuels immigrés et travaillant dans l'industrie du sexe. Leurs pays d'origine sont l'Afrique, l'Europe de l'Est, L'Amérique latine et le sud-est de l'Asie. La caractéristique stratégique et méthodologique du projet est fondée sur le travail avec des médiateurs culturels et avec des pairs éducateurs (peer educators/supporters). Les médiateurs culturels sont des professionnels du champ et possèdent les mêmes caractéristiques ethniques et/ou culturelles que les groupes cibles. Les pairs éducateurs, par contre, sont recrutés parmi les travailleurs/euses dans l'industrie du sexe. Leur fonction consiste à promouvoir et faciliter l'adoption de comportements sains, ainsi que de participer à la création de matériel pour la prévention adapté aux caractéristiques et aux besoins spécifiques des groupes visés. Souvent ils/elles représentent des «leaders» de leur groupe d'appartenance et se caractérisent par des connaissances sanitaires de base, par des capacités éducatives et communicatives accrues, ainsi que par un haut degré de motivation et d'ambition. Ils/elles participent aux processus d'analyse et d'évaluation des activités et interventions. La sélection, la formation et le suivi des pairs éducateurs/trices prend généralement de deux à trois mois. La formation inclut des séminaires, des workshops et d'autres activités visant l'empowerment des travailleurs/euses de l'industrie du sexe pour un environnement permettant le développement de comportements plus sûrs et plus sains vis-à-vis du VIH/sida et de la santé en général. Un petit budget leur est fourni ainsi qu'un certificat attestant leur participation et engagement au cours⁵⁷ (Brussa 1996: 193-206).

Le projet européen « “AIDS & Mobility »

Le projet européen “AIDS & Mobility” a été mis sur pied en 1989 à l'occasion d'un séminaire organisé par L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et portant sur les populations qui échappent aux structures présentes dans le domaine de la prévention. L'objectif du projet visait l'élaboration d'une stratégie capable de prendre en compte les nécessités spécifiques des populations mobiles (ex. migrants, prostitué(e)s, touristes sexuels et de la drogue). Suite à une première phase de formulation et de repérage des groupes cibles, le projet est ainsi entré dans une phase pratique dès 1992. Il

⁵⁷ Tiré de : www.kit.nl/ibd/exchange/html/1998_4_europe.htm

poursuit trois buts: permettre la prise de conscience des besoins spécifiques des populations mobiles, collaborer au soutien de la coopération européenne pour l'élaboration d'interventions adéquates et créer un réseau de liens entre les services officiels, les organismes privés qui s'occupent des différentes communautés et les migrants affectés ou confrontés aux questions relatives au sida. En ce sens, „Aids & Mobility“ constitue un véritable réseau de coordination et d'informations (Network). Le projet adopte et prône également l'approche d'une participation et d'une mobilisation communautaire dans le soutien et la prévention du VIH/sida. Ainsi, par exemple, à partir de '97 en collaboration avec la Commission Européenne, le projet a créé des programmes de formation spécifiques pour les femmes africaines migrantes et pour les intervenants sur le terrain de prostituées étrangères. Un autre exemple est représenté par la réunion annuelle du projet, « Migrants Meeting », dont une édition a été organisée et financée par le « Projet Migrants » de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Enfin, le financement du projet « AIDS & Mobility » se fait au travers du soutien de la Commission européenne, du gouvernement des Pays-Bas, du Fonds néerlandais « Sida » et également à travers le programme des Nations Unies « UNAIDS ». ⁵⁸ (Haour-Knipe et al. 1999 : 37; Narimani et al. 1996).

« The NAZ Project » (Angleterre)

« The Naz Project » a été créé et mis en place en 1991 à Londres par un groupe de personnes originaires de l'Asie du Sud confrontées à la maladie du sida, ou affectées par elle. Le projet s'est développé en réponse aux besoins spécifiques exprimés par des membres des communautés d'Asie du Sud, turques, arabes et iraniennes, réclamant des services de soins adaptés à leurs particularités culturelles, religieuses et linguistiques en matière de HIV/sida. Aujourd'hui, il bénéficie, en partie, de fonds provenant du gouvernement. Les principaux objectifs du projet sont les suivants : l'éducation et la prise de conscience dans et par les communautés spécifiques sur les thèmes et les problématiques liés au HIV/sida et aux maladies sexuellement transmissibles (MST) ; la prévention et la promotion en matière de santé sexuelle en tenant compte des questions de genre ; le développement d'un système d'aide et de soins pour les personnes affectées par le HIV/sida ; le fonctionnement de services d'aide et de soutien aux «clients». Pour la réalisation de ces buts, la stratégie du projet se base, d'un côté, sur la promotion de services culturellement adaptés dans les services officiels et d'autres organisations travaillant déjà dans le domaine du HIV/sida. D'un autre côté, au travers du recrutement et la formation de membres des différentes communautés en tant que «éducateurs informels» (informal peer educators) organisant des activités de prévention dans et pour leur propre communauté (Haour-Knipe et al. 1999: 37; O'Brien et Khan 1996: 113-14; Migrants 1993: 44-47). Nous retrouvons donc la mobilisation communautaire directe à travers des médiateurs, comme stratégie d'action préventive.

⁵⁸ Tiré de : www.aids.ch/f/prevention_target_migrant_2.htm; pour plus d'informations, voir l'adresse web: www.aidsmobility.org/

« Positively Irish Action on AIDS » (PIAA) (Angleterre)

Ayant cessé ses activités en '96, la PIAA était une organisation communautaire de bénévoles créée en 1989 à Londres et composée de personnes de la communauté irlandaise (travailleurs sociaux dans domaines du HIV/sida et des drogues ainsi que des homosexuels). La cause de la cessation de l'organisation fut le renoncement à son financement de la part du gouvernement anglais, motivant un tel choix en raison du fait que la prévalence du HIV n'était plus considérée comme une proirité et que les besoins spécifiques de la communauté irlandaise rentraient en quelque sorte dans l'ordre des services de santé déjà existants (mainstream services). L'organisation avait pu bénéficier d'un support de bénévoles en termes de temps, de management et de collecte de fonds (à travers d'associations de « gay » et lesbiennes, privés et autres). Leur but était celui de promouvoir des activités de prévention, de soutien et de soins pour les membres séropositifs de la même communauté, ainsi que leurs familles et groupes d'amis résidant en Angleterre. En particulier, la PIAA avait développé un service de référence (Referral service) ayant pour but l'identification des populations cibles, l'évaluation et la compréhension de leurs besoins spécifiques et leur soutien au travers de la mise en contact avec les services de référence qui existent dans le secteur. En relation avec la stratégie de médiation culturelle, la particularité de l'approche développée par la PIAA était la suivante : l'évaluation initiale des besoins d'une population cible s'effectuait à travers la participation d'un membre de la communauté en question qui faisait office de médiateur entre le groupe et ses besoins et le personnel du projet. La méthode permettait notamment d'effectuer un travail efficace avec des moyens limités et d'accorder un support aux services déjà existants dans le domaine du HIV/sida et travaillant avec des membres de la communauté irlandaise (Haour-Knipe et al. 1999: 37; O'Brien et Khan 1996: 112-13; Migrants 1993: 59-62).

Projet visant les communautés africaines (Angleterre)

En Angleterre et plus particulièrement à Londres, les constats statistiques montrant que les communautés d'origine africaine, principalement des régions sud-sahariennes (République Démocratique du Congo, Malawi, Kenya, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe) sont parmi les groupes les plus affectés par le HIV/sida, ont poussé les autorités londoniennes de la santé publique à adopter des mesures de promotion de la santé et de prévention du HIV/sida. A partir des années '90 plusieurs projets visant des communautés africaines spécifiques ont été développés. Dès 1997, le Département de la Santé a mandaté un organisme - le Enfield and Haringay Health Authority - à promouvoir un programme national de prévention du HIV/sida fonctionnant selon une approche communautaire. Le projet vise l'implication, la mobilisation et la coordination de différentes organisations communautaires, ainsi que de secteurs bénévoles africains au développement de services d'information, de prévention et de soutien pour répondre aux besoins spécifiques des différentes communautés africaines en questions⁵⁹ (Bahl 1999: 67-74).

⁵⁹ Tiré de : www.hda-online.org.uk/nhpis/; consulter l'adresse web pour plus d'informations.

Commentaires intermédiaires sur le PMS dans le contexte international

Les informations disponibles ne permettent malheureusement pas toujours de se faire une idée précise concernant l'organisation et le financement des projets évoqués. Ces exemples nous donnent néanmoins la possibilité de soulever quelques considérations intermédiaires concernant la spécificité du PMG par rapport au contexte européen.

Une première considération porte sur la *durabilité* du projet. En effet, le PMS fait preuve d'une certaine longévité. Mis en place en 1991 au travers d'une phase pilote, le PMS s'est progressivement développé par l'intermédiaire d'une consolidation institutionnelle et d'un élargissement au niveau des communautés visées. Aujourd'hui, il est toujours actif. Si nous considérons le fait que les populations migrantes - dans les différents pays en général - sont souvent les premières à souffrir de réductions budgétaires, la durabilité du PMS est à cet égard remarquable. Souvent une partie des programmes existants sont en même temps des projets-pilotes. Un manque budgétaire à la fin d'une phase-pilote peut se révéler fatal pour le programme (Haour-Knipe 2000). Mais nous retenons que les aspects budgétaires, bien que fondamentaux, ne sont pas la seule raison qui décide d'un projet.

Dès lors l'*évaluation* est un deuxième élément à prendre en compte. En effet, un suivi continu du projet visant à une amélioration des interventions (par exemple, le PMS a élargi son action du sida à la promotion de la santé en matière de dépendances en général) est aussi à prendre en compte. En effet, l'efficacité et la continuité d'un projet résultent également de sa capacité à être attentif aux changements des besoins et des nécessités de la population visée. En ce sens, le PMS a été systématiquement accompagné de phases d'évaluation. Depuis son début, le PMS a fait l'objet de trois évaluations (quatre avec la présente évaluation), ainsi que de diverses évaluations partielles.

Un autre élément à considérer est la question de la *stigmatisation* et des risques qui l'entourent. En effet, un défi à relever pour les programmes community-based de prévention du HIV/sida est celui d'éviter la stigmatisation de la communauté visée et ce à la fois dans le pays d'accueil, entre les membres de la même communauté, et dans le pays d'origine en cas de retour. Pour faire face à un tel risque, le PMS s'inscrit dans une stratégie préalable de prévention du sida au niveau national. Cela signifie que les migrants représentent un groupe-cible au même titre que d'autres groupes comme par exemple les jeunes, les femmes, etc., afin qu'ils ne soient pas perçus comme spécifiquement visés et stigmatisés. Les difficultés qui peuvent se présenter au niveau de la prévention par rapport à la population autochtone ne sont pas motivées en raison de comportements qui leurs seraient spécifiques et qui les exposeraient davantage aux risques du sida, mais uniquement en raison des différences sociales, culturelles, linguistiques et religieuses qui leurs sont propres. De même, des interventions visant des groupes spécifiques à l'intérieur même d'une communauté, sont adressées aussi à la communauté en général. En plus, le PMS concentre son action préventive non pas sur une, mais sur plusieurs communautés de migrants (italienne, espagnole, portugaise, turque, de l'ancienne Yougoslavie et également d'Amérique latine et d'Afrique). Cela permet d'éviter un risque de "dévalorisation" et de stigmatisation inter-

communautaire. Ainsi, des projets se focalisant spécifiquement sur des communautés ou des groupes de migrants en particulier pourraient ne pas être à l'abri de tels risques. Sans vouloir discréditer ni juger des exemples de projets présentant une telle stratégie "particulariste", il nous semble que le modèle du PMS réunit des conditions intéressantes pour faire face aux défis du risque de stigmatisation. A savoir, l'intégration de la prévention envers les migrants dans une politique de prévention globale adressée à toute la population nationale, et une prise en compte multiple des différentes communautés étrangères. Dès lors, parmi d'autres projets dans d'autres pays, le modèle du PMS peut être ainsi considéré comme un exemple en matière d'évitement des questions de stigmatisation (Haour-Knipe 2000).

En guise de conclusion et sans avoir voulu faire une analyse systématique et exhaustive des différences entre les divers projets européens de prévention du HIV/sida envers les migrants – ce qui nécessiterait une étude spécifique et approfondie – nous avons présenté quelques éléments permettant d'affirmer que le PMS peut être considéré comme un projet d'une certaine unicité par rapport au contexte évoqué. Et ce, en raison de son champ d'action pluri-communautaire et attentif aux risques de stigmatisation ainsi que de son caractère durable.

Annexe 5: Bref rappel des résultats majeurs de l'évaluation de 1996 – période 1994-1995 : partie médiateurs⁶⁰

Les descriptions suivantes résument les caractéristiques du travail avec les médiateurs du PMS dans la période 1994 à 95 et sont tirées de l'étude de Haour-Knipe et Fleury (1996). Nous en mettons en évidence les résultats majeurs pour en déduire des éléments comparatifs dans le temps, voir des appréciations sur la situation actuelle.

Activités des médiateurs

L'évaluation recense cinq catégories d'activités principales :

- Les actions « Tout public » visant des personnes de l'ensemble de la communauté : séances, conférences d'information ou de formation organisées dans les associations des communautés, lors de fêtes, émission de télévision ou article etc.
- Les actions pour « groupe d'intérêt » visant des personnes réunies par des activités ou des préoccupations communes.
- Les permanences téléphoniques pour un conseil et un contact anonyme.
- Les activités individuelles des médiateurs sur leur lieu de travail, dans des hôpitaux, à domicile.
- Les activités de prévention et de conseil personnalisé.

L'implication et le temps consacré aux activités de prévention varient. Les médiateurs les plus actifs mènent parallèlement plusieurs types d'actions. Seuls 6 médiateurs sur 81 ont indiqué qu'ils font aussi de l'accompagnement de personnes malades du sida.

L'étude conclut sur l'hétérogénéité entre les différentes activités, ainsi que par rapport aux stades d'activité dans la prévention (variant entre une personne en cours de préparation et une personne complètement autonome).

Interventions des médiateurs

A l'époque de l'étude, les médiateurs turcs et espagnols sont dans la phase d'« information de base », mais s'adressent à des groupes ciblés (2^{ème} génération, toxicomanes, différenciation de l'information selon le genre). Les médiateurs portugais sont encore dans la phase tout public. HIV/Aids ist zwar das Hauptthema der Interventionen, wird aber in der Evaluationsphase immer mehr ergänzt durch gemeinschaftsspezifische gesundheitliche Themen. Le nombre total de personnes touchées

⁶⁰ Précisons encore une fois que nous utiliserons le terme générique de « médiateur ».

par la prévention des médiateurs entre 94 et 95 est proche entre les trois communautés (env. 6000 personnes touchées par communauté).

Compensation des médiateurs

Les pratiques de remboursement ne sont pas standardisées et aucune ligne directrice n'a été établie par rapport à la rémunération des personnes. La question du bénévolat reste non définie. Selon cette étude, le PMS devrait être plus clair à cet égard, transmettre ses principes aux médiateurs afin d'éviter de faux espoirs de rémunérations ou d'obtention d'une activité substantielle.

Recrutement des médiateurs

Eine grosse Diversität in den Rekrutierungspraktiken in bezug auf die interkulturellen VermittlerInnen wird in der Studie festgestellt : selon des réseaux différents (formel ou informel) et par rapport à la stratégie de travail particulière de chaque expert. Les médiateurs portugais sont généralement recrutés par séance d'information et les médiateurs espagnols et turcs par un ami.

L'étude note une instabilité du pool des médiateurs qui oblige les experts du PMS à recruter de nouvelles personnes régulièrement.

Formation des médiateurs à l'intérieur du PMG

L'étude distingue trois types principaux de préparation des médiateurs:

- Participation à des cours mis en place par le PMS ou d'autres organismes.
- Formation par travail direct à des activités de prévention.
- Auto-formation par des lectures personnelles.

La moitié des médiateurs a suivi des cours du PMS. Ce type de formation est le plus fréquent et répond donc, d'après les auteurs, à un réel besoin. Selon les entretiens, les médiateurs plus actifs sont généralement satisfaits de leur niveau de formation. Les médiateurs moins actifs réclament une formation complémentaire.

L'étude recommande de former les médiateurs sur la base d'une formation continue et modulaire adaptée aux besoins des différents types de médiateurs selon leur stade d'implication. Elle préconise une formation à la fois intraculturelle, donnée dans la langue des médiateurs et une formation pouvant être interculturelle.

Accompagnement des médiateurs

Un cadre formel de supervision n'a pas été établi pour l'ensemble du projet toutefois certains projets ont bénéficié d'une supervision de la part des experts. Les résultats de l'étude mettent en évidence les difficultés suivantes:

- Les médiateurs demandent plus de suivi car ils ont un sentiment d'isolement

- Sentiment de manque de reconnaissance
- Difficulté pour les experts d' à la fois stimuler les médiateurs et de viser en même temps leur autonomie au niveau individuel et régional
- Dissémination géographique rend difficile le suivi et l'encadrement.

L'étude conseille de mettre en place en vue d'améliorer et de faciliter le suivi des médiateurs:

- Une newsletter, des rencontres entre les différents médiateurs.
- Une formation continue
- La prévention ciblée demande un encadrement plus important des médiateurs notamment au niveau émotionnel

Conclusion générale de l'évaluation de 1996

Selon l'étude auprès de la population générale des communautés, *le développement et l'élargissement – thématique et à d'autres communautés* – du PMS se justifie en raison de son impact positif dans la population: les résultats montrent d'une part une amélioration des connaissances concernant le Sida, de l'utilisation du préservatif et des attitudes envers les personnes séro-positives. D'autre part, une demande et un besoin de prévention par rapport à d'autres problèmes sanitaires ont été relevés aussi bien dans l'enquête auprès des médiateurs que dans celle sur l'impact du PMS auprès de la population générale. L'évaluation recommande ainsi l'élargissement à une promotion plus large de la santé des migrants. Enfin, ce contexte permet aussi d'éviter, selon l'étude, toute stigmatisation des communautés en tant que „Risikogruppe“ et incite donc à s'élargir à des populations d'autres origines qui peuvent désormais considérer cette prévention ciblée comme un droit. Dans ce sens, cette évaluation a aussi mentionné l'importance de l'appartenance des experts du PMS à la communauté dont ils sont chargés⁶¹.

Par rapport au travail avec les *médiateurs*, les recommandations mettent l'accent sur la nécessité de *mieux encadrer et reconnaître* leur activité et leur fonction. L'étude propose de donner une *formation continue* aux médiateurs. Enfin, il est rappelé que l'objectif est d'amener les médiateurs à être *autonomes* du PMS dans leur travail, par leur *inscription dans des institutions régionales et le développement de projets internes aux communautés*.

Pour conclure, les recommandations sur l'ensemble du PMS soulignent que les experts doivent favoriser aussi les initiatives locales par un partenariat, une *délégation des tâches* et un *travail en réseau*. L'objectif doit *continuer vers des actions ciblées*,

⁶¹ L'étude donne pour preuve l'exemple de la communauté portugaise gérée d'abord par des chargées hispanophones de la prévention et dont les activités ont réellement commencé avec l'arrivée de la l'experte portugaise.

mais maintenir également des informations pour la population générale de la communauté. L'étude conclut sur l'importance de « visibiliser » le PMS et d'en faire un *centre de référence* incontournable en matière de santé des migrants sur le VIH/Sida mais aussi sur d'autres thèmes.

Anhang 6: Mitglieder der ExpertInnenbegleitgruppe

- PD Dr. Rosita Fibbi, Soziologin, Université de Lausanne, IES-Genève.
- Dr. Mary Haour-Knipe, Soziologin, Institut de médecine sociale et préventive-Unité d'évaluation des programmes de prévention und IOM-Genève.
- Dr. Regula Weiss, Psychiaterin, Zürich
- Charles Landert, Evaluator, Landert, Farago, Davatz & Partner
- Dr. Dominique Hausser, Arzt und Projektleiter, IREC-Lausanne.

Anhang 7: Grenzen und Probleme der Evaluation

Die vorgestellten Ergebnisse müssen in verschiedener Hinsicht relativiert werden. Wir konnten, wie bereits in der Einleitung erwähnt, die Wirkung des Programmes „Migration und Gesundheit“ nicht systematisch erheben. Es wäre auch von der Länge des Programmes und den verschiedenen grösseren Veränderungen in diesen zehn Jahren kaum möglich, direkte Beziehungen zwischen dem Programm und Veränderungen zum Beispiel im Gesundheitsverhalten in der Migrationsbevölkerung abzuleiten. Die Wahl, diese Wirkungsfrage aufgrund der Einschätzungen von ExperteInnen (Interviews mit externen Fachpersonen) annähernd zu beantworten, vermag zwar wichtige Hinweise zu liefern, würde aber zur Bestätigung weitere Untersuchungen erfordern, die sich methodologisch problematisch erweisen dürften. Und dies insbesondere, weil sich leider herausgestellt hat, dass einige der externen Fachpersonen das PMG nur oberflächlich kannten und sich oftmals nur zu sehr *allgemeinen Merkmalen oder aber Teilaspekten* äussern konnten oder wollten.⁶² In diesem Sinn war es relativ schwierig, umfassende Einschätzungen zu erheben; im Gegensatz dazu kannten die internen Befragten das PMG selbstverständlich sehr gut; als Beteiligte vertraten sie allerdings auch bestimmte Interessen.

Als weitere Schwierigkeit sei auch erwähnt, dass während der Evaluation das Umfeld nicht ganz kontrolliert werden konnte, um eventuelle Wirkungszusammenhänge zum jetzigen Zeitpunkt herzustellen. Im Laufe der Evaluation hielt selbstverständlich die Welt nicht an, so dass auch wichtige strukturelle Veränderungen während dieser Zeit stattfanden, die aus der Sicht des Evaluationsteams problematisch erschienen, da diese unabhängig von den Ergebnissen der Evaluation stattfanden. Erwähnt sei die Einführung von einer Supervision im Projekt „Migration und Gesundheit“, die neuen Projektfinanzierungen (darunter Aufträge von erheblicher Bedeutung) und Änderungen der Pflichtenhefte der externen ExperteInnen (Juli 2000). Dies nimmt einigen unserer Bemerkungen bereits den Wind aus den Segeln und ist vermutlich auf die mangelnde Abstimmung, aber auch die Unabhängigkeit der Evaluation von der strategischen Ebene der Leitung des Programmes „Migration und Gesundheit“ zurückzuführen.

Schliesslich soll auf die Schwierigkeit hingewiesen werden, Dokumente aus der Geschichte des Programmes „Migration und Gesundheit“ einzusehen. Nur langsam konnten wir diese Dokumente finden und viele historische Daten vor 1998 waren nicht zugänglich. Aktuelle schriftliche Informationen wurden uns nur sehr fragmentarisch oder mit grosser Verspätung zugänglich gemacht, so dass wir nicht mit Sicherheit behaupten können, die wichtigsten Dokumente effektiv einbezogen zu haben. Dies hängt sicherlich nicht mit schlechtem Willen von seiten der evaluierten Einheiten und Projekte zusammen, sondern vielmehr mit organisatorischen Problemen und mangelnder

⁶² Wir haben deshalb die Aussagen der InterviewpartnerInnen jeweils nur dann erwähnt, wenn sich eine klare Mehrheitstendenz abzeichnete.

Übersicht der beteiligten Akteure. Aus methodologischer Sicht war auch die viermonatige Abwesenheit der Projektleiterin während einer intensiven Phase der Evaluation sowohl für die Informationserhebung und Beobachtung üblicher Arbeitsabläufe (einzelne Sitzungen des PMG mussten kurzfristig abgesagt oder verlegt werden) wenig vorteilhaft.⁶³

⁶³ Daher konnten die Informationen nicht immer bei allen Beteiligten Personen (Leitung *und* ExpertInnen) eingeholt werden. Es sei ausserdem daran erinnert, dass das Leitungsteam erst seit relativ kurzer Zeit im Amt ist: der Dienstleiter seit 8.1998, die Projektleiterin seit 3.1999 und die verantwortliche Sekretärin seit 1999/2000

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Auswahl der MediatorInnen	22
Tabelle 2:	Wichtige Evaluationsunterlagen	24
Tabelle 3:	Tätigkeiten im Projekt „Migration und Gesundheit“	36
Tabelle 4:	Wichtigste Entwicklungsetappen des Gesamtprogramms „Migration und Gesundheit“	39
Tabelle 5:	Personalressourcen des Gesamtprogramms in Stellenprozent (Stand Juli 2000)	43
Tabelle 6:	Jährliches Budget des Gesamtprogramms – Stand 7.2000	45
Tabelle 7:	Bisherige Aufträge des Dienstes Migration	48
Tabelle 8:	Ideales Profil und berufliche Einbettung von MultiplikatorInnen in mehreren Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung	57
Tabelle 9:	Projekttypen (Projekte der MediatorInnen 2000-2001)	60

Bibliographie

- Bahl, Veena (1999). "The developpement of a Black and Ethnic Minority Health Policy at the Departement of Health", *Innovation in Social Science research* 6(1): 67-74.
- Brownson, Ross C., Elizabeth A. Baker et Lloyd F. Novick (1999). *Community-based Prevention : Programs that work*. Maryland (USA): Aspen Publication.
- Brussa, Licia (1996). "Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe", in Haour-Knipe, Mary et Richard Rector (éd.), *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis, pp.
- Bundesamt für Gesundheit (2001), *Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes – 2001-2005*, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2001) *Gesamtstrategie Migration und Gesundheit - Strategische Ausrichtung des Bundes – 2002-2006* (in Vorbereitung)
- Burgi, Didier et al. (1992). *Das Migrantenprojekt - Tätigkeitsbericht 1991/1992* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Burgi, Didier et al. (1995). *Migrantenprojekt - Tätigkeitsbericht 1993-1995* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Burgi, Didier et al. (1997). *Le projet migrants : rapport intermédiaire 1995-1997 : [prévention du sida et des comportements de dépendance auprès des communautés étrangères en Suisse]*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Cattacin, Sandro (1999). *The Organisational Normalisation of Unexpected Events: The Case of HIV/AIDS in Perspective* Genève: Working Paper 3/1999 du resop.
- Cattacin, Sandro, Christine Panchaud et Véronique Tattini (1997). *Les politiques de lutte contre le VIH/sida en Europe de l'Ouest. Du risque à la normalisation*. Paris: l'Harmattan.
- Clech, Martine (1996). *Promotion de la sante Actions communautaires en Suisse romande* Zürich: Fondation suisse pour la Santé Radix.
- Domenig, Dagmar et et al. (2000). *Migration und Drogen : Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft : Bericht*. Bern: Institut für Ethnologie, Universität Bern.
- Fleury, François, Haour-Knipe, Mary & Ospina Sofi (1991). *"SIDA / Migration /Prévention* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Fleury, François (1989). *"Les migrants" : rapport final 1988*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Fleury, François (1988). *"Les migrants" : rapport final 1988*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

- Haour-Knipe, Mary (2000). "Migration and HIV/AIDS in Europe", *AIDS Infotheque - Sida Info Doc Suisse* (5): 4-14.
- Haour-Knipe, Mary et François Fleury (1996). *Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse : étude 1994-1995*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Haour-Knipe, Mary, Giovanna Meystre-Agustoni, Françoise Dubois-Arber, Daniel Kessler et avec la collaboration d'Isabelle Delbos Piot (1999). "*Médiateurs*" et *prévention du VIH/sida* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 41).
- IOM (2000). *Migration and Health. Migration Health in the year 2000 – Whither the Future ?* Genève: IOM.
- Läubli-Loud, Marlène (1997). *Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Migrants, ethnic minorities and AIDS (1993) (éd.). *Migrants, ethnic minorities and AIDS : first European meeting for the exchange of information : documentation of the meeting, Blossin, May 7-10, 1993*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Narimani, Petra, Felix Gallé et Jaime Tovar (1996). "International Networking : Building Migrants' Networks across Europe", in Haour-Knipe, Mary et Richard Rector (éd.), *Crossing Borders : Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis, pp.
- O'Brien, Oonagh et Shivananda Khan (1996). "Stigma and Racism as they Affect Minority Ethnic Communities", in Haour-Knipe, Mary et Richard Rector (éd.), *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis, pp.
- Ronco, Carmen (1999). *Programme global migration et santé de l'OFSP. Mandat d'évaluation* Bern: Office fédéral de la santé publique.
- UNAIDS (2001) *Migration and AIDS*, UNAIDS Best Practices Collections, Geneva.
- Weiss, Regula et Rahel Stuker (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins : rapport de base*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Weiss, Regula (2001). *Migration und psychosoziale Gesundheit – eine transdisziplinäre Synopsis*, Seismo (in Vorbereitung).
- Zobel, Frank (2001). *Santé et diversité : un guide de l'OFSP pour la promotion de la santé et la prévention avec les migrant(e)s*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Synthese: Im vorliegenden Bericht wird das schweizerische Programm im Bereich „Migration und Gesundheit“ vorgestellt und evaluiert. Eine internationale Einstufung, eine historische Rekonstruktion der wichtigsten Etappen der Entwicklung, sowie eine Evaluation der Tätigkeiten, Ansätze und organisatorischen Abläufe stehen im Zentrum des Textes. Ein besonderes Augenmerk erhält die Analyse des partizipativen Ansätzen der Gesundheitsprävention.

AutorInnen: Denise Efionayi-Mäder, Soziologin, dipl. DESMAP; Milena Chimienti, Soziologin und Spezialistin in Public Health; Stefano Losa, Soziologe und Anthropologe; Sandro Cattacin, Politologe und Evaluator.

FSM
SFM

Institut auprès
de l'Université
de Neuchâtel

Institut an
der Universität
Neuenburg

Terreaux 1
CH – 2000 Neuchâtel
Tél. + 41 (0)32 718 39 20
Fax + 41 (0)32 718 39 21
secretariat.fsm@unine.ch
www.unine.ch/fsm
CCP 20-3686-9