



EVALUATION DER STRATEGIE „MIGRATION UND GESUNDHEIT 2002–2006“

Schlussbericht

Simone Ledermann, Büro Vatter

Stephan Hammer, INFRAS

Fritz Sager, Büro Vatter

Daniel Dubas, IDHEAP

Christian Rüefli, Büro Vatter

Nicolas Schmidt, IDHEAP

Judith Trageser, INFRAS

Anna Vettori, INFRAS

Petra Zeyen Bernasconi, ISPM, Universität Bern

Projektleitung:

Fritz Sager, Büro Vatter

Stephan Hammer, INFRAS

Katia Horber-Papazian, IDHEAP

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Bern, November 2006

Impressum

Vertragsnummer:	04.000221
Laufzeit:	Juli 2004 – Dezember 2006
Datenerhebungsperiode:	November 2004 – Juli 2006
Leitung Evaluationsprojekt im BAG:	Florence Chenaux, Sektion Forschungspolitik, Evaluation und Berichterstattung (FEB)
Metaevaluation:	Dieser Bericht war Gegenstand einer Metaevaluation durch das BAG (Sektion FEB). Die Metaevaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Evaluationsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft SEVAL.
Bezug:	Sektion FEB, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern evaluation@bag.admin.ch www.health-evaluation.admin.ch

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis	vi
Abkürzungsverzeichnis	viii
Glossar	x
1 Einleitung	1
1.1 Ziele und Fragestellungen der Evaluation	1
1.2 Untersuchungsdesign	3
1.2.1 Evaluationsgegenstände	3
1.2.2 Evaluationskriterien.....	5
1.2.3 Evaluationsebenen	6
1.2.4 Wirkungsmodell.....	6
1.2.5 Empirisches Vorgehen	7
1.2.6 Grenzen der Evaluation	9
1.3 Aufbau des Berichts	9
2 Programmkonzept	11
2.1 Vorgehen	11
2.2 Entstehungsgeschichte der Strategie M+G.....	13
2.2.1 Vorgängerprogramm Migration und Gesundheit	13
2.2.2 Delphi-Studie	14
2.3 Inhalte der Strategie M+G und ihre empirische Evidenz	14
2.3.1 Beitrag der Delphi-Studie zur empirischen Evidenz	15
2.3.2 Problemdefinition der Strategie M+G.....	15
2.3.3 Zielvorgaben	19
2.3.4 Operative Vorgaben: Interventionsbereiche und Massnahmen.....	21
2.3.5 Organisatorische Vorgaben.....	24
2.4 Innere Kohärenz der Strategie M+G.....	25
2.5 Äussere Kohärenz der Strategie M+G.....	27
2.6 Gesamtbeurteilung	30
3 Umsetzungsgremien und Vernetzung	31
3.1 Übersicht zur Organisation	31
3.2 Vorgehen	32

3.3	Eignung der Organisationsstrukturen	35
3.3.1	Planungsgruppe Ämter und Kleines Migrationsforum Gesundheit	35
3.3.2	Interinstitutionelle Begleitgruppe	37
3.3.3	Sounding-Board Migration	39
3.3.4	BAG-interne Vernetzungsstrukturen	40
3.4	Eignung der Abläufe	41
3.4.1	Vernetzung mit beteiligten Bundesstellen BFM und EKA	41
3.4.2	Vernetzung mit Institutionen im Gesundheits-/Migrationsbereich	42
3.4.3	BAG-interne Vernetzung.....	42
3.5	Gesamtbeurteilung	43
4	Programmmanagement des BAG	44
4.1	Vorgehen	44
4.1.1	Evaluation der Organisation.....	44
4.1.2	Evaluation der Kommunikation	44
4.2	BAG-interne Organisation.....	46
4.2.1	Eignung der Organisationsstrukturen.....	46
4.2.2	Eignung der Abläufe.....	51
4.2.3	Gesamtbeurteilung.....	53
4.3	Kommunikation	54
4.3.1	Konzept.....	54
4.3.2	Organisation	54
4.3.3	Leistungen	55
4.3.4	Wirkungen	56
4.3.5	Gesamtbeurteilung.....	56
5	Projekte.....	58
5.1	Vorgehen	58
5.2	Unterstützte Projekte.....	60
5.2.1	Interventionsbereich Bildung	60
5.2.2	Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung	62
5.2.3	Interventionsbereich Gesundheitsversorgung.....	63
5.2.4	Interventionsbereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich	63
5.2.5	Interventionsbereich Forschung	64
5.3	Beurteilung nach Evaluationsgegenständen.....	65
5.3.1	Konzepte	67
5.3.2	Umsetzungsstrukturen und -abläufe.....	68
5.3.3	Leistungen	70
5.3.4	Wirkungen	70
5.4	Erreichung der Vorgaben der Strategie M+G.....	75
5.4.1	Erreichung der massnahmenbezogenen Vorgaben	75

5.4.2	Erreichung der Programmziele der Strategie M+G	82
5.5	Gesamtbeurteilung	83
6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	85
6.1	Beantwortung der Evaluationsfragen	85
6.1.1	Kompetenzverteilung und Partnerschaften	85
6.1.2	Programmmanagement des BAG	89
6.1.3	Unterstützte Projekte	91
6.1.4	Gesamtstrategie.....	96
6.2	Gesamtwürdigung.....	103
6.3	Empfehlungen.....	105
6.3.1	Konzeptionelle Grundlagen	105
6.3.2	Problemdefinition	105
6.3.3	Zielvorgaben	106
6.3.4	Operative Vorgaben (Themen, Massnahmen, Ansätze)	108
6.3.5	Organisatorische Vorgaben.....	110
7	Anhang.....	112
7.1	Literaturverzeichnis.....	112
7.2	Dokumentenverzeichnis	114
7.2.1	Gremien	114
7.2.2	Programmmanagement BAG.....	114
7.2.3	Strategieentwicklungsprozess.....	115
7.2.4	Weitere Dokumente	115
7.3	Liste der befragten Personen.....	116
7.3.1	Vorgesetzte BAG.....	116
7.3.2	Programmteam BAG	116
7.3.3	Planungsgruppe Ämter	116
7.3.4	Kleines Migrationsforum Gesundheit	116
7.3.5	Interinstitutionelle Begleitgruppe	116
7.3.6	Sounding-Board Migration	117
7.3.7	Kommunikation	117
7.3.8	Integrationsdelegierte und Ausländerdienste.....	117
7.3.9	Wissenschaft.....	118
7.4	Mitglieder der Begleitgruppe	119
7.5	Gesprächsleitfäden	120
7.5.1	Leitfaden zur Strategieevaluation.....	120
7.5.2	Leitfaden zur empirischen Evidenz	126
7.5.3	Leitfaden zur Fokusgruppe	128
7.5.4	Leitfaden zur telefonischen Befragung der Ausländerdienste und Integrationsdelegierten.....	134

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen einer Politik und zugehörige Evaluationsgegenstände	3
Abbildung 2: Wirkungsmodell	7
Abbildung 3: Arbeitsschritte.....	8
Abbildung 4: Empirische Abstützung der Teilprobleme und Kausalhypothesen	18
Abbildung 5: Zielsystem der Strategie M+G	19
Abbildung 6: Ansatzpunkte der einzelnen Massnahmen	22
Abbildung 7: Organigramm der Umsetzung der Strategie M+G	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Evaluationsfragen.....	2
Tabelle 2: Evaluationsgegenstände	4
Tabelle 3: Fragekriterien mit zugehörigen operationalisierbaren Evaluationskriterien	5
Tabelle 4: Erhebungsraster für die Eigenschaften des Programmkonzepts.....	12
Tabelle 5: Empirische Evidenz der wichtigsten Zielvorgaben.....	20
Tabelle 6: Interventionsbereiche und Massnahmen	21
Tabelle 7: Empirische Evidenz der Massnahmen	23
Tabelle 8: Bewertungen Intrapolicy-Kohärenz.....	25
Tabelle 9: Bewertungen Interpolicy-Kohärenz.....	28
Tabelle 10: Erhebungsraster für die Eigenschaften der Umsetzungsgremien und der Vernetzung	34
Tabelle 11: Eignung der Vernetzungsstrukturen.....	35
Tabelle 12: Aufgabenerfüllung durch die PGÄ und das KMFG.....	36
Tabelle 13: Aufgabenerfüllung durch die IBG.....	38
Tabelle 14: Aufgabenerfüllung durch das SBM.....	39
Tabelle 15: Eignung der Vernetzungsabläufe.....	41
Tabelle 16: Erhebungsraster für die Eigenschaften der Organisation (Strukturen und Abläufe)	45
Tabelle 17: Eignung der Organisationsstrukturen	46
Tabelle 18: Aufgabenerfüllung durch den Auftraggeber	47
Tabelle 19: Aufgabenerfüllung durch die Linienvorgesetzte	47
Tabelle 20: Aufgabenerfüllung durch die Programmleitung	48
Tabelle 21: Aufgabenerfüllung durch die Teilprogrammleitungen.....	48
Tabelle 22: Finanzielle Ressourcen (in CHF)	50
Tabelle 23: Eignung der Abläufe	51
Tabelle 24: Beurteilung der Kommunikation	54
Tabelle 25: Typen von Projektevaluationen.....	59
Tabelle 26: Im IB B unterstützte Projekte	61
Tabelle 27: Im IB I unterstützte Projekte.....	62
Tabelle 28: Im IB V unterstützte Projekte	63
Tabelle 29: Im IB T unterstützte Projekte.....	64
Tabelle 30: Im IB F unterstützte Projekte.....	64
Tabelle 31: Bewertung der evaluierten Projekte der Strategie M+G.....	65
Tabelle 32: Bewertung der 16 evaluierten Projekte nach Evaluationsgegenständen	66
Tabelle 33: Durch die evaluierten Projekte ausgelöste strukturelle Wirkungen	71
Tabelle 34: Wirkungen der Projekte auf die Migrationsbevölkerung.....	73
Tabelle 35: Unbeabsichtigte Wirkungen der Projekte.....	74

Tabelle 36: Bewertung der Erreichung Leistungs- und Wirkungsziele der Massnahmen der Strategie M+G	78
Tabelle 37: Zielgruppenerreichung	80
Tabelle 38: Beitrag zur Erreichung der drei Unterziele	82
Tabelle 39: Beitrag zur Erreichung der Hauptziele	83

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BFF	Bundesamt für Flüchtlinge
BFM	Bundesamt für Migration
BFS	Bundesamt für Statistik
BG	Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
C+G	Chancengleichheit und Gesundheit
CCE	Centre de Compétences en Evaluation (Kompetenzzentrum für Evaluation)
EKA	Eidgenössische Ausländerkommission
FIMM	Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten
GFS	Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz
GMFG	Grosses Migrationsforum Gesundheit
IB B	Interventionsbereich Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung)
IB F	Interventionsbereich Forschung (Grundlagen, Monitoring und Evaluation)
IB I	Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung
IB T	Interventionsbereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich
IB V	Interventionsbereich Gesundheitsversorgung
IBG	Interinstitutionelle Begleitgruppe
ikÜ	interkulturelle Übersetzung, interkulturelle(r) Übersetzer(in)
IMES	Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung
ISPM	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
KMFG	Kleines Migrationsforum Gesundheit
KUV	Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, BAG
KVG	Krankenversicherungsgesetz
M+G	Migration und Gesundheit
OeG	Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, BAG
PGÄ	Planungsgruppe Ämter
PL	Programmleitung
PMG	Projekt Migration und Gesundheit
Pol	Direktionsbereich Gesundheitspolitik, BAG
SBM	Sounding-Board Migration
seco	Staatssekretariat für Wirtschaft
SFH	Schweizerische Flüchtlingshilfe
SFM	Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung

SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
StG	Steuergruppe
STI	Schweizerisches Tropeninstitut
TPL	Teilprogrammleitung
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Glossar

Adressaten

Als Adressaten werden jene Akteure bezeichnet, an welche sich staatliche Interventionen direkt richten und deren Verhalten dadurch so verändert werden soll, dass ein politisch definiertes Problem gelöst oder gemildert wird.

Begünstigte

Bei den Begünstigten handelt es sich um jene Akteure, welche die negativen Folgen eines Problems tragen und deren Situation sich infolge von staatlichen Interventionen verbessern soll.

Empirische Evidenz

Kriterium zur Beurteilung des Konzepts einer Politik. Die empirische Evidenz bezeichnet die wissenschaftliche Abstützung der Problemdefinition und der Interventionsstrategie eines politischen Programms auf gesicherten empirischen Erkenntnissen.

Interkulturelle Übersetzung (ikÜ)

Die interkulturelle Übersetzung, bisher auch interkulturelles Dolmetschen oder Sprachmitteln genannt, beinhaltet die mündliche Übertragung einer formulierten Äusserung von einer Sprache in eine andere, wobei die semantische Ebene der Kommunikation mit einbezogen wird. Es findet im Rahmen einer „Face-to-Face“-Situation statt (M+G 2002: 62).

Interkulturelle Vermittlung (ikV)

Die interkulturelle Vermittlung wird als Oberbegriff für alle Aktivitäten zur Vermittlung zwischen der Migrationsbevölkerung und einheimischen Strukturen und Inhalten verwendet. Sie beinhaltet die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Lebenswelten und Lebensformen und ermöglicht damit Begegnungen, vermittelt Informationen und sensibilisiert für die jeweiligen Anliegen. Interkulturelle Vermittlung ist allerdings nicht zu verwechseln mit Konfliktmediation. Es handelt sich im Allgemeinen um aufsuchende Arbeit, und sie stützt sich oft auf Angehörige einer bestimmten Bevölkerungsgruppe oder eines Settings, die eingesetzt werden, um Informationen einfacher im jeweiligen Kontext zu verbreiten (M+G 2002: 62-63).

Interpolicy-Kohärenz

Kriterium zur Beurteilung des Konzepts einer Politik. Die Interpolicy-Kohärenz bezeichnet die Stimmigkeit eines Konzepts in Bezug auf andere politische Massnahmen. Die Zielvorgaben und Massnahmen eines Programms werden auf ihre Übereinstimmung mit den Zielen und Massnahmen anderer Akteure hin beurteilt.

Intrapolicy-Kohärenz

Kriterium zur Beurteilung des Konzepts einer Politik. Die Intrapolicy-Kohärenz bezeichnet die Vollständigkeit, Klarheit und logische Stimmigkeit der verschiedenen Bestandteile eines Konzepts.

Migrant/Migrantin

Migrantinnen und Migranten sind gemäss der Strategie M+G jene Personen, die entweder aus einem anderen Land in die Schweiz gekommen sind (externe Migration, „erste Generation“) oder direkte Nachkommen von Migrantinnen und Migranten sind („zweite Generation“). Der Begriff ist nicht an eine Nationalität gebunden, sondern weist vielmehr auf Lebenssituationen hin.

Migration Mainstreaming

In Anlehnung an das „Gender Mainstreaming“ (BAG 2004b) wird „Migration Mainstreaming“ in dieser Evaluation definiert als eine Strategie zur Beseitigung bestehender Diskriminierungen Migrantinnen und Migranten. „Migration Mainstreaming“ im Bereich öffentliche Gesundheit anerkennt, dass Migrantinnen und Migranten aufgrund soziokultureller und sozioökonomischer Faktoren andere gesundheitliche Ausgangsbedingungen, Risiken und Bedürfnisse haben. „Migration Mainstreaming“ bedeutet, die migrationspezifischen Realitäten in allen Tätigkeiten und Vorhaben mitzudenken, damit die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten zum Beispiel bei der Konzipierung von Dienstleistungsangeboten, bei der Planung von Projekten, beim Entscheid über den Einsatz von Ressourcen, aber auch in der Personalpolitik, in Kommunikationskonzepten oder in der Finanzplanung berücksichtigt werden. Zur Implementierung eine „Migration Mainstreaming“ braucht es Sensibilisierung von Entscheidungsträgern auf allen Ebenen.

Politikkonzept

Das Politikkonzept bezeichnet eine Politik, wie sie auf dem Papier steht. Das Konzept einer Politik weist folgende Bestandteile auf:

- *Problemdefinition:* Annahmen zur Art des Problems und zu seinen Ursachen (Kausalhypothesen).
- *Zieldefinitionen und evaluative Vorgaben:* Vorgaben dazu, wie der Zustand im Problemfeld zu verändern und mit welchen Indikatoren die Zielerreichung zu messen ist.
- *Operative Vorgaben:* Vorgaben zu den Aktivitäten, die zur Verbesserung des Problems unternommen werden sollen.
- *Organisatorische Vorgaben:* Strukturelle Vorgaben zu den Zuständigkeiten und den zur Verfügung zu stellenden Ressourcen sowie prozedurale Vorgaben zu den Verfahren, die bei der Umsetzung zu beachten sind.

Programm

Unter einem politischen Programm, kurz: Programm, versteht die Evaluationsforschung ein Bündel von einzelnen Massnahmen, die auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet sind. Die Strategie M+G stellt ein politisches Programm dar.

Zielgruppen

Der Begriff der Zielgruppe bezieht sich je nach Verwendung entweder auf die → Adressaten oder auf die → Begünstigten eines Programms oder auf beide Gruppen. In gewissen Fällen sind Adressaten und Begünstigte identisch.

1 Einleitung

Der WHO-Zielsetzung „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ folgend, hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration (BFM)¹ und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) eine Strategie erarbeitet, um die Probleme im Bereich Migration und Gesundheit konkret anzugehen und die Gesundheit der Migrationsbevölkerung zu verbessern. Das Grundsatzpapier „Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006“ (kurz: Strategie M+G) wurde im Juli 2002 vom Bundesrat verabschiedet.

Die Federführung für die Umsetzung der Strategie M+G liegt beim BAG. Es übernimmt die Gesamtkoordination und leitet die Umsetzung in vier Interventionsbereichen. In diesen Bereichen hat das BAG bei verschiedenen Organisationen Projekte in Auftrag gegeben. Für einen fünften Interventionsbereich ist das BFM zuständig. Die Aktivitäten von BAG und BFM im Rahmen der Strategie M+G werden über das EKA-Sekretariat mit dem Integrationsförderungsprogramm des Bundes koordiniert. Die Laufzeit der Strategie M+G ist mit Beschluss des Bundesrates vom 18. Mai 2005 um ein Jahr auf Ende 2007 verlängert worden.

Für die Evaluation der Strategie M+G hat das BAG ein Mandat ausgeschrieben (BAG 2004a), mit dem die Arbeitsgemeinschaft Büro Vatter/INFRAS/IDHEAP (in Zusammenarbeit mit dem ISPM, Universität Bern) beauftragt worden ist. Der vorliegende Schlussbericht präsentiert die Resultate der Evaluation. Diese Einleitung gibt einen Überblick über die Aufgabenstellung der gesamten Evaluation, das Untersuchungsdesign sowie den Aufbau des Berichts.

1.1 Ziele und Fragestellungen der Evaluation

Mit der Evaluation der Strategie M+G werden mehrere Zwecke verfolgt (BAG 2004a). Die Evaluation soll namentlich:

- der Verbesserung der Wirksamkeit der Strategie und deren Umsetzung dienen;
- einen Lernbeitrag leisten (besseres Verständnis der eigenen Arbeitsweise);
- Entscheidungsgrundlagen für das weitere Vorgehen liefern.

Mit diesen Zielen richtet sich die Evaluation einerseits an die Akteure, die an der Umsetzung des Programms beteiligt sind (Programmmanagement und Projektträger). Andererseits liefert die Evaluation Grundlagen für Entscheidungsträger sowie Institutionen und Personen, die an der Erarbeitung der Nachfolgestrategie beteiligt sind. Die Evaluation richtet sich schliesslich auch an die interessierte Öffentlichkeit.

¹ An der Erarbeitung der Strategie M+G beteiligten sich das Bundesamt für Flüchtlinge (BFF) und das Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (IMES) als zwei unabhängige organisatorische Einheiten. Per 1. Januar 2005 wurden die beiden Bundesämter zum BFM fusioniert.

Um diese Ziele zu erfüllen, listete das Pflichtenheft (BAG 2004a) vier Gruppen von Fragen zu bestimmten Fragekriterien auf. In Tabelle 1 sind die Fragen zusammengestellt.

Tabelle 1: Evaluationsfragen

Fragekriterium	Zugehörige Evaluationsfragen
Frageblock 1: Kompetenzverteilung und Partnerschaften	
Zweckmässigkeit	Ist das Modell der Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Partnerschaften im Migrationsbereich sinnvoll (Vor- und Nachteile)?
	Arbeitet man mit den richtigen Partnern zusammen?
	Nimmt das BAG seine Kompetenzen angemessen wahr?
Effizienz	Ist das Modell, welches auf Partnerschaften basiert, effizient in dem Sinne, als der Nutzen, welchen die Partner erzielen, den Aufwand für die Partnerschaften rechtfertigt?
Einflüsse auf die Wirksamkeit	Stellt die Zusammenarbeit mit den eidgenössischen und kantonalen Strukturen, wie erwartet, in Bezug auf die Wirksamkeit der Strategie M+G einen Erfolgsfaktor dar?
Frageblock 2: Programmmanagement des BAG	
Zweckmässigkeit	Ist die BAG-interne Organisation zweckmässig für die Umsetzung der Strategie M+G?
Effizienz	Ist das Programmmanagement des BAG effizient oder gibt es bei den finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen Sparmöglichkeiten?
Einflüsse auf die Wirksamkeit	Trägt die Art und Weise des Programmmanagements des BAG zur Zielerreichung bei?
	Wie wirkt sich die Tatsache aus, dass das Programmmanagement allein durch das BAG ohne Beteiligung der übrigen Bundesämter wahrgenommen wird?
Frageblock 3: Unterstützte Projekte	
Relevanz	Inwiefern sind die Ansätze, welche durch die unterstützten Projekte verfolgt werden, geeignet in Bezug auf die Prioritäten und Ziele der Strategie M+G?
Zweckmässigkeit	Inwiefern sind die Strukturen, welche durch die Projekte geschaffen wurden, geeignet, um die Ziele zu erreichen?
	Inwiefern wird bei Projekten, die Angebote zur Verfügung stellen, der Zugang zu diesen Angeboten den Zielen entsprechend gewährleistet?
Nachhaltigkeit	Sind die unterstützten Projekte nachhaltig insofern, als sie institutionell verankert sind?
Wirksamkeit	Welche Zielgruppen werden erreicht bzw. nicht erreicht?
	Erreichen die Projekte bei den Zielgruppen die beabsichtigten Wirkungen?
	Welche weiteren Wirkungen können bei den unterstützten Projekten festgestellt werden?
	Inwieweit erreichen die unterstützten Projekte in quantitativer und qualitativer Hinsicht ihre Ziele?
Frageblock 4: Gesamtstrategie	
Relevanz	Eignen sich die gewählten Ziele, Zielgruppen, Themen, Prioritäten und Ansätze für die Lösung der Probleme im Bereich M+G?
Wirksamkeit	Werden die mittelfristigen Ziele erreicht?
	Hat die Umsetzung der Strategie M+G neben den beabsichtigten Wirkungen weitere erwünschte oder unerwünschte Wirkungen?
Effizienz	Ist die Strategie M+G effizient in dem Sinne, als der Vergleich zwischen dem Ressourceneinsatz und den Wirkungen positiv ausfällt?

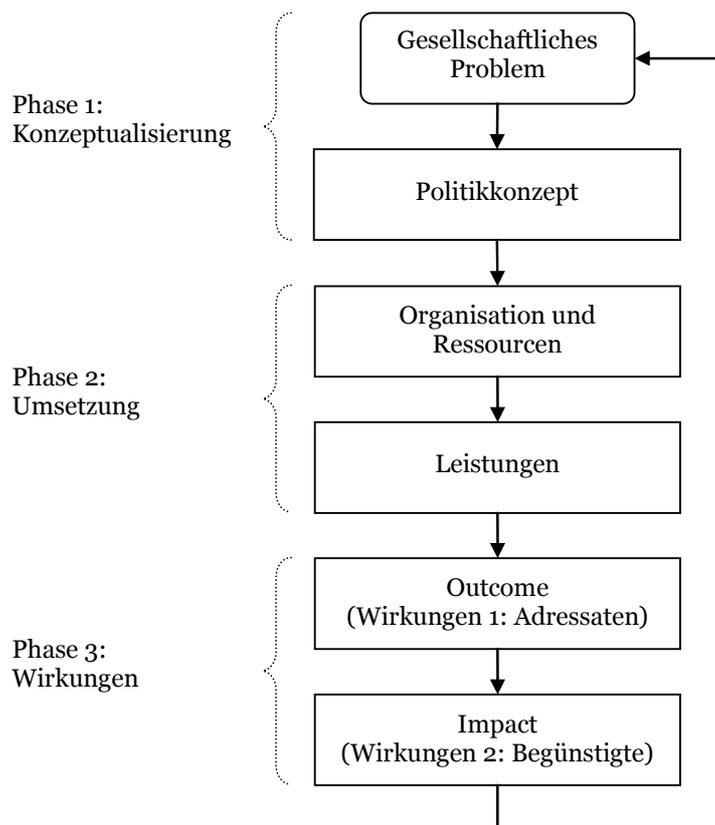
1.2 Untersuchungsdesign

Die Evaluationsfragen wurden in ein Untersuchungsdesign überführt, das eine wissenschaftliche Analyse ermöglichte. Ausgehend von den Fragen wurden verschiedene Evaluationsgegenstände, Evaluationskriterien und Evaluationsebenen definiert, die miteinander in einem Wirkungsmodell verbunden sind.²

1.2.1 Evaluationsgegenstände

Die Fragen, welche die Evaluation zu beantworten hat, lassen sich unterschiedlichen Phasen der Realisierung der Strategie M+G zuordnen. Einige Fragen beziehen sich auf die Konzeptualisierung, also auf die Strategie M+G, wie sie auf dem Papier steht. Andere Fragen betreffen die Umsetzung der Strategie M+G und wiederum andere ihre Wirkungen. Konzeptualisierung, Umsetzung und Wirkungen sind die drei idealtypischen Phasen, die bei einer Politik gängigerweise unterschieden werden. Bei der Evaluation der Strategie M+G wurden alle drei Phasen untersucht.

Abbildung 1: Phasen einer Politik und zugehörige Evaluationsgegenstände



² Das Untersuchungsdesign der Evaluation wird in diesem Abschnitt verkürzt wiedergegeben. Für eine ausführliche Darstellung sei auf das Detailkonzept (Sager und Ledermann 2004) verwiesen, das von der Begleitgruppe der Evaluation diskutiert und genehmigt wurde.

In Anlehnung an die drei Phasen lassen sich fünf Evaluationsgegenstände definieren, die in dieser Evaluation näher betrachtet werden (vgl. Abbildung 1). In der Konzeptualisierungsphase wird ein gesellschaftliches Problem identifiziert. Ausgehend hiervon wird ein Politikkonzept entworfen, das Gegenstand der Evaluation ist. In der Umsetzungsphase muss zuerst eine Organisation aufgebaut und müssen Ressourcen zugeteilt werden, bevor dann tatsächlich Leistungen erbracht werden können. Mit den Leistungen sollen Wirkungen erzielt werden. Erstens werden Verhaltensänderungen bei den Adressaten der Politik angestrebt (Outcome³). Als Adressaten werden jene Akteure bezeichnet, an die sich die Politik direkt richtet und die dazu gebracht werden sollen, ihr Verhalten so zu verändern, dass das gesellschaftliche Problem gemildert wird (vgl. auch Glossar). Die Verhaltensänderungen der Adressaten sollen dann zu Veränderungen für die Begünstigten, deren Situation sich infolge einer Politik verbessern soll, beitragen (Impact). Üblicherweise stellt sich am Schluss die Frage, wie die Politik verbessert werden könnte. Damit wird eine neue Konzeptphase eingeleitet und der Zyklus beginnt von vorne.

Die Evaluationsgegenstände lassen sich wie folgt kurz charakterisieren (Tabelle 2):

Tabelle 2: Evaluationsgegenstände

<i>Phase</i>	<i>Evaluationsgegenstand</i>	<i>Definition des Gegenstands</i>
Konzeptualisierung	Politikkonzept	Angaben zur Definition des politischen Problems und zu den staatlichen Handlungsmöglichkeiten sowie Gesamtheit der rechtlichen Bestimmungen und Weisungen zu einem politischen Programm
Umsetzung	Organisation/ Ressourcen	Akteursgefüge, das für die Umsetzung des politischen Programms zuständig ist
	Leistungen	Gesamtheit der Endprodukte des politisch-administrativen Prozesses
Wirkungen	Outcome (Wirkungen 1: Adressaten)	Gesamtheit der bei den Adressaten ausgelösten Verhaltensänderungen
	Impact (Wirkungen 2: Begünstigte)	Gesamtheit der Auswirkungen auf die Begünstigten bzw. das Politikproblem (Problemlösungsbeitrag)

Ein erster Schritt bei der Evaluation der Strategie M+G besteht darin, diese fünf Evaluationsgegenstände zu erfassen. D.h., die einzelnen Gegenstände bei der Strategie M+G werden mittels empirischer Methoden beschrieben.

³ Die Bezeichnung der zwei Wirkungsstufen richtet sich nach der internationalen Terminologie, die vom BAG verwendet wird. In den schweizerischen Grundlagenwerken zur Evaluation (Bussmann 1997; Knoepfel et al. 2001), an welchen sich auch die vorliegende Untersuchung orientierte, werden die beiden Begriffe Outcome und Impact hingegen umgekehrt verwendet.

1.2.2 Evaluationskriterien

Die Evaluationsfragen erfordern nicht nur eine Beschreibung, sondern verlangen auch eine Bewertung der verschiedenen Evaluationsgegenstände. Die Kriterien, nach welchen die Evaluationsfragen geordnet sind, werden zu diesem Zweck in operationalisierbare Evaluationskriterien übersetzt. Die Evaluationskriterien beziehen sich je auf bestimmte Evaluationsgegenstände. Tabelle 3 gibt hierzu einen Überblick.

Tabelle 3: Fragekriterien mit zugehörigen operationalisierbaren Evaluationskriterien

<i>Fragekriterium</i>	<i>Operationalisierbares Evaluationskriterium</i>	<i>Definition des Evaluationskriteriums</i>	<i>Zugehöriger Evaluationsgegenstand</i>
Relevanz	Empirische Evidenz	Wissenschaftliche Abstützung der zugrunde liegenden Problemdefinition und der Interventionsstrategien	<i>Konzeptualisierung:</i> Politikkonzept
	Intrapolicy-Kohärenz	Innere Kohärenz. Logische Stimmigkeit der Bestandteile des Konzepts der Strategie M+G	<i>Konzeptualisierung:</i> Politikkonzept
	Interpolicy-Kohärenz	Äussere Kohärenz. Logische Übereinstimmung der Ziele und Aktivitäten der Strategie M+G mit anderen Tätigkeiten des Bundes	<i>Konzeptualisierung:</i> Politikkonzept
Zweckmässigkeit	Eignung für die Umsetzung	Eignung der Organisationsstrukturen und Abläufe für die Leistungserbringung	<i>Umsetzung:</i> Organisation/Ressourcen
	Angemessenheit	Art, Umfang und Qualität der erbrachten Leistungen	<i>Umsetzung:</i> Leistungen
Nachhaltigkeit	Strukturelle und finanzielle Nachhaltigkeit	Institutionelle Verankerung und Finanzierungssicherheit	<i>Umsetzung:</i> Organisation/Ressourcen
Effizienz	Leistungsbezogene Effizienz	Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und erbrachten Leistungen	<i>Umsetzung:</i> Leistungen
	Wirkungsbezogene Effizienz	Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und erzielten Wirkungen	<i>Wirkungen:</i> Outcome und Impact
Wirksamkeit	Effektivität	Grad der Übereinstimmung zwischen beabsichtigten und tatsächlich eingetretenen Verhaltensänderungen bei den Adressaten	<i>Wirkungen:</i> Outcome (Wirkungen 1: Adressaten)
	Wirksamkeit	Grad der Übereinstimmung zwischen angestrebten und tatsächlich eingetretenen Wirkungen bei den Begünstigten, d.h. den MigrantInnen	<i>Wirkungen:</i> Impact (Wirkungen 2: Begünstigte)

1.2.3 Evaluationsebenen

Die Evaluation der Strategie M+G umfasste zwei Ebenen:

- *Programmebene*: Als politisches Programm bezeichnet man ein Bündel verschiedener Massnahmen, die auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet sind. Die Strategie M+G stellt ein Programm dar, denn sie umfasst eine ganze Reihe von Massnahmen. Die Vorgaben des Strategiepapiers sowie die übergeordneten Strukturen und Tätigkeiten konstituieren die Programmebene der Strategie M+G.
- *Projektebene*: Im Falle der Strategie M+G geschieht die Leistungserbringung nicht durch den Bund, sondern durch externe Akteure in Form von Projekten. Die Gesamtheit der Aktivitäten der beauftragten externen Akteure bildet die Projektebene.

1.2.4 Wirkungsmodell

Wie aus den Fragen zu den möglichen Einflüssen auf die Wirksamkeit der Strategie M+G hervorgeht, bestand bei der Evaluation auch ein Interesse, die Wirkungszusammenhänge zu verstehen. Die Evaluation ging dabei von der Annahme aus, dass sich die Evaluationsgegenstände entsprechend dem Ablauf einer Politik beeinflussen, und dass die Programmebene in hierarchischer Weise einen Einfluss auf die Projektebene hat.

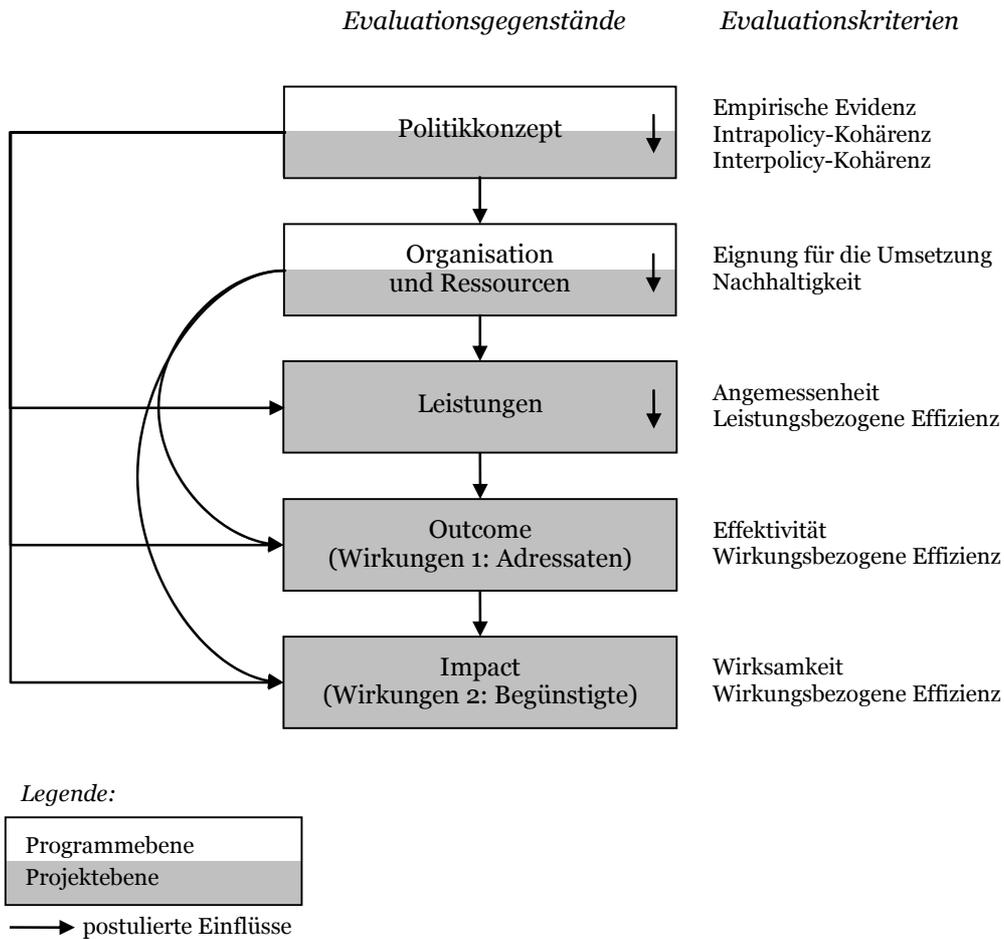
Abbildung 2 stellt das Wirkungsmodell mit den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Evaluationsgegenständen einerseits und der Programm- und Projektebene andererseits dar (vgl. Pfeile). Die Programmebene ist weiss und die Projektebene grau abgebildet. Zudem sind die Evaluationskriterien aufgeführt, nach denen die Gegenstände bewertet werden. Diese Evaluationskriterien sind für beide Ebenen identisch.

Aus dem Wirkungsmodell ist ersichtlich, dass nicht alle Gegenstände auf beiden Ebenen vorhanden sind. Zwar geht die Evaluation davon aus, dass das Konzept zuerst auf der Programmebene formuliert und anschliessend auf der Projektebene konkretisiert wird. Auch die Organisation und Ressourcenzuteilung findet über beide Ebenen statt. Die Leistungen und Wirkungen der Strategie M+G (Outcome und Impact) hingegen können gemäss diesem Modell nur auf der Projektebene festgestellt werden.⁴

Die Evaluation der Strategie M+G betrachtete sämtliche Evaluationsgegenstände und Ebenen. Damit handelte es sich im vorliegenden Fall um eine Globalevaluation (BAG 1997: 67).

⁴ Bei der Kommunikation werden auf Programmebene ebenfalls Leistungen erbracht, mit denen eine Wirkung angestrebt wird.

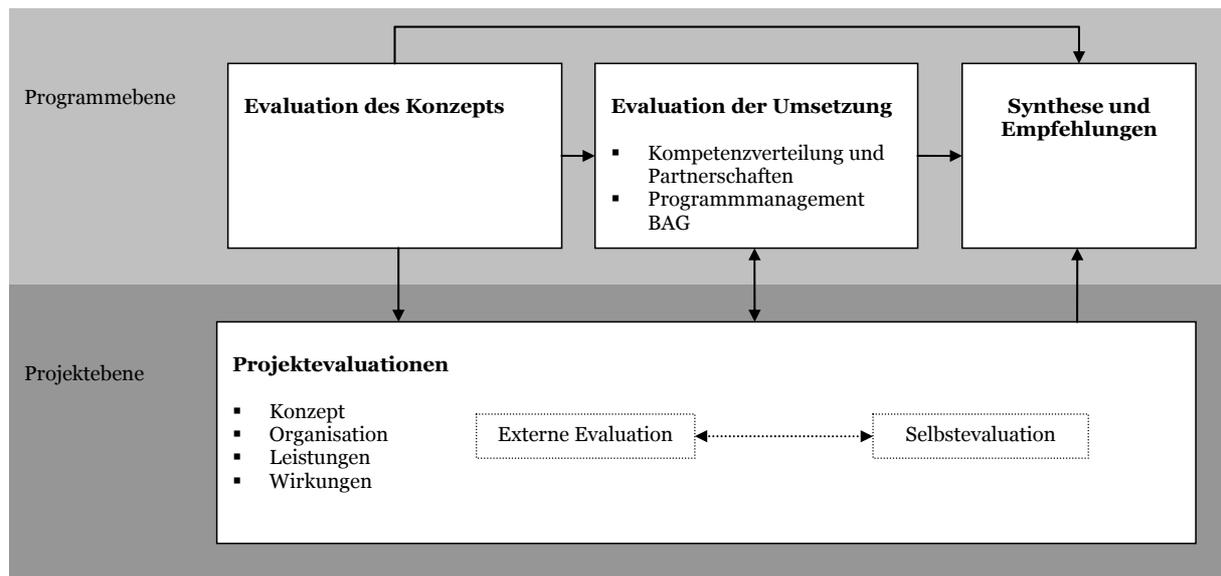
Abbildung 2: Wirkungsmodell



1.2.5 Empirisches Vorgehen

Den zwei Evaluationsebenen entsprechend, war das Vorgehen der Evaluation im Prinzip zweigleisig: Einerseits wurde eine Programmevaluation durchgeführt; andererseits wurden die einzelnen Projekte evaluiert. Die *Programmevaluation* bestand aus der Evaluation des Programmkonzepts und der Evaluation der Umsetzung, bei der erstens der Einbezug der verschiedenen Akteure und zweitens das Programmmanagement des BAG betrachtet wurden. Abgesehen von der Kommunikation werden auf Programmebene dagegen keine Leistungen erbracht und keine direkten Wirkungen beabsichtigt. Bei den *Projektevaluationen* wurden ebenfalls die Konzepte und die Umsetzung sowie zusätzlich auch die Wirkungen untersucht. Dies geschah sowohl durch eine Beurteilung des Evaluationsteams als auch (zumindest teilweise) durch Selbstevaluationen in den Projekten (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Arbeitsschritte



Die Ergebnisse der einzelnen Teiluntersuchungen wurden in separaten Berichten festgehalten und flossen in die jeweils nächsten Arbeitsschritte ein.⁵ So lieferte die Evaluation des Programmkonzepts die Vorgaben, anhand welcher dann die Umsetzung auf Programmebene einerseits und die einzelnen Projekte andererseits beurteilt wurden. Bei der Evaluation der Umsetzung auf Programmebene wurden die Resultate der Projektebene mitberücksichtigt. Schliesslich wurden sämtliche Ergebnisse sowohl aus der Evaluation des Programmkonzepts, der Programmumsetzung als auch der Projektevaluationen in die Synthese einbezogen, auf deren Basis Empfehlungen abgegeben werden.

Ausgehend von den konzeptionellen Grundlagen (Strategiepapier, Projektverträge usw.) wurde sowohl bei der Programmevaluation als auch in den Projektevaluationen als erstes der Soll-Zustand erfasst. Zudem wurden zu den verschiedenen Evaluationskriterien Indikatoren definiert (vgl. Sager und Ledermann 2004). In den Projektevaluationen wurde ein einheitliches Raster angewandt, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Bei der anschliessenden empirischen Erfassung der Evaluationsgegenstände standen drei Vorgehensweisen im Vordergrund: die Dokumentenanalyse, das Leitfadeninterview und die Sekundärdatenanalyse (Analyse von Selbstevaluationen, epidemiologische Daten usw.). Die Bewertung durch die Evaluation wurde auf dieser empirischen Grundlage anhand der definierten Indikatoren im

⁵ Zur Evaluation wurden drei Beilagenbände erstellt: Beilagenband 1, „Evaluation des Programmkonzepts“ (Ledermann et al. 2006), Beilagenband 2, „Evaluation der Programmumsetzung“ (Ledermann und Sager 2006), und Beilagenband 3, „Ergebnisse der Projektevaluationen“ (Hammer et al. 2006). Die deskriptiven Teile dieser Beilagenbände wurden im vorliegenden Schlussbericht aus Platzgründen grösstenteils weggelassen.

Vergleich zu den Soll-Werten vorgenommen. Das Vorgehen wird zu Beginn der einzelnen Kapitel näher erläutert.

1.2.6 Grenzen der Evaluation

Die Evaluation verfolgte den Anspruch, ihre Bewertungen anhand von systematisch erhobenen Daten vorzunehmen. Zu diesem Zweck grenzte die Evaluation einerseits den Evaluationsgegenstand klar ein: Sie beschränkte sich auf die Analyse der Strategie M+G, während weitere Aktivitäten im Bereich M+G ausserhalb des Programms nicht systematisch untersucht wurden. Andererseits bemühte sich die Evaluation um eine transparente Vergleichsgrundlage, indem die Vorgaben des Strategiepapiers (Programmebene) bzw. der Projektverträge (Projektebene) jeweils als Soll festgelegt wurden, anhand dessen der Ist-Zustand bewertet wurde. Eine Schwierigkeit stellte dabei der häufig geringe Konkretisierungsgrad der Vorgaben dar. Einer willkürlichen Bewertung wirkte die Evaluation durch eine konsequente Operationalisierung der Evaluationskriterien anhand von Indikatoren entgegen.

Für die Bewertung von Wirkungen rechnete die Evaluation ursprünglich mit Daten aus den Selbstevaluationen der Projekte. Diese stellten sich bei der Mehrheit der Projekte jedoch als dürftig heraus. Aus Ressourcengründen konnte die Evaluation selber höchstens in sehr beschränktem Ausmass Adressatenbefragungen durchführen. Aus Zeitgründen wurden gewisse Projekte ausserdem noch während der Umsetzung evaluiert, als gewisse Wirkungen vermutlich noch gar nicht eingetreten waren. Insgesamt sind die empirischen Grundlagen zu den Wirkungen aus diesen Gründen bescheidener ausgefallen als geplant.

Aufgrund der Grösse des Evaluationsvorhabens musste ausserdem eine Staffelung der Arbeitsschritte vorgenommen werden (vgl. Abschnitt 1.2.5). Dies bedeutete, dass die Bewertung des Konzepts ein Jahr bzw. die Beurteilung der Programmumsetzung mehr als ein halbes Jahr vor Evaluationsschluss weitgehend abgeschlossen wurde. Auch die Projektevaluationen mussten gestaffelt durchgeführt werden. Entwicklungen, die nach dem jeweiligen Evaluationszeitpunkt eingetreten sind – insbesondere auch aufgrund von Ergebnissen der Evaluation – konnten höchstens punktuell berücksichtigt werden.

1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht gliedert sich in sechs Kapitel. Nach der Einleitung (Kapitel 1) befasst sich Kapitel 2 mit dem Programmkonzept der Strategie M+G, das die Vorgaben für die Umsetzung enthält. Der Weg hin zur Strategie M+G wird beschrieben. Danach werden die Inhalte des Programmkonzepts systematisch dargestellt und nach den Kriterien der empirischen Evidenz, der inneren und der äusseren Kohärenz beurteilt. Damit wird die Grundlage für die weitere Analyse geschaffen.

Kapitel 3 geht auf die Umsetzung des Programms ein, und zwar namentlich auf die Einbindung verschiedener Akteure über die diversen Gremien, die eigens für die Umsetzung der

Strategie M+G gebildet wurden. Dabei wird nicht nur die Funktionsweise der Gremien betrachtet, sondern auch, inwiefern es gelungen ist, tatsächlich eine Zusammenarbeit mit den in den Gremien vertretenen Akteuren herzustellen.

Auch Kapitel 4 betrachtet die Umsetzung des Programms, konzentriert sich jedoch auf die Programmabwicklung beim BAG. Untersucht wird, ob sich die interne Organisation für die Umsetzung des Programms eignet. Dazu wird auch die Brücke geschlagen zur Projektebene, indem analysiert wird, wie die Projektträger vom BAG unterstützt werden und wie das BAG seine Aufgaben wahrnimmt. Auch wird in diesem Kapitel die Kommunikation als separater Teil des Programmmanagements untersucht, da hier eigene konzeptionelle Grundlagen erarbeitet wurden und auf Programmebene selber Leistungen erbracht werden, während die übrigen Leistungen auf Projektebene erstellt werden.

Kapitel 5 befasst sich mit der Projektebene. Für jeden der fünf Interventionsbereiche der Strategie M+G werden die Projekte kurz beschrieben. Anschliessend werden die Stärken und Schwächen der Projekte in Bezug auf die verschiedenen Evaluationsgegenstände zusammenfassend dargestellt. Zum Schluss wird verglichen, inwiefern durch die Projekte die ursprünglichen Vorgaben des Strategiepapiers tatsächlich erfüllt werden konnten.

Im abschliessenden Kapitel 6 werden entlang den vier Frageblöcken, welche die Evaluation zu beantworten hat, Schlussfolgerungen gezogen und eine Gesamtwürdigung der Strategie vorgenommen. Daraus werden abschliessend Empfehlungen formuliert.

2 Programmkonzept

Die Strategie M+G stellt ein politisches Programm dar, d.h. ein Bündel von koordinierten Massnahmen, die auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet sind (BAG 2004a: 21). Das Konzept bezeichnet ein Programm, „wie es auf dem Papier besteht“, noch ungeachtet dessen, wie es dann in die Tat umgesetzt wird. Das Konzept der Strategie M+G auf Programmebene besteht hauptsächlich aus dem Strategiepapier (M+G 2002) sowie ergänzend dazu aus dem Projektantrag des BAG (2003), der die Vorgaben des Strategiepapiers zum Teil näher ausführt.⁶ Wie die konzeptionellen Vorgaben der Strategie M+G auf der Ebene der Projekte konkretisiert wurden, wird in Kapitel 5 betrachtet. An dieser Stelle wird ausschliesslich die Programmebene betrachtet, wobei zunächst kurz das Vorgehen dargestellt wird.

2.1 Vorgehen

Ein Programmkonzept kann in verschiedene Bestandteile zerlegt werden:

- *Problemdefinition*: Annahmen zur Art des Problems und zu seinen Ursachen (Kausalhypothesen).
- *Zielvorgaben*: Vorgaben dazu, wie der Zustand im Problemfeld zu verändern ist.
- *Operative Vorgaben*: Vorgaben zu den Aktivitäten, die zur Verbesserung des Problems unternommen werden sollen.
- *Organisatorische Vorgaben*: Vorgaben zu den Zuständigkeiten, personellen und finanziellen Ressourcen sowie den Verfahren, die bei der Umsetzung zu beachten sind.

Die Evaluation des Programmkonzepts umfasste die folgenden Arbeitsschritte:

- Rekonstruktion der Entstehungsgeschichte der Strategie M+G;
- Erfassung des Programmkonzepts mittels einer systematischen Inhaltsanalyse;
- Beurteilung der empirischen Evidenz des Programmkonzepts;
- Beurteilung der inneren Kohärenz (Intrapolicy-Kohärenz) des Programmkonzepts;
- Beurteilung der äusseren Kohärenz (Interpolicy-Kohärenz) des Programmkonzepts.

Die Beurteilung erfolgte nach dem Erhebungsraster in Tabelle 4.

Der Struktur des vorliegenden Kapitels folgt den obigen Arbeitsschritten. Zuerst wird somit ein Blick auf die Entstehung der Strategie M+G geworfen. Dann werden die Inhalte der Strategie M+G systematisch dargestellt und auf ihre empirische Evidenz überprüft. Anschliessend wird die innere und äussere Kohärenz des Programmkonzepts erörtert. Zum Schluss werden die Ergebnisse zusammengeführt.

⁶ Die Analyse basiert auf der Langfassung des Strategiepapiers (M+G 2002). Die Kurzfassung, die zusätzlich zu den drei Amtssprachen auch in zehn Migrationssprachen (inkl. Englisch) vorliegt, wurde nicht berücksichtigt.

Tabelle 4: Erhebungsraster für die Eigenschaften des Programmkonzepts

Kriterium	Definition	Indikatoren	Erhebungsmethoden		Quellen
Empirische Evidenz	Wissenschaftliche Abstützung der zugrunde liegenden Problemdefinition und der Interventionsstrategien (Zielvorgaben, operative und organisatorische Vorgaben)	Grad, zu welchem die Kausalhypothesen und Interventionsstrategien durch die Literatur untermauert werden	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) zur systematischen Erfassung der Bestandteile des Programmkonzepts		<ul style="list-style-type: none"> – Strategiepapier (M+G 2002) – Projektantrag (BAG 2003)
			Literaturscreening (Durchsicht der Literatur)		<ul style="list-style-type: none"> – Im Anhang des Strategiepapiers aufgeführte Literatur – Bestehende Evaluation zu früheren Aktivitäten (Efionayi-Mäder et al. 2001) – Weitere wissenschaftliche Literatur
		Grad, zu welchem die Kausalhypothesen und Interventionshypothesen durch wissenschaftliche Erkenntnisse untermauert werden	Sekundärdatenanalyse		<ul style="list-style-type: none"> – Epidemiologische Daten (Gesundheitsbefragungen: BFS 1998; BFS 2000a; Calmonte 2000) – Daten zur Migrationsbevölkerung (BFS 2000b, 2004)
			Leitfadeninterviews (vgl. Anhang 7.5.2)		Personenkreis (vgl. Anhang 7.3): Wissenschaft
Intrapolicy-Kohärenz	Innere Kohärenz. Logische Stimmigkeit der Bestandteile des Programmkonzepts der Strategie M+G	Klarheit, Vollständigkeit der Bestandteile des Programmkonzepts sowie logische und inhaltliche Kohärenz (Grad der Widerspruchsfreiheit) innerhalb und zwischen ihnen	Dokumentenanalyse		<ul style="list-style-type: none"> – Strategiepapier (M+G 2002) – Projektantrag (BAG 2003)
			Leitfadeninterviews (vgl. Anhang 7.5.1)		Personenkreis (vgl. Anhang 7.3): <ul style="list-style-type: none"> – Programmleitung BAG – Planungsgruppe Ämter
Interpolicy-Kohärenz	Äussere Kohärenz. Logische Übereinstimmung der Ziele und Aktivitäten der Strategie M+G mit anderen Tätigkeiten des Bundes	Grad der Abstimmung der Ziele und Massnahmen der Strategie M+G mit den Zielen und Massnahmen des Bundes, zu denen die Strategie M+G inhaltliche Berührungspunkte aufweist	Kontextanalyse (Quervergleich), basierend auf:	Dokumentenanalysen	<ul style="list-style-type: none"> – Rechtliche Grundlagen der relevanten Politikbereiche – Per Internet zugängliche ergänzende amtliche Unterlagen – Bestehende Politikfeldstudien
				Leitfadeninterviews (vgl. Anhang 7.5.1)	Personenkreis (vgl. Anhang 7.3): <ul style="list-style-type: none"> – Programmleitung BAG – Planungsgruppe Ämter – Interinstitutionelle Begleitgruppe

2.2 Entstehungsgeschichte der Strategie M+G

Das BAG war bereits vor der Strategie M+G im Bereich Migration und Gesundheit tätig. Diese Tätigkeiten, die in der Folge auf der Basis von bestehenden Darstellungen (BAG 2002; Efionayi-Mäder et al. 2001; M+G 2002) beschrieben werden, bildeten die Grundlage, auf welcher mit dem Ziel der Strategieentwicklung eine Delphi-Studie durchgeführt wurde.

2.2.1 Vorgängerprogramm Migration und Gesundheit

Das frühere „Gesamtprogramm Migration und Gesundheit“ bestand aus dem „Projekt Migration und Gesundheit“ einerseits und dem Dienst Migration andererseits.

Projekt Migration und Gesundheit

Nachdem in einigen Migrationsgemeinschaften beträchtliche Informationslücken bei der HIV/Aids-Aufklärung deutlich geworden waren, begann das BAG, spezifische HIV/Aids-Prävention bei diesen Gruppen zu betreiben. 1991 lancierte es das „Projekt Migration und Gesundheit“ (PMG), das nach einer zweijährigen Pilotphase aufgrund seines grossen Echos bei den angesprochenen Gruppen (Türkei, Portugal und Spanien) verlängert und auf weitere Gruppen (Italien, ehemaliges Jugoslawien) ausgedehnt wurde. Das BAG stellte aus jeder Gemeinschaft einen Präventionsbeauftragten bzw. eine Präventionsbeauftragte an sowie zusätzlich eine Koordinatorin für das Projekt. Bei der Umsetzung von Massnahmen wurde auf interkulturelle Vermittlung abgestellt und ein partizipatives, basisnahes Vorgehen angestrebt. Thematisch fand zudem allmählich eine Erweiterung von der Aids- auf die Suchtprävention und umfassende Gesundheitsförderung statt.

Dienst Migration

Parallel zur Ausweitung des PMG wurde 1996 im BAG innerhalb der Facheinheit Sucht und Aids der Dienst Migration gebildet, der auch die Leitung des PMG, das zwei Drittel der finanziellen Ressourcen des Dienstes beanspruchte, übernahm. Neben dem PMG schloss der Dienst Migration mit verschiedenen externen Partnerorganisationen Leistungsverträge ab, die insgesamt darauf ausgerichtet waren, die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten bei der Regelversorgung besser zu berücksichtigen. Die drei Haupttätigkeitsfelder waren:

- Förderung der Aus- und Weiterbildung in interkulturellem Übersetzen (ikÜ) und interkultureller Vermittlung (ikV);
- Unterstützung von Beratungs- und Informationsangeboten für die Migrationsbevölkerung in Gesundheitsfragen;
- Forschung und Evaluation im Bereich M+G.

2001 führte das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) eine Evaluation des Gesamtprogramms M+G durch (Efionayi-Mäder et al. 2001) und kam zum Schluss, dass dieses keine klaren Zielsetzungen und Prioritäten hatte. Daraus ergab sich eine

thematische Verzettelung und eine mangelnde Abstimmung der verschiedenen Ansätze, die verfolgt wurden. Beim PMG wurde die ursprüngliche Betroffenennähe zwar als innovativ gelobt, doch blieb das Projekt auf fünf Herkunftsgruppen beschränkt und entfernte sich zunehmend vom partizipativen Ansatz. Insgesamt zeigte die Evaluation klar, dass dem Gesamtprogramm M+G ein klares Profil fehlte.

2.2.2 Delphi-Studie

Aufgrund der Erkenntnisse der Evaluation gab das BAG dem SFM den Auftrag, die Grundlagen für eine Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002–2006“ zu erarbeiten. Das SFM führte in Erfüllung dieses Auftrags eine Delphi-Studie durch. Diese Studie wird hier ausgehend von Berichten (Cattacin et al. 2000; Chimienti et al. 2001; M+G 2002, Anhang I), Protokollen und Unterlagen (strategische und wissenschaftliche Begleitgruppen, Fokusgruppen; vgl. Anhang 7.2.3) sowie von Aussagen von Personen, die an der Studie teilgenommen haben und im Rahmen dieser Evaluation befragt wurden, beschrieben.

Mit der Delphi-Studie wurde das Ziel verfolgt, über das Sammeln von Einschätzungen von Experten und Expertinnen zur Thematik M+G Erkenntnisse zur Problemsituation und zu den Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten zusammenzutragen und darauf basierend Zielvorschläge zu machen (Protokoll BG vom 14.01.2000: 1). Es wurde jedoch nicht eine klassische Delphi-Studie, sondern eine so genannte „Decision Delphi“ durchgeführt, bei der es in erster Linie um die Konsensfindung ging (Chimienti et al. 2001: 47).

In einem ersten Schritt wurden über 300 Akteure mit Erfahrung auf dem Gebiet M+G aufgefordert, sich mittels eines strukturierten Fragebogens zu Problemen und möglichen Lösungen zu äussern. Die 145 Antworten, die eintrafen, wurden zusammengefasst und den Akteuren abermals zur Kommentierung vorgelegt. In einer dritten Runde wurden mit etwa 70 ausgewählten Akteuren in Gruppen von sechs bis zehn Personen Gespräche über einen Strategieentwurf geführt. Die strategische Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“, in der das BAG, BFF, IMES, die EKA und weitere Bundesstellen sowie kantonale Verwaltungen vertreten waren (Chimienti et al. 2001: 53-54), redete bei der Wahl der Themen und Teilnehmenden mit und nahm inhaltlich zu den Ergebnissen Stellung. Zudem wurde das Forschungsteam von einer wissenschaftlichen Begleitgruppe unterstützt (M+G 2002: 51).

Die Redaktion des Strategiepapiers übernahm das SFM in Zusammenarbeit mit dem Dienst Migration, der im Jahr 2002 zu einer eigenständigen Fachstelle Migration und Gesundheit innerhalb des BAG wurde.

2.3 Inhalte der Strategie M+G und ihre empirische Evidenz

In der Folge werden die einzelnen Bestandteile des Programmkonzepts dargestellt und in kursiver Schrift jeweils ihre empirische Evidenz bewertet. Zuerst wird die Problemdefinition,

anschliessend werden die Zielvorgaben, dann die operativen und zum Schluss die organisatorischen Vorgaben betrachtet. Einleitend wird noch kurz auf den Beitrag der Delphi-Studie zur empirischen Abstützung der Strategie eingegangen.

2.3.1 Beitrag der Delphi-Studie zur empirischen Evidenz

Im Rahmen dieser Evaluation wurde die Ausrichtung der durchgeführten Delphi-Studie genauer überprüft, um zu beurteilen, ob durch sie die empirische Abstützung der Strategie verbessert werden konnte. Die Evaluation kommt zum Schluss, dass die Anlage der Studie aus mehreren Gründen nur beschränkt diesem Zweck diene.

Indem erstens eine „Decision Delphi“ durchgeführt wurde, deren Zielsetzung die Herstellung von Konsens war, war die Studie von Beginn weg nicht in erster Linie auf eine wissenschaftliche Abklärung des Problembedarfs angelegt. Da die Teilnehmenden der Studie zweitens auf der Basis ihrer Erfahrung auf dem Gebiet M+G ausgewählt wurden, vertraten die meisten eine Organisation oder Institution mit je eigenen Interessen an der Strategie M+G. Eine unabhängige, wissenschaftlich begründete Perspektive hingegen konnte auf diese Weise nur begrenzt erreicht werden. Drittens wurden die Themen, zu welchen die Personen befragt wurden, durch die strategische Begleitgruppe ausgewählt, in der in erster Linie die Verwaltung und nicht die Wissenschaft vertreten war. Da zudem die offenen Fragen in der Studie nicht systematisch ausgewertet wurden, bestand im weiteren Verlauf der Studie keine Möglichkeit, aus wissenschaftlicher Sicht wichtige Themen später noch einzubringen.

Auch in Bezug auf die Abklärung der Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung ergaben sich bei der Delphi-Studie Probleme. Namentlich reichten die Anstrengungen nicht aus, um eine stärkere Beteiligung der Migrantenorganisationen zu erreichen.

Zwar hat die Delphi-Studie durch den Konsens, der durch sie unter den Organisationen im Feld M+G geschaffen werden konnte, durchaus die Legitimation der Strategie M+G gestärkt; sie hat jedoch nicht unbedingt zu ihrer empirischen Evidenz beigetragen.

2.3.2 Problemdefinition der Strategie M+G

Probleme bestehen nicht per se, sondern sie müssen zuerst als solche definiert werden. Dabei können unterschiedliche Annahmen zur Art des Problems gemacht werden. In der Folge wird die Problemdefinition, die – zum Teil auch nur implizit – im Strategiepapier (M+G 2002: 12-21, 30-35) postuliert wird, beschrieben und es wird diskutiert, ob es dafür empirische Belege gibt. Dabei werden auch die Erkenntnisse aus dem Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM, Rommel et al. 2006), das im Rahmen der Strategie M+G durchgeführt worden ist, berücksichtigt. Betrachtet wird, worin das Problem laut der Strategie M+G besteht, welche Gruppen davon betroffen sind und was die Problemursachen sind.

Worin besteht das Problem? (Intensitätsgrad)

Die Grundannahme der Strategie ist, dass die gesundheitliche Chancengleichheit in Bezug auf die Migrationsbevölkerung gegenwärtig in der Schweiz nicht erreicht wird (M+G 2002: 9). „Gesundheit“ wird dabei nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern in einem ganzheitlichen Sinne als Lebensqualität (M+G 2002: 5, 9). Inwiefern die Chancengleichheit ungenügend ist, wird in der Strategie kaum präzisiert. Es heisst lediglich, bei der Migrationsbevölkerung seien „gesundheitliche Defizite“ zu beobachten (M+G 2002: 9), die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsproblemen sei grösser, weil die Migrationsbevölkerung „erhöhten“ oder „kumulierten Gesundheitsrisiken“ (M+G 2002: 12, 16, 19) ausgesetzt sei. Zur Migrationsbevölkerung zählt die Strategie M+G alle Personen – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus und ihrer Nationalität –, die entweder selber aus einem anderen Land in die Schweiz gekommen sind oder direkte Nachkommen solcher Personen sind. Als Belege für gesundheitliche Defizite verweist die Strategie punktuell auf Studien und Daten.

Die von der Strategie M+G postulierten gesundheitlichen Defizite der Migrationsbevölkerung lassen sich auf der Basis von epidemiologischen (statistischen) Daten belegen. Die Auswertungen der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) zeigen im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung sowohl ein schlechteres subjektives Wohlbefinden als auch ein häufigeres Auftreten verschiedener körperlicher Beschwerden (BFS 2000b: 125, Tabelle T3.1.1; 2004: 120, Tabelle P36D; Vranjes et al. 1996). Diese gesundheitlichen Defizite lassen sich nicht allein auf die häufig tiefere soziale Schicht von Migrantinnen und Migranten zurückführen (Vranjes et al. 1996). Durch das GMM wurde der schlechtere subjektive Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung generell bestätigt.

Als zweites Hauptproblem werden im Strategiepapier die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen genannt. Implizit wird davon ausgegangen, dass ein Teil der höheren Kosten migrationsbedingt ist, also durch Probleme im Umgang mit der Migrationsbevölkerung im schweizerischen Gesundheitssystem entsteht.

Im Rahmen des durchgeführten Literaturscreenings konnten zu dieser Problematik keine Studien gefunden werden. Die empirische Evidenz kann deshalb nicht beurteilt werden.

Wer ist von den Problemen betroffen? (Prävalenz)

Von den Gesundheitsproblemen ist laut Strategiepapier nur ein „Teil der Migrationsbevölkerung“ (M+G 2002: 3, 12) betroffen. Dieser Teil wird im Strategiepapier jedoch kaum näher spezifiziert. Festgestellt wird jedoch, dass gewisse Krankheiten besonders bei der neueren Migration auftreten, dass Frauen in vieler Hinsicht stärker betroffen sind als Männer (M+G 2002: 9) und dass Unterschiede zwischen Asylsuchenden und Arbeitsmigrantinnen und -migranten bestehen. Die angegebene empirische Evidenz ist insgesamt beschränkt, wobei der Grund dafür laut dem Strategiepapier bei der lückenhaften epidemiologischen Datenlage zur gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung liegt (M+G 2002: 19, 20, 35).

Tatsächlich fehlten bis zum GMM trotz einer Vielzahl von Datenbanken im Gesundheitsbereich Daten, aus denen die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung in umfassender Weise hervorgehen würde. Rückschlüsse auf einzelne Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung waren kaum möglich.

Grundsätzlich zeigen die Daten aus der ersten SGB sowie des GMM, dass innerhalb der Migrationsbevölkerung erhebliche Unterschiede bestehen (Rommel et al. 2006; Vranjes et al. 1996). Die im Strategiepapier enthaltene Annahme, dass Migrantinnen stärker von den Problemen betroffen sind als Migranten, wird durch die vorhandenen Daten empirisch untermauert: Migrantinnen weisen sowohl nach subjektiven als auch nach objektiven Indikatoren einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand auf. Durch das GMM liegen mittlerweile auch Belege vor, dass Asylsuchende und Frauen generell einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Ausserdem ist Evidenz vorhanden, dass die gesundheitlichen Defizite unter älteren Migrantinnen und Migranten grösser sind als bei jüngeren (Weiss 2003: 99). Das Problem der alternden Migrationsbevölkerung wird im Strategiepapier zwar erwähnt, die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Schwierigkeiten, die empirisch belegt sind, werden jedoch nicht berücksichtigt.

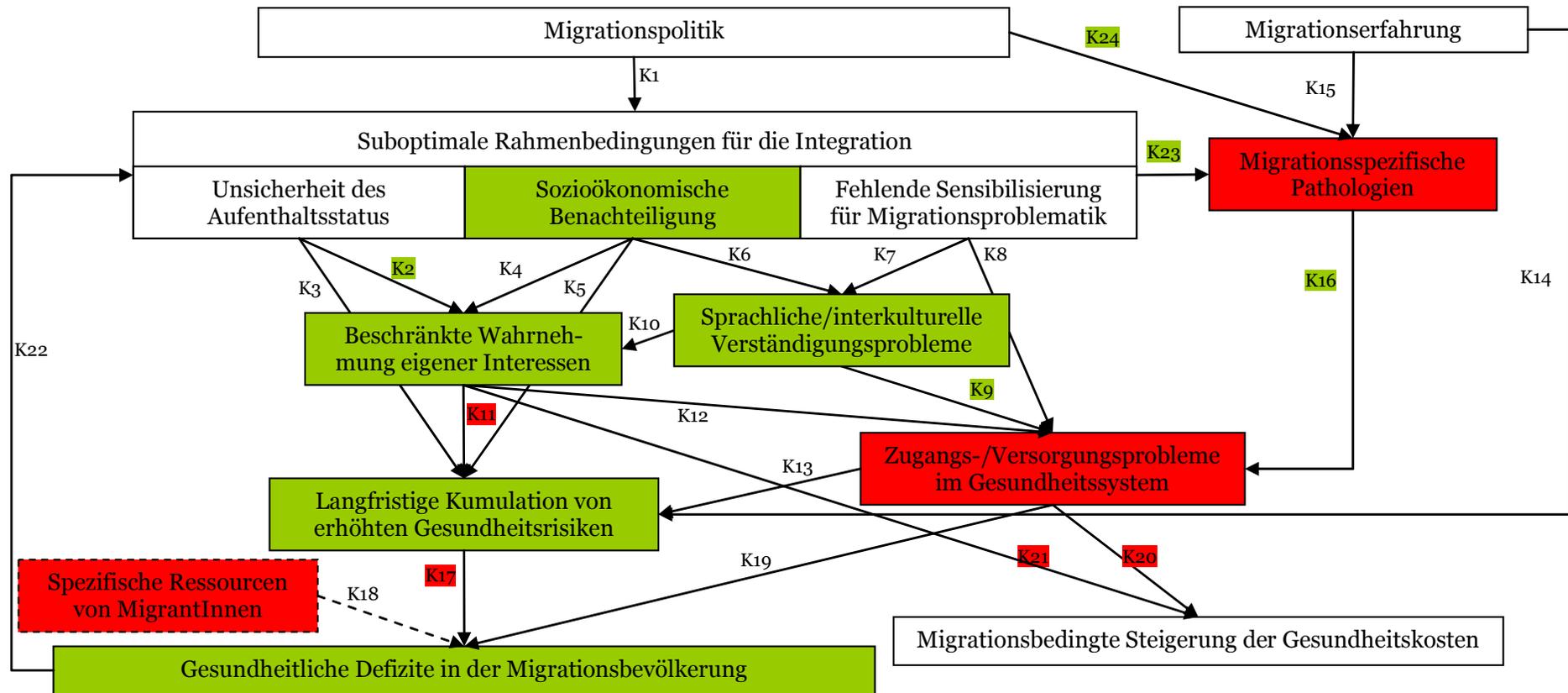
Was sind die Problemursachen? (Kausalhypothesen)

Die Ursachen für die zwei identifizierten Hauptprobleme – die gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung und die migrationsbedingte Zunahme der Gesundheitskosten – werden im Strategiepapier zwar nicht systematisch, aber umfassend erörtert. Die Problemdefinition, die der Strategie zugrunde liegt, ist in Abbildung 4 in verdichteter Form dargestellt. Die Problemanalyse geht von der Migrationspolitik und der Migrationserfahrung aus und führt über verschiedene Zwischenschritte zu den Hauptproblemen. Im Strategiepapier besteht insgesamt ein Mangel an Verweisen auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu Problemursachen.

Gesamthaft gesehen ist das Ursache-Wirkungsmodell, von dem die Strategie M+G ausgeht, laut Expertinnen und Experten plausibel. Die detaillierte Analyse hat aber deutlich gemacht, dass die empirische Evidenz zu einzelnen Teilproblemen und Zusammenhängen (Kausalhypothesen) nicht immer eindeutig ist (vgl. Abbildung 4). Zwar konnten einige Problemannahmen durch die vorhandene Literatur klar belegt werden, in anderen Punkten erwiesen sich die wissenschaftlichen Befunde jedoch als umstritten.

Unklar ist die empirische Evidenz namentlich in Bezug auf die gesundheitlichen Auswirkungen einer beschränkten Interessenwahrnehmung sowie die migrationspezifischen Pathologien, die sowohl in Bezug auf ihre Ursachen als auch auf ihre Auswirkungen differenzierter betrachtet werden müssten. Bezüglich der Kostenwirkungen der vorhandenen Probleme besteht ausserdem eine Forschungslücke. Nicht alle Annahmen konnten im Übrigen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung beurteilt werden.

Abbildung 4: Empirische Abstützung der Teilprobleme und Kausalhypothesen



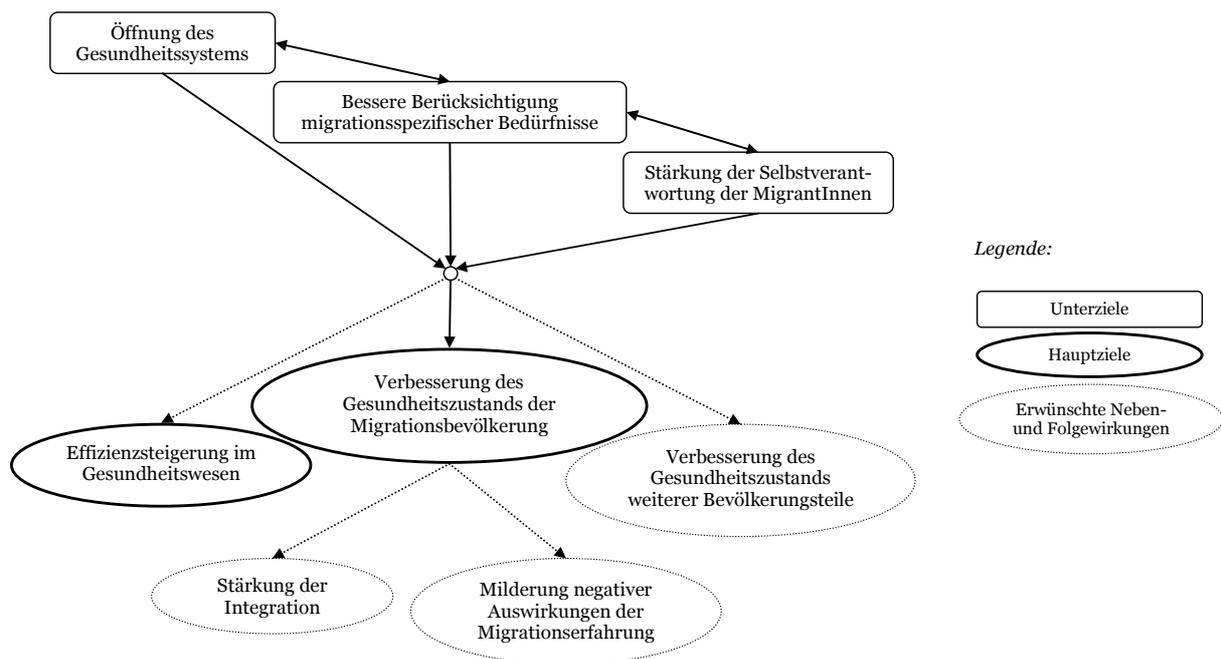
Legende:

- K: Kausalhypothese
- Rot: Empirische Evidenz umstritten
- Grün: Empirische Evidenz vorhanden
- : Positive Einflüsse

2.3.3 Zielvorgaben

Ausgehend von den Annahmen zum Problem wurden übergeordnete Programmziele definiert, die festlegen, welche Wirkungen mit der Strategie M+G erzielt werden sollen. Die Zielvorgaben sind im Strategiepapier und Projektantrag nicht systematisch und explizit aufgeführt. Erkennbar ist jedoch die *Verwirklichung der gesundheitlichen Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung* als langfristige Vision. Daneben konnte ein Zielsystem rekonstruiert werden (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Zielsystem der Strategie M+G



Aus den im Strategiepapier genannten Prinzipien lassen sich drei *Unterziele* ableiten, die sich gegenseitig verstärken:

- Öffnung des Gesundheitssystems (entspricht Prinzip der Chancengleichheit);
- Verbesserung der Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse bei der Leistungserbringung (entspricht Prinzip der adäquaten Leistungserbringung);
- Stärkung der Selbstverantwortung und Problemlösungskompetenz von Migrantinnen und Migranten (entspricht Prinzip der Selbstverantwortung und des Empowerments).

Implizit wird aus dem Strategiepapier deutlich, dass die beiden ersten Unterziele stärker betont werden als das letzte.

Die drei Unterziele führen zum *Hauptziel* der Strategie M+G, das den angestrebten Endzustand bezeichnet. Es besteht in der nicht genauer festgelegten *Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung*. Quasi als Nebenwirkung soll die Verfolgung der drei Unterziele auch eine *Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen* bewirken, die damit ein

weiteres Hauptziel darstellt. Ferner postuliert die Strategie M+G als zusätzliche Nebenwirkung die Verbesserung des Gesundheitszustands von weiteren Bevölkerungsteilen in ähnlicher Lage wie die Migrationsbevölkerung. Als Folgewirkungen der Verbesserung des Gesundheitszustands werden ausserdem die Verbesserung der Integration der Migrationsbevölkerung sowie die Verminderung unerwünschter Nebenwirkungen migrationsbedingter Stresssituationen definiert. Auf diese weiteren angestrebten Wirkungen kann die Evaluation nur am Rande eingehen.

Tabelle 5: Empirische Evidenz der wichtigsten Zielvorgaben

<i>Ziel</i>	<i>Empirische Evidenz</i>	<i>Erläuterung</i>
Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung	Vorhanden	Objektive und subjektive Indikatoren weisen auf einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung hin.
Allgemeine Öffnung des Gesundheitssystems	Vorhanden	Namentlich aufgrund ihrer generell schlechteren sozialen Lage ist die Migrationsbevölkerung mit Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem konfrontiert, die sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken können.
Bessere Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse	Vorhanden	Neben der sozialen Lage gibt es auch migrationspezifische Faktoren, welche für die gesundheitlichen Defizite der Migrationsbevölkerung verantwortlich sind.
Stärkung der Selbstverantwortung der MigrantInnen	Teilweise vorhanden	Im präventiven Bereich gibt es in bestimmten Bereichen Hinweise für eine geringere Problemlösungskompetenz der Migrationsbevölkerung und eine ungenügende Wahrnehmung der eigenen Interessen. In anderen Bereichen weist die Migrationsbevölkerung ein günstigeres Gesundheitsverhalten auf als die Schweizer Bevölkerung.

Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, können die wichtigsten Ziele der Strategie M+G im Grossen und Ganzen als evidenzbasiert gelten. Die empirische Evidenz des Effizienzziels sowie auch der weiteren Ziele der Strategie M+G konnte nicht beurteilt werden. Beim Hauptziel der Verbesserung des Gesundheitszustands wird nicht genauer spezifiziert, welche Gruppen der Migrationsbevölkerung zu den Begünstigten der Strategie M+G gehören sollen. Dies ist angesichts der damals fehlenden differenzierten Daten zum Gesundheitszustand einzelner Gruppen verständlich. Es entspricht auch den Empfehlungen der Evaluation des früheren Gesamtprogramms, das sich mit seiner Festlegung auf fünf Herkunftsgruppen als zu wenig flexibel herausstellte, weshalb eine grössere Offenheit verlangt wurde (Efionayi-Mäder et al. 2001: 88). Doch fehlen die von der Evaluation geforderten transparenten Kriterien zur Abgrenzung des Kreises der Begünstigten, obwohl empirisch belegte Einflussfaktoren (Geschlecht, Alter, soziale Schicht) bekannt waren. Implizit ist die Strategie M+G klar auf sozial benachteiligte Gruppen ausgerichtet.

Die geringere Gewichtung der Stärkung der Selbstverantwortung im Vergleich zu den anderen zwei Unterzielen ist sinnvoll, weil wissenschaftliche Studien zeigen, dass das Ziel

schwer erreichbar ist. Ein Empowerment ist umso schwieriger, je stärker die soziale Benachteiligung ist. Durch eine Öffnung des Gesundheitssystems und die Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse kann aber durch Wechselwirkungen zum Ziel des Empowerments beigetragen werden.

2.3.4 Operative Vorgaben: Interventionsbereiche und Massnahmen

Die operativen Vorgaben umfassen die Angaben zu den Aktivitäten der Strategie M+G.

Tabelle 6: Interventionsbereiche und Massnahmen

<i>Massnahme</i>	<i>Leistungsziel</i>
1. Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) (IB B)	
Aus- und Fortbildung ikÜ ⁷ (B1)	In der Schweiz existiert eine professionelle Aus- und Fortbildung für interkulturelle Übersetzung im Gesundheitsbereich.
Aus- und Fortbildung ikV (B2)	In der Schweiz existieren eine professionelle Aus- und Fortbildung sowie eine anerkannte Zertifizierung für interkulturelle Vermittlung.
Fort- und Weiterbildung Gesundheitsberufe (B3)	Es existieren für alle Gesundheitsberufe regelmässige Fort- und/oder Weiterbildungsangebote im Bereich M+G.
2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I)	
Prävention und Gesundheitsförderung (I1)	Bei den verschiedenen Gruppen in der Migrationsbevölkerung finden systematisch gezielte präventive Interventionen statt.
Sensibilisierung Leistungserbringer (I2)	Bei den wichtigsten leistungserbringenden Diensten in der Schweiz wurden zum Thema M+G Sensibilisierungsbemühungen unternommen.
3. Gesundheitsversorgung (IB V)	
Leicht zugängliche Angebote (V1)	In allen grossen Agglomerationen existieren leicht zugängliche Angebote, die unbürokratisch Hilfe bei Gesundheitsproblemen anbieten und gezielt Dienste vermitteln.
Vermittlungs- und Koordinationsdienste (V2)	In allen Regionen der Schweiz existieren Vermittlungsdienste für den Gesundheits- und wenn möglich auch für den Sozialbereich.
Einsatz von ikÜ (V3)	In allen Regionen der Schweiz werden professionelle interkulturelle Übersetzungsdienste angeboten, deren Finanzierung geklärt ist.
4. Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T)	
Differenzierung bestehendes Angebot (T1)	Verbesserung des bestehenden Angebots, insbesondere für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive
Aufbau niederschwelliger Angebote (T2)	Aufbau leicht zugänglicher, dezentralisierter Angebote, insbesondere für Traumatisierte mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive
5. Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring) (IB F)	
Gesundheitsmonitoring (F1)	In der Schweiz existiert ein Gesundheitsmonitoring in Bezug auf die Migrationsbevölkerung.
Problemorientierte Grundlagenforschung (F2)	Es werden Forschungsprojekte im Bereich M+G durchgeführt.
Evaluation (F3)	Die Strategie M+G und ihre wichtigsten Massnahmen werden evaluiert.

⁷ In diesem Bericht wird anstelle des im Strategiepapier verwendeten Begriffs „interkulturelles Dolmetschen“ konsequent der neue, anerkannte Begriff „interkulturelle Übersetzung“ (ikÜ) gebraucht.

Die Strategie M+G definiert fünf Interventionsbereiche mit je zwei oder drei Massnahmen. In Tabelle 6 sind die Bereiche nach der Prioritätenordnung, die im Strategiepapier festgelegt wird, aufgeführt. Zur Verdeutlichung, worum es bei den verschiedenen Massnahmen geht, ist das wichtigste Leistungsziel aufgeführt. Eine Zusammenstellung der Leistungs- sowie auch Wirkungsziele ist in Kapitel 5.4.1 bei der Bewertung der Zielerreichung zu finden.

Abbildung 6: Ansatzpunkte der einzelnen Massnahmen

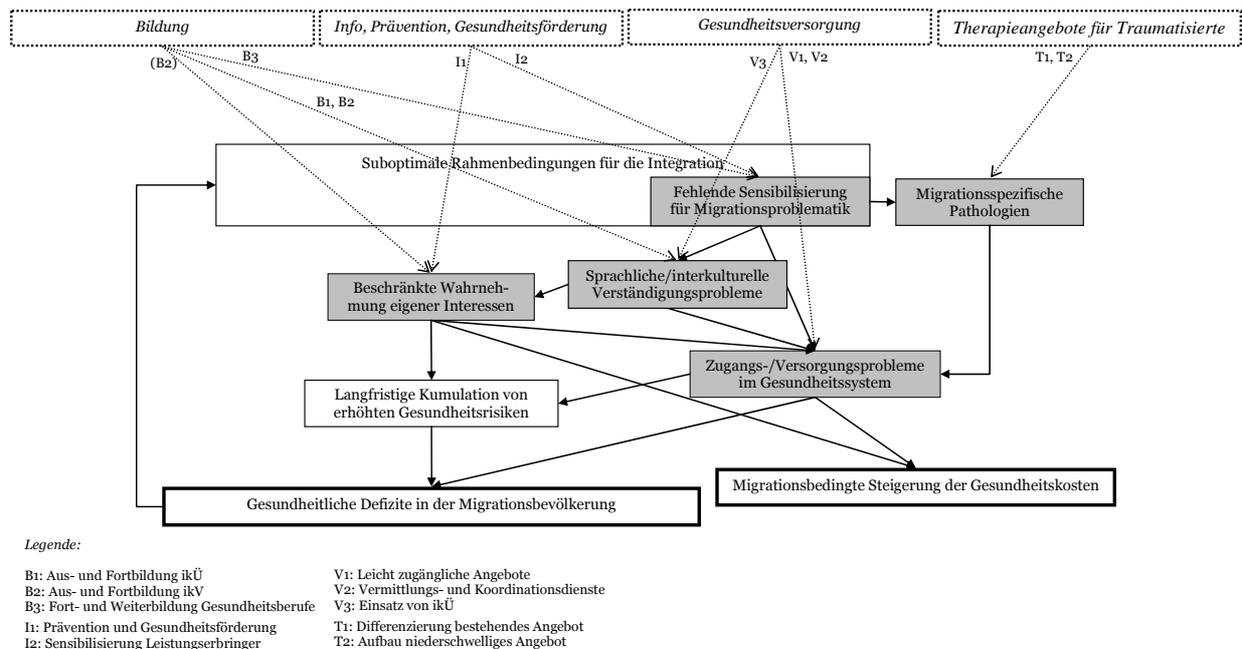


Abbildung 6 entspricht einem Ausschnitt von Abbildung 4 (S. 18) und verdeutlicht die Ansatzpunkte der aufgeführten Massnahmen. Dabei wird deutlich, dass die Strategie M+G fünf Teilprobleme mit jeweils mehreren Massnahmen angehen will. Die Massnahmen des IB F beziehen sich nicht auf bestimmte Teilprobleme und lassen sich deshalb nicht abbilden.

Gemäss der vorhandenen empirischen Evidenz ist die durchschnittlich schlechtere soziale Lage der Hauptgrund für die gesundheitlichen Defizite der Migrationsbevölkerung. Um eine Verbesserung zu erreichen, müssten somit die Rahmenbedingungen für die Integration und damit auch die Migrationspolitik verändert werden. Die Strategie M+G kann jedoch als Verwaltungsprogramm aus Machbarkeitsgründen nicht bei diesen generellen Ursachen ansetzen. Wie Abbildung 6 zeigt, setzt die Strategie M+G stattdessen bei Problemen mit einem klaren Gesundheitsbezug an. Die Strategie entspricht damit zwar nicht dem Ideal einer multisektoralen „Public Health“-Strategie, wie sie von der WHO in der Ottawa-Charta gefordert wird, immerhin wird der breitere Kontext im Strategiepapier aber thematisiert.

Tabelle 7: Empirische Evidenz der Massnahmen

Massnahme	Empirische Evidenz	Erläuterung
Aus- und Fortbildung ikÜ (B1)	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz für Verständigungsprobleme vorhanden, aber Notwendigkeit für <i>professionelle</i> ikÜ im Vergleich zu Laienübersetzung z.T. in Frage gestellt. Neuere Untersuchungen stützen jedoch zu einem gewissen Grade den Bedarf und das Bedürfnis nach ikÜ (z.B. Bischoff; Dahinden und Bischoff 2005; Rommel et al. 2006).
Aus- und Fortbildung ikV (B2)	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz für Verständigungsprobleme vorhanden und schlechteres Gesundheitsverhalten in bestimmten Bereichen und bei bestimmten Gruppen zeigt Bedarf für zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung, unter anderem mit Abstützung auf ikV, aber Notwendigkeit für <i>professionelle</i> ikV z.T. in Frage gestellt. Neuere Untersuchungen stützen jedoch zu einem gewissen Grade den Bedarf nach ikV (z.B. Bischoff; Dahinden und Bischoff 2005)
Fort- und Weiterbildung Gesundheitsberufe (B3)	Offen	Empirische Evidenz konnte nicht direkt überprüft werden.
Prävention und Gesundheitsförderung (I1)	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für schlechteres Gesundheitsverhalten in bestimmten Bereichen und bei bestimmten Gruppen zeigt Bedarf an zielgruppenspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei sind spezifische protektive Faktoren bei der Ausgestaltung von Massnahmen zu beachten. Bedürfnisse nach muttersprachlichen Informationen laut GMM vorhanden.
Sensibilisierung Leistungserbringer (I2)	Offen	Empirische Evidenz konnte nicht direkt überprüft werden.
Leicht zugängliche Angebote (V1)	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Bedeutung der Niederschwelligkeit im Migrationskontext empirisch belegt. Unterversorgung ist allerdings nur bei ganz bestimmten Vorsorgeuntersuchungen und im psychosozialen Bereich empirisch nachgewiesen.
Vermittlungs- und Koordinationsdienste (V2)	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für Schnittstellenprobleme vorhanden, vor allem zwischen Allgemeinmedizin und spezialärztlichen Leistungen, doch hat das GMM (Rommel et al. 2006) z.B. in Bezug auf Frauenarztbesuche grosse Unterschiede aufgezeigt.
Einsatz von ikÜ (V3)	Teilweise umstritten	Vgl. Erläuterungen zu Massnahme B1.
Differenzierung bestehendes Angebot (T1)	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für Bedarf an spezialisierten Leistungen bei einem Teil der Flüchtlinge gegeben. Differenzierter Umgang mit Traumaproblematik erforderlich.
Aufbau niederschwelliger Angebote (T2)	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz zeigt Gefahr eines undifferenzierten Gebrauchs der Traumadiagnose und der Medikalisierung von Asylverfahren.

Die einzelnen Massnahmen werden in Tabelle 7 bezüglich ihrer empirischen Evidenz beurteilt. Bei vier der insgesamt zehn Massnahmen liefert die vorhandene empirische Evidenz Hinweise dafür, wie die entsprechenden Massnahmen ausgestaltet werden sollten. Bei weiteren vier Massnahmen ist die Evidenzlage teilweise umstritten. Dies trifft namentlich

auf die Therapieangebote für Asylsuchende sowie auf die professionelle interkulturelle Übersetzung und Vermittlung zu, wobei die empirische Evidenz in Bezug auf letztere durch neuere Untersuchungen zu einem gewissen Grade verbessert worden ist. Bei den zwei Massnahmen zur Sensibilisierung der Angebotsseite im Gesundheitswesen konnte die empirische Evidenz nicht beurteilt werden.

Bei der Ausgestaltung der Massnahmen wurde – soweit aus dem Strategiepapier ersichtlich – die vorhandene epidemiologische Evidenz für geschlechtsspezifische Unterschiede bis zu einem gewissen Grade berücksichtigt. Zwar sind keine Massnahmen speziell für Frauen als besonders betroffene Gruppe vorgesehen, bei einer Reihe von Massnahmen wird punktuell jedoch die Berücksichtigung der Gender-Komponente gefordert (B3, I1, I3, T2, F1, F2). Nicht thematisiert wurden hingegen altersbedingte Unterschiede, für die es ebenfalls empirische Evidenz gibt.

2.3.5 Organisatorische Vorgaben

Ein Programmkonzept muss neben den Zielvorgaben und den operativen Bestimmungen auch organisatorische Vorgaben machen, damit es umgesetzt werden kann. In der Folge werden die grundsätzlichen organisatorischen Vorgaben dazu, welche Akteure an der Umsetzung der Strategie M+G beteiligt sein sollen und was ihre jeweilige Rolle ist, beschrieben. Nicht eingegangen wird auf das Organigramm, das in Kapitel 3 vorgestellt wird, sowie auf die Angaben zur Finanzierung der Strategie M+G (vgl. Kapitel 4).

Das Strategiepapier betont, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure aufgrund des interinstitutionellen Charakters des Bereichs M+G unabdingbar ist (M+G 2002: 3, 6, 38, 39). Um die Ziele der Strategie zu erreichen, sei es nötig, dass die verschiedenen Bundesämter, die Kantone, die Gemeinden sowie auch private Organisationen zusammenspannten. In die Umsetzungsstrukturen sollten somit sowohl staatliche Akteure auf unterschiedlicher Ebene als auch verschiedene private Akteure eingebunden werden. Die genauen Aufgaben dieser verschiedenen Akteure werden im Strategiepapier nicht spezifiziert. Präzisiert wird lediglich die Rolle des Bundes: „Der Bund versteht sich für alle Aktivitäten als Promotor und Koordinator und setzt selber keine Massnahmen um“ (M+G 2002: 39). Mit der Umsetzung seien vielmehr externe feld- und problemnahe Partner zu beauftragen (M+G 2002: 39).

Das BAG hat laut dem Strategiepapier die Federführung bei der Umsetzung. Es soll die Zusammenarbeit mit dem BFM und der EKA, die an der Erarbeitung der Strategie beteiligt waren, weiterführen und auf andere Akteure ausdehnen. Das Strategiepapier schlägt die Bildung einer „Projektgruppe“ vor, in der neben den genannten noch weitere Bundesstellen sowie die Kantone und Städte und nach Möglichkeit die Krankenversicherer, die Gesundheitsförderung Schweiz, die Schweizerische Flüchtlingshilfe und die Migrationsbevölkerung hätten vertreten sein sollen. Diese Gruppe hätte als Entscheidungs- und Umsetzungsplattform dienen sollen. Bei der weiteren Konkretisierung der Organisation wurden die Aufgaben

dieser heterogenen Gruppe dann aber auf verschiedene Gremien und Organe aufgeteilt (vgl. Organigramm, S. 31).

Der partnerschaftliche Ansatz der Umsetzung, welcher im Strategiepapier vorgesehen ist, entspricht dem Ergebnis der Evaluation des Vorgängerprogramms (Efionayi-Mäder et al. 2001: 8, 83), dass der Bund durch die basisnahe Arbeit Anerkennung in der Migrationsbevölkerung gewinnt. Allerdings richtet sich gemäss den Leistungszielen nur ein Teil der Massnahmen an die Migrantinnen und Migranten selber.

Die von der Evaluation geforderte Konkretisierung der jeweiligen Rollen und Aufgaben fehlte im Strategiepapier weitgehend. Im Projektantrag wurden die umfassenden Kompetenzen, die ursprünglich einer heterogenen Projektgruppe zugesprochen worden waren, auf verschiedene Gremien verteilt und konkretisiert.

2.4 Innere Kohärenz der Strategie M+G

Neben der empirischen Evidenz ist innere Stimmigkeit des Programmkonzepts eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit und Effizienz eines Programms. Ein diffuses, lückenhaftes oder widersprüchliches Programmkonzept kann die Umsetzung und Wirkung erheblich beeinträchtigen. Deshalb wurde im Rahmen der Evaluation erstens die Klarheit und zweitens die Vollständigkeit des Programmkonzepts der Strategie M+G beurteilt. Drittens wurde die innere Kohärenz der einzelnen Bestandteile des Programmkonzepts, die oben dargestellt wurden, bewertet. Zum Schluss wurde auf die Kohärenz zwischen den einzelnen Bestandteilen eingegangen. Die Bewertungen in Tabelle 8 werden in der Folge erläutert.

Tabelle 8: Bewertungen Intrapolicy-Kohärenz

Bestandteil Programmkonzept	Klarheit	Vollständigkeit	Kohärenz einzelne Bestandteile	Kohärenz zu übergeordneten Bestandteilen
Problemdefinition	(-)	+/-	+	XX
Zielvorgaben	(-)	+/-	(+)	+
Operative Vorgaben	+/-	+/-	(+)	+
Organisatorische Vorgaben	+/-	(+)	+/-	+

Legende: + = hoch; (+) = eher hoch; +/- = mittel; (-) = eher tief; - = tief; XX = nicht vorgesehen.

Klarheit

Die Bewertungen fallen bei der Klarheit am tiefsten aus. Die Problemdefinition ist aus dem Strategiepapier heraus nur mit Mühe erkennbar. Die Zielvorgaben wiederum sind quer durch das Strategiepapier verstreut, und es fehlt eine klare Übersicht. Die Klarheit der Problemdefinition und der Ziele wird deshalb als eher tief bewertet. Bei den operativen Vorgaben wird zwar eine klare Anzahl Interventionsbereiche und Massnahmen definiert. Daneben existiert jedoch eine Fülle von Vorgaben zu den Massnahmen, deren Bedeutung im Einzelnen unklar bleibt. Zur Organisation werden im Strategiepapier nur einige ziemlich vage Angaben ge-

macht. Der Projektantrag enthält hingegen insgesamt sehr klare Vorgaben. Da bei den operativen und den organisatorischen Vorgaben sowohl klare als auch diffuse Anteile bestehen, fällt die Bewertung bei diesen zwei Bestandteilen als mittel aus. Insgesamt lässt sich feststellen, dass es sich beim Strategiepapier M+G um eine Publikumsbroschüre handelt. Diese ist zweifellos gut verständlich geschrieben und optisch ansprechend gestaltet, jedoch eher unsystematisch und wenig konkret in ihren Aussagen. Als Grundlage für die operative Umsetzung und Evaluation des Programms ist das Strategiepapier deshalb nur beschränkt geeignet.

Vollständigkeit

Bei der Vollständigkeit erweist sich als Hauptproblem, dass bereits bei der Problemdefinition gewisse Lücken vorhanden sind. Zwar sind die Ursachen umfassend dargestellt, es wird aber gar nicht eindeutig festgestellt, worin das Problem besteht und wer davon betroffen ist (vgl. auch diesbezüglich fehlende empirische Evidenz, Abschnitt 2.3.2). Auf dieser vagen Grundlage konnte das Programm in der Folge nur in groben Zügen entwickelt werden. So fehlt bei den Zielsetzungen eine Konkretisierung, und bei den operativen Vorgaben werden weder die Instrumente noch die Adressaten genannt. Die Vollständigkeit dieser Programmbestandteile wird deshalb als mittel bezeichnet. Als weitgehend vollständig können hingegen die organisatorischen Vorgaben im Projektantrag gelten. Die bleibenden Unklarheiten auf der Ebene der Massnahmen können hier im Laufe der Umsetzung geklärt werden.

Die fehlende Vollständigkeit ist teilweise charakteristisch für die Art von Programmen, wie sie die Strategie M+G darstellt. Namentlich handelt es sich dabei um ein Programm mit einer grossen Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld. Die Strategie M+G geht davon aus, dass verschiedene staatliche und private Institutionen und Organisationen in die Umsetzung des Programms einbezogen werden sollen. Dies bedingt, dass diesen Akteuren ein gewisser Handlungsspielraum zugestanden wird. Das Programm kann aus diesem Grunde nicht bis ins Detail alles vorgeben. Es ist darum bezeichnend, dass die operativen und organisatorischen Vorgaben zum Teil wenig konkret sind. Hingegen wäre eine Konkretisierung der Zielsetzungen im Sinne von klaren Leitplanken für die Umsetzung wünschenswert gewesen.

Kohärenz der einzelnen Konzeptbestandteile

Die einzelnen Bestandteile sind in sich ziemlich stimmig. Die Problemdefinition umfasst ein komplexes Ursache-Wirkungsgefüge (vgl. Abbildung 4, S. 18), das plausibel ist. Auch zwischen den verschiedenen Zielsetzungen lassen sich bestimmte Bezüge feststellen (vgl. Abbildung 5, S. 19). Bei den operativen Vorgaben sind gewisse Synergien zwischen den verschiedenen Interventionsbereichen und Massnahmen erkennbar. Einzig bei den organisatorischen Vorgaben ist die Kohärenz nicht durchwegs gewährleistet, namentlich weil das Strategiepapier und der Projektantrag eine unterschiedliche Ausgestaltung der Umsetzungsstrukturen und unterschiedliche finanzielle Ressourcen vorsehen.

Kohärenz zwischen den verschiedenen Konzeptbestandteilen

Die Kohärenz zwischen den verschiedenen Bestandteilen des Programmkonzepts ist gut gewährleistet. Dies bedeutet, dass die Zielsetzungen tatsächlich darauf ausgerichtet sind, die identifizierten Probleme zu lösen. Die vorgesehenen Massnahmen stimmen mit den Prioritäten bei den Zielsetzungen überein, indem sie die Verbesserungen beim Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung ins Zentrum stellen und erst in zweiter Linie Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen erwarten lassen. Eine Reihe von Problemen wird mit verschiedenen Massnahmen angegangen (vgl. Abbildung 6, S. 22). Mit dem partnerschaftlichen Ansatz für die Umsetzung sind die organisatorischen Vorgaben darauf angelegt, die Sensibilisierung der Angebotsseite einerseits sowie die Stärkung der Migrationsbevölkerung auf der Nachfrageseite andererseits zu unterstützen. Kritisch anzumerken ist höchstens, dass der Interventionsbereich der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich in der vorgesehenen Organisationsstruktur nur lose eingebunden ist.

2.5 Äussere Kohärenz der Strategie M+G

Die Strategie M+G weist Berührungspunkte zu weiteren Politikbereichen, namentlich zur Gesundheits- und zur Migrationspolitik, auf. Weil die Massnahmen eines Programms die Erreichung von Zielen anderer Programme fördern oder beeinträchtigen können, wurde die Abstimmung zwischen der Strategie M+G und ihrem Kontext, d.h. anderen Politikprogrammen des Bundes untersucht.

Dazu wurden erstens jene Tätigkeitsbereiche des Bundes identifiziert, in welche die Strategie M+G hineinwirkt (z.B. Bereich Berufsbildung, der durch die Massnahmen im Interventionsbereich Bildung betroffen ist). Zweitens wurden die Bereiche der Gesundheits- und der Migrationspolitik des Bundes erfasst, die sich auf die Strategie M+G auswirken könnten (z.B. Krankenversicherungspolitik, die den Interventionsbereich Gesundheitsversorgung beeinflussen könnte). Die relevanten Politikprogramme wurden daraufhin einzeln auf folgende Fragen überprüft:

- *Kohärenz zwischen den Zielvorgaben:* Besteht zwischen den Zielen der Strategie M+G und den Zielen des anderen Programms Zielharmonie oder gibt es Zielkonflikte?
- *Kohärenz zwischen den Zielvorgaben der Strategie M+G und den operativen Vorgaben des anderen Programms:* Unterstützen oder behindern die Massnahmen, die beim anderen Programm vorgesehen sind, die Zielerreichung der Strategie M+G?
- *Kohärenz zwischen den operativen Vorgaben der Strategie M+G und den Zielvorgaben des anderen Programms:* Unterstützen oder behindern die Massnahmen der Strategie M+G die Zielerreichung des anderen Programms?
- *Kohärenz zwischen den operativen Vorgaben:* Stützen sich die Massnahmen der Strategie M+G und des anderen Programms oder kommen sie einander in die Quere?

Die Überprüfung der Kohärenz geschah auf konzeptionellem Niveau, nicht auf der Ebene der tatsächlichen Umsetzung. Dies wäre in dieser umfassenden Weise im Rahmen der Evaluation nicht zu leisten gewesen. In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Analyse der Interpolicy-Kohärenz dargestellt.

Tabelle 9: Bewertungen Interpolicy-Kohärenz

Politikbereich	Zuständiger Akteur auf Bundesebene	Kohärenz Zielvorgaben	Kohärenz andere operative Vorgaben und M+G-Ziele	Kohärenz operative Vorgaben von M+G und andere Ziele	Kohärenz operative Vorgaben
Berufsbildungspolitik	BBT	o	+	o	o
Gesetzgebung über universitäre Medizinalberufe	BAG (Pol)	+	+	+	o
Gesundheitsförderung gemäss Art. 19 KVG	Stiftung GFS	+	+	+	o
Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung bei Arbeitnehmenden	seco	+	+	+	+
Medizinische Prävention	BAG (KUV)	+	+	o	+
Suchtprävention (Tabak, Alkohol, illegale Drogen)	BAG (OeG)	+	+	+	o
Krankheitsbekämpfung (Infektionskrankheiten, Aids, Impfungen)	BAG (OeG)	+	+	+	+
Drogenpolitik (Schadensminderung, Therapie)	BAG (OeG)	+	+	+	+
Krankenversicherungspolitik	BAG (KUV)	+	+	+	+/-
Gender Health	BAG (Pol)	+	+	+	+
Psychische Gesundheit	BAG (Pol)	+	+	+	+
Zulassungspolitik	BFM	+	+/-	+	o
Asylpolitik	BFM	+/-	+/-	+/-	+
Integrationspolitik	EKA/BFM	+	+	+	+
Forschungspolitik	SNF, BAG (Pol)	o	+	+	+

Legende: + = gegenseitige Unterstützung; - = Widersprüchlichkeit; o = Neutralität; +/- = Ambivalenz

Der Überblick zeigt, dass vor allem bei der Asyl- und Zulassungspolitik gewisse Widersprüche bestehen, die sich aus dem Umstand ergeben, dass die Migrationspolitik staatliche Leistungen vom Aufenthaltsstatus abhängig macht, während die Strategie M+G sämtliche Migrantinnen und Migranten zu ihren Begünstigten zählt. Der selektive Charakter dieser Politiken, der in den vergangenen Jahren verstärkt worden ist, führt zu ungünstigen Rahmenbedingungen für die Integration von Teilen der Migrationsbevölkerung, was sich auch negativ auf deren Gesundheit auswirkt und dem Ziel der Strategie M+G damit entgegenläuft. Die problemorientierte Sicht der Strategie M+G, welche die gesamte Migrationsbevölkerung

umfasst, entspricht dagegen dem Auftrag des BAG der „Förderung der Gesundheit aller in der Schweiz lebenden Menschen“⁸. Eine Veränderung der Rahmenbedingungen, die durch die Asyl- und Zulassungspolitik geschaffen werden, strebt die Strategie M+G nicht an; aus Machbarkeitsgründen könnte sie als Verwaltungsprogramm diesbezüglich auch keine Änderung erwirken. Daneben geht die Strategie M+G mit ihrem Integrationsziel – auch wenn dieses lediglich eine angestrebte Folgewirkung darstellt – über das Ziel der Asylpolitik hinaus, welche die Integration nur bei anerkannten Flüchtlingen anstrebt. Indem die Asylgesetzgebung die Förderung von Einrichtungen für Traumatisierte ermöglicht, besteht auf Massnahmenebene indessen eine kohärente Beziehung.

Ansonsten ist die Kohärenz weitgehend gegeben. Auf der Massnahmenebene weisen andere Politikbereiche häufig gar keine Berührungspunkte zur Strategie M+G auf. Hier finden sich allerdings teilweise unterschiedliche Herangehensweisen. So sind die Massnahmen des BAG im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf die allgemeine Bevölkerung ausgerichtet, während sich die Interventionen der Strategie M+G im selben Bereich spezifisch auf die Migrationsbevölkerung beziehen. Die Massnahmen können sich durchaus ergänzen; bei der konkreten Umsetzung können unter Umständen jedoch Widersprüche auftreten. BAG-interner Abstimmungsbedarf ist namentlich bei den Massnahmen Prävention und Gesundheitsförderung (I1) sowie problemorientierte Grundlagenforschung (F2) vorhanden. Daneben sind auf der Basis der konzeptionellen Grundlagen operative Schnittstellen mit der Integrationsförderung des Bundes in Bezug auf die Massnahmen zur ikÜ (B1, V3, evtl. V2) und ikV (B2) festzustellen, bei welchen auf eine Koordination bei der Umsetzung zu achten ist.

Bei der Krankenversicherungspolitik besteht auf operativer Ebene insofern ein Widerspruch, als der einheitliche, medizinisch begründete Leistungskatalog keine Finanzierung von nicht-medizinischen Leistungen wie Übersetzungsdiensten zulässt.

Schliesslich ist zu bemerken, dass die Strategie M+G insbesondere mit den Massnahmen im Versorgungsbereich (IB V, aber auch IB T und I2) in Politikbereiche hineinwirkt, in denen in erster Linie die Kantone zuständig sind und der Bund nur beschränkt über Kompetenzen verfügt. Im Interventionsbereich Bildung spielen ausserdem die Berufsverbände eine wichtige Rolle. Die Beziehungen der Strategie M+G zu diesen Akteuren sind im Rahmen dieser Evaluation nicht systematisch untersucht worden; immerhin lässt sich aber festhalten, dass in den Expertengesprächen keine konkreten Widersprüche zu deren Aktivitäten genannt worden sind.

⁸ Zitat von der Homepage des BAG, www.bag.admin.ch (08/11/2006).

2.6 Gesamtbeurteilung

Die Evaluation kommt zum Ergebnis, dass das Programmkonzept der Strategie M+G wenig klar ist. Die Problemdefinition und die Ziele sind nur implizit vorhanden und mussten durch eine genaue Analyse erst herausgearbeitet werden. Auch ist das Konzept nicht vollständig, da bei mehreren Bestandteilen eine Konkretisierung fehlt, was insbesondere in Bezug auf die Zielsetzungen zu bemängeln ist, die nur sehr allgemein formuliert worden sind. Soweit die Bestandteile erkennbar und vorhanden sind, sind sie aber in sich stimmig.

Die fehlende Konkretisierung des Konzepts ist einerseits darauf zurückzuführen, dass zum Zeitpunkt der Strategieentwicklung erst wenige wissenschaftliche Erkenntnisse zur tatsächlichen Problemlage vorlagen. Andererseits wurden die damals vorhandenen Erkenntnisse nicht ausgeschöpft. Faktoren wie der soziale Status der Migrantinnen und Migranten wurden nicht explizit herangezogen, um den Kreis der Begünstigten gezielt einzuschränken und die Strategie M+G zu fokussieren. In einzelnen Punkten ist die Problemdefinition nicht eindeutig wissenschaftlich abgestützt.

Die wichtigsten Zielvorgaben, also das Hauptziel der Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung und die drei Unterziele, beziehen sich auf empirisch abgestützte Problemzustände und sind von daher relevant. Hingegen fehlen zum Effizienzziel entsprechende Studien. Die operativen Vorgaben sind, soweit dies festgestellt werden konnte, empirisch zu einem guten Teil abgestützt. Bei einigen Massnahmen erwies sich die Evidenz als etwas umstritten, konnte jedoch namentlich in Bezug auf die professionelle interkulturelle Übersetzung und Vermittlung durch neuere Untersuchungen etwas gestützt werden.

In Bezug auf die Einbettung der Strategie M+G hat die Analyse der Interpolicy-Kohärenz gezeigt, dass die Strategie M+G mit sämtlichen Interventionsbereichen ausser der Forschung in Felder hineinreicht, in welchen der Bund nur beschränkte Kompetenzen hat. Wo auf Bundesebene Berührungspunkte zwischen der Strategie M+G und anderen Politikbereichen bestehen, ist die Kohärenz auf konzeptioneller Ebene weitgehend gewährleistet. Gewisse Widersprüche bestehen in Bezug auf die Asyl- sowie teilweise auf die Zulassungspolitik, durch die ungünstige Rahmenbedingungen geschaffen werden, die wohl in mancher Hinsicht die Zielerreichung der Strategie M+G beschränken. Eine Veränderung dieser Bedingungen kann die Strategie M+G als Verwaltungsprogramm jedoch nicht erwirken.

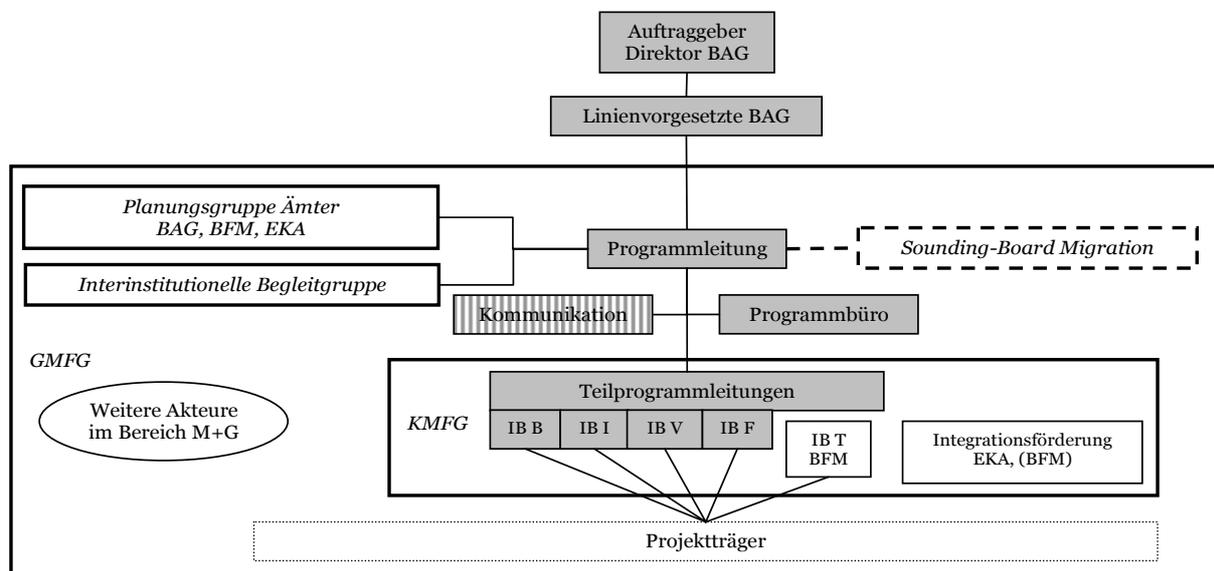
3 Umsetzungsstellen und Vernetzung

Die Strategie M+G wird unter der Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration (BFM) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) sowie weiteren öffentlichen und privaten Akteuren umgesetzt. Nach einer Übersicht über die gesamte Organisation wird in diesem Kapitel die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern näher betrachtet. Eine ausführliche Darstellung der folgenden Erkenntnisse ist im zweiten Beilagenband (Ledermann und Sager 2006) zu finden.

3.1 Übersicht zur Organisation

Die vorhandenen Strukturen entsprechen weitgehend den ursprünglichen organisatorischen Vorgaben. Einen Überblick vermittelt das Organigramm.

Abbildung 7: Organigramm der Umsetzung der Strategie M+G



Legende: Bei der Evaluation vorgefundene Struktur, Stand Januar 2006. Graue Kästchen: BAG-interne Einheiten (Kommunikation wird sowohl intern als auch extern abgewickelt). Dicke Kästchen mit kursiver Bezeichnung: Umsetzungsstellen. Sounding-Board Migration: gegenwärtiger Status unklar. Abkürzungen vgl. Abkürzungsverzeichnis.

Aus Abbildung 7 ist ersichtlich, dass das BAG eine zentrale Stellung bei der Umsetzung der Strategie M+G einnimmt. Auftraggeber der Strategie M+G ist der Direktor des BAG. Der Programmleitung vorgesetzt war anfänglich eine BAG-interne Steuergruppe, die jedoch nach einmaliger Zusammenkunft sistiert worden ist. Bis zur Reorganisation des BAG im Oktober 2004 bestand auf Abteilungsstufe ein so genanntes Project Board. Es diente aber eher als Vernetzungs- denn als Entscheidungsgremium. Seither übernimmt die Linienvorgesetzte weitgehend die Funktionen der ursprünglichen Steuergruppe.

Verantwortlich für die Umsetzung der Strategie M+G ist der Fachbereich M+G in der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit (Sektion C+G) des BAG. Das Programmteam besteht aus

der Programmleitung (gleichzeitig auch Sektionsleitung), drei Mitarbeitenden mit Teilprogrammleitungsfunktion (je eine Person ist zuständig für IB B bzw. IB I, eine weitere betreut den IB V und den IB F) sowie weiteren Mitarbeitenden, welche die Programmleitung in den Bereichen Administration und Kommunikation unterstützen.⁹

Im Strategiepapier wurde die Zusammenarbeit sowohl staatlicher als auch privater Akteure als Notwendigkeit betont (vgl. Kapitel 2.3.5). Im Rahmen der Umsetzung hat das BAG dementsprechend die Beziehungen zu drei Gruppen von Akteuren über insgesamt vier Begleitgremien institutionalisiert:

- *Beteiligte Bundesstellen BFM und EKA:* Neben dem BAG wird die Strategie M+G vom BFM und der EKA getragen. Das BFM ist für den Interventionsbereich „Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich“ (IB T) zuständig.¹⁰ Durch die Beteiligung der EKA soll die Koordination der Strategie M+G mit der Integrationsförderung des Bundes, welche die EKA in Zusammenarbeit mit dem BFM durchführt, gewährleistet werden.¹¹ Die Zusammenarbeit zwischen den drei Bundesstellen erfolgt über zwei Gremien:
 - *Planungsgruppe Ämter (PGÄ):* Strategisches Koordinationsgremium.
 - *Kleines Migrationsforum Gesundheit (KMFG):* Operatives Koordinationsgremium.
- *Institutionen und Organisationen* aus dem Gesundheits- und Migrationsbereich: werden über die *Interinstitutionelle Begleitgruppe (IBG)* eingebunden.
- Die *Migrationsbevölkerung* sollte ursprünglich über das *Sounding-Board Migration (SBM)* einbezogen werden.

Im vorliegenden Kapitel werden diese vier Gremien sowie die Beziehungen des BAG zu den in den Gremien vertretenen Akteuren analysiert. Ausserdem wird die *BAG-interne Vernetzung* untersucht, für die es kein spezielles Gremium gibt. Das „Grosse Migrationsforum Gesundheit“ (GMFG) als jährliche Grosstagung wird bei der Kommunikation (vgl. Kapitel 4.3) behandelt. Vorgängig zur Darstellung der Ergebnisse wird das Vorgehen erläutert.

3.2 Vorgehen

Die vier Umsetzungsgremien werden im Rahmen dieser Evaluation auf ihre Eignung hin betrachtet. Dazu wurde eine Organisationsanalyse durchgeführt, die sowohl die Strukturen als auch die Prozesse umfasste. Die Evaluation umfasste grob vier Schritte:

⁹ Die genaue Zahl der Mitarbeitenden und ihre Funktionen änderten teilweise im Laufe der Umsetzung.

¹⁰ In den ersten zwei Jahren der Umsetzung war das Bundesamt für Flüchtlinge (BFF) für den IB T zuständig. Seit 1. Januar 2005 ist das BFM verantwortlich, das aus der Fusion vom BFF und dem Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (IMES) hervorgegangen ist.

¹¹ Vor der Fusion wurde die Integrationsförderung des Bundes von der EKA in Zusammenarbeit mit dem IMES durchgeführt. Durch die Fusion von IMES und BFF fiel die Person aus dem IMES, die im Rahmen der Planungsgruppe Ämter an der Umsetzung der Strategie M+G beteiligt war, weg.

- Erfassung der organisatorischen Vorgaben (Soll-Zustand) im Rahmen der Evaluation des Programmkonzepts (vgl. Kapitel 2 bzw. Ledermann et al. 2006);
- Operationalisierung, d.h. genauere Definition der Aufgaben, die in den organisatorischen Vorgaben erwähnt werden;
- Empirische Erfassung der Organisation mittels Expertengesprächen und Dokumentenanalysen;
- Beurteilung der Organisation basierend auf festgelegten Kriterien.

Im Erhebungsraster in Tabelle 10 sind die Kriterien der Beurteilung, die Erhebungsmethoden und Quellen synoptisch dargestellt. Die gewonnenen Erkenntnisse zur Eignung der Vernetzungsstrukturen (Umsetzungsgremien) einerseits (Abschnitt 3.3) sowie zur Eignung der Abläufe der Vernetzung andererseits (Abschnitt 3.4) werden in der Folge entlang den in Tabelle 10 aufgeführten Indikatoren erläutert und in Abschnitt 3.5 abschliessend beurteilt.

Tabelle 10: Erhebungsraster für die Eigenschaften der Umsetzungsgremien und der Vernetzung

Kriterium	Definition	Indikatoren	Erhebungsmethoden	Quellen
Eignung für die Umsetzung	Eignung der Organisationsstrukturen (Umsetzungsgremien) für die Leistungserbringung im Rahmen der Umsetzung der Strategie M+G	<ul style="list-style-type: none"> - Klarheit der Aufgaben und Kompetenzen aus Sicht der beteiligten Akteure - Grad der Aufgabenerfüllung - Zweckmässigkeit der Zusammensetzung (Anzahl Akteure und deren Nähe zur Strategie M+G, Fachwissen, hierarchische Stellung) im Hinblick auf Art und Umfang der Aufgaben - Zweckmässigkeit der Sitzungsfrequenz und Sitzungsgestaltung im Hinblick auf Art und Umfang der Aufgaben - Eindeutigkeit der horizontalen Aufgaben- und Kompetenzverteilung (Koordination auf gleicher hierarchischer Stufe) - Eindeutigkeit der vertikalen Aufgaben- und Kompetenzverteilung (Koordination zwischen hierarchischen Stufen) 	Dokumentenanalyse	<p><i>Soll:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisatorische Vorgaben (vgl. Ledermann et al. 2006) - Projektantrag (BAG 2003) - Organigramme - Stellenbeschreibungen und Pflichtenhefte <p><i>Ist:</i> Protokolle und weitere Unterlagen zu einzelnen Gremien (vgl. Liste der Dokumente in Anhang 7.2.1):</p> <ul style="list-style-type: none"> - PGÄ - KMFG - IBG - SBM
			Leitfadeninterviews (vgl. Leitfaden in Anhang 7.5.1)	<p>Personenkreis (vgl. Liste der Befragten in Anhang 7.3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programmteam BAG - PGÄ - KMFG - IBG - SBM
	Eignung der Abläufe (Zusammenarbeit) für die Leistungserbringung im Rahmen der Umsetzung der Strategie M+G	<ul style="list-style-type: none"> - Qualität der Zusammenarbeit (Intensität, Zufriedenheit und Engagement der beteiligten Akteure) - Nutzungsgrad des geschätzten Vernetzungspotenzials (Vergleich zwischen bearbeiteten und insgesamt möglichen operativen Schnittstellen) 	Leitfadeninterviews (vgl. Leitfaden in Anhang 7.5.1)	<p>Personenkreis (vgl. Liste der Befragten in Anhang 7.3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programmteam BAG - PGÄ - KMFG - IBG - SBM

3.3 Eignung der Organisationsstrukturen

Die Eignung der Umsetzungsgremien der Strategie M+G wurde über fünf Indikatoren erhoben, die in Tabelle 11 mit den jeweiligen Bewertungen aufgeführt sind. Nachfolgend werden die verschiedenen Gremien beschrieben und die Beurteilungen erläutert.

Tabelle 11: Eignung der Vernetzungsstrukturen

Kriterium	Bewertung				
	PGÄ	KMFG	IBG	SBM	Insgesamt
Klarheit der Aufgaben und Kompetenzen	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Grad der Aufgabenerfüllung	+/-	(+)	(-)	-	(-)
Zweckmässigkeit der Zusammensetzung	+/-	(+)	+/-	(-)	+/-
Zweckmässigkeit der Sitzungsfrequenz und -gestaltung	(+)	+/-	+	-	(+)
Eindeutigkeit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung	+/-	+/-	+/-	-	+/-
<i>Eignung der Organisationsstrukturen insgesamt</i>	+/-	(+)	+/-	-	+/-

Legende: + = gut; (+) = eher gut; +/- = mittel; (-) = eher ungenügend; - = ungenügend.

3.3.1 Planungsgruppe Ämter und Kleines Migrationsforum Gesundheit

Die Beziehungen des BAG zu den *beteiligten Bundesstellen BFM und EKA* wurden über zwei Gremien strukturell organisiert:

- *Planungsgruppe Ämter (PGÄ)*: stellt das strategische Koordinationsgremium des BAG mit den an der Strategie M+G beteiligten Bundesstellen BFM und EKA dar. Die PGÄ setzt sich gegenwärtig zusammen aus der Programmleitung, der Leitung des EKA-Sekretariats sowie der Leitung der Sektion Subventionsaufsicht des BFM, die für den IB T zuständig ist. Vor der Fusion zum BFM war zusätzlich eine Person aus dem IMES vertreten.
- *Kleines Migrationsforum Gesundheit (KMFG)*: stellt das operative Koordinationsgremium des BAG mit den an der Strategie M+G beteiligten Bundesstellen BFM und EKA dar. Vom BAG sind die Teilprogrammleitungen sowie die Programmleitung vertreten. Vom BFM nimmt die Person aus der Sektion Subventionsaufsicht, die für die operative Umsetzung des IB T verantwortlich ist, teil. Das EKA-Sekretariat war zum Zeitpunkt der Evaluation durch den Programmkoordinator des Integrationsförderungsprogramms vertreten. Nach seinem Ausscheiden (April 006) wurde er durch ein anderes Teammitglied des EKA-Sekretariats ersetzt.

Die Evaluation kam in Bezug auf die untersuchten Indikatoren zu folgenden Schlüssen (vgl. Tabelle 11) :

- Die Aufgaben waren bei beiden Vernetzungsgremien *nicht vollständig klar*. Die Funktionen der PGÄ wurden wenig konkret formuliert und die Rolle des Gremiums blieb den Be-

teiligten unklar. Ähnlich waren die Aufgaben den Teilnehmenden beim KMFG wenig präsent und den selber nicht darin vertretenen Personen aus den verschiedenen Bundesstellen weitgehend unbekannt.

- In Bezug auf den *Aufgabenkatalog* wurde die Informationsfunktion sowohl von der PGÄ als auch vom KMFG klar wahrgenommen. Damit verbunden war die Sensibilisierung innerhalb der betroffenen Bundesverwaltung, die insbesondere bei der PGÄ wichtig war. Weniger stark kam der ebenfalls vorgesehene Koordinationsaspekt zum Tragen. In der PGÄ fanden zwar punktuell Abstimmungen statt, jedoch kann nicht von einer Steuerungsfunktion gesprochen werden. Die Koordinationsfunktion des KMFG zeigte sich vorab indirekt, indem in diesem Gremium Schnittstellen aufgedeckt wurden, die anschliessend bilateral in Arbeitsgruppen oder im informellen Rahmen bearbeitet wurden. Das KMFG schaffte damit eher die Voraussetzungen für eine Koordination, als dass es selber als Koordinationsgremium fungierte.

Tabelle 12: Aufgabenerfüllung durch die PGÄ und das KMFG

<i>Aufgaben</i>	<i>Erfüllungsgrad</i>	
	<i>PGÄ</i>	<i>KMFG</i>
Gegenseitige Information	+	+
Koordination	+/-	+/-
Absprache	-	XX
<i>Grad der Aufgabenerfüllung insgesamt</i>	+/-	(+)

Legende: + = hoch; (+) = eher hoch; +/- = mittel; (-) = eher tief; - = tief; XX = nicht vorgesehen.

- Die *Zusammensetzung* der beiden Gremien war hinsichtlich der Erfüllung der gestellten Aufgaben nicht durchwegs zweckmässig. Bei der PGÄ stellte die zum Teil grosse Distanz der Personen zur Strategie M+G ein Problem dar, indem das Gremium in dieser Weise weder eine Steuerungs- noch eine Problemlösungsfunktion einnehmen konnte. Es eignete sich jedoch für die Behandlung von strategisch-politischen Aspekten. Beim KMFG war die unterschiedliche hierarchische Anbindung der Mitglieder ein Problem: Das Gremium wurde auf operativer Stufe angesiedelt, die EKA war jedoch auf einer Leitungsstufe involviert. Dies wurde von den übrigen Mitgliedern als Vorteil erachtet, für die EKA war aber der Detaillierungsgrad der Informationen tendenziell zu hoch.
- Die *Sitzungsfrequenz und -gestaltung* wurde punktuell bemängelt. Bezüglich der PGÄ wurde kritisch festgestellt, dem geringen Aufwand stehe ein relativ geringer Ertrag gegenüber. Beim KMFG wurde das Potenzial für Synergien in der Weise, wie die Sitzungen gestaltet waren, nicht ausgeschöpft. Der Informationsteil hätte zu diesem Zweck zugunsten eines systematischen Abfragens von Schnittstellen gestrafft werden müssen, was eine stärkere Sitzungsleitung bedingt hätte.

- Die *Aufgaben- und Kompetenzverteilung* zwischen PGÄ und KMFG war insofern nicht ganz eindeutig, als keine klare hierarchische Beziehung zwischen ihnen bestand und sich ihre Aufgaben teilweise deckten. In der PGÄ war vom BAG und BFM her die Sektionsleitungsstufe vertreten, während die Leitung des EKA-Sekretariats eher auf Abteilungsstufe zu verorten war. Das KMFG umfasste seinerseits sowohl Akteure auf operativer Ebene als auch auf Programmleitungsstufe. In beiden Gremien war zudem die Informationsfunktion primär, die Koordinationsfunktion klar sekundär. Während es im KMFG zentral um den Stand der Umsetzung auf Projektebene ging, wurden in der PGÄ eher grundsätzliche strategische Anliegen behandelt. Die beiden Gremien unterschieden sich somit bezüglich des Inhalts der Information und Koordination. Absprachen im Sinne von Entscheidungen wurden in keinem dieser Gremien getroffen. Dies geschah je organisationsintern in der Linie.

3.3.2 Interinstitutionelle Begleitgruppe

Die Vernetzung des BAG mit *öffentlichen und privaten Institutionen und Organisationen aus den Bereichen Migration und/oder Gesundheit* wurde über die interinstitutionelle Begleitgruppe (IBG) organisiert. Auf eidgenössischer Ebene sind das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT), die Fachstelle für Rassismusbekämpfung (FRB) und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFS) Mitglied. Die Kantone sind über die Konferenz der Kantonalen Sozialdirektoren und -direktorinnen (SODK) sowie über die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) im Gremium vertreten. Zudem nimmt ein Vertreter der Schweizerischen Konferenz der kommunalen, regionalen und kantonalen Integrationsdelegierten (KID) an den Sitzungen teil. Die Städte sind über den Städteverband repräsentiert, wobei es sich bei den entsprechenden Mitgliedern um städtische Integrationsdelegierte handelt, die gleichzeitig auch in der KID vertreten sind. Als Berufsinteressen sind neben den Krankenversicherern (santésuisse) die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) sowie die Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (Dach-Oda Gesundheit) Mitglied der IBG.

Die Evaluation beurteilte die Eignung der IBG wie folgt (vgl. Tabelle 11):

- Die Aufgaben des Gremiums wurden von den Teilnehmenden *unterschiedlich ausgelegt*. Einzelne Mitglieder waren, zum Teil aufgrund von Wechseln, ungenügend über die Aufgaben informiert.
- Wie PGÄ und KMFG diente auch die IBG vorab als Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch. Koordination fand lediglich über punktuelle Hinweise statt; verbindliche Absprachen wurden keine getroffen. Die *Aufgabe* der Unterstützung der Umsetzung der Strategie M+G wurde sowohl in fachlicher als auch in moralischer Hinsicht erfüllt. Die IBG diente ebenfalls der Sensibilisierung, indem sie wichtige Akteure im Be-

reich M+G erreicht und so zur Breitenwirkung und Verankerung der Strategie beigetragen hat. Das Gremium wird von seinen Mitgliedern mehrheitlich sehr positiv wahrgenommen. Nicht erfüllt wurde dagegen die Aufgabe einer regionalen und kantonalen Verankerung, für welche sich das Gremium aufgrund seiner Zusammensetzung nicht eignete: In der IBG sind ausschliesslich national tätige Organisationen vertreten. Die Vertretungen der verschiedenen kantonalen Konferenzen sahen sich weitgehend nicht im Stande, eine breite kantonale Verankerung der Anliegen und Themen zu bewirken.

Tabelle 13: Aufgabenerfüllung durch die IBG

Aufgaben	Erfüllungsgrad
Gegenseitige Information	+
Koordination	(-)
Absprache	-
Unterstützung der Umsetzung	+
Gewinnung regionaler und kantonalen Partner	-
Grad der Aufgabenerfüllung insgesamt	(-)

Legende: + = hoch; (+) = eher hoch; +/- = mittel; (-) = eher tief; - = tief.

- Abgesehen vom Problem der Kantonsvertretung, war die *Zusammensetzung* der IBG generell zweckmässig, da alle relevanten nationalen Institutionen vertreten waren, die nicht gleichzeitig zu den Mandatnehmern der Strategie M+G gehörten. Die Breite und Heterogenität der vertretenen Institutionen wurde jedoch erstens sowohl in Bezug auf die Informations- als auch auf die Koordinationsfunktion als Schwierigkeit wahrgenommen (unterschiedliches Hintergrundwissen). Zweitens war die Grösse des Gremiums ungeeignet für vertiefte Diskussionen und die gegenseitige Abstimmung. Drittens wurde bemängelt, dass die Mitglieder aufgrund eines fehlenden formellen Vertretungsmandats nicht immer die Meinung ihrer Organisation repräsentierten.
- *Frequenz und Ablauf* der IBG-Sitzungen und ihre Inhalte wurden weitgehend positiv bewertet, wobei auch hier eine aktivere Sitzungsleitung notwendig wäre, damit das Gremium besser seiner Koordinationsfunktion nachkommen könnte.
- Mit der PGÄ, dem KMFG und der IBG haben gemäss den Vorgaben drei Gremien in der vorgegebenen Organisationsstruktur Informations-, Koordinations-, Absprache- und Vernetzungsfunktionen zu erfüllen. Die *Eindeutigkeit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung* ist jedoch weitgehend gegeben: Die IBG bezieht sich auf eine andere Akteursgruppe und beschränkt sich noch stärker als die beiden anderen Gremien auf die Informationsfunktion. Eine Koordination findet hier höchstens sehr punktuell statt; Absprachen kann das Gremium eindeutig keine leisten.

3.3.3 Sounding-Board Migration

Das Sounding-Board Migration (SBM) setzte sich ursprünglich aus zwölf *Migrantinnen und Migranten* der ersten Generation mit einem beruflichen oder fachlichen Bezug zur Gesundheitsthematik zusammen. Die Mitglieder unterschieden sich stark hinsichtlich ihrer Nähe zur Strategie M+G: Einige hatten gleichzeitig die Leitung eines Projektes inne, das vom BAG im Rahmen der Strategie unterstützt wurde, während andere neben dem SBM noch nie mit dem BAG in Kontakt waren. Das SBM hielt in seiner ursprünglichen Form von Juni 2003 bis Oktober 2004 vier Sitzungen ab. Nachdem die Mehrheit der Mitglieder ihre Unzufriedenheit mit dem Gremium bekundet hatte, unterstützte das BAG einen Prozess der Neudefinition der Aufgaben und Strukturen. Zum Zeitpunkt der Evaluation (März 2006) war ein Prozess der Integration des SBM ins Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten (FIMM), den Dachverband der Migrantenorganisationen in der Schweiz, im Gange.

Die Evaluation kam bezüglich der Eignung des SBM zu folgender Beurteilung (vgl. Tabelle 11):

- Die Aufgabenstellung des Gremiums liess *Interpretationsspielraum* zu, wodurch unterschiedliche Erwartungen an die Rolle des SBM entstanden. Im Laufe der Arbeiten zeigte sich, dass die Mitglieder eine aktivere Rolle suchten als ursprünglich vom BAG vorgesehen.
- Das SBM war ursprünglich gebildet worden, um einen stärkeren Einbezug der Migrantinnen und Migranten in die Strategieumsetzung zu gewährleisten. Dieses Anliegen des BAG wurde von den Mitgliedern des SBM klar gewürdigt. Jedoch muss festgestellt werden, dass sich die Mitglieder des SBM nach eigenem Bekunden weder als Fachpersonen noch als Betroffene zufrieden stellend einbringen konnten, was primär an der Konzeption des Gremiums lag. Die Erfüllung der Aufgaben hätte sowohl von Seiten des BAG als auch der Mitglieder einen sehr viel grösseren Ressourceneinsatz verlangt. Die erwarteten *Aufgaben* konnten unter den gegebenen Voraussetzungen *nicht erbracht werden*, was zur Unzufriedenheit bei den Mitgliedern, aber auch beim BAG beitrug. Die eingeleitete Neudefinition der Aufgaben wurde in dieser Situation von allen Seiten begrüsst.

Tabelle 14: Aufgabenerfüllung durch das SBM

Aufgaben	Erfüllungsgrad
Begleitung der Umsetzung aus fachlicher Optik	(-)
Begleitung der Umsetzung aus Betroffenenoptik	(-)
Diskussion von Teilstrategien und Resultaten	-
Anpassungsvorschläge für die Umsetzung	-
Kommunikation zu Strategie M+G in Netzwerken	-
Grad der Aufgabenerfüllung insgesamt	-

Legende: + = hoch; (+) = eher hoch; +/- = mittel; (-) = eher tief; - = tief.

- Die *Zusammensetzung* des SBM aus Fachpersonen mit Migrationshintergrund war für die Wahrnehmung der fachlichen Aufgaben geeignet. Die Mitglieder konnten hingegen in Bezug auf die Migrationsgemeinschaften keine Repräsentationsfunktion wahrnehmen. Die Zusammensetzung war damit nicht geeignet für das Einbringen der Betroffenenperspektive und die Aufgabe der Kommunikation in den Gemeinschaften. Als problematisch erwiesen sich bei einzelnen Personen darüber hinaus vergangene Erfahrungen mit dem BAG, welche die sachlichen Diskussionen zum Teil überlagerten.
- Weder *Frequenz noch Ablauf* der Sitzungen waren geeignet für die Erfüllung der gestellten Aufgaben, die sehr anforderungsreich waren. Der damit verbundene Aufwand war bei der Konzeption dieses Gremiums unterschätzt worden.
- Faktische *Kompetenzprobleme* zeigten sich beim SBM am ausgeprägtesten. Dessen Mitglieder verlangten, mehr Einfluss auf die Umsetzung der Strategie M+G zu nehmen als das BAG gewähren konnte und wollte. Die ursprünglichen Unterschiede zwischen dem Aufgabenverständnis des BAG und jenem der Mitglieder akzentuierten sich im Laufe der Diskussionen mit den neu aufgestellten Forderungen seitens des SBM, die weit über die ursprünglich festgehaltenen Aufgaben hinausgingen.

Angesichts der Erkenntnis, dass das Gremium seine Aufgaben nicht wahrnehmen konnte, wird der Entscheid, auf eine Weiterführung zu verzichten, von der Evaluation als richtig erachtet.

3.3.4 BAG-interne Vernetzungsstrukturen

Eine BAG-interne Vernetzungsstruktur war in den organisatorischen Vorgaben nicht vorgesehen. Die BAG-interne Steuergruppe, welche nach einmaliger Sitzung sistiert wurde, war weniger als ein Vernetzungs- und vielmehr als Entscheidungsgremium geplant gewesen. Der Vernetzung auf Abteilungsstufe diente jedoch das so genannte Project Board, durch das die Steuergruppe ersetzt worden war. Seit dem Wegfall des Project Board bei der Amtsreorganisation im Oktober 2004 fehlt eine eigentliche BAG-interne institutionalisierte Vernetzungsstruktur, was in Interviews zur Feststellung führte, dass die Strategie M+G strukturell ausserhalb besser abgestützt sei als innerhalb des BAG. Während der Umsetzung wurden dennoch interne Vernetzungsanstrengungen unternommen. Namentlich hat im IB I mit verschiedenen Sektionen aus dem Präventionsbereich eine Zusammenarbeit stattgefunden. Diese lief überwiegend über bilaterale Kontakte ab.

Bezüglich der BAG-internen Strukturen gelangte die Evaluation zu folgenden Ergebnissen:

- Die Gestaltung der BAG-internen Beziehungen über bilaterale Kontakte war zweckmässig, um eine Zusammenarbeit aufzubauen. Die kontinuierliche Begleitung durch die Programmleitung war wichtig, um den Beziehungen genügend Gewicht zu verleihen und Verbindlichkeit herzustellen.

- Die bilateralen Kontakte blieben personenabhängig und punktuell. Ein systematischer und kontinuierlicher Informationsfluss konnte dadurch nicht gewährleistet werden.
- Die internen Schnittstellen waren bereichsspezifisch. Je nach Interventionsbereich wurden andere Sektionen kontaktiert. Die Zweckmässigkeit eines bereichsübergreifenden Gremiums erscheint deshalb als fraglich.

3.4 Eignung der Abläufe

Die Eignung der Abläufe der Vernetzung wurde mit den Indikatoren der Qualität der Zusammenarbeit und des Nutzungsgrades des geschätzten Vernetzungspotenzials erhoben. In Tabelle 15 werden die Bewertungen, die in der Folge erläutert werden, wiederum schematisch zusammengeführt.

Tabelle 15: Eignung der Vernetzungsabläufe

Kriterium	Bewertung				
	<i>BFM</i>	<i>EKA</i>	<i>Institutionen M+G</i>	<i>BAG-intern</i>	<i>Insgesamt</i>
Qualität der Zusammenarbeit	+/-	(+)	+/-	+/-	+/-
Nutzungsgrad des geschätzten Vernetzungspotenzials	(-)	(+)	+/-	+/-	+/-
<i>Eignung der Abläufe insgesamt</i>	+/-	(+)	+/-	+/-	+/-

Legende: + = gut; (+) = eher gut; +/- = mittel; (-) = eher ungenügend; - = ungenügend.

3.4.1 Vernetzung mit beteiligten Bundesstellen BFM und EKA

Die Evaluation ergab, dass die *Qualität der Zusammenarbeit* des Fachbereichs M+G des BAG mit den beiden Bundesstellen variierte:

- Zwischen dem BAG und der *EKA* bestand ein einheitliches Verständnis von Integration. Gleichwohl kam es bei operativen Schnittstellen zu Meinungsverschiedenheiten, die aber so weit geklärt werden konnten, dass die operative Zusammenarbeit gut funktionierte. Unterschiede in den strategischen Herangehensweisen und Ressourcenlagen blieben aber bestehen. Sie wurden im Rahmen dieser Evaluation insbesondere auf Leitungsstufe betont.
- In Bezug auf das *BFM* brachte die Bündelung der gesundheitsrelevanten Aufgaben an einer Stelle eine Klärung der Zuständigkeiten und eine Vereinfachung der Zusammenarbeit. Probleme bestanden aber hinsichtlich der strategischen Stossrichtung des *BFM*, die gemäss BAG unklar blieb, was in der Zusammenarbeit zu Unsicherheiten führte.

Auch hinsichtlich der *Nutzung des Vernetzungspotenzials* zeigten sich Unterschiede:

- Zwischen BAG und *EKA* fand eine Vernetzung statt, die auf operativer Ebene namentlich im Bereich der interkulturellen Übersetzung (ikÜ) zu handfesten Resultaten führte. Auf

Leitungsebene wurden die Unterschiede zwischen den Vorgehensweisen der beiden Institutionen jedoch nach wie vor als Widerspruch wahrgenommen. Noch besteht zwischen BAG und EKA ein weiteres Vernetzungspotenzial, so etwa in Bezug die institutionelle Öffnung, zu der die EKA Empfehlungen formuliert hat.

- Während die Strategie M+G ein betont offeneres Zielgruppenverständnis verfolgte, bestand beim *BFM* eine Fokussierung auf den Asylbereich. Vernetzungspotenziale in anderen Bereichen wurden aufgrund dieser Fokussierung gemäss der Evaluation nicht genutzt. Das BAG nahm generell eine Zurückhaltung des *BFM* bei der Unterstützung der Strategie M+G wahr.

3.4.2 Vernetzung mit Institutionen im Gesundheits-/Migrationsbereich

Mit den in der IBG vertretenen Institutionen und Organisationen aus dem Gesundheits- und Migrationsbereich hat sich erst sehr punktuell eine Zusammenarbeit ergeben. Die *Qualität* der Zusammenarbeit ist je nach Institution sehr unterschiedlich, wird im Allgemeinen aber geschätzt. Nur in einzelnen Fällen erwiesen sich die Beziehungen als schwierig.

Hinsichtlich der *Nutzung des Vernetzungspotenzials* mit den in der IBG vertretenen Institutionen erweisen sich unterschiedliche Kulturen und Ziele als Hindernis. Die Vernetzungspotenziale wurden je nach Interventionsbereich unterschiedlich genutzt. Die meisten Vernetzungsversuche haben vom IB B her stattgefunden, am wenigsten im IB I. Ebenfalls eher schwach ist die Vernetzung im IB V und im IB F, was in letzterem Fall auf die fehlende Vertretung von Institutionen aus dem Forschungsbereich in der IBG zurückzuführen ist.

3.4.3 BAG-interne Vernetzung

BAG-intern ist die *Qualität der Zusammenarbeit* sehr unterschiedlich. Es bestehen vor allem im IB I operative Schnittstellen mit anderen Sektionen im Präventionsbereich. Die historisch bedingte Nähe zu diesem Bereich war dabei förderlich. Namentlich bei Sektionen im Schnittstellenbereich zum IB B fehlte dagegen teils das Verständnis für die Relevanz des Themas M+G und kam deshalb auch keine konkrete Zusammenarbeit zustande.

Die BAG-interne Vernetzung ist vor dem Hintergrund eines amtsinternen „Migration Mainstreaming“ (vgl. Glossar) zu sehen. Dieses erhielt durch die Strategie M+G, die – auch dank der Unterstützung durch den Bundesrat – dem Thema Legitimität verlieh, neuen Auftrieb. Ein systematisches internes „Migration Mainstreaming“ wurde zwar aufgrund fehlender personeller Ressourcen sowie auch fehlender struktureller Möglichkeiten (keine interne Plattform) nicht verfolgt, doch wurde eine bilaterale Koordination mit gewissen Bereichen angestrebt und teilweise auch erreicht. Am erfolgreichsten war sie mit der Sektion Aids, aber auch mit den Sektionen Drogen, Tabak und Alkohol sowie insbesondere mit dem Fachbereich Gender Health. Daneben bestehen aber weiterhin Lücken, sowohl im Präventionsbereich (z.B. Jugend und Ernährung) als auch in weiteren Themenfeldern (z.B. universitäre

Gesundheitsberufe). Das BAG-interne *Vernetzungspotenzial* wurde damit noch nicht ausgeschöpft.

3.5 Gesamtbeurteilung

Das Bestreben, alle relevanten Akteure einzubeziehen, hat bei der Strategie M+G zu einer sehr komplexen und unübersichtlichen Organisationsstruktur geführt. Trotz der Zahl der Gremien konnten überdies zwar wichtige national tätige Institutionen und Organisationen eingebunden werden, nicht aber die Kantone, obwohl deren Einbezug und Bedeutung im Programmkonzept hervorgehoben worden war.

In struktureller Hinsicht lässt sich feststellen, dass die Aufgaben der verschiedenen Umsetzungsgremien in allen Fällen zu wenig konkretisiert worden waren und Interpretationsspielraum zulassen, was insbesondere beim SBM zu Konflikten führte. Aus strukturellen Gründen konnte nur das KMFG seine Aufgaben gut erfüllen; PGÄ und IBG erfüllten ihre Aufgaben zum Teil, das SBM überhaupt nicht. Das SBM wurde deshalb folgerichtig in seiner ursprünglichen Form nicht weitergeführt. Gut erfüllt haben die Gremien vor allem ihre Informations- und Sensibilisierungsfunktion bei den vertretenen Mitgliedern. Koordination und verbindliche Absprachen fanden dagegen höchstens punktuell und in der Regel bilateral statt. Durch eine klarere Sitzungsleitung hätte die Koordinationsfunktion noch gestärkt werden können.

Die Analyse der verschiedenen Gremien zeigte die grosse Bedeutung einer gezielten Auswahl von Teilnehmenden, die auf die Aufgaben abgestimmt ist. Dies erwies sich nicht immer als lösbares Problem: Beim SBM liessen sich die beiden Aufgaben der fachlichen Begleitung und der Repräsentation der Gemeinschaften nicht in einem Teilnehmerkreis vereinbaren. Aber auch in den übrigen Gremien zeigen sich Probleme unterschiedlicher Anforderungen: Während grosse Teilnehmerkreise einen breiten Einbezug gewährleisten, erschweren sie die Koordination.

Die Gremien haben aber die notwendigen Kontakte für eine Koordination geschaffen. Die Zusammenarbeit blieb jedoch bisher punktuell. Qualität und Ausmass der Vernetzung hingen von unterschiedlichen Organisationskulturen ab. Zudem stellte die Evaluation bei der Vernetzung bereichsspezifische Unterschiede fest: Je nach Interventionsbereich wurden andere Organisationen und BAG-Sektionen kontaktiert. Auch nahm die Vernetzung je nach Interventionsbereich einen anderen Stellenwert ein. Angesichts der bereichsspezifischen Kontakte erstens ist die Zweckmässigkeit der IBG zu überprüfen, wobei dieses Gremium aber eine wichtige Sensibilisierungsfunktion wahrgenommen hat. Wenig zweckmässig erscheint zweitens die vorgeschlagene Schaffung eines BAG-internen bereichsübergreifenden Gremiums.

Nachdem über die Gremien die notwendigen Vernetzungskontakte hergestellt werden konnten, ist angesichts des beachtlichen Ressourcenaufwands für die Gremienarbeit (vgl. Kapitel 4.2) eine konzeptionell durchdachte Vereinfachung der Strukturen zu prüfen.

4 Programmmanagement des BAG

Während sich das vorherige Kapitel dem Einbezug verschiedener Akteure in die Umsetzung widmete, steht in diesem Kapitel das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Zentrum, das bei der Umsetzung der Strategie M+G die Federführung hat und für vier der fünf Interventionsbereiche zuständig ist. Untersuchungsgegenstand ist einerseits die BAG-interne Organisation (vgl. graue Kästchen im Organigramm, S. 31, sowie Erläuterungen dazu). Dabei werden auch die Beziehungen des BAG zu den Projektträgern analysiert (Abschnitt 4.2).

Separat wird auf die Kommunikation eingegangen (Abschnitt 4.3). Sie stellt eine Leistung dar, die auf Programmebene erbracht wird, während die übrigen Leistungen auf Projektebene erstellt werden (vgl. Kapitel 5). Im zweiten Beilagenband (Ledermann und Sager 2006) sind die Ergebnisse dieses Kapitels im Detail dargestellt.

4.1 Vorgehen

Für die Evaluation der Organisation und der Kommunikation wurde ein unterschiedliches Vorgehen gewählt.

4.1.1 Evaluation der Organisation

Die Untersuchung der BAG-internen Organisation erfolgte in drei Schritten.

- Erfassung der organisatorischen Vorgaben (Soll-Zustand) im Rahmen der Evaluation des Programmkonzepts (vgl. Kapitel 2 bzw. Ledermann et al. 2006);
- Empirische Erfassung der Organisationsstrukturen und -abläufe mittels Expertengesprächen und Dokumentenanalysen;
- Beurteilung der Organisation basierend auf festgelegten Kriterien.

Die Beurteilungskriterien sowie die Erhebungsmethoden und Quellen sind im Erhebungsraster in Tabelle 16 (S. 45) zusammengefasst.

4.1.2 Evaluation der Kommunikation

Die Kommunikation stellt im Rahmen der Strategie M+G gewissermassen ein eigenes Projekt dar: Ausgehend von den Vorgaben im Strategiepapier wurden konzeptionelle Grundlagen erarbeitet. Diese führten zum Aufbau von Strukturen, über die dann Leistungen erstellt worden sind, durch welche eine gewisse Wirkung erzielt werden soll. Bei der Kommunikation sind mit anderen Worten mehrere Evaluationsgegenstände zentral, die anhand der Kriterien dieser Evaluation (vgl. Kapitel 1.2.2) beurteilt werden. Die Beurteilung der Kommunikation basiert auf Dokumentenanalysen (vgl. Anhang 7.2.2) und Gesprächen mit Beteiligten (vgl. Anhang 7.3). Hinsichtlich der Wirkungen der Kommunikation stützt sich die Evaluation auf telefonische Interviews mit den Integrationsdelegierten und Ausländerdiensten (vgl. Anhang 7.3.8) sowie auf Informationen aus den Projektevaluationen.

Tabelle 16: Erhebungsraster für die Eigenschaften der Organisation (Strukturen und Abläufe)

Kriterium	Definition	Indikatoren	Erhebungsmethoden	Quellen
Eignung für die Umsetzung	Eignung der Organisationsstrukturen und Ressourcen für die Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> - Klarheit der Aufgaben und Kompetenzen aus Sicht der beteiligten Akteure - Grad der Aufgabenerfüllung - Zweckmässigkeit der Ressourcenausstattung (Zeit, Finanzen, Know-how) im Hinblick auf Art und Umfang der Aufgaben 	Dokumentenanalysen	<p><i>Soll:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisatorische Vorgaben (Ledermann et al. 2006) - Projektantrag (BAG 2003) - Organigramm - Stellenbeschreibungen und Pflichtenhefte <p><i>Ist:</i> Verschiedene Organigrammversionen, Protokolle, Budgets und weitere Unterlagen (vgl. Liste der Unterlagen zum Programmmanagement des BAG in Anhang 7.2.2)</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Eindeutigkeit der horizontalen Aufgaben- und Kompetenzverteilung (Koordination auf gleicher hierarchischer Stufe) - Eindeutigkeit der vertikalen Aufgaben- und Kompetenzverteilung (Koordination zwischen hierarchischen Stufen) 	Leitfadeninterviews (vgl. Leitfaden in Anhang 7.5.1)	Personenkreis (vgl. Liste der Befragten in Anhang 7.3): <ul style="list-style-type: none"> - Programmteam BAG - Vorgesetzte BAG
	Eignung der Abläufe für die Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> - Klarheit der Abläufe aus Sicht der beteiligten Akteure - Länge der Kommunikations- und Entscheidungswege - Zeit- und Sachgerechtigkeit des Informationsflusses - Qualität der Zusammenarbeit (Intensität, perzipierte Zufriedenheit und Engagement der beteiligten Akteure) - Nutzungsgrad des geschätzten Vernetzungspotenzials 	Sekundärdatenanalyse	Projektelevaluationen

4.2 BAG-interne Organisation

Grundsätzlich funktioniert die Organisation des Programmmanagements beim BAG. In der Folge wird die Eignung die Strukturen und Ressourcen sowie anschliessend der Abläufe im Detail beurteilt. Zum Schluss werden die Erkenntnisse zusammengetragen.

4.2.1 Eignung der Organisationsstrukturen

Die BAG-internen Organisationsstrukturen sind insgesamt für die Umsetzung der Strategie M+G vorwiegend gut geeignet, wobei Unterschiede nach Indikatoren bestehen (vgl. Tabelle 17). Die Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren werden nachfolgend kurz erläutert.

Tabelle 17: Eignung der Organisationsstrukturen

Kriterium	Bewertung
Klarheit der Aufgaben und Kompetenzen	+
Grad der Aufgabenerfüllung	(+)
Zweckmässigkeit der Ressourcenausstattung	+/-
Zeitliche Ressourcen	(-)
Know-how, Erfahrung	(+)
Finanzielle Ressourcen	+/-
Eindeutigkeit der faktischen Aufgaben- und Kompetenzverteilung	(+)
Horizontale Aufgaben- und Kompetenzverteilung	(+)
Vertikale Aufgaben- und Kompetenzverteilung	(+)
<i>Eignung der Organisationsstrukturen insgesamt</i>	(+)

Legende: + = gut; (+) = eher gut; +/- = mittel; (-) = eher ungenügend; - = ungenügend.

Klarheit der Aufgaben und Kompetenzen

Die Aufgaben und Kompetenzen beim Programmmanagement im BAG sind grundsätzlich klar. Sämtliche befragten Personen, die am Programmmanagement des BAG beteiligt sind, gaben an, ihnen seien sowohl ihre eigenen Aufgaben und Kompetenzen als auch jene der übrigen Beteiligten klar. Die Projektevaluationen ergaben, dass die Zuständigkeiten trotz personeller Wechsel beim BAG immer klar waren. In zwei Projekten („Rahmenprogramm Weiterbildung Gesundheitsberufe“, „Migration und reproduktive Gesundheit“) wurden die Personalwechsel jedoch explizit beklagt.

Grad der Aufgabenerfüllung

Die Aufgaben, welche in den organisatorischen Vorgaben aufgeführt sind, werden in der vorhandenen Organisationsstruktur weitgehend erfüllt. In der Folge wird die Aufgabenerfüllung durch die einzelnen Funktionen kurz beschrieben und tabellarisch zusammengefasst.

Die Entscheide, welche auf Stufe des Direktors des BAG, der als *Auftraggeber* fungiert, hätten gefällt werden müssen, wurden teils auf hierarchisch höherer (Bundesrat), teils auf tieferer Stufe (Abteilungsleitung) gefällt. Die Aufgaben wurden aber wahrgenommen.

Tabelle 18: Aufgabenerfüllung durch den Auftraggeber

Aufgaben	Erfüllungsgrad
Auftragserteilung	(+)
Wichtige strategische und politische Entscheidungen	(+)
Entscheid. Weiterführung bzw. Antrag an BR	XX
<i>Grad der Aufgabenerfüllung</i>	(+)

Legende: + = hoch; (+) = eher hoch; +/- = mittel; (-) = eher tief; - = tief; XX = zu Zeitpunkt der Evaluation noch keine Bewertung möglich.

Die Aufgaben der geplanten *Steuergruppe* werden weitgehend durch die *Linienvorgesetzte* wahrgenommen. Sie leistet eine Begleitung, nicht jedoch eine Überwachung der Umsetzung mit Meilensteinprüfung. Als umstritten erwies sich, inwiefern die Linienvorgesetzte ihre Funktion der Rückendeckung der Programmleitung erfüllt. Selber bejaht die Vorgesetzte die Wahrnehmung dieser Funktion, der Programmleitung und den Mitarbeitenden hingegen fehlt eine klare Rückendeckung. Das Thema Migration hat derzeit im Direktionsbereich nicht eine grosse Priorität, was gemäss der Vorgesetzten jedoch lediglich eine Frage des Zeitpunkts ist. Mit den Ergebnissen der Evaluation hatte sich die Vorgesetzte zum Zeitpunkt des Gesprächs (März 2006) noch wenig befasst.

Tabelle 19: Aufgabenerfüllung durch die Linienvorgesetzte

Aufgaben	Erfüllungsgrad
Überwachung der Programmumsetzung	(+)
Rückendeckung für Programmleitung	+/-
Meilensteinüberprüfung, Beschluss weiteres Vorgehen	-
Stellungnahme zu Evaluation, Vorentscheid Weiterführung	(-)
Vorbereitung Entscheidungsgrundlagen z.H. Auftraggeber	(+)
Entscheid. Mandatsvergabe bei mehr als CHF 50 000.--	+
<i>Grad der Aufgabenerfüllung</i>	(+)

Legende: + = hoch; (+) = eher hoch; +/- = mittel; (-) = eher tief; - = tief.

Auf Stufe der *Programmleitung* wurde eine starke Fokussierung auf die Zukunft festgestellt, die zum Teil als Folge der beschriebenen Unsicherheit in Bezug auf die amtsinterne Unterstützung erscheint. Auf Teilprogrammleitsstufe wird eine grössere Aufmerksamkeit für die in den Interventionsbereichen laufenden Entwicklungen gewünscht, insgesamt wird die Leitung jedoch sehr positiv beurteilt. In Bezug auf das Controlling der Umsetzung des Pro-

gramms steht der Programmleitung eine Reihe von Instrumenten zur Erfassung des Ist-Zustands zur Verfügung, hingegen beschränken sich die Planungsinstrumente (Soll-Zustand) weitgehend auf die vom Amt vorgeschriebene Zielformulierung. Diesbezüglich wurde von vorgesetzter Stelle ein Verbesserungsbedarf festgestellt. Beachtliche Ressourcen wendet die Programmleitung für die verschiedenen Umsetzungsgremien auf (vgl. Kapitel 3).

Tabelle 20: Aufgabenerfüllung durch die Programmleitung

<i>Aufgaben</i>	<i>Erfüllungsgrad</i>
Planung und Leitung der Umsetzung	(+)
Erarbeitung, Umsetzung, Anpassung Massnahmenplan	+/-
Entscheid Mandatsvergaben bis CHF 50 000.–	+
Leitung Umsetzungsgremien (PGÄ, IBG, SBM, KMFG, GMFG)	(+)
Vorbereitung Entscheidungsgrundlagen z.H. Linienvorgesetzte	+/-
Information der Vorgesetzten zu Stand des Programms	+
<i>Grad der Aufgabenerfüllung</i>	<i>(+)</i>

Legende: + = hoch; (+) = eher hoch; +/- = mittel; (-) = eher tief; - = tief.

Bei den *Teilprogrammleitungen* steht das Projektmanagement in den einzelnen Interventionsbereichen im Vordergrund. Als mühsam wird das Vertragsmanagement empfunden, doch können verschiedene Personen den gestellten Anforderungen zur Definition von Leistungen und Wirkungen Positives abgewinnen. Schwachstellen zeigten sich bei den Vorgaben für die Selbstevaluation sowie bei der Kontrolle von Abrechnungen, die unter dem Ausgabendruck gegen Ende des Kalenderjahrs nur noch oberflächlich wahrgenommen werden konnte. Die Arbeit der Teilprogrammleitungen wird insgesamt von den Projektträgern als gut eingestuft.

Tabelle 21: Aufgabenerfüllung durch die Teilprogrammleitungen

<i>Aufgaben</i>	<i>Erfüllungsgrad</i>
Operative Leitung der Interventionsbereiche, Projektbetreuung	(+)
Mitarbeit bei der strategischen Leitung: Vorschläge und Teilstrategien	+/-
Mitwirkung bei anderen Interventionsbereichen, interne Koordination	(+)
IBG, SBM, KMFG, GMFG: Vorbereitung und Sitzungsteilnahme	+
Koordination mit anderen Bundesstellen, Kantone, Organisationen	XX
Aneignung von Fachwissen, Wissenstransfer	(-)
<i>Grad der Aufgabenerfüllung</i>	<i>(+)</i>

Legende: + = hoch; (+) = eher hoch; +/- = mittel; (-) = eher tief; - = tief; XX = siehe dazu Ausführungen in Kapitel 3.

Die Umsetzungsgremien binden auch auf Teilprogrammleitungsstufe erhebliche Ressourcen, erleichterten aber gleichzeitig die Koordination mit anderen Akteuren. Nicht explizit Aufgabe

der Teilprogrammleitungen ist die BAG-interne Vernetzung, obwohl dieser im Rahmen des „Migration Mainstreaming“ eine wachsende Bedeutung zukommt (vgl. Kapitel 3). Zwischen den Interventionsbereichen findet eher eine gute Koordination im Sinne einer gegenseitigen Abgrenzung als eine Nutzung von Synergien statt. Nur am Rande existiert eine Mitwirkung der Teilprogrammleitungen auf strategischer Stufe, die über die einzelnen Teilbereiche hinausgeht. Zu kurz kommen nach Ansicht der Teilprogrammleitungen ausserdem konzeptionelle Arbeiten und die Aneignung von Fachwissen.

Zweckmässigkeit der Ressourcenausstattung

Bei der Zweckmässigkeit der Ressourcenausstattung werden die zeitlichen und finanziellen Ressourcen sowie das Know-how der zuständigen Personen berücksichtigt.

Zeitliche Ressourcen

Während bei der Vorgesetzten die für die Strategie M+G eingesetzten zeitlichen Ressourcen als angemessen zu bewerten sind, erwiesen sie sich beim Programmteam als zu knapp. Die Programmleitung hatte insbesondere wegen dem Aufgabenzuwachs, der durch die Übernahme der Sektionsleitungsfunktion entstand, zu wenig Zeit für die Umsetzung der Strategie M+G übrig. Auf Teilprogrammleitungsstufe konnten die Vorgaben des Strategiepapiers für die einzelnen Interventionsbereiche mit den personellen Ressourcen von Anfang an bei Weitem nicht umgesetzt werden. Angesichts der vorhandenen Ressourcen waren die Vorgaben unrealistisch. In allen Bereichen wurden deshalb gewisse Massnahmen bzw. Themenbereiche zurückgestellt. Ausserdem führten die beschränkten zeitlichen Möglichkeiten der Teilprogrammleitungen dazu, dass gewisse Projekte nicht optimal konzipiert und nicht genügend begleitet wurden, was sich in einzelnen Fällen in einer schlechteren Qualität niederschlug. Im IB F hat eine zusätzliche Kürzung der Ressourcen bei der Bereichsleitung stattgefunden, die angesichts der Prioritäten der Strategie M+G zwar gerechtfertigt ist, jedoch zu einem kritischen Zeitpunkt geschieht, da die Gefahr besteht, dass die in diesem Interventionsbereich durchgeführten Studien dadurch nur unzureichend verwertet werden.

Erfahrung und Know-how

Zur Erfahrung und dem Know-how der beteiligten Akteure lassen sich aus der Evaluation nur beschränkt Aussagen machen. Über die Teilprogrammleitungen äusserten sich die befragten Personen aus den verschiedenen Umsetzungsgremien wenn, dann fast ausschliesslich positiv. Auch die Tatsache, dass die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und den Projektträgern in mehreren Projekten explizit als gut bezeichnet wurde, spricht für die Kompetenz der Teilprogrammleitungen. Für die Entlastung der Programmleitung wurde neben der administrativen Unterstützung, die als gut bewertet werden kann, eine Person eingestellt, deren Erfahrung dank verschiedenen Stellvertretungen im Fachbereich M+G positiv hervorgehoben wurde. Im Bereich der Kommunikation wurde ausserdem eine Person mit einer Schnitt-

stellenfunktion zur mandatierten Kommunikationsfirma angestellt (vgl. Abschnitt 4.3). Diese Person konnte die Programmleitung unter anderem aufgrund ihres fehlenden journalistischen Hintergrunds nur begrenzt entlasten. Abgesehen hiervon hat sich die Programmleitung aber geeignete Ressourcen für die Umsetzung der Strategie M+G beschafft.

Finanzielle Ressourcen

Im Vergleich zu den durch den Bundesrat ursprünglich genehmigten Mitteln fielen die tatsächlichen Ausgaben für die Strategie M+G insgesamt um etwa ein Drittel tiefer aus. Tabelle 22 gibt eine Übersicht zu den budgetierten und tatsächlich verbrauchten finanziellen Ressourcen für Projekte.

Tabelle 22: Finanzielle Ressourcen (in CHF)

<i>Jahr</i>	<i>Ressourcenart</i>	<i>IB B</i>	<i>IB I</i>	<i>IB V</i>	<i>IB F</i>	<i>Total</i>
<i>2003</i>	Budget	1 046 820	983 375	729 601	412 384	3 172 180
	Rechnung	856 798	1 791 695	372 000	36 065	3 056 558
<i>2004</i>	Budget	951 378	892 203	655 506	359 635	2 858 722
	Rechnung	738 471	584 381	565 000	1 051 592	2 939 444
<i>2005</i>	Budget	1 088 176	1 022 226	758 426	428 675	3 297 503
	Rechnung	763 272	1 109 752	500 000	775 048	3 148 073
<i>2006</i>	Budget	997 338	966 189	738 004	419 657	3 121 188
<i>Mittelwert 2003–2005</i>	Budget	1 028 791	965 935	714 511	400 231	3 109 468
	<i>in %</i>	<i>33%</i>	<i>31%</i>	<i>23%</i>	<i>13%</i>	<i>100%</i>
	Rechnung	786 180	1 161 942	479 000	620 902	3 048 025
	<i>in %</i>	<i>26%</i>	<i>38%</i>	<i>16%</i>	<i>20%</i>	<i>100%</i>

Legende: Als Quelle dienten die Budgetzahlen sowie die Angaben zu den verplanten Ressourcen in den Budgetblättern der Fachstelle M+G (Jahr 2003) und der Sektion C+G (Jahre 2004–2006). Die Zahlen umfassen sämtliche Projekte der einzelnen Interventionsbereiche.

Die budgetierten Mittel sind in allen Jahren nach den Prioritäten der Interventionsbereiche verteilt worden. Für den IB B wurden demnach durchschnittlich 33%, für den IB I 31%, für den IB V 23% und für den IB F 13% der Mittel budgetiert. Die faktisch verwendeten Mittel entsprachen hingegen in keinem der drei Jahre von 2003 bis 2005 der Reihenfolge der Prioritäten der Strategie M+G. Durchschnittlich wurden stattdessen im IB I mit 38% deutlich am meisten Mittel eingesetzt, vor dem IB B mit 26%, dem IB F mit 20% und dem IB V mit 16%. Dem IB I und dem IB F kam ein deutlich höheres Gewicht zu als geplant. Diese Verzerrungen kamen gemäss der Evaluation dadurch zustande, dass aufgrund des systemimmanenten Anreizes zur Ausschöpfung der Jahresbudgets (bei einer fehlenden Ausschöpfung droht im Folgejahr eine Kürzung) Umlagerungen zwischen den Interventionsbereichen vorgenommen wurden. Da der Bund bei der Umsetzung von Projekten gerade im IB B und IB V auf Schwierigkeiten stiess, weil die Mitwirkungsbereitschaft von wichtigen Akteuren (Kantone, Verbände) fehlte (vgl. Kapitel 5), boten sich im IB F, aber auch bei der Massnahme Prä-

vention und Gesundheitsförderung (I1) mehr Interventionsmöglichkeiten, weshalb in diesen Bereichen mehr investiert wurde. Dadurch entsprach der Mitteleinsatz in den Jahren 2003 bis 2005 aber nicht mehr den im Strategiepapier festgelegten Prioritäten. Die Evaluation hat jedoch keine Hinweise auf einen unüberlegten Umgang mit den Ressourcen gefunden. Die Ressourcensituation in den Projekten wurde in zwei Dritteln der Fälle als angemessen beurteilt. Gerade im IB I, in dem mehr Geld ausgegeben wurde als geplant, wurden die Finanzen in gewissen Projekten sogar eher als knapp beurteilt.

Eindeutigkeit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Die Eindeutigkeit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung kann aus horizontaler (gleiche Hierarchieebene) und vertikaler Sicht (zwischen Hierarchieebenen) betrachtet werden.

Horizontale Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Bei den Teilprogrammleitungen, die auf derselben hierarchischen Stufe stehen, hat die Analyse der internen Koordination ergeben, dass die Zuständigkeiten einzig in einem Punkt (Massnahme V3: Einsatz von ikÜ) über längere Zeit unklar waren. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass inzwischen eine Klärung stattgefunden hat, womit die horizontale Aufgaben- und Kompetenzverteilung eindeutig sein dürfte.

Vertikale Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Die vertikale Aufgaben- und Kompetenzverteilung ist über das Ganze gesehen ebenfalls eindeutig. Einzig bei strategischen Fragen wünschte sich die Teilprogrammleitungsebene mehr Mitsprache, während die Programmleitung eine stärkere Beteiligung von oben vermiss- te. In Frage gestellt wurde ausserdem die Zuteilung der Aufgabe der Sitzungsleitung, die gegenwärtig bei allen Umsetzungsgremien der Programmleitung obliegt.

4.2.2 Eignung der Abläufe

Die BAG-internen Abläufe sind insgesamt ziemlich gut geeignet, um in den vier Interventionsbereichen Projekte durchzuführen. Auch hier bestehen jedoch je nach Indikatoren Unterschiede (vgl. Tabelle 23), die nachstehend erörtert werden.

Tabelle 23: Eignung der Abläufe

<i>Kriterium</i>	<i>Bewertung</i>
Klarheit der Abläufe	(+)
Zeit- und Sachgerechtigkeit des Informationsflusses	+/-
Länge der Kommunikations- und Entscheidungswege	+/-
Qualität der Zusammenarbeit	(+)
Nutzungsgrad des geschätzten Vernetzungspotenzials	+/-
<i>Eignung der Abläufe insgesamt</i>	(+)

Legende: + = gut; (+) = eher gut; +/- = mittel; (-) = eher ungenügend; - = ungenügend.

Klarheit der Abläufe

Insgesamt sind die Abläufe des Programmmanagements klar. Verbessert werden könnte punktuell das Projektmanagement: Bei der Vertragserarbeitung wurde bezüglich der Festlegung der Wirkungen und den Erfordernissen der Selbstevaluation fehlte das Know-how, das von der für die Evaluation zuständigen Sektion FEB nicht eingefordert wurde. Bei der Ausgestaltung der Zahlungsmodalitäten wurde zu wenig darauf geachtet, dass die Zahlungstermine auf Mitte des Jahres fallen, damit eine gründliche Kontrolle der Abrechnungen möglich ist. Als wenig strukturiert erwies sich ausserdem die Koordination zwischen den Projekten. Als förderlich erachtet würde daneben eine genauere Planung der Umsetzung durch den Ausbau der entsprechenden Instrumente sowie eine stärkere Strukturierung der Mandatsvergabe durch die Erarbeitung von Kriterien, die als Orientierungspunkte dienen können.

Zeit- und Sachgerechtigkeit des Informationsflusses

Bei den Informationsflüssen bestehen Schwierigkeiten in Bezug auf die vorgesetzten Stellen. Die direkte Vorgesetzte wird zwar gut informiert, es findet jedoch keine regelmässige Information der hierarchisch höheren Stellen statt. Der Informationsfluss von oben nach unten wird vom Programmteam gleichzeitig als zurückhaltend empfunden. Innerhalb des Programmteams ist der Informationsfluss gut, die Informationsstrategie aber eher zurückhaltend. Die Stellvertretung der Programmleitung ist bisher ausserdem von der Programmleitung zu wenig auf dem Laufenden gehalten worden.

Länge der Kommunikations- und Entscheidungswege

Innerhalb des Programmteams sind die Kommunikations- und Entscheidungswege kurz. Hingegen wurde entsprechend den Schwierigkeiten bei der Information auch die Kommunikation der Strategie M+G gegenüber den hierarchisch höheren Stellen vom Programmteam als schwierig bewertet. Anliegen und Beschlüsse, die durch die vorgesetzten Stellen behandelt werden müssen, würden eher zögerlich angegangen. Die Zahl der hierarchischen Stufen und die damit einhergehende Länge der Kommunikations- und Entscheidungswege erweisen sich als Hindernis.

Qualität der Zusammenarbeit

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den vorgesetzten Stellen vermisste das Programmteam ein aktiveres Engagement. Die Zusammenarbeit im Programmteam ist zwar nicht als allzu eng, kann aber als gut bezeichnet werden. Auch die Qualität der Zusammenarbeit mit den Projektträgern war allgemein hoch, wobei sich bei gewissen Projekten Schwierigkeiten ergaben. Die Zusammenarbeit zwischen Projektträgern untereinander war, sofern sie überhaupt stattfand, eher unverbindlich, wurde aber mehrheitlich als gut bezeichnet.

Nutzungsgrad des geschätzten Vernetzungspotenzials

Die für die Umsetzung der Strategie M+G wesentliche Zusammenarbeit zwischen der Programmleitung und den Teilprogrammleitungen ist gut, wobei sich letztere etwas häufigere Kontakte wünschen würden. Auch sollte eine systematischere inhaltliche Abstimmung zwischen den Teilprogrammleitungen und, daraus folgend, zwischen den Projekten stattfinden. Diesbezüglich sind die Vernetzungspotenziale noch nicht ausgeschöpft worden. Schliesslich könnte das Engagement der vorgesetzten Stellen noch verstärkt werden.

4.2.3 Gesamtbeurteilung

Die Organisation des Programmmanagements ist im Grossen und Ganzen weitgehend für die Umsetzung der Strategie geeignet. Sowohl die Organisationsstrukturen als auch die Abläufe werden mehrheitlich positiv bewertet.

Im Detail besteht die *Stärke* der Organisation insbesondere in ihrer Klarheit. Die Aufgaben der einzelnen Personen erwiesen sich als eindeutig und ergänzten sich sowohl in vertikaler als auch in horizontaler Hinsicht gegenseitig zu einem vollständigen Gefüge. Die klare BAG-interne Struktur ermöglichte es, dass die zugewiesenen Aufgaben auf allen Stufen mehrheitlich wahrgenommen werden konnten. Bei einzelnen Aufgaben wurde jedoch eine etwas schwache Strukturierung der Abläufe festgestellt. Positiv hervorzuheben ist die gute Zusammenarbeit im Programmteam.

Problematisch ist gemäss der Evaluation, dass die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen der Programmleitung einerseits sowie der Teilprogrammleitungen andererseits zu knapp waren. Angesichts der vorhandenen personellen Ressourcen erwiesen sich die Vorgaben des Strategiepapiers von Anfang an als unrealistisch. Die finanziellen Ressourcen ihrerseits wurden in den einzelnen Projekten zwar mehrheitlich als angemessen erachtet, doch zeigte die Betrachtung nach Interventionsbereichen, dass die ursprünglich festgelegte Prioritätenordnung bei der Mittelvergabe nicht respektiert worden ist. Der Grund liegt darin, dass die Umsetzung von Projekten namentlich bei der Bildung und der Gesundheitsversorgung auf Schwierigkeiten stiess, weil der Bund selber nur über beschränkte Kompetenzen verfügte und wichtige Akteure (Kantone, Verbände) nicht bereit waren, mitzuwirken. Bei der Prävention und Gesundheitsförderung (I2) sowie bei der Forschung boten sich dem Bund dagegen mehr Handlungsmöglichkeiten.

In Bezug auf die Abläufe wurden auf der Ebene der Projekte Synergien bisher nicht durch eine systematische inhaltliche Koordination der Interventionsbereiche genutzt. Weiter erwiesen sich die Beziehungen zwischen dem Programmteam und den hierarchisch höheren Stellen als suboptimal. Das bisher begrenzte Engagement der Direktion ist darauf zurückzuführen, dass die Strategie M+G im Direktionsbereich, wie selbst die Vorgesetzte sagte, gegenwärtig keine hohe Priorität hat. Dies hat die Umsetzung der laufenden Strategie M+G zwar vielleicht nicht behindert, so doch auch nicht besonders gefördert.

Die genauere Betrachtung des Programmmanagements offenbart verschiedene Probleme, die jedoch nicht allein durch eine bessere Umsetzung gelöst werden können. Gerade die Abstimmung zwischen Vorgaben und Ressourcen muss bereits bei der Konzipierung der Strategie geleistet werden.

4.3 Kommunikation

Die Kommunikation der Strategie M+G umfasst verschiedene Evaluationsgegenstände, die nach den Kriterien der Evaluation beurteilt worden sind. Tabelle 24 stellt die Bewertungen im Überblick dar. Auf eine Beurteilung der Wirkungen bei den Adressaten wurde aufgrund unzulänglicher empirischer Grundlagen verzichtet. Die an der Kommunikation beteiligten Firmen wurden anonymisiert.

Tabelle 24: Beurteilung der Kommunikation

<i>Evaluationsgegenstand</i>	<i>Kriterium</i>	<i>Bewertung</i>
Konzept	Intrapolicy-Kohärenz	(-)
Organisation	Eignung für die Umsetzung	(-)
Leistungen	Angemessenheit	+/-
	Leistungsbezogene Effizienz	-
Wirkungen	Verhaltensänderungen der Adressaten (Effektivität)	XX

Legende: + = gut; (+) = eher gut; +/- = mittel; (-) = eher ungenügend; - = ungenügend; XX = unzureichende empirische Grundlagen für Bewertung.

4.3.1 Konzept

Die konzeptionellen Grundlagen werden auf ihre Klarheit, Vollständigkeit und innere Logik beurteilt (vgl. auch Vorgehen bei Evaluation des Programmkonzepts, Abschnitt 2.1).

Intrapolicy-Kohärenz

Die Bedeutung der Kommunikation wurde im Strategiepapier massiv unterbewertet wurde. Bei der Planung der Strategie M+G wurden wesentliche Aspekte nicht berücksichtigt oder aufgeschoben. Die Vorgaben im Strategiepapier waren lückenhaft. In einem später in Auftrag gegebenen Kommunikationskonzept wurden die Grundlagen dagegen zwar umfassend erarbeitet, doch fehlte eine Verknüpfung und Abstimmung zwischen Zielen, Adressaten und Massnahmen. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Intrapolicy-Kohärenz der konzeptionellen Vorgaben beschränkt ist.

4.3.2 Organisation

Bei der Organisation der Kommunikation lassen sich grob drei Phasen unterscheiden: In der ersten Phase wurde die Kommunikation an eine externe Firma übertragen. Die Umsetzung der Massnahmen stiess jedoch auf Schwierigkeiten. Die Programmleitung wurde stark bean-

spricht. Um den Problemen zu begegnen, wurde in einer zweiten Phase im Rahmen eines weiteren externen Mandats ab November 2004 eine Person aus einer Organisationsfirma eingestellt, die sich um die Kontakte zur externen Firma kümmerte, was für die Programmleitung eine Entlastung brachte. Da sich die Person nur um die Organisation kümmerte, selber aber keine Leistungen erbrachte, blieben die Leistungsdefizite der mandatierten Firma, insbesondere im redaktionellen Bereich, bestehen. Das BAG liess aufgrund der unbefriedigenden Situation die Mandate der Firma und der Relais-Person Ende März 2006 auslaufen. In einer dritten Phase ist seit April 2006 eine Person mit journalistischem Hintergrund, die aus einem bislang nicht involvierten Unternehmen stammt, für die Kommunikation zuständig und hat hierfür beim BAG einen internen Arbeitsplatz.

Bei der Organisation wird nach ihrer Eignung für die Umsetzung gefragt, wobei namentlich die zwei ersten Phasen der Umsetzung bis Ende März 2006 betrachtet werden.

Eignung der Organisationsstrukturen und Abläufe

Die Organisation der Programmkommunikation wurde mehrmals verbessert, erwies sich aber nach einer kurzen Zeit jeweils als nur beschränkt geeignet. Die Wahl der unterschiedlichen Umsetzungsstrukturen von Beginn weg einen Eindruck der Planlosigkeit. Die Analyse der Kommunikationsorganisation ergibt das Bild eines „Trial and Error“-Vorgehens. Die festgestellten Mängel sind sowohl auf fehlende konzeptionelle Überlegung, eine ungeeignete Wahl der Mandatnehmer als auch auf erschwerende Rahmenbedingungen zurückzuführen. Zu letzteren gehört, dass es zunächst nicht möglich war, eine Person BAG-intern für die Kommunikation anzustellen. Bei der in der ersten Phase erfolgten Wahl der mandatierten Firma hätte es sich im Nachhinein als wichtig erwiesen, die amtsinterne Expertise der Kommunikationsabteilung beizuziehen.

4.3.3 Leistungen

Die Leistungen werden auf ihre Angemessenheit und Effizienz beurteilt. Die Betrachtung beschränkt sich auf die ersten zwei Phasen der Umsetzung.

Angemessenheit der Leistungen

Die erbrachten Leistungen der mandatierten Firma waren unvollständig. Weder der Umfang noch die Qualität der erbrachten Leistungen entsprechen den vereinbarten Vorgaben. Daneben wurden allerdings auch einige Leistungen wie namentlich das GMFG zur Zufriedenheit der Programmleitung erbracht, weshalb die Angemessenheit insgesamt als teilweise erreicht betrachtet wird.

Die Gründe für die Defizite sind zu einem Teil im nur teilweise geeigneten Kommunikationskonzept, das den Leistungen zugrunde gelegt wurde, zu suchen; zum wesentlichen Teil liegen sie im unzureichenden Fachwissen der mandatierten Firma. Dass dieses Problem nicht bei der Auftragsvergabe erkannt wurde, scheint erstens daran zu liegen, dass das Angebot der

Firma nicht eingehaltene Angaben beinhaltete; zweitens lag von Seiten der Programmleitung nicht das notwendige Wissen für eine umfassende Beurteilung der Angebote vor und wurde auch nicht amtsintern eingeholt.

Leistungsbezogene Effizienz

Die externe Auftragsvergabe erwies sich als ungeeignete Organisationsform, da sie erhebliche Ressourcen der Programmleitung in Anspruch nahm. Obwohl mit der Einstellung einer Relais-Person mehr finanzielle Mittel in der Kommunikation eingesetzt wurden, erhielt das BAG aufgrund von Qualitätsproblemen bei der gewählten externen Firma schliesslich nicht sämtliche vertraglich vereinbarten Leistungen; auch entsprachen die Leistungen teilweise nicht den Qualitätsanforderungen. Die Effizienz war beim getätigten Mitteleinsatz deshalb insgesamt nicht gewährleistet.

4.3.4 Wirkungen

Die Evaluation fokussiert auf die Auswirkungen der Kommunikation bei den Adressaten.

Verhaltensänderungen der Adressaten (Effektivität)

Zur Effektivität lassen sich nur sehr begrenzt Aussagen machen. Die Adressaten wurden in den konzeptionellen Grundlagen nicht eindeutig definiert, und es liegen nur punktuelle Hinweise vor. Festhalten lässt sich, dass mit dem GMFG ein Beitrag zur Information und Vernetzung von Personen geleistet wurde, die bereits im Bereich M+G tätig sind. Ebenfalls ist es gelungen, die Strategie M+G bei den Integrationsdelegierten und Ausländerdiensten als wichtige Akteure aus dem Migrationsbereich bekannt zu machen. Ausserdem gibt es einzelne Hinweise, dass die Programmkommunikation die Wirkungen von Projekten unterstützt hat. Insgesamt hat aber kaum eine Abstimmung der Kommunikation mit den Projekten stattgefunden. Die punktuellen Hinweise auf Wirkungen lassen keine gesamthafte Einschätzung zu.

4.3.5 Gesamtbeurteilung

Die Kommunikation stellt einen Problembereich des Programmmanagements des BAG dar. Die Gründe dafür sind zahlreich. Bereits die konzeptionellen Grundlagen waren ungeeignet: Im Strategiepapier wurde der Kommunikation nicht die nötige Bedeutung beigemessen; das Papier enthielt lediglich punktuelle Vorgaben. Mit einem sehr umfassenden Kommunikationskonzept, das vom BAG in Auftrag gegeben wurde, konnten die Lücken geschlossen werden, doch fehlte eine Fokussierung. Ziele, Adressatengruppen sowie Massnahmen standen lose nebeneinander. Ausserdem erwies sich die Website, die im Konzept ins Zentrum gestellt wurde, im Nachhinein als unpassendes Kommunikationsinstrument.

Bei der Umsetzung der Kommunikation zeigten sich schon kurz nach Beginn organisatorische Schwierigkeiten. Der Kontakt zur mandatierten Firma erwies sich für die Programmleitung als aufwändig. Durch die Einstellung einer Person, die eine Schnittstellenfunktion

zwischen BAG und externer Kommunikationsfirma wahrnahm, wurde die Programmleitung entlastet. Diese Organisationsstruktur konnte jedoch die Qualitätsprobleme bei der externen Firma nicht beheben, so dass schliesslich die vertraglich vereinbarten Leistungen nicht vollständig und teils nicht in der erwarteten Qualität erbracht wurden.

Entgegen den Schwierigkeiten wurden andere Leistungen wie namentlich das Grosse Migrationsforum Gesundheit, das die mandatierte Firma zweimal organisierte, positiv eingeschätzt. Auch konnte in der Evaluation festgestellt werden, dass eine Reihe von Kommunikationsprodukten bei den Integrationsdelegierten und den Ausländerdiensten bekannt ist. Eine Abstimmung der Kommunikation zwischen Programm- und Projektebene hat bisher wenig stattgefunden, erwies sich in Einzelfällen aber als bedeutend. Insgesamt ist ein klares Bestreben der Programmleitung zu erkennen, die Kommunikation zu verbessern. Inwiefern dies mit der neuen internen Lösung gelungen ist, kann die Evaluation nicht mehr beurteilen.

5 Projekte

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluationen auf Projektebene dargestellt. Eine ausführliche Darstellung dieser Erkenntnisse einschliesslich der Zusammenfassungen der einzelnen Projektevaluationen findet sich im dritten Beilagenband zur Evaluation (Hammer et al. 2006). In der Folge wird in Abschnitt 5.1 das Vorgehen bei den Projektevaluationen beschrieben. Abschnitt 5.2 stellt die von der Strategie M+G unterstützten Projekte nach Interventionsbereichen dar. Darauf folgen eine zusammenfassende Beurteilung der Projekte nach Evaluationsgegenständen (Abschnitt 5.3) und die Beurteilung, inwiefern die Vorgaben der Strategie M+G durch die Projekte erreicht werden konnten (Abschnitt 5.4).

5.1 Vorgehen

Mit den Evaluationen der einzelnen im Rahmen der Strategie M+G unterstützten Projekte wurden zwei Ziele verfolgt: Erstens sollten die Projektevaluationen dem BAG und den Projektträgern im Sinne eines Lernprozesses einen konkreten Nutzen stiften (formative Funktion). Zweitens dienten die Projektevaluationen dazu, die Strategie M+G und namentlich ihre Wirkungen aus der „Bottom-up“-Perspektive zu beurteilen (summative Funktion). Insbesondere aufgrund des zweiten Ziels wurde entschieden, möglichst alle unterstützten Projekte in die Evaluation mit einzubeziehen,¹² die Projekte in Form einer Kombination von Selbst- und Fremdevaluation zu beurteilen und in Absprache mit dem BAG bei Projekten, zu denen bereits während der Laufzeit der Evaluation Entscheidungsgrundlagen erforderlich waren, Zwischenevaluationen durchzuführen.

Aufgrund der unterschiedlichen Informationsbedürfnisse bei den einzelnen Projekten wurden in Absprache mit dem BAG vier verschiedene Typen von Projektevaluationen definiert und die unterstützten Projekte diesen Typen zugeteilt. Die Typisierung wurde aufgrund von unterschiedlichen Zwecken (formativ vs. summativ) und unterschiedlichem Umfang der Erhebungen (Kurzevaluationen vs. umfassendere Evaluationen) vorgenommen. Mit den vier verschiedenen Typen von Projektevaluationen wurden folgende Ziele verfolgt (vgl. auch Tabelle 25):

- Mit den formativ ausgerichteten „Zwischenevaluationen“ wurden in gezielt mit dem BAG ausgewählten Projekten Entscheidungsgrundlagen für das weitere Vorgehen und allfällige Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet. Die Zwischenevaluationen wurden in den Jahren 2004 und 2005 durchgeführt.
- Per Mitte 2006 wurden die Zwischenevaluationen grösstenteils aufdatiert. Ziel war es, als Grundlage für die Globalevaluation über möglichst aktuelle Informationen zu verfügen.

¹² Ausgenommen wurden insbesondere die im Rahmen des Integrationsförderungsprogramms des Bundes unterstützten Vermittlungsstellen, die von der EKA und dem BFM separat evaluiert werden.

- „Kurzevaluationen“ wurden bei bereits abgeschlossenen oder bei bereits früher evaluierten Projekten durchgeführt. Ziel war eine abschliessende Beurteilung der Projekte.
- Ziel der „umfassenderen Evaluationen“ war bei abgeschlossenen Projekten die Beurteilung des Erreichten. Bei laufenden Projekten wurde eine Standortbestimmung vorgenommen. Im Vergleich zu den Kurzevaluationen basierten die „umfassenderen Evaluationen“ auf einer breiteren empirischen Grundlage.

Es liegen Hinweise vor, dass die Projektevaluationen (insbesondere die Zwischenevaluationen) sowohl beim BAG als auch bei den Projektträgern Lernprozesse und entsprechende Anpassungen ausgelöst haben. Die durch die Projektevaluationen ausgelösten Veränderungen konnten im Rahmen der Evaluation jedoch nicht systematisch erhoben werden.

Tabelle 25 stellt die verschiedenen Typen von Projektevaluationen und die Anzahl durchgeführter Evaluationen dar. Zu berücksichtigen ist, dass sich ein Teil der Projektevaluationen auf bereits abgeschlossene und ein Teil auf noch laufende Projekte bezieht.

Grundlage der Projektevaluationen war ein Analyseraster, das anhand des Detailkonzepts zur Evaluation der Strategie M+G (Sager und Ledermann 2004) erarbeitet wurde (vgl. auch Hammer et al. 2006).

Tabelle 25: Typen von Projektevaluationen

<i>Evaluationstyp</i>	<i>Funktion</i>	<i>Welche Projekte?</i>	<i>Anzahl</i>
„Zwischenevaluation“	formativ Zeitpunkt 1: 2004/05	Projekte, zu denen das BAG eine Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen wünschte.	4
„Aufdatierte Zwischenevaluation“	summativ, Zeitpunkt: Mitte 2006	Projekte, zu denen Zwischenevaluationen erstellt wurden.	3 ¹³
„Kurzevaluation“	summativ spätestens Mitte 2006	Abgeschlossene Projekte	7 ¹⁴
		Laufende Projekte	2
„Umfassendere Evaluation“	summativ Mitte 2006	Abgeschlossene Projekte	1
		Laufende Projekte	3

Bei der Erarbeitung der Projektevaluationen wurde in einem ersten Schritt ein projektspezifisches Evaluationskonzept erstellt, das den betroffenen Akteuren zur Stellungnahme unterbreitet wurde (Ausnahme: Kurzevaluationen). In einem zweiten Schritt folgte die Analyse der relevanten Projektdokumente (inkl. Selbstevaluationen). Als dritter Schritt wurden qualitati-

¹³ Zum Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ wurde nach Absprache mit dem BAG keine Aufdatierung der Zwischenevaluation vorgenommen.

¹⁴ Inkl. Evaluationen der Grundlagenforschungsprojekte (gesamthaft evaluiert) und des Projekts „Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung“.

ve Interviews mit den zuständigen Projektverantwortlichen (d.h. den Teilprogrammleitungen) des BAG (bzw. des BFM für den IB T) und der jeweiligen Projektleitung durchgeführt. Bei den Zwischenevaluationen und den umfassenderen Evaluationen erfolgten zudem Interviews mit weiteren Akteuren (z.B. mit Mediatorinnen und Mediatoren oder Mitgliedern von Begleitgruppen). Eine breite Befragung der Adressaten und/oder der Begünstigten (Migrantinnen und Migranten) durch die Evaluation war hingegen aus Ressourcengründen nicht möglich. Im vierten Schritt wurden die Informationen entlang der Evaluationsfragen (bzw. des Analyserasters) ausgewertet (vgl. Hammer et al. 2006). Der Entwurf des Evaluationsberichtes wurde den Beteiligten (in der Regel der zuständigen Teilprogrammleitung des BAG, der Projektleitung sowie der Evaluationsverantwortlichen aus der Sektion FEB des BAG) zur Stellungnahme unterbreitet. Das Evaluationsteam war anschliessend für die Finalisierung der Berichte verantwortlich.

Die Projektevaluationen stiessen bei der Durchführung auf folgende Grenzen:

- Erstens benötigen die während der Laufzeit der Strategie M+G gestarteten Projekte eine gewisse Zeitspanne, um bei den Zielgruppen (Adressaten und Begünstigte) die beabsichtigten Wirkungen zu erzielen. Insbesondere war der Zeithorizont für die Beurteilung der Wirkungen bei den Begünstigten (Migrantinnen und Migranten) häufig zu kurz. Zudem ist die Umsetzung der Strategie M+G bis Ende 2007 verlängert worden. Die Erreichung der Ziele der Strategie M+G kann deshalb noch nicht abschliessend beurteilt werden. Die in den Projektevaluationen vorgenommenen Bewertungen von laufenden Projekten sind deshalb als vorläufige Einschätzungen zu verstehen.
- Zweitens zeigten die Arbeiten an den Projektevaluationen, dass die Selbstevaluationen in der überwiegenden Anzahl der unterstützten Projekte nicht oder nicht mit der erforderlichen Qualität durchgeführt wurden. Damit fehlten den Projektevaluationen wichtige empirische Informationen, insbesondere hinsichtlich der Wirkungen der Projekte. Die fehlenden empirischen Erhebungen bei den Zielgruppen konnten durch die externe Evaluation nur sehr beschränkt über eigene Befragungen kompensiert werden.
- Drittens war die Beurteilung der Wirkungen der Projektleistungen auf die Zielgruppen methodisch schwierig. Insbesondere war der Kausalitätsnachweis (Zurückführen der beobachteten Veränderungen auf die Projektleistungen) aufgrund von komplexen Wirkungsmechanismen und ungenügenden empirischen Informationen kaum zu erbringen. Mit einigen Ausnahmen haben die Aussagen zu den Wirkungen der Projekte deshalb eher den Stellenwert von Hinweisen, die empirisch nur punktuell abgestützt sind.

5.2 Unterstützte Projekte

5.2.1 Interventionsbereich Bildung

Von den im Strategiepapier zum Interventionsbereich Bildung (IB B) vorgesehenen drei Massnahmen (vgl. Kapitel 2.3.4) wurden lediglich zwei umgesetzt: Aus- und Fortbildung in

ikÜ (B1) und Weiterbildung für Gesundheitsberufe (B3). Die Massnahme Aus- und Fortbildung in interkulturellem Vermitteln (ikV) wurde vom BAG, nachdem im Rahmen eines Projekts ursprünglich auch hierfür hätten Grundlagen erarbeitet werden sollen (Projekt „Ausbildung für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen“), aus Ressourcen- gründen und aufgrund von Unklarheiten zum Bedarf zurückgestellt.¹⁵ Im IB B wurden folgende Projekte unterstützt (vgl. Tabelle 26):

Tabelle 26: Im IB B unterstützte Projekte

Massnahme	Projekt	Kurzbeschreibung	Evaluations- typ
Aus- und Fortbildung ikÜ (B1)	Ausbildung für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen ¹⁶	Erarbeitung von Grundlagen für ikÜ und ikV: <ul style="list-style-type: none"> – Definition von Ausbildungsstandards – Etablieren von Zertifizierungssystemen von Ausbildungslehrgängen 	Kurzevaluation
	Entwicklung von Testverfahren zur Überprüfung der Sprachkompetenz von interkulturellen ÜbersetzerInnen ¹⁶	Ergänzung des Zertifikats Interpret mit einem Sprachtest	Kurzevaluation
	Interpret	Professionalisierung und Erhöhung des Engagements der interkulturellen ÜbersetzerInnen durch: <ul style="list-style-type: none"> – Zertifizierung von interkulturellen ÜbersetzerInnen – Anerkennung von Ausbildungsmodulen für ikÜ 	Umfassendere Evaluation
Fort- und Weiterbildung Gesundheitsberufe (B3)	Rahmenprogramm für die migrationsspezifische Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich („Rahmenprogramm Weiterbildung“)	Verbesserung der migrationsspezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten in den Berufsgruppen Medizin, Krankenpflege, Geburtshilfe und Spitalmanagement, insbesondere durch entsprechende Ausbildungsmodule.	Umfassendere Evaluation
	Nachdiplomkurs „Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen“	Finanzielle Förderung eines einjährigen Nachdiplomkurses, der sich in erster Linie an die Pflege richtet.	Keine Evaluation

Weiterbildungsangebote finden sich zudem in einzelnen Leistungsmodulen von Projekten, die im Rahmen des Interventionsbereichs Gesundheitsversorgung der Strategie M+G durchgeführt werden (Projekte „Fachstelle Ostschweiz“ und MFH).

¹⁵ Gemäss den befragten Akteuren geht die ikÜ über reines Dolmetschen (d.h. sprachliche Übersetzung) hinaus und beinhaltet auch gewisse Elemente der interkulturellen Vermittlung.

¹⁶ Da die beiden Projekte „Ausbildung für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen“ und „Entwicklung von Testverfahren zur Überprüfung der Sprachkompetenz von interkulturellen ÜbersetzerInnen“ inhaltlich zusammengehören, werden sie unter dem Titel „Grundlagen Zertifizierung ikÜ“ zusammengefasst.

5.2.2 Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung

Im Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I) wurden folgende Projekte unterstützt (vgl. Tabelle 27):

Tabelle 27: Im IB I unterstützte Projekte

Massnahme	Projekt	Kurzbeschreibung	Evaluationsstyp
Prävention und Gesundheitsförderung (I1)	Pilotprojekt „Migration und Sucht“	Abbau der Zugangshürden für MigrantInnen durch migrationspezifische Ausrichtung der Organisation Contact Netz (Kanton Bern).	Kurzevaluation
	Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell „Migration und Sucht“ („Machbarkeitsstudie Migration und Sucht“)	Überprüfung, ob das Projektmodell „Migration und Sucht“ für eine Implementierung auf nationaler Ebene geeignet ist.	Kurzevaluation
	Migration und reproduktive Gesundheit	Erleichterung des Zugangs von Migrantinnen und ihren Kindern zu Angeboten im Bereich reproduktive Gesundheit, u.a. durch eine nationale Koordinationsstelle, Kursangebote und Sensibilisierung von Fachleuten.	Zwischen-evaluation
	Support	Förderung von Präventionsprojekten, die von MigrantInnen für MigrantInnen durchgeführt werden, durch finanzielle und fachliche Unterstützung.	Zwischen-evaluation (inkl. Aufdatierung)
	Afrimedia	Nationales Pilotprojekt, das in ausgewählten Schwerpunktregionen für MigrantInnen aus Sub-Sahara-Afrika HIV/Aids-Präventionsarbeit durchführt.	Zwischen-evaluation (inkl. Aufdatierung)
	VIA, Diffusion Gesundheitswegweiser Schweiz („VIA“)	Verbesserung der Information der MigrantInnen zum schweizerischen Gesundheitssystem durch zielgruppenspezifische Diffusion des Gesundheitswegweisers Schweiz über Veranstaltungen.	Zwischen-evaluation (inkl. Aufdatierung)
	Analyse von MigrantInnen-Netzwerken	Analyse der Bedürfnisse und der Ressourcen von MigrantInnen-Netzwerken	Keine Evaluation ¹⁷
Sensibilisierung Leistungserbringer (I2)	Drehscheibe Gesundheitsinformationen für MigrantInnen (Migesplus)	Erleichterung des Zugangs der MigrantInnen zu den Angeboten des Gesundheitswesens durch eine Internetplattform, die sich an Fachpersonen richtet und eine Übersicht über bestehendes Informationsmaterial enthält.	Umfassendere Evaluation

¹⁷ Dieses Projekt wurde von einer an der Evaluation der Strategie M+G beteiligten Organisation durchgeführt (INFRAS). Wegen möglichen Interessenkonflikten wurde auf eine Evaluation verzichtet.

5.2.3 Interventionsbereich Gesundheitsversorgung

Im Interventionsbereich Gesundheitsversorgung (IB V) formuliert das Strategiepapier sehr weit reichende Vorgaben. Nachträgliche Überlegungen des BAG zu den Zuständigkeiten und den Möglichkeiten des Bundes führten dazu, dass die drei Massnahmen nicht in der vorgesehenen Art und Weise verwirklicht wurden. Insbesondere kam das BAG zum Schluss, dass für die Erfüllung aller Vorgaben des Strategiepapiers wesentlich mehr Ressourcen notwendig wären. Das BAG entschied deshalb, bei den Massnahmen „Leicht zugängliche Angebote in Agglomerationen“ (V1) und „Vermittlungs- und Koordinationsdienste“ (V2) nicht selber aktiv zu werden, sondern lediglich allfällige Initiativen aus den Kantonen zu unterstützen. Einzelne Abklärungen des BAG bestätigten das bereits in der Vernehmlassung zum Strategiepapier festgestellte Desinteresse der Kantone an der Finanzierung von neuen Strukturen. Die Möglichkeit einer diesbezüglichen Bundesunterstützung wurde indes, trotz der Vorgabe im Strategiepapier, für die Kantone Anreize zu schaffen (M+G 2002: 34, zu Massnahme V1), nicht breit kommuniziert. Ein weiterer Grund, dass die beiden Massnahmen nicht wie vorgesehen realisiert wurden, war die Stärkung des integrativen Ansatzes im Verlaufe der Umsetzung. Dementsprechend entschied das BAG, weniger eigens für die Migrationsbevölkerung erstellte Angebotsstrukturen als vielmehr die bessere Zugänglichkeit bestehender Regelangebote zu unterstützen. Folgende Projekte wurden im IB V unterstützt (vgl. Tabelle 28):

Tabelle 28: Im IB V unterstützte Projekte

Massnahme	Projekt	Kurzbeschreibung	Evaluationstyp
Leicht zugängliche Angebote in Agglomerationen (V1)	Migrant-Friendly Hospitals („MFH“)	Verbesserung des Zugangs der Migrationsbevölkerung zu Spitälern durch den Aufbau eines Netzwerks von Spitälern, die Erarbeitung von Empfehlungen und die finanzielle Unterstützung von konkreten Massnahmen einzelner Spitäler.	Umfassende Evaluation
Vermittlungs- und Koordinationsdienste (V2)	Fachstelle Gesundheit und Integration Ostschweiz („Fachstelle Ostschweiz“)	Erweiterung der transkulturellen Kompetenzen von Fachpersonen über Leistungen in den Bereichen Information, Vernetzung, Weiterbildung sowie die Durchführung einzelner innovativer Teilprojekte.	Kurzevaluation
Einsatz von ikÜ (V3)	Förderung von Vermittlungsstellen im Rahmen des Integrationsförderungsprogramms des Bundes (EKA/BFM)	Durch die Förderung von Vermittlungsstellen sollen in allen Regionen professionelle ikÜ-Dienste angeboten werden. Die eigentlichen Einsätze werden jedoch nicht direkt finanziell unterstützt.	Keine Evaluation

5.2.4 Interventionsbereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich

Für den Interventionsbereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T) ist das Bundesamt für Migration (BFM) zuständig. Die Aktivitäten des BFM umfassen erstens

Massnahmen im Rahmen des Tagesgeschäfts des Amtes zur Verbesserung des Asylverfahrens, die sich auch auf die Gesundheit von Asylsuchenden auswirken sollen. Zweitens unterstützt das BFM folgende zwei spezifischen Projekte (vgl. Tabelle 29):

Tabelle 29: Im IB T unterstützte Projekte

<i>Massnahme</i>	<i>Projekt</i>	<i>Kurzbeschreibung</i>	<i>Evaluations-typ</i>
Differenzierung bestehendes Angebot (T1)	Therapieangebot für Flüchtlinge und Personen mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive in der Schweiz („SRK-Ambulatorien“)	Dezentralisierung des Angebots: Aufbau von Ambulatorien in Zürich, Lausanne und Genf in Anlehnung an das bestehende SRK-Ambulatorium in Bern. In den SRK-Ambulatorien werden Flüchtlingen sowie Asylsuchenden mit längerer Aufenthaltsperspektive spezialisierte Therapien und Beratungen angeboten.	Kurzevaluation
Aufbau niederschwelliger Angebote (T2)	Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ ¹⁸ sowie zu Standards für die niederschwellige Betreuung („EPZ-Studie“)	Förderung von niederschwelligen Therapie- und Beratungsangeboten für Asylsuchende mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive durch die Auswertung des EPZ-Modells und die Erarbeitung von Standards für die adäquate Betreuung dieser Zielgruppe.	Kurzevaluation

5.2.5 Interventionsbereich Forschung

Die im Strategiepapier für den Interventionsbereich Forschung (IB F) vorgesehenen drei Massnahmen wurden im Wesentlichen wie ursprünglich geplant umgesetzt. Folgende Projekte wurden unterstützt (vgl. Tabelle 30):

Tabelle 30: Im IB F unterstützte Projekte

<i>Massnahme</i>	<i>Projekt</i>	<i>Kurzbeschreibung</i>	<i>Evaluations-typ</i>
Gesundheitsmonitoring (F1)	Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung („GMM“)	Aufbau der Gesundheitsbefragung und erstmalige Durchführung (Datenerhebung und -analyse).	Kurzevaluation
Problemorientierte Grundlagenforschung (F2)	Neun Forschungsprojekte ¹⁹ („Grundlagenforschungsprojekte“)	Unterstützung von neun Forschungsprojekten zu verschiedenen Themen	Kurzevaluation
Evaluation (F3)	Evaluation der Strategie „Migration und Gesundheit 2002–2006“	Vorliegende Evaluation	Keine Evaluation

¹⁸ Ethno-Psychologisches Zentrum, Zürich.

¹⁹ Details vgl. Beilagenband 3 (Hammer et al. 2006).

5.3 Beurteilung nach Evaluationsgegenständen

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den Projektevaluationen zusammengeführt und die evaluierten Projekte im Quervergleich der Interventionsbereiche sowie entlang der verschiedenen Evaluationsgegenstände gesamthaft bewertet. Dadurch wird erstens eine zusammenfassende Darstellung der Leistungen und der Wirkungen der Projekte geleistet. Zweitens sollen die Stärken und Schwächen der Projekte aufgezeigt werden.

Insgesamt sind die im Rahmen der Strategie durchgeführten Projekte *überwiegend positiv* zu beurteilen. Von den 16 evaluierten Projekten werden elf Projekte positiv, drei Projekte durchgezogen und zwei Projekte negativ bewertet (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31: Bewertung der evaluierten Projekte der Strategie M+G

Interventionsbereich	Projekt	Bewertung	Bedeutung (investierte Mittel)
Bildung (IB B)	Grundlagen Zertifizierung ikÜ	(+)	•
	Interpret	+	••
	Rahmenprogramm Weiterbildung	-	•
Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I)	Pilotprojekt „Migration und Sucht“	+	••
	Machbarkeitsstudie „Migration und Sucht“	(+)	•
	Migration und reproduktive Gesundheit	-	••
	Support	+	•••
	Afrimedia	+	••••
	VIA	+	•••
	Migesplus	+	•••
Gesundheitsversorgung (IB V)	MFH	+/-	••••
	Fachstelle Ostschweiz	+	••
Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T)	SRK-Ambulatorien	+	•••
	EPZ-Studie	+/-	•
Forschung (IB F)	GMM	+	••
	Grundlagenforschungsprojekte	+/-	••

Legende: + = gut; +/- = mittel; - = ungenügend. (Bewertung in Klammern): keine direkte Wirkungen bei Adressaten und Begünstigten (Migrationsbevölkerung) beabsichtigt.

Im Rahmen des evaluierten Projekts investierte finanzielle Mittel:

- = bis zu CHF 400 000
- = zwischen CHF 400 000 und CHF 800 000
- = zwischen CHF 800 000 und CHF 1 200 000
- = mehr als CHF 1 200 000

In jedem Interventionsbereich gibt es mindestens ein Projekt, das aus Sicht der Evaluation aufgrund seiner positiven Bewertung besonders hervorzuheben ist:

- IB B: Interpret;

- IB I: Support, Afrimedia und VIA;
- IB V: die Fachstelle Ostschweiz;
- IB T: die SRK-Ambulatorien²⁰;
- IB F: das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung.

Zwei Projekte (Rahmenprogramm Weiterbildung, Migration und reproduktive Gesundheit) wiesen massgebende Leistungsdefizite auf, die auf Mängel in der Umsetzung und teilweise auf externe Faktoren zurückzuführen sind. Das Projekt MFH, in das bedeutende finanzielle Mittel investiert wurden, konnte Teilerfolge erzielen, die ambitionierten Projektziele jedoch nur teilweise erreichen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Laufzeit bis Ende 2007 verlängert worden ist. Das BAG erwartet aufgrund der bereits ausgelösten Prozesse beachtliche zukünftige Wirkungen.

Tabelle 32: Bewertung der 16 evaluierten Projekte nach Evaluationsgegenständen

Evaluationsgegenstände	Bewertung			
	+	+/-	-	nicht beabsichtigt (bzw. nicht beurteilt)
Konzepte	8	8	0	
Empirische Evidenz	8	3	3	2
Interne Kohärenz	7	9	0	
Kohärenz zur Programmebene	11	4	1	
Umsetzungsstrukturen und -abläufe	8	6	2	
Eignung der Aufbau- und Ablaufstrukturen	11	3	2	
Nachhaltigkeit	2	5	2	7
Leistungen	12	2	2	
Angemessenheit	12	2	2	
Effizienz	(11)	(3)	2	
Wirkungen	7	4 (2)	2	1
Erreichung der Adressaten	11	2	3	
Verhaltensänderungen der Adressaten	6 (1)	2 (2)	1	4
Auswirkungen Begünstigte	1 (5)	(2)	1	7

Legende: + = gut; +/- = mittel; - = ungenügend. (Bewertung in Klammern): nicht vertieft untersucht (Effizienz) oder ungenügend belegt (Wirkungen)

²⁰ Die Initiative zum Aufbau von Ambulatorien in Zürich, Lausanne und Genf in Anlehnung an das bestehende SRK-Ambulatorium in Bern wird weitgehend vom SRK (Humanitäre Stiftung SRK) finanziert. Das BFM leistete im Rahmen der Strategie M+G einen finanziellen Beitrag von rund 10 Prozent.

Die Projekte weisen vor allem auf *konzeptioneller Ebene* und in der *Leistungserbringung* Stärken auf (vgl. Tabelle 32). Während die Umsetzungsstrukturen mit einzelnen Ausnahmen ebenfalls positiv bewertet werden, weisen viele Projekte bei der Sicherstellung der nachhaltigen Leistungserbringung Schwächen auf, vor allem in finanzieller Hinsicht. Die durch die Projekte erzielten Wirkungen bei den Adressaten sowie den Begünstigten (Migrationsbevölkerung) können tendenziell positiv bewertet werden. Bei mehreren Projekten bestehen Hinweise auf Verhaltensänderungen der Adressaten und punktuelle Wirkungen bei den Migrantinnen und Migranten. Aufgrund der grösstenteils fehlenden quantitativen Präzisierung der Wirkungsziele und der beinahe bei allen Projekten fehlenden systematischen empirischen Grundlagen ist bei der Beurteilung der Wirkungen jedoch Vorsicht angebracht.

Nachfolgend werden die 16 evaluierten Projekte entlang der Evaluationsgegenstände zusammenfassend beurteilt.

5.3.1 Konzepte

Die evaluierten Projekte verfügen überwiegend über eher *gute konzeptionelle Grundlagen*:

- Erstens stützen sich die Projekte mit einzelnen Ausnahmen auf eine gewisse empirische Evidenz. Positiv hervorzuheben ist, dass sich der Bedarf bei den Zielgruppen nicht nur auf Praxiserfahrungen stützt, sondern bei rund der Hälfte der Projekte mit wissenschaftlichen Grundlagen begründen lässt. Weniger explizit wissenschaftlich abgestützt sind die Interventionsstrategien, deren empirische Evidenz sich aber bei der Mehrheit der Projekte aus einem nachgewiesenen Bedarf und Praxiserfahrungen ableitet.
- Zweitens sind die im Interventionsbereich Forschung durchgeführten Projekte (Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung, Grundlagenforschungsprojekte) geeignet, einen Beitrag zur Verbesserung der empirischen Evidenz im Bereich M+G zu leisten.
- Drittens sind die Projektkonzepte mehrheitlich in sich kohärent. Die in den Projekten vorgesehenen Leistungen sind grundsätzlich zur Erreichung der Projektziele geeignet und aufeinander abgestimmt. Die vorgesehenen Umsetzungsstrukturen sind mehrheitlich zweckmässig. In allen Projekten wurden klare Leistungsziele, entsprechende Indikatoren und weitgehend zweckmässige Controlling-Instrumente sowie Instrumente der Qualitätssicherung definiert.
- Viertens sind die Projekte mit einzelnen Ausnahmen auf die Vorgaben der Strategie M+G abgestimmt und ergänzen einander. Widersprüche und/oder Doppelspurigkeiten zu anderen von der Strategie M+G unterstützten Projekten bestehen nicht. Die zwischen den Projekten vermuteten Synergien wurden bisher teilweise, jedoch nicht systematisch genutzt.

Die Projektkonzepte offenbaren jedoch auch Schwächen und weisen auf einen Verbesserungsbedarf hin:

- Der Bedarf nach den Projekten und die gewählte Interventionsstrategie könnten generell noch verstärkt durch wissenschaftliche Grundlagen belegt werden. Bei drei Projekten ist die empirische Evidenz des Ansatzes nur teilweise oder nicht belegt. Damit wurden vereinzelt Projektrisiken in Kauf genommen, die durch eine bessere Fundierung des Projektansatzes hätten vermieden werden können. Bei einem Projekt (Rahmenprogramm Weiterbildung) hatten die ungenügenden Abklärungen zum Bedarf des Projektes bzw. zu seiner Einbettung in das Umfeld einen negativen Einfluss auf die Leistungserbringung.
- Bei der überwiegenden Mehrheit der Projekte sind die Wirkungsziele, die entsprechenden Wirkungsindikatoren und die Instrumente zur Wirkungsbeurteilung (v.a. Selbstevaluati-on) nicht oder ungenügend präzise definiert. Dies hat zur Folge, dass die bei den Zielgruppen zu erreichenden Wirkungen nicht genügend geklärt sind und die Instrumente zur Beurteilung der Wirkungen weitgehend fehlen. Insbesondere werden nur in Einzelfällen im Rahmen von Selbstevaluationen Informationen zu den Wirkungen bei den Zielgruppen erhoben. Aufgrund dieser Mängel verfügen die Projekte erstens über keine ausreichenden Grundlagen für eine wirkungsorientierte Projektsteuerung. Zweitens können die Projekte keinen empirischen Wirkungsnachweis erbringen.
- Rund die Hälfte der Projekte weist einzelne Schwächen bei der Abstimmung der Leistungen und der Umsetzungsstrukturen auf die Projektziele auf. Mit einzelnen Ausnahmen (z.B. fehlende Möglichkeit, die Grundlagenforschungsprojekte auf die konkreten Bedürfnisse in den Interventionsbereichen auszurichten) ergaben sich aus diesen punktuellen Mängeln jedoch keine negativen Konsequenzen für die Wirkungen.

5.3.2 Umsetzungsstrukturen und -abläufe

Die Umsetzungsstrukturen und -abläufe waren bei der überwiegenden Mehrheit der Projekte gut geeignet. Die Umsetzung verlief entsprechend reibungslos und erfolgreich. Schwächen bestanden bei den Umsetzungsstrukturen einzelner Projekte, den teilweise ungenügenden finanziellen Ressourcen mehrerer Projekte und der mangelnden Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Projektleistungen beinahe aller Projekte:

- Zwei Projekte stiessen in der Umsetzung auf grosse Schwierigkeiten. Während die Schwierigkeiten bei einem Projekt (Migration und reproduktive Gesundheit) u.a. durch Schwächen bei der Ausgestaltung der Umsetzungsstrukturen erklärt werden können, sind die Umsetzungsprobleme beim anderen Projekt (Rahmenprogramm Weiterbildung) neben externen Faktoren (ungünstiges Umfeld) auf eine unglückliche Wahl der Projektträgerin zurückzuführen. Bei beiden Projekten führten die Umsetzungsschwierigkeiten zu beträchtlichen Leistungsdefiziten. Bei einem weiteren Projekt (MFH) hatten die Schwächen in der Umsetzungsstruktur (starke Abhängigkeit von der Person des Projektleiters) zur Folge, dass die Leistungen teilweise mit Verzögerung oder gar nicht erbracht wurden.

- Während die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen bei der überwiegenden Mehrheit der Projekte angemessen war, musste bei einzelnen Projekten (Interpret, SRK-Ambulatorium, Afrimedia, GMM) aufgrund der knappen finanziellen Mittel auf die Erbringung gewisser Leistungen verzichtet oder Verzögerungen in Kauf genommen werden. Bei zwei Projekten (Migesplus, Migration und reproduktive Gesundheit) beklagten die Projektverantwortlichen ein Missverhältnis zwischen den Leistungszielen und den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln.
- Die Nachhaltigkeit der Projektleistungen konnte bisher nur vereinzelt sichergestellt werden. Der Fortbestand der meisten Angebote ist in erheblichem Ausmass von der Finanzierung im Rahmen der Nachfolgestrategie abhängig. Damit besteht eine grosse Unsicherheit, in welchem Umfang die unterstützten Strukturen weiter bestehen können. Zu bemängeln ist, dass die Sicherstellung der Nachhaltigkeit bei vielen Projekten durch die für die Strategie M+G verantwortlichen Bundesstellen grösstenteils zu wenig systematisch und intensiv verfolgt wurde. Betreffend Nachhaltigkeit spielt das Engagement der Kantone bei mehreren Projekten (z.B. Afrimedia, Fachstelle Ostschweiz) eine entscheidende Rolle. Bisher ist es jedoch nur vereinzelt gelungen, die Kantone zur Unterstützung von Projekten der Strategie M+G zu gewinnen. Betreffend Nachhaltigkeit der evaluierten Projekte ist wie folgt zu differenzieren:
 - Bei zwei Projekten (Pilotprojekt „Migration und Sucht“, Interpret) scheint die strukturelle Nachhaltigkeit der Projektleistungen weitgehend sicher gestellt. Erstens konnte die Leistungserbringung in bestehende Organisationen (Contact Netz Bern, Verein Interpret) integriert werden. Zweitens ist die Finanzierung der Leistungen weitgehend gesichert, u.a. durch erhebliche Eigenleistungen der Organisationen.
 - Bei fünf Projekten erfolgt die Leistungserbringung in bestehenden Organisationen (Fachstelle Ostschweiz: Caritas, Afrimedia: Aidshilfe Schweiz; SRK-Ambulatorien: SRK) und/oder die strukturellen Voraussetzungen für eine nachhaltige Leistungserbringung konnten mit dem Aufbau von Know-how und von Umsetzungsstrukturen verbessert werden (Afrimedia, Support, VIA, Migesplus). Die mittelfristige Finanzierung der Leistungen dieser Projekte ist jedoch nicht sicher gestellt. Zwar konnten teilweise neue Finanzquellen erschlossen (Aidshilfe Schweiz) oder in Aussicht gestellt werden (Fachstelle Ostschweiz), die Finanzierung der Leistungen dürfte jedoch auch zukünftig in erheblichem Ausmass vom Bund abhängen.
 - Bei fünf Projekten war die strukturelle Nachhaltigkeit der Leistungen kein Ziel. Die meisten dieser Projekte dienten der Erarbeitung von Grundlagen (inkl. Studien). Beim Projekt MFH war von Beginn weg klar, dass die Projektleistungen nach Abschluss des Mandats nicht in derselben Form weitergeführt werden sollen. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Arbeiten von MFH ist die Integration ins Netzwerk Health Promoting Hospitals (HPH) geplant.

5.3.3 Leistungen

Die Leistungen der Projekte waren mit wenigen Ausnahmen in quantitativer und qualitativer Hinsicht angemessen. Die Leistungsziele konnten in der überwiegenden Mehrheit der Projekte erreicht werden. Zudem wurden in mehreren Projekten zusätzliche Leistungen erbracht. Die *positive Leistungsbilanz* kann mit den diesbezüglich guten konzeptionellen Grundlagen und den grösstenteils geeigneten Umsetzungsstrukturen erklärt werden.

Massgebliche Leistungsdefizite ergaben sich bei zwei Projekten (Rahmenprogramm Weiterbildung; Migration und reproduktive Gesundheit). Die Leistungserbringung bei diesen Projekten war im Vergleich zu den ursprünglich gesetzten Zielen mehrheitlich ungenügend. Die Leistungen wurden nicht und/oder in erheblich reduziertem Umfang und/oder in mangelnder Qualität erbracht. Gründe für die Leistungsdefizite waren eine ungeeignete Wahl des Projektträgers, projektinterne Mängel (v.a. ungeeignete Umsetzungsstrukturen) und externe Faktoren (v.a. beim Projekt Rahmenprogramm Weiterbildung). Das Projekt MFH wies ebenfalls Leistungsdefizite auf, die grösstenteils projektintern zu erklären sind (ambitiöse Leistungsziele, Umsetzungsstruktur). Die von MFH bisher erbrachten Leistungen (Netzwerk, Projektfinanzierung, Entwurf des Handbuchs) werden jedoch als gut beurteilt.

5.3.4 Wirkungen

Bei den durch die evaluierten Projekte bisher erzielten Wirkungen ist zu unterscheiden zwischen der Erreichung der Adressaten, den Wirkungen auf die Adressaten (Outcome) und den Wirkungen auf die Migrantinnen und Migranten als Begünstigte (Impact).

Die Erreichung der Adressaten durch die Projekte ist grundsätzlich als gut zu beurteilen. Die überwiegende Mehrheit der Projekte konnte die anvisierten Adressaten erreichen. Diejenigen Projekte mit quantitativen Vorgaben oder quantitativen Erwartungen konnten diese sogar übertreffen (Interpret, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, Support erste Phase, MFH, SRK-Ambulatorien). Einschränkend ist jedoch erstens zu berücksichtigen, dass in einem bedeutenden Teil der Projekte keine quantitativen Ziele betreffend Adressatenerreichung formuliert wurden. Zweitens konnten zwei Projekten (Fachstelle Ostschweiz, EPZ-Studie) einen Teil der vorgegebenen Adressaten, nämlich die Kantone, nur sehr bedingt erreichen. Drittens erreichten die zwei Projekte mit schwer wiegenden Leistungsdefiziten ihre Adressaten ebenfalls nicht (Rahmenprogramm Weiterbildung) oder nur sehr bedingt (Migration und reproduktive Gesundheit).

Rund zwei Drittel der Projekte konnten *Verhaltensänderungen* bei den anvisierten Adressaten erzielen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die beabsichtigten Verhaltensänderungen in der Regel nicht präzise beschrieben und die empirischen Grundlagen zu ihrer Beurteilung grösstenteils mangelhaft sind. Die ausgelösten Wirkungen beziehen sich in der überwiegenden Mehrheit auf die *Verbesserung der Strukturen bzw. auf die Schaffung von Voraussetzungen* zur Erzielung von Wirkungen bei den Migrantinnen und Migranten (vgl. Tabelle 33):

Tabelle 33: Durch die evaluierten Projekte ausgelöste strukturelle Wirkungen

Interventionsbereich	Strukturelle Wirkungen
Bildung (IB B)	<ul style="list-style-type: none"> – Interpret hat zu Veränderungen bei den Bildungsorganisationen (Anpassung bzw. Erweiterung der Kursangebote) geführt und durch die Zertifizierung die Professionalität der interkulturellen Übersetzenden (ikÜ) erhöht. Damit konnten die Voraussetzungen für eine professionelle und qualitativ gute ikÜ verbessert werden. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die durch die Zertifizierungsbemühungen erreichten Verbesserungen auf der Angebotsseite auch einen gewissen Einfluss auf die Nachfrage nach ikÜ gehabt haben, die in den letzten Jahren zugenommen hat. Neben projektinternen Gründen (Konzept, Umsetzung, Leistungen) wurde die Professionalisierung der ikÜ durch die im Rahmen des Integrationsförderungsprogramms des Bundes unterstützten Vermittlungsstellen gefördert.
Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I)	<ul style="list-style-type: none"> – Durch das Pilotprojekt „Migration und Sucht“ konnte die Organisation Contact Netz, die im Kanton Bern im Suchtbereich tätig ist, verstärkt für Anliegen der Migrationsbevölkerung geöffnet werden. Damit wurden die Voraussetzungen für Migrantinnen und Migranten verbessert, die Beratungsangebote von Contact Netz verstärkt in Anspruch zu nehmen. – Support hat durch finanzielle und fachliche Unterstützung ermöglicht, dass Migrantinnen und Migranten eigene Projekte für die Migrationsbevölkerung anbieten können. Neben einem Empowerment der Projektträgerinnen und -träger bewirkte Support auch eine Stärkung der Kompetenzen der Projektberatenden. – Afrimedia baute u.a. ein Netz von MediatorInnen sowie von Schlüsselpersonen für die Präventionsarbeit („Peer-Education“-Ansatz) mit Sub-Sahara-MigrantInnen auf. – Im Projekt VIA wurde ein Netz von MediatorInnen zur Durchführung von Informationsveranstaltungen aufgebaut. Zudem konnten Partnerorganisationen sensibilisiert und zur Mitarbeit bei der Durchführung der Veranstaltungen gewonnen werden. – Bei Migesplus ist davon auszugehen, dass durch die Internetplattform ein Beitrag zur Sensibilisierung der Fachpersonen erzielt werden konnte. Zudem bestehen vereinzelte Hinweise, dass die bestellten Materialien in medizinischen Organisationen und sozialen Institutionen MigrantInnen zur Verfügung gestellt werden.
Gesundheitsversorgung (IB V)	<ul style="list-style-type: none"> – Das Projekt MFH hat durch die Schaffung von Grundlagen (Handbuch) und die Sensibilisierung u.a. über ein Netzwerk und konkrete Projekte in einzelnen Spitalabteilungen die Voraussetzung zur Öffnung von Spitälern für die Migrationsbevölkerung geschaffen. Zudem wurden einzelne zielgruppenspezifische Angebote geschaffen bzw. bestehende Angebote gezielt auf MigrantInnen ausgerichtet. – Die Angebote der Fachstelle Ostschweiz haben zu einer Sensibilisierung und zu einer Erweiterung der transkulturellen Kompetenzen der Fachpersonen beigetragen. Zudem bestehen punktuelle Hinweise, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema Migration zu Veränderungen in der Behandlungs- und Pflegepraxis geführt hat. Die anvisierten Fachpersonen wurden jedoch je nach Berufsgruppe unterschiedlich erreicht. Die grössten Lücken bestehen bei der Ärzteschaft. Bisher wenig erfolgreich waren die Sensibilisierungsbemühungen bei den Kantonen.
Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T)	<ul style="list-style-type: none"> – Die SRK-Ambulatorien haben zu einer Verbesserung der Wahrnehmung und des Wissensstands zur Traumaprotektomatik von MigrantInnen bei Fachpersonen und -organisationen geführt. Damit konnte die Zuweisung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessert werden. – Ergänzend hat das Projekt EPZ-Standards in der Fachwelt verstärkt auf die speziellen Bedürfnissen der traumatisierten Asylsuchenden aufmerksam gemacht.

Zum Teil lassen sich die im Untersuchungszeitraum stattgefundenen strukturellen Veränderungen bei einigen Projekten auch auf externe Faktoren zurückführen (z.B. MFH: bereits bestehende Sensibilisierung und Aktivitäten von Spitälern).

Gewisse angestrebte strukturelle Wirkungen sind gleichzeitig ausgeblieben. Durch die EPZ-Studie konnten z.B. zwar die spezifischen Bedürfnisse der traumatisierten Asylsuchenden stärker in das Zentrum der fachlichen Diskussion gerückt werden, die erarbeiteten Standards für die niederschwellige Betreuung führten jedoch nicht zum geplanten Aufbau weiterer Einrichtungen für traumatisierte Asylsuchende mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive. Die Kantone zeigten aufgrund der sinkenden Anzahl Asylsuchender kein Interesse am Aufbau spezieller Einrichtungen. Zudem sind in den meisten Kantonen bereits Strukturen und Abläufe zur Abdeckung der entsprechenden Bedürfnisse vorgesehen.

Auch mit den im Rahmen des Interventionsbereichs Forschung erarbeiteten Erkenntnisse sollen strukturelle Verbesserungen erreicht werden, indem die Massnahmen systematisch an wissenschaftlichen Grundlagen ausgerichtet werden sollen. Während die ersten Erkenntnisse des GMM in dieser Absicht bereits durch das BAG genutzt worden sind und das Projekt ein beträchtliches weiteres Nutzungspotenzial aufweist, sind die Resultate der Grundlagenforschungsprojekte bisher nach Einschätzung der Evaluation nur in geringem Masse weiter verwendet worden. Hauptgrund dafür ist die ungenügende Anwendungsorientierung der Forschungsprojekte.

Während die bei den Adressaten erreichten Wirkungen bei acht Projekten damit grundsätzlich positiv zu beurteilen sind (Interpret, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, Support, Afri-media, VIA, Fachstelle Ostschweiz, SRK-Ambulatorien, GMM), konnten die Erwartungen bei vier Projekten nur teilweise (Migesplus, Migration und reproduktive Gesundheit, MFH, EPZ-Studie) bzw. bei zwei Projekten nicht erfüllt werden (Rahmenprogramm Weiterbildung, Grundlagenforschungsprojekte). Zwei Projekte richteten sich nicht direkt an eine Zielgruppe, sondern lieferten vorab Grundlagen. Eine Verwendung dieser Grundlagen ist bereits erfolgt (Grundlagen Zertifizierung ikÜ) bzw. wird nach wie vor angestrebt (Machbarkeitsstudie „Migration und Sucht“).

Die *Wirkungen* der evaluierten Projekte auf die *Migrationsbevölkerung* sind schwierig zu beurteilen. Erstens fehlen in allen Projekten diesbezügliche konkrete Zielvorgaben. Zweitens erlauben die vorhandenen Informationen keine empirisch fundierten Aussagen. Die vorhandenen Hinweise auf punktuelle Wirkungen der Projekte bei den Migrantinnen und Migranten lassen jedoch auf ein gewisses Wirkungspotenzial schliessen (vgl. Tabelle 34):

Tabelle 34: Wirkungen der Projekte auf die Migrationsbevölkerung

Interventionsbereich	Wirkungen auf die Migrationsbevölkerung
Bildung (IB B)	<ul style="list-style-type: none"> – Bei Interpret zeigen einzelne Fallbeispiele, dass die ikÜ die Qualität der Verständigung zwischen MigrantInnen und Akteuren des Gesundheitswesens (z.B. Pflegepersonal) verbessert und die MigrantInnen davon profitieren. Es ist plausibel anzunehmen, dass die Professionalisierung der interkulturellen Übersetzenden und deren vermehrter Einsatz diese Wirkungen verstärkt haben. Erstens fehlen jedoch noch entsprechende empirische Belege. Zweitens ist der Bedarf nach professionellen ÜbersetzerInnen (anstelle von Laien) etwas umstritten.
Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I)	<ul style="list-style-type: none"> – Das Pilotprojekt „Migration und Sucht“ führte zu einer signifikanten Zunahme der Nachfrage von MigrantInnen nach Beratungs- und Therapieleistungen. Der bei den MigrantInnen anvisierte Transfer von niederschweligen Angeboten (Anlaufstellen) zu höherschwelligen Beratungs- und Therapiestellen ist jedoch erst teilweise gelungen. – Bei Support deuten abgeschlossene Gesundheitsförderungsprojekte darauf hin, dass ein Teil der teilnehmenden MigrantInnen ihr Verhalten geändert haben oder wenigstens die Absicht hatten, es zu verändern. – Das Projekt Afrimedia hat zu einer Sensibilisierung der MigrantInnen aus Sub-Sahara-Afrika geführt (verbessertes Informationsstand, gewisse Enttabuisierung des Themas HIV/Aids, Aufsuchen von MediatorInnen, erhöhte Nachfrage nach Kondomen/Femidomen). Aufgrund fehlender empirischer Informationen kann jedoch nicht beurteilt werden, inwiefern ein besserer Schutz der Zielgruppe vor HIV/Aids bewirkt werden konnte. – Das Projekt VIA hat zu einer verbesserten Information der an den Veranstaltungen teilnehmenden MigrantInnen über das schweizerische Gesundheitssystem geführt. Aufgrund fehlender empirischer Informationen können die Auswirkungen auf das Verhalten der Zielgruppe jedoch nicht beurteilt werden.
Gesundheitsversorgung (IB V)	<ul style="list-style-type: none"> – Bei den Projekten MFH und Fachstelle Ostschweiz kann vermutet werden, dass sich die erreichte Öffnung von Spitälern für die Migrationsbevölkerung (MFH) und die Veränderungen bei der Behandlungs- und Pflegepraxis (Fachstelle) positiv auf die Versorgungsqualität der MigrantInnen auswirken. Entsprechende empirische Belege fehlen hingegen.
Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T)	<ul style="list-style-type: none"> – Das Projekt SRK-Ambulatorien erhöhte erstens durch den verbesserten Zugang zu den Ambulatorien den Anteil an Selbstzuweisungen der traumatisierten MigrantInnen. Zweitens konnte bei Inanspruchnahme der Therapie eine Stabilisierung des Zustands der KlientInnen und eine verbesserte Alltags- und Arbeitsbewältigung erzielt werden. Insgesamt konnte damit die Lebensqualität der KlientInnen erhöht werden. Therapiewirkungen im Sinne eines Heilerfolgs werden angesichts der komplexen Problemlage bei Traumatisierungen nicht als realistisch betrachtet und können mangels einer dazu notwendigen Langzeitstudie auch nicht belegt werden.

Die Projekte haben auch zu Wirkungen geführt, die konzeptionell nicht beabsichtigt waren. Bei diesen weiteren Wirkungen handelt es sich in erster Linie um zusätzliche Vernetzungs- und Multiplikationseffekte (vgl. Tabelle 35).

Tabelle 35: Unbeabsichtigte Wirkungen der Projekte

Interventionsbereich	Unbeabsichtigte Wirkungen
Bildung (IB B)	<ul style="list-style-type: none"> – Im Projekt „Grundlagen Zertifizierung ikÜ“ konnte ein Interesse von Organisationen im Ausland an den im Projekt entwickelten Ausbildungsstandards und Testmethoden geweckt werden. – Als zusätzliche positive Wirkung des Projekts Interpret haben gemäss der Projektevaluation einige interkulturelle Übersetzende dank dem Zertifikat eine Anstellung in anderen Tätigkeitsbereichen gefunden.
Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I)	<ul style="list-style-type: none"> – Im Projekt „Migration und Sucht“ konnte ein Empowerment der Gruppe der eingesetzten ÜbersetzerInnen mit Migrationshintergrund erzielt werden. – Die Machbarkeitsstudie „Migration und Sucht“ bildet die Basis für einen Prozess zur nationalen Umsetzung des Projektmodells Migration und Sucht, der vom BAG ausgelöst wurde. Zudem wurde versucht, die in der Studie entwickelten Qualitätskriterien in ein vom BAG initiiertes Qualitätsförderungsinstrument für Einrichtungen im Suchtbereich (QuaTheDa) zu implementieren. Beide Initiativen verlaufen zurzeit jedoch etwas stockend. In einigen Kantonen bestehen heute Leistungsaufträge mit Einrichtungen im Suchtbereich mit migrationspezifischen Anforderungen. Nicht gesichert ist jedoch, inwiefern die Machbarkeitsstudie dazu einen Beitrag geleistet hat. – Beim Projekt Afrimedia existieren gemäss der Projektevaluation Hinweise, dass die Präventionsbotschaften durch die MediatorInnen nicht nur in der Schweiz, sondern auch in deren Heimatländern verbreitet werden. – Im Projekt VIA werden gemäss der Projektevaluation Multiplikationswirkungen erzielt, indem die Teilnehmenden der Veranstaltungen ihr erworbenes Wissen in den Familien verbreiten. – Beim Projekt Support zeigten andere Organisationen Interesse an entsprechenden Projekten. Zudem wurde der Gedanke der Ressourcenorientierung auch von anderen Gruppen (z.B. Hilfswerken) aufgegriffen. – Das Projekt Migesplus deckt neben den Bedürfnissen der MigrantInnen auch Bedürfnisse von SchweizerInnen ab. So werden die Gesundheitsinformationen auch von SchweizerInnen bestellt und erreichen durch ihre einfache sprachliche Ausgestaltung auch niedrigere Bildungsschichten. Des Weiteren entfaltet Migesplus eine Signalwirkung auf MigrantInnen: Die in der eigenen Sprache zur Verfügung gestellten Informationen geben MigrantInnen gemäss der Projektevaluation ein Gefühl der Bestätigung und Akzeptanz.
Gesundheitsversorgung (IB V)	<ul style="list-style-type: none"> – Beim Projekt MFH ermöglichte die Öffnung der Kerngruppe für spitalexterne Fachorganisationen diesen Organisationen, Kontakte zur Spitalwelt zu knüpfen, vom Erfahrungsaustausch zu profitieren und allenfalls auch neue Kundenkreise für spezifische Dienstleistungen zu erschliessen. Als eine weitere Wirkung des Projekts führt die Projektevaluation zudem die erhöhte Sichtbarkeit des Themas Migration durch das Auftreten eines nationalen Akteurs auf, was die Legitimation für entsprechende Massnahmen in den Augen von Spitalleitungen stärken könnte. – Beim Projekt Fachstelle Ostschweiz bestehen sehr vereinzelt Hinweise, dass Fachpersonen ihre Behandlungs- und Betreuungspraxis nicht nur in Bezug auf MigrantInnen, sondern allgemein verändert haben (z.B. einfache Sprache).
Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T)	<ul style="list-style-type: none"> – Im Projekt SRK-Ambulatorien führen die Therapien gemäss Projektevaluation zu einer Reduktion der Notfallkontakte bei anderen Therapieeinrichtungen sowie bei niedergelassenen Ärzten. Darüber hinaus wirken sich die Therapien auch entlastend auf die Familie der KlientInnen aus. Das Zentrum Migration und Gesundheit des SRK konnte sich als Fachinstanz im Bereich Migration und Trauma sowohl national als auch international etablieren. Schliesslich bewirkte das Projekt durch seine integrative Ausrichtung den Aufbau weiterer Kompetenzen auf dezentraler Ebene.

5.4 Erreichung der Vorgaben der Strategie M+G

Bei der Beurteilung der Vorgaben der Strategie M+G wird zwischen der Erfüllung der massnahmenbezogenen Vorgaben und der Erreichung der Programmziele der Strategie M+G (Haupt- und Unterziele) unterschieden.

5.4.1 Erreichung der massnahmenbezogenen Vorgaben

Die von der Strategie M+G für die verschiedenen Massnahmen vorgegebenen Ziele konnten mit einzelnen Ausnahmen nicht oder nur teilweise erreicht werden (vgl. Tabelle 36). Dabei ist zwischen den Leistungs- und den Wirkungszielen zu unterscheiden. Während die Erreichung der Leistungsziele aufgrund der Evaluationsergebnisse bewertet werden kann, fehlen beinahe in allen Projekten empirische Informationen zur Beurteilung der Wirkungen. Aufgrund von theoretischen Überlegungen auf der Grundlage der Wirkungsmodelle der Projekte und einzelnen Hinweisen können zu den Wirkungen nur Vermutungen formuliert werden. Neben den fehlenden empirischen Grundlagen ist zu berücksichtigen, dass Wirkungen (v.a. bei den Migrantinnen und Migranten) erst nach einer gewissen Zeitspanne sichtbar werden.

Erreichung der massnahmenbezogenen Leistungsziele

Von den im Strategiepapier formulierten Leistungszielen der zwölf Massnahmen konnten lediglich zwei Ziele vollständig erreicht werden. Bei fünf Massnahmen konnten die Leistungsvorgaben weitgehend oder zumindest teilweise, bei zwei weiteren Massnahmen nur sehr bedingt erreicht werden. Die Leistungsziele der übrigen vier Massnahmen konnten gar nicht erreicht werden. In allen Interventionsbereichen wurden die Leistungsziele nur teilweise erreicht. Immerhin wurde jedoch in jedem Bereich das Leistungsziel bei mindestens einer Massnahme erreicht oder teilweise erreicht. Dies deutet darauf hin, dass in allen Interventionsbereichen gewisse Erfolge erzielt werden konnten, dass jedoch auch Lücken bestehen.

Aus Sicht der Evaluation sind folgende Projekte hervorzuheben, die einen bedeutenden Beitrag zur Erreichung der jeweiligen Leistungsziele der Massnahmen geleistet haben:

- Das Projekt Interpret hat zusammen mit dem Projekt „Grundlagen Zertifizierung ikÜ“ die angestrebte Zertifizierung (B1) erreicht und mit den durch das Integrationsförderungsprogramm (EKA/BFM) unterstützten Vermittlungsstellen einen massgeblichen Beitrag zur Professionalisierung der ikÜ geleistet. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Projekte auch einen positiven Einfluss auf die zunehmende Nachfrage nach ikÜ ausgeübt haben (V3). Einschränkend ist jedoch zu erwähnen, dass der Einsatz der ikÜ in hohem Masse von externen Faktoren (v.a. Verhalten der nachfragenden Institutionen) abhängt und die Finanzierung des Einsatzes der ikÜ noch nicht geklärt ist.
- Durch die verschiedenen im Rahmen des IB I durchgeführten Projekte (v.a. Support, Afrimedia, VIA, Migesplus) konnte ein Beitrag zur Erreichung der Leistungsziele der Massnahme Prävention und Gesundheitsförderung (I1) geleistet werden. Aufgrund des

eher punktuellen und wenig systematischen Vorgehens wurden die Ziele jedoch nur teilweise erreicht. Durch das Projekt Migesplus sowie ebenfalls durch die Projekte Afrimedia, VIA, das Pilotprojekt „Migration und Sucht, MFH, die Fachstelle Ostschweiz, die ikÜ-Vermittlungsstellen (EKA/BFM) sowie vor allem auch durch Kommunikationsmassnahmen, die im Rahmen der Strategie M+G auf Programmebene durchgeführt wurden (vgl. Kapitel 4.3), wurden punktuell Leistungserbringer sensibilisiert, womit ebenfalls ein Beitrag zu Massnahme I2 geleistet wurde. Eine systematische Sensibilisierung hat jedoch nicht stattgefunden, womit das Leistungsziel nur teilweise erreicht werden konnte.

- Im IB T konnte das Ziel erreicht werden, das bestehende Angebot, insbesondere für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive (T1), zu verbessern. Zu erwähnen ist jedoch, dass die SRK-Ambulatorien hauptsächlich vom SRK getragen werden und das BFM im Rahmen der Strategie M+G nur rund 10 Prozent des finanziellen Aufwands trägt. Aufgrund der ungewissen finanziellen Zukunft der Ambulatorien schliesst die Evaluation aber, dass der finanzielle Beitrag der Strategie M+G durchaus von Bedeutung ist.
- Im IB F ist die erfolgreiche Durchführung des GMM positiv hervorzuheben. Noch unklar ist jedoch, ob die Befragung – einem richtigen Monitoring entsprechend – gemäss den Vorgaben der Massnahme F1 tatsächlich regelmässig durchgeführt werden kann.

Leistungsdefizite im Vergleich zu den Vorgaben der Strategie M+G bestehen vor allem bei der Aus- und Fortbildung für ikV (B2) sowie der Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe (B3), den geplanten leicht zugänglichen Angeboten (V1), den vorgesehenen Vermittlungs- und Koordinationsdiensten (V2) und dem Aufbau niederschwelliger Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (T2). Im Verzicht auf die vorgabengetreue Umsetzung dieser Massnahmen lässt sich grösstenteils eine zweckmässige Prioritätensetzung erkennen. Einerseits richtete sich die Schwerpunktsetzung teilweise nach der empirischen Evidenz (z.B. grössere Evidenz für den Bereich ikÜ als ikV, umstrittene Evidenz für Traumatherapie bei Asylsuchenden mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive). Andererseits und wichtiger ist jedoch, dass bei der Umsetzung weitgehend konsequent ein integrativer Ansatz verfolgt wurde. Diesem Ansatz, der auf eine Anpassung der Regelversorgung auf migrationsspezifische Bedürfnisse abzielt, entsprachen insbesondere die in der Strategie M+G vorgesehenen Massnahmen zur Förderung von speziellen Strukturen für Migrantinnen und Migranten (z.B. Massnahmen V1 und V2) nicht. Die Orientierung am integrativen Ansatz stimmt jedoch mit den zentralen Programmzielen der Öffnung des Gesundheitssystems und der Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse überein.

Erreichung der massnahmenbezogenen Wirkungsziele

Auf der Basis der vorhandenen Erkenntnisse lässt sich zusammenfassend feststellen, dass bei den Wirkungszielen vor allem im IB B (inkl. Einsatz ikÜ, V3) und IB I Hinweise bestehen, dass die Ziele zu einem gewissen Teil erreicht worden sind. Im IB V sind die ersten Hinweise

ebenfalls positiv, deuten bisher jedoch nur auf punktuelle Wirkungen hin. Im IB T wurden die Wirkungsziele teilweise bzw. nur bedingt erreicht. Die im IB F formulierten Nutzungsziele der Forschungsergebnisse wurden beim GMM bedingt, bei der problemorientierten Grundlagenforschung bisher nicht erreicht.

Tabelle 36: Bewertung der Erreichung Leistungs- und Wirkungsziele der Massnahmen der Strategie M+G

Interventionsbereich	Massnahme	Ziele		Bewertung
Bildung (IB B)	Aus- und Fortbildung ikÜ (B1)	Leistung	In der Schweiz existiert eine professionelle Aus- und Fortbildung für ikÜ im Gesundheitsbereich.	weitestgehend erreicht
		Wirkung	Verbesserung der Verständigung mit MigrantInnen im Gesundheitswesen.	nicht bekannt (tendenziell ja)
	Aus- und Fortbildung ikV (B2)	Leistung	In der Schweiz existieren eine professionelle Aus- und Fortbildung sowie eine anerkannte Zertifizierung für interkulturelle Vermittlung.	nicht erreicht
		Wirkung	Verbesserung der (Wirksamkeit) der Information, Prävention und Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung	nicht erreicht
	Fort- und Weiterbildung Gesundheitsberufe (B3)	Leistung	Es existieren für alle Gesundheitsberufe regelmässige Fort- und/oder Weiterbildungsangebote im Bereich M+G.	sehr bedingt erreicht
		Wirkung	Verbesserung der Verständigung mit MigrantInnen im Gesundheitswesen.	nicht bekannt (tendenziell ja)
Information, Prävention, Gesundheitsförderung (IB I)	Prävention und Gesundheitsförderung (I1)	Leistung	Bei verschiedenen Gruppen in der Migrationsbevölkerung finden systematisch gezielte präventive Interventionen statt.	teilweise erreicht
		Wirkung	Förderung der Gesundheit und des Empowerments in der Migrationsbevölkerung.	Gesundheitsförderung: nicht bekannt (tendenziell ja) Empowerment: erreicht
	Sensibilisierung Leistungserbringer (I2)	Leistung	Bei den wichtigsten leistungserbringenden Diensten in der Schweiz wurden zum Thema M+G Sensibilisierungsbemühungen unternommen.	teilweise erreicht
		Wirkung	Verbesserung des Verständnisses für migrations- und geschlechtsspezifische Anliegen bei Verantwortlichen im Gesundheitswesen als Basis für die Umsetzung der Massnahmen.	nicht erreicht
Gesundheitsversorgung (IB V)	Leicht zugängliche Angebote (V1)	Leistung	In allen grossen Agglomerationen existieren leicht zugängliche Angebote, die unbürokratisch Hilfe bei Gesundheitsproblemen anbieten und gezielt Dienste vermitteln.	nicht erreicht (einzelne Beiträge zur Zielerreichung)
		Wirkung	Abbau von Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen und gezieltere Vermittlung.	nicht bekannt (tendenziell ja, jedoch punktuell)

<i>Interventionsbereich</i>	<i>Massnahme</i>	<i>Ziele</i>		<i>Bewertung</i>
	Vermittlungs- und Koordinationsdienste (V2)	<i>Leistung</i>	In allen Regionen der Schweiz existieren Vermittlungsdienste für den Gesundheits- und wenn möglich auch für den Sozialbereich.	nicht erreicht
		<i>Wirkung</i>	Verbesserung der Vermittlung, Verbesserung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer, gezieltere Versorgung.	nicht bekannt (<i>tendenziell ja, jedoch punktuell</i>)
	Einsatz von ikÜ (V3)	<i>Leistung</i>	In allen Regionen der Schweiz werden professionelle ikÜ angeboten, deren Finanzierung geklärt ist.	Angebot ikÜ: weitestgehend erreicht Klärung der Finanzierung: nicht erreicht
		<i>Wirkung</i>	Vereinfachung und Erhöhung der Nutzung von ikÜ im Gesundheitswesen.	nicht bekannt (<i>tendenziell ja</i>)
Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T)	Differenzierung bestehendes Angebot (T1)	<i>Leistung</i>	Verbesserung des bestehenden Angebots, insbesondere für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive.	erreicht
		<i>Wirkung</i>	Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive erhalten in kurzer Zeit ein spezialisiertes und dezentralisiertes Angebot.	teilweise erreicht
	Aufbau niederschwelliger Angebote (T2)	<i>Leistung</i>	Aufbau leicht zugänglicher, dezentralisierter Angebote, insbesondere für Traumatisierte mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive.	sehr bedingt erreicht
		<i>Wirkung</i>	Traumatisierte, besonders solche mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive, erhalten Betreuung und Behandlung.	bedingt erreicht
Forschung (IB F)	Gesundheitsmonitoring (F1)	<i>Leistung</i>	In der Schweiz existiert ein Gesundheitsmonitoring in Bezug auf die Migrationsbevölkerung.	teilweise erreicht
		<i>Wirkung</i>	Erkennung von neuen Problematiken, frühzeitige Anpassung bestehender Zielsetzungen und Massnahmen sowie systematische Ausrichtung zukünftiger Prioritätensetzungen und Massnahmen an empirischen Daten.	bedingt erreicht
	Problemorientierte Grundlagenforschung (F2)	<i>Leistung</i>	Es werden Forschungsprojekte im Bereich M+G durchgeführt. (Dadurch wird das Angebot an wissenschaftlichen Hilfestellungen, welche die systematische Entwicklung von Massnahmen im Bereich M+G stützen, verbessert.)	erreicht (nicht klar)
		<i>Wirkung</i>	Systematische Ausrichtung von Massnahmen im Bereich M+G an wissenschaftlich fundierten Angaben.	nicht erreicht

Legende: Grau hinterlegt: Die Ziele konnten erreicht oder teilweise erreicht werden; (Ziele in Klammer): Nebenziele.

Zielgruppenerreichung

In der Strategie M+G ist die Definition der Zielgruppen (Adressaten und Begünstigte) offen. Nur punktuell werden bei einzelnen Massnahmen Angaben gemacht. Die Zielgruppen lassen sich ausserdem aus den Vorgaben zu den Massnahmen ableiten. Wie Tabelle 37 zeigt, wurden sowohl die punktuell vorgegebenen Zielgruppen (z.B. fehlender Fokus auf Asylsuchende und Jugendliche bei Massnahme I1) als auch – aufgrund des Verzichts auf die Umsetzung bestimmter Massnahmen und der Leistungsdefizite in einzelnen Projekten – die aus den Massnahmenbeschrieben abgeleiteten Zielgruppen nur teilweise erreicht.

Tabelle 37: Zielgruppenerreichung

<i>Interventionsbereich</i>	<i>Erreichte Zielgruppen</i>	<i>Nicht (bzw. bedingt) erreichte Zielgruppen</i>
Bildung (IB B)	<ul style="list-style-type: none"> – Bildungsorganisationen im Bereich ikÜ (B1, Interpret, Grundlagen ikÜ) – Interkulturelle Übersetzende, die über die Ausbildung oder ein Gleichwertigkeitsverfahren das Zertifikat Interpret erlangen wollen (B1, Interpret, Grundlagen ikÜ) 	<ul style="list-style-type: none"> – Bildungsorganisationen im Bereich ikV (B2) – Ausbildungsinstitutionen für Gesundheitsberufe und Gesundheitspersonal (B3, Rahmenprogramm Weiterbildung)
Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I)	<ul style="list-style-type: none"> – MigrantInnen über Prävention in den Bereichen Sucht, HIV/Aids und teilweise reproduktive Gesundheit (I1, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, Afrimedia, Migration und reproduktive Gesundheit) – MigrantInnen über Informationsangebote (I1, VIA, Migesplus) – MigrantInnen als ProjektträgerInnen oder Beratende (Support) – MediatorInnen (I1, Afrimedia, VIA) – Fachpersonen (I2, Migesplus) 	<ul style="list-style-type: none"> – MigrantInnen zum Thema „Sicherheit am Arbeitsplatz“ (I1) – „Primären Zielgruppen“ Asylsuchende und Jugendliche mit Ausnahme von Frauen (I1) – Wichtigste leistungserbringende Dienste in der Schweiz (I2, Kommunikation)
Gesundheitsversorgung (IB V)	<ul style="list-style-type: none"> – VertreterInnen von Spitälern (V1, V2, MFH) – Fachpersonen (V1, V2, MFH, Fachstelle Ostschweiz) – Organisationen, die ikÜ nachfragen (V2, V3, ikÜ-Vermittlungsstellen) 	<ul style="list-style-type: none"> – Vulnerable MigrantInnen in grossen Agglomerationen (V1) – MigrantInnen als Zielgruppe von Vermittlungsdiensten (V2). – Ärzteschaft (V1, V2, Fachstelle Ostschweiz)
Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T)	<ul style="list-style-type: none"> – Traumatisierte Asylsuchende mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive (T1, SRK-Ambulatorien) – Fachpersonen und -organisationen (T1, T2, SRK-Ambulatorien, EPZ-Studie) 	<ul style="list-style-type: none"> – Asylsuchende mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive (T2, SRK-Ambulatorien, EPZ-Studie)
Forschung (IB F)	<ul style="list-style-type: none"> – BAG (F1, F2, GMM, Forschungsprojekte) – Beschränkter BAG-externer Akteurskreis (Forschungsprojekte) 	<ul style="list-style-type: none"> – Wissenschaft (Grundlagenforschungsprojekte)

Begründungen

Im Urteil der Evaluation dürfte die ungenügende Erreichung der Leistungsziele und daraus abgeleitet auch der Wirkungsziele der Strategie M+G auf folgende Gründe zurückzuführen sein:

- *Ambitiöse Ziele:* Die im Strategiepapier formulierten Ziele sind angesichts der kurzen Laufzeit der Strategie M+G von ursprünglich drei Jahren, der beschränkten finanziellen Mittel, der teilweise schwierigen Rahmenbedingungen und der komplexen Wirkungsmechanismen im Bereich M+G grösstenteils zu ambitioniert. Die beschränkten Ressourcen der Strategie haben deshalb auf der Leistungsebene dazu geführt, dass einzelne Massnahmen gar nicht (z.B. Aus- und Fortbildung ikV, B2) oder nur teilweise (z.B. Prävention und Gesundheitsförderung, I1) über Projekte umgesetzt wurden. Während die Leistungsziele dennoch von immerhin über der Hälfte der Massnahmen mindestens teilweise erreicht werden konnten, sind die Wirkungen auf die Adressaten der Projekte und insbesondere auf die Migrantinnen und Migranten kaum bekannt. Aufgrund der Ergebnisse der Projektevaluationen kann davon ausgegangen werden, dass die Strategie M+G bisher eher punktuelle Wirkungen ausgelöst hat. Nicht zu vernachlässigen ist jedoch der Beitrag der Strategie zu den strukturellen Voraussetzungen im Bereich M+G (vgl. Tabelle 33).
- *Fehlende Bereitschaft der Kantone:* Bei mehreren Projekten zeigte sich, dass die Kantone kein Interesse an den geplanten Angeboten hatten und diese nicht mittragen wollten. Dies führte dazu, dass die vorgesehenen Massnahmen nicht umgesetzt wurden (leicht zugängliche Angebote, V1; Vermittlungs- und Koordinationsdienste, V2; Aufbau niederschwelliger Angebote für Traumatisierte im Asylbereich, T2). Die Möglichkeit einer Bundesunterstützung wurde jedenfalls im IB V vom BAG auch nicht breit kommuniziert.
- *Fehlende Umsetzungskonzepte:* Die Vorgaben des Strategiepapiers wurden nicht systematisch (z.B. mittels Projektanträgen) konkretisiert. Zwar orientierte sich die Umsetzung der Massnahmen klar an den Vorgaben, deren Verwirklichung geschah jedoch eher ad hoc. Die Projekte wurden pragmatisch nach Machbarkeitsüberlegungen vergeben, was aus Sicht der Evaluation sehr gut nachvollziehbar ist. Dadurch fehlte aber ein Überblick über sämtliche vorgesehenen Projekte, der eine systematischere Nutzung von Synergien erlaubt hätte. Fälle, in denen sich konzeptionelle Mängel negativ auf die Leistungsbilanz von Projekten ausgewirkt haben (z.B. Rahmenprogramm Weiterbildung), hätten durch eine genauere Planung unter Umständen ebenfalls vermieden werden können. Vor allem aber hätten detaillierter Umsetzungskonzepte frühzeitig die Grenzen der Umsetzbarkeit von vergleichsweise ambitionösen Zielen aufgezeigt.
- *Teilweise ungenügende Projektleistungen:* Bei zwei Projekten (Rahmenprogramm Weiterbildung, Migration und reproduktive Gesundheit) trugen beträchtliche Leistungsdefizite dazu bei, dass die Leistungsziele auf Massnahmenebene nicht besser erreicht werden konnten. Insgesamt war die Leistungserbringung bei den anderen 14 Projekten aber posi-

tiv. Die festgestellten Leistungsschwächen sind aber insbesondere aufgrund der beschränkt verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen nicht vernachlässigbar.

- *Teilweise schwieriges Umfeld der Projekte:* Bei mehreren Projekten wurden die Projektleistungen und -wirkungen durch das schwierige Umfeld beeinträchtigt (z.B. Rahmenprogramm Weiterbildung). Dies führte zu Leistungsdefiziten und Verzögerungen.

5.4.2 Erreichung der Programmziele der Strategie M+G

Zu den drei Unterzielen der Öffnung des Gesundheitssystems, der besseren Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse und der Stärkung der Selbstverantwortung und Problemlösungskompetenz von Migrantinnen und Migranten konnten die unterstützten Projekte einen punktuellen Beitrag leisten (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38: Beitrag zur Erreichung der drei Unterziele

Ziel	Projekte und entsprechender Zielerreichungsbeitrag
Öffnung des Gesundheitssystems	<ul style="list-style-type: none"> – MFH, Fachstelle Ostschweiz, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, evtl. Machbarkeitsstudie „Migration und Sucht“: Erleichterung des Zugangs durch Verbesserung der transkulturellen Kompetenzen in Organisationen. – Interpret (inkl. Grundlage Zertifizierung ikÜ) und ikÜ-Vermittlungsstellen: Erleichterung des Zugangs durch Verbesserung des Angebots an ikÜ. – Via und Migesplus: Erleichterung des Zugangs durch Information über das Gesundheitssystem.
Bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse	<ul style="list-style-type: none"> – Interpret (inkl. Grundlage Zertifizierung ikÜ) und ikÜ-Vermittlungsstellen: Bessere Berücksichtigung durch Verbesserung des Angebots an ikÜ. – MFH, Fachstelle Ostschweiz, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, evtl. Machbarkeitsstudie „Migration und Sucht“: Bessere Berücksichtigung durch Verbesserung der transkulturellen Kompetenzen in Organisationen und Finanzierung/Durchführung von Teilprojekten (MFH, Fachstelle Ostschweiz). – Via und Migesplus: Bessere Berücksichtigung der Informationsbedürfnisse in Bezug auf das Gesundheitssystem. – Migration und reproduktive Gesundheit, Afrimedia: Bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse in Bereichen reproduktive Gesundheit, HIV/Aids-Prävention. – Support: direkte Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse durch Ermöglichung von Projekten von MigrantInnen. – SRK-Ambulatorien: Vergrößerung und qualitative Verbesserung des Therapieangebots für Traumatisierte im Asylbereich – EPZ-Studie: Beitrag zur Klärung der Bedürfnisse von traumatisierten Asylsuchenden mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive. – Potenziell: Gesundheitsmonitoring und Grundlagenforschungsprojekte: Aufzeigen von migrationsspezifischen Bedürfnissen.
Stärkung der Selbstverantwortung von MigrantInnen	<ul style="list-style-type: none"> – Support, Afrimedia, VIA: Stärkung der Selbstverantwortung durch Ausrichtung auf ein Empowerment der beteiligten MigrantInnen.

Inwiefern die Strategie M+G einen Beitrag zu den Hauptzielen der Verbesserung der Gesundheit der Migrantinnen und Migranten und der Erhöhung der Effizienz des Gesundheitswesens geleistet hat bzw. leisten kann, bleibt aufgrund fehlender empirischer Informationen offen. Abgesehen von den Grundlagenprojekten (inkl. Rahmenprogramm Weiterbil-

dung und EPZ-Studie) wurden in den Gesprächen mit Beteiligten sowie in den Projektevaluationen zu sämtlichen Projekten Vermutungen geäußert, die für einen allerdings häufig äusserst beschränkten Beitrag in Richtung der beiden Hauptziele sprechen (vgl. Tabelle 39).

Tabelle 39: Beitrag zur Erreichung der Hauptziele

Ziel	Projekte und entsprechender Zielerreichungsbeitrag
Verbesserung der Gesundheit der MigrantInnen	<p>Inwiefern durch die Projektleistungen ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der MigrantInnen geleistet werden konnte, ist kaum bekannt. Bei einigen Massnahmen kann aufgrund von Hinweisen der Adressaten und aus theoretischen Überlegungen ein positiver Zusammenhang vermutet werden. Die empirischen Belege fehlen jedoch.</p> <ul style="list-style-type: none"> – SRK-Ambulatorien: Eine Wirkung auf die Lebensqualität der KlientInnen nachweisbar. Die Frage des Heilungserfolgs ist jedoch mangels Langzeitstudien offen. – Interpret (inkl. Grundlage Zertifizierung ikÜ) und ikÜ-Vermittlungsstellen: Bessere Verständigung zwischen MigrantInnen und Personen des Gesundheitswesens hat vermutlich positive Folgen auf die Behandlung und den Gesundheitszustand der MigrantInnen. – MFH, Fachstelle Ostschweiz, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, evtl. Machbarkeitsstudie „Migration und Sucht“: Verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen der MigrantInnen in bestehenden Versorgungsstrukturen hat voraussichtlich positive Wirkung auf deren Gesundheitszustand. – VIA, Migesplus, Afrimedia, Support, Migration und reproduktive Gesundheit: Verbesserung der Gesundheit kann sehr punktuell von Information und Prävention erwartet werden.
Verbesserung der Effizienz (bzw. Kostenersparnisse) im Gesundheitswesen	<p>Die komplexe Frage des Zusammenhangs zwischen den Projektleistungen und den Kosten des Gesundheitswesens wurde nicht näher untersucht. Bei einigen Projekten bestehen jedoch Vermutungen, dass die Angebote zu Kosteneinsparungen führen dürften, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Interpret (inkl. Grundlage Zertifizierung ikÜ) und ikÜ-Vermittlungsstellen: effizientere und adäquatere Behandlung, Vermeidung von Mehrfachkonsultationen dank guter Übersetzung. – MFH, Fachstelle Ostschweiz, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, SRK-Ambulatorien, evtl. Machbarkeitsstudie „Migration und Sucht“: besseres Kosten/Leistungsverhältnis bei adäquaterer Behandlung dank besserer Berücksichtigung von zielgruppenspezifischen Bedürfnissen. – VIA, Migesplus, Afrimedia, Support, Migration und reproduktive Gesundheit: punktuelle Kosteneinsparungen aus erhofften präventiven Wirkungen. – Insgesamt kann die Effizienzfrage durch die Evaluation nicht beantwortet werden.

Generell ist festzuhalten, dass sämtliche Programmziele im Strategiepapier nicht näher präzisiert wurden. In der Allgemeinheit, in der sie formuliert sind, werden die Ziele durch die punktuellen Beiträge der Strategie M+G nach dem Urteil der Evaluation nicht erfüllt.

5.5 Gesamtbeurteilung

Insgesamt beurteilt die Evaluation die Projektarbeit im Rahmen der Strategie M+G *überwiegend positiv*. Erstens waren die Projekte mit wenigen Ausnahmen von guter Qualität. Zweitens konnten in jedem Interventionsbereich Erfolge erzielt werden. Drittens trugen die Projekte zu einer Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen im Sinne einer gesundheitsfördernden materiellen und sozialen Umwelt (vgl. Wirkungskategorien bei Cloetta et al.

2004) im Bereich M+G bei und zeigten erste Hinweise auf Wirkungen bei der Migrationsbevölkerung. Die Hauptleistung der Projekte besteht nach Ansicht der Evaluation in der Erarbeitung von Grundlagen und der Vorbereitung des „Terrains“ für die weitere Arbeit im Bereich M+G, die deshalb wichtig wäre. In einzelnen Projekten wurde Pionierarbeit im Sinne einer Vorbereitung des „Terrains“ geleistet (z.B. MFH, Support, Afrimedia, Interpret, Pilotprojekt „Migration und Sucht“). Die festgestellte fehlende finanzielle Nachhaltigkeit vieler Projekte stellt aus dieser Perspektive jedoch ein gewichtiges Handicap dar.

Betrachtet man die Leistungsbilanz der Projekte im Lichte der ursprünglichen Vorgaben der Strategie M+G, fällt das Urteil dagegen kritisch aus. In allen Interventionsbereichen wurden die Leistungsziele nur partiell erfüllt. Am besten schneidet bei der Betrachtung der IB F ab, in dem die Leistungsziele beider evaluierten Massnahmen erreicht oder zumindest teilweise erreicht wurden. Im IB I wurden die Leistungsziele ebenfalls bei beiden Massnahmen zumindest teilweise erreicht. In den übrigen Interventionsbereichen (IB B, IB V, IB T) wurden die ursprünglichen Vorgaben hingegen nur jeweils bei einer Massnahme erreicht. Im IB V handelt es sich dabei um die Massnahme zum Einsatz der ikÜ, die über das Integrationsförderungsprogramm des Bundes verwirklicht worden ist. Die Vorgaben für die zwei anderen Massnahmen im IB V, für die das BAG zuständig war, wurden hingegen in der ursprünglichen Form nicht erfüllt, was insbesondere auf die fehlenden Bundeskompetenzen im Versorgungsbereich zurückzuführen ist. Über die Wirkungen ist nur wenig bekannt. Beim IB F mit dem besten Leistungsausweis lässt sich feststellen, dass die angestrebte Verwendung der Erkenntnisse (noch) nicht stattgefunden hat.

Angesichts der kurzen Laufzeit der Strategie M+G, der beschränkten Ressourcen und des teilweise schwierigen Umfeldes erstaunt es nicht, dass die ambitionierten Ziele der Strategie M+G nur teilweise erreicht werden konnten. Auf der Basis der Erkenntnisse der Projektevaluationen kann davon ausgegangen werden, dass die Zielsetzungen wenig realistisch waren, weil unter anderem eine detaillierte Planung fehlte, die den beschränkten Ressourcen Rechnung getragen und allenfalls ein etwas systematischeres Vorgehen bei der Umsetzung (Nutzung von Synergien) ermöglicht hätte. Daneben stellte die fehlende Mitwirkungsbereitschaft der Kantone, die gerade bei Projekten im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht vorher abgeklärt worden war, ein Hindernis bei der Umsetzung von Massnahmen dar. Schliesslich wurde die Zielerreichung der Strategie M+G durch die Leistungsdefizite einzelner Projekte, die zumindest teilweise durch konzeptionelle Mängel zustande kamen, beeinträchtigt.

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

In diesem Kapitel werden zunächst die Fragen der Evaluation beantwortet. Anschliessend folgt ausgehend von der Grundsatzfrage, ob die Strategie M+G richtig gewesen ist, eine Gesamtwürdigung. Zum Schluss werden Empfehlungen formuliert.

6.1 Beantwortung der Evaluationsfragen

Die nachfolgende Beantwortung der Evaluationsfragen folgt den Frageblöcken in Tabelle 1 (S. 2). Es wird erstens auf die Kompetenzverteilung und Partnerschaften, zweitens auf das Programmmanagement des BAG, drittens auf die unterstützten Projekte und viertens – als Zusammenzug der Erkenntnisse – auf die Gesamtstrategie eingegangen.

6.1.1 Kompetenzverteilung und Partnerschaften

Die folgenden Ausführungen stützen sich massgeblich auf die Erkenntnisse aus Kapitel 3, wobei im Sinne einer Synthese auch Bezüge zu den übrigen Ergebnissen geschaffen werden.

Zweckmässigkeit

Ist das Modell der Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Partnerschaften im Migrationsbereich sinnvoll (Vor- und Nachteile)?

Das Modell der Zusammenarbeit ist insgesamt sinnvoll, da es den Interventionsmöglichkeiten des Bundes im Bereich M+G entspricht. Es weist jedoch auch Nachteile auf.

Der partnerschaftliche Ansatz ist im Bereich der Gesundheitsförderung allgemein sowie beim BAG im Besonderen verbreitet. Als Querschnittsthema mit Bezügen zu verschiedensten Politikbereichen (vgl. Ergebnisse zur Interpolicy-Kohärenz) erscheint das Umsetzungsmodell für die Strategie M+G generell als geeignet. Grundsätzlich ist bei den Partnerschaften die *Programmebene* (Einbezug verschiedener Akteure über Gremien) von der *Projektebene* (vertraglich geregelte Leistungserbringung durch externe Organisationen) zu unterscheiden.

Auf *Programmebene* als *vorteilhaft* erwies sich, dass durch die Partnerschaften in einer Vielzahl von Organisationen eine Thematisierung der Probleme im Bereich M+G sowie eine gewisse Sensibilisierung und Verankerung der Strategie M+G erreicht werden konnte. Punktuell kam auch eine konkrete Zusammenarbeit mit den Partnern zustande; die Gremien schufen hierfür die Voraussetzungen. Als *Nachteil* zeigte sich die komplexe, unübersichtliche Organisationsstruktur, die aus dem Versuch des Einbezugs aller relevanten Akteure resultiert und erhebliche Ressourcen des Programteams in Anspruch nimmt.

Auf *Projektebene* bestehen die *Vorteile* des Umsetzungsmodells darin, dass die geeignetste Organisation ausgewählt werden kann, die über das notwendige Wissen und einen guten Zugang zu den Zielgruppen verfügt. Das Modell bietet dem Bund eine grosse Flexibilität (geringe Fixkosten) und eine Entlastung von den operativen Aufgaben. *Nachteilig* ist dage-

gen der grosse Aufwand für die Suche der Partner und das Projektmanagement. Die Steuerungsfähigkeit des Bundes ist ausserdem, besonders in komplexen Strukturen mit Untermandaten, beschränkt. Der für die Steuerung notwendige Wissens- und Erfahrungstransfer von den Partnerorganisationen zum Bund stellt ebenfalls eine Herausforderung dar.

Generell stösst der partnerschaftliche Ansatz an Grenzen: Wie die Analyse der Interpolicy-Kohärenz gezeigt hat, verfügt der Bund im Bereich M+G über beschränkte Kompetenzen. Er kann anderen staatlichen Akteuren keine bindenden Vorgaben machen. Private Akteure kann er zwar mit ihrem Einverständnis vertraglich zu Leistungen verpflichten, doch sind diese oft örtlich sowie zeitlich (Vertragsdauer) beschränkt, weshalb sich die Frage der Nachhaltigkeit stellt. Der partnerschaftliche Ansatz entspricht somit zwar den Möglichkeiten und Ressourcen des Bundes im Bereich M+G, ist aber aufgrund der Freiwilligkeit der Zusammenarbeit in seiner Wirksamkeit eingeschränkt.

Arbeitet man mit den richtigen Partnern zusammen?

Das BAG arbeitet weitgehend mit den richtigen Partnern zusammen. Eine Lücke besteht in Bezug auf die Kantone sowie die Migrantinnen und Migranten als Betroffene, wobei in Bezug auf letztere gegenwärtig eine neue Struktur geschaffen wird.

Auf *Programmebene* wurden drei wichtige Akteursgruppen ausgewählt, zu welchen die Beziehungen über Gremien institutionalisiert wurden.

Die *beteiligten Bundesstellen EKA und BFM* sind grundsätzlich wichtige Partner. Sowohl konzeptionell (Interpolicy-Kohärenz) als auch bei der Umsetzung bestehen bei der Integrationsförderung, für die diese beiden Stellen zuständig sind und die bei der Strategie M+G durch das EKA-Sekretariat vertreten wird, wichtige Schnittstellen im Bereich der ikÜ, bei welchen über eine Arbeitsteilung Synergien erreicht werden konnten. In Bezug auf die Zulassungs- und Asylpolitik bestehen gewisse Inkohärenzen zur Strategie M+G. Diese werden jedoch gemäss der zugrunde liegenden Problemdefinition (vgl. Abbildung 4, S. 18) als übergeordnete Rahmenbedingungen betrachtet und mit dem BFM nicht explizit behandelt. In Bezug auf den IB T, für den das BFM zuständig ist, weist das BAG beschränkt Schnittstellen auf. Mit der zunehmenden BFM-internen Bündelung der Gesundheitsthemen besteht aber die Chance einer Erweiterung der Zusammenarbeit.

In der IBG sind alle relevanten *Organisationen und Institutionen aus den Bereichen Migration und/oder Gesundheit* vertreten. Mit einzelnen Organisationen konnte auf bilateraler Basis zwar eine Zusammenarbeit aufgebaut werden, insgesamt war die Vernetzung mit den Organisationen bisher aber unverbindlich. Mit den Kantonen konnte über die Vertretungen der GDK, SODK und Integrationsdelegierten in der IBG keine Zusammenarbeit aufgebaut werden, was, wie unten erläutert wird, eine klare Lücke darstellt.

Der Einbezug der *Migrationsbevölkerung* wäre als Mittel des Empowerment grundsätzlich richtig, zumal die Strategie M+G als Unterziel eine Stärkung der Selbstverantwortung der Migrantinnen und Migranten anstrebte. Das SBM als Gremium für den Einbezug der Migrationsgemeinschaften ist aber gescheitert, weil die Mitglieder aufgrund ihres Fachwissens ausgewählt worden sind und keine Repräsentationsfunktion für die Migrationsgemeinschaften wahrnehmen konnten. Ob sich diesbezüglich die geplante Nachfolgestruktur im Rahmen des FIMM bewährt, kann noch nicht eruiert werden.

Als „Partner“ weitgehend vergessen gingen bei der Konzipierung der gegenwärtigen Umsetzungsstruktur die anderen Sektionen, Abteilungen und Direktionsbereiche innerhalb des BAG, obwohl zahlreiche Berührungspunkte zu anderen Tätigkeitsbereichen des BAG bestehen (vgl. Interpolicy-Kohärenz). Auf bilateralem Weg wurde bei der Umsetzung in mehreren Bereichen eine Zusammenarbeit erreicht, jedoch ist diese stark personenabhängig; es fehlt eine systematische Bearbeitung der Schnittstellen.

Auf *Projektebene* erwiesen sich die beauftragten externen Organisationen abgesehen von zwei Projekten (Rahmenprogramm Weiterbildung, Migration und reproduktive Gesundheit), bei welchen die ungenügenden Kompetenzen der ausgewählten Träger mit ein Grund für den Misserfolg dieser Projekte darstellten, als geeignet.

Nimmt das BAG seine Kompetenzen angemessen wahr?

Das BAG nimmt seine Kompetenzen im Rahmen der vorhandenen Organisationsstrukturen weitgehend angemessen wahr. Die Strukturen der Vernetzung wiesen jedoch gewisse Schwächen auf.
--

Das BAG nimmt seine Kompetenzen innerhalb der Organisationsstruktur mit den vier Umsetzungsgremien auf *Programmebene* weitgehend wahr. Für die Sitzungsvorbereitung wurde ein hoher Aufwand betrieben. Dennoch konnten die Gremien ihre zugewiesenen Aufgaben nur teilweise erfüllen. Dies liegt daran, dass die Organisationsstruktur selber nur bedingt geeignet war. Die Wahl der Mitglieder wurde zu wenig auf die formulierten Aufgaben abgestimmt, und die Aufgaben entsprachen mehrheitlich nicht den Möglichkeiten der Gremien.

Gegenüber den *Projekträgern* hat das BAG seine Kompetenzen ebenfalls weitgehend gut wahrgenommen. Mängel stellte die Evaluation jedoch bei fast allen Projekten in Bezug auf die Wirkungsüberprüfung fest, die vertraglich zu wenig genau geregelt wurde. Auch fehlte eine vom BAG initiierte systematische Koordination zwischen den Projekten, um die Nutzung von Synergien sicherzustellen.

Effizienz

Ist das Modell, welches auf Partnerschaften basiert, effizient in dem Sinne, als der Nutzen, welchen die Partner erzielen, den Aufwand für die Partnerschaften rechtfertigt?

Der durch die Projekte erzielte Nutzen rechtfertigt über das Ganze den Aufwand. Auf Programmebene ist der Nutzen der Partnerschaften dagegen schwer zu beurteilen und die Effizienz deshalb insgesamt etwas unklar.

Auf *Programmebene* konnte im Rahmen der Partnerschaften eine gewisse Sensibilisierung erreicht werden, doch ist der erzielte Nutzen der Partnerschaften, abgesehen von einer punktuell erreichten Zusammenarbeit, trotz erheblichen investierten zeitlichen Ressourcen bisher wenig konkret. Allerdings besteht das Potenzial, dass sich die Partnerschaften künftig auszahlen.

Demgegenüber sind durch die *Projektpartner* konkrete Leistungen erbracht und Wirkungen erzielt worden, die für eine gute Effizienz sprechen. Bei zwei Projekten mit bescheidener Leistungs- und Wirkungsbilanz konnte die Ineffizienz dank der Flexibilität, die das Umsetzungsmodell bietet, begrenzt werden. Fraglich ist bei den meisten Projekten, inwiefern dem Aufwand angesichts der schwachen Nachhaltigkeitsbilanzen ein längerfristiger Nutzen gegenübersteht.

Einfluss auf die Wirksamkeit

Stellt die Zusammenarbeit mit den eidgenössischen und kantonalen Strukturen, wie erwartet, in Bezug auf die Wirksamkeit der Strategie M+G einen Erfolgsfaktor dar?

Es fand eindeutig eine geringere Zusammenarbeit mit kantonalen Strukturen statt als geplant. Die Kooperation mit eidgenössischen Strukturen hat bisher nur in wenigen Bereichen konkrete Ergebnisse hervorgebracht. Insgesamt war die Zusammenarbeit mit eidgenössischen und kantonalen Strukturen deshalb nur beschränkt ein Erfolgsfaktor.

Mit *eidgenössischen Strukturen* hat vor allem auf Programmebene eine Zusammenarbeit stattgefunden, und zwar hauptsächlich mit den an der Strategie M+G beteiligten Bundesstellen EKA und BFM. Vor allem die Zusammenarbeit mit dem Integrationsförderungsprogramm (bei der Strategie M+G vertreten durch die EKA) stellt einen Erfolgsfaktor für die Wirksamkeit der Strategie M+G dar, indem bei der ikÜ eine sinnvolle Arbeitsteilung gefunden werden konnte. Daneben wurden über die IBG weitere eidgenössische Strukturen eingebunden (BBT, seco, FRB, GFS), mit welchen punktuell eine Vernetzung zustande kam. Zwar brachte diese Zusammenarbeit bis anhin nur wenige konkrete Ergebnisse hervor, tendenziell kann sie jedoch sicherlich als förderlich erachtet werden.

Wie bei der Bewertung der Interpolicy-Kohärenz erwähnt wurde, wirkt die Strategie M+G in den vier wichtigsten Interventionsbereichen in Politikbereiche hinein, für die weitgehend

kantonale Strukturen zuständig sind. Es ist deshalb folgerichtig, dass dem Einbezug der Kantone im Strategiepapier grosses Gewicht beigemessen wird. Die IBG erwies sich aber als ungeeignetes Gremium, um diesen Einbezug zu gewährleisten. Zwar fand die Evaluation Hinweise, dass bei den Integrationsdelegierten und Ausländerdiensten, die im Migrationsbereich wichtige Akteure darstellen, eine gewisse Sensibilisierung für die Gesundheitsthematik stattgefunden hat. Einige kantonale Initiativen im Bereich M+G gehen klar auf deren Engagement zurück. Inwiefern Integrationsdelegierte und Ausländerdienste konkret für die Strategie M+G aber als Bindeglied zu den Kantonen dienen bzw. dienen können, ist dennoch nicht eindeutig.

Die eingeschränkte Beteiligung der Kantone auf Programmebene widerspiegelnd, wurde denn auch nur bei drei *Projekten* eine kantonale Mitfinanzierung erreicht (Interpret, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, Fachstelle Ostschweiz). Daneben gewährten neben den beteiligten Bundesstellen mit dem BBT und der GFS zwei eidgenössische Strukturen einen finanziellen Beitrag. Die finanzielle Nachhaltigkeit der meisten Projekte konnte dadurch allerdings nicht, wie im Strategiepapier beabsichtigt, gesichert werden. Insgesamt fand somit ein weniger starker Einbezug eidgenössischer und vor allem kantonaler Strukturen statt als geplant, und dieser Einbezug erwies sich in geringerem Masse als Erfolgsfaktor für die Strategie M+G.

6.1.2 Programmmanagement des BAG

Die Fragen zum Programmmanagement des BAG werden in erster Linie auf der Basis der Ergebnisse von Kapitel 4 beantwortet.

Zweckmässigkeit

Ist die BAG-interne Organisation zweckmässig für die Umsetzung der Strategie M+G?

Die BAG-interne Organisation ist insgesamt zweckmässig für die Umsetzung der Strategie M+G. Eine Ausnahme stellt der Kommunikationsbereich dar, der jedoch bereits wieder neu organisiert worden ist.

Die Ansiedlung der Strategie M+G im Direktionsbereich „Gesundheitspolitik“, in dem auch andere Querschnittsthemen behandelt werden, ist grundsätzlich zweckmässig. Auch die Organisation des Programmmanagements innerhalb dieses Direktionsbereichs erwies sich als insgesamt geeignet, um die Strategie M+G umzusetzen. Allerdings zwangen die beschränkten personellen Ressourcen zu klaren Abstrichen im Vergleich zu den vorgesehenen Massnahmen; auch so erwiesen sich die zeitlichen Ressourcen des Programmteams eher als knapp. Daneben zeigte sich in Einzelheiten ein Optimierungsbedarf (Kommunikation mit der Direktion, Planung, Projektmanagement). Die Organisation der Kommunikation erwies sich trotz mehrmaliger Verbesserungsbemühungen klar nur als begrenzt zweckmässig. Die wenig geeigneten Strukturen trugen zu Leistungsdefiziten der Kommunikation bei.

Effizienz

Ist das Programmmanagement des BAG effizient oder gibt es bei den finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen Sparmöglichkeiten?

Die Evaluation identifizierte kaum Einsparungspotenzial bei den finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen. Im Gegenteil: Durch grössere personelle Ressourcen beim Programmteam hätten gewisse Ineffizienzen unter Umständen vermieden werden können.

Die Einsparungsmöglichkeiten bei den *personellen Ressourcen* beim BAG sind gering. Zwar zeigten sich bei der Organisation in einzelnen Bereichen Optimierungsmöglichkeiten, diese zielen jedoch in erster Linie auf qualitative Verbesserungen. Bei den zwei Projekten mit bescheidener Leistungsbilanz hätte durch einen grösseren Ressourceneinsatz bei der Projektbegleitung unter Umständen eine bessere Effizienz erreicht werden können. Eine weitere Kürzung scheint angesichts der grossen Arbeitsbelastung des Programmteams unangebracht.

Bei den *finanziellen Ressourcen* wurde der Gesamtbetrag im Vergleich zu den ursprünglichen Vorgaben etwa um ein Drittel gekürzt. Bestimmte Interventionsbereiche erhielten mehr Mittel und andere weniger als budgetiert. In den Bereichen mit grösserem Mitteleinsatz fehlen Hinweise auf ineffiziente Ausgaben. Die Umlagerung der Gelder richtete sich stattdessen nach dem konkreten Bedarf in den verschiedenen Bereichen. Die finanziellen Ressourcen in den einzelnen Projekten waren mehrheitlich angemessen oder aber eher knapp, und dies gerade auch bei Projekten in Interventionsbereichen, die mehr Mittel erhielten als geplant.

Bei der *Kommunikation* wurde eine ineffiziente Leistungserbringung konstatiert. Eine wichtige Ursache stellte die Rahmenbedingung dar, dass es nicht möglich war, die Kommunikation BAG-intern anzusiedeln. Die Auslagerung hatte grosse Reibungsverluste zur Folge. Die Ineffizienz weist hier somit weniger auf Sparmöglichkeiten hin als auf die Notwendigkeit, mehr interne Ressourcen für die Kommunikation zur Verfügung zu stellen.

Einfluss auf die Wirksamkeit

Trägt die Art und Weise des Programmmanagements des BAG zur Zielerreichung bei?

Mit der Finanzierung von Projekten, die Wirkungen erzielt haben, trug das Programmmanagement des BAG entscheidend zur Zielerreichung bei. Die Art und Weise der Umsetzung hätte höchstens vereinzelt den Programmzielen noch etwas besser entsprechen können.

Der Hauptbeitrag des Programmmanagements zur Zielerreichung besteht beim gewählten Umsetzungsmodell darin, die Leistungserbringung über Projekte zu veranlassen, die ihrerseits Wirkungen auslösen sollen. Diesen Beitrag hat das BAG gut vollbracht. Nur ist die Nachhaltigkeit bei den Projekten nicht von Beginn weg systematisch in die konzeptionellen Überlegungen einbezogen worden.

Weiter können zwei Bereiche identifiziert werden, in welchen die Art und Weise des Programmmanagements des BAG wohl nicht im beabsichtigten Ausmass zu den Programmzielen beigetragen hat. So dürfte die sensibilisierende Wirkung der *Kommunikation* angesichts der Schwierigkeiten in diesem Bereich begrenzt ausgefallen sein. Die Kommunikation hat die Ziele der Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse und der Öffnung des Gesundheitssystems damit nur beschränkt unterstützt. Ein Beitrag zu diesen Zielen ist hingegen von der geleisteten BAG-internen Vernetzung zu erwarten.

Ein Zielbeitrag zur Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten war von deren Einbezug in die Umsetzung zu erwarten. Durch die geringen Mitsprachemöglichkeiten war das *SBM* als Gremium dafür jedoch wenig geeignet. Es besteht jedoch Grund zur Annahme, dass das BAG mit der Ermöglichung eines Prozesses zur Neudefinition der Aufgaben bei den Mitgliedern des *SBM* eine gewisse „Emanzipation“ bewirkt hat. In verschiedenen Projekten wurden ausserdem Migrantinnen und Migranten eingebunden, doch gibt es vom BAG keine Kriterien, die den Einbezug der begünstigten Migrationsbevölkerung in den Projekten klar regeln würden.

Wie wirkt sich die Tatsache aus, dass das Programmmanagement allein durch das BAG ohne Beteiligung der übrigen Bundesämter wahrgenommen wird?

Die Strategie M+G wird eindeutig als Strategie des BAG wahrgenommen. Die Koordination zwischen den Bundesstellen ist eher lose.

Generell hat die Evaluation festgestellt, dass die Strategie M+G von aussen eher als Strategie des BAG denn als Strategie mehrerer Bundesstellen wahrgenommen wird. Dieser Eindruck ist gemäss der Evaluation in zweierlei Hinsicht zutreffend: Erstens setzt das BAG für die Aktivitäten der Strategie M+G weitaus am meisten finanzielle Ressourcen ein. Und zweitens kommt die Evaluation zum Befund, dass mit den zwei beteiligten Bundesstellen EKA und BFM zwar eine Zusammenarbeit in bestimmten Bereichen erreicht werden konnte, die Koordination aber eher lose ist; die Entscheidungen werden nicht in den Gremien, sondern je intern gefällt. Trotz der BAG-Lastigkeit der Strategie M+G wird die Zusammenarbeit zwischen den drei Bundesstellen jedoch sowohl von Personen aus den drei Bundesstellen als auch von Aussenstehenden als wichtig hervorgehoben. Aufgrund von organisatorischen Hürden und einer gewissen Skepsis auf Leitungsebene kam bei der gegenwärtigen Strategie M+G keine engere Zusammenarbeit zustande, drängte sich bei der Umsetzung der Massnahmen aber auch nicht auf.

6.1.3 Unterstützte Projekte

Die Schlussfolgerungen zu den unterstützten Projekten basieren vorwiegend auf den Ergebnissen aus Kapitel 5.

Relevanz

Inwiefern sind die Ansätze, welche durch die unterstützten Projekte verfolgt werden, geeignet in Bezug auf die Prioritäten und Ziele der Strategie M+G?

Insgesamt entsprachen die Ansätze der Projekte weitgehend den Zielen und Prioritäten der Strategie M+G.

Die unterstützten Projekte verfügten grösstenteils über gute konzeptionelle Grundlagen. Erstens stützten sie sich mit einzelnen Ausnahmen auf eine gewisse empirische Evidenz. Zweitens waren sämtliche Projektkonzepte mehrheitlich – trotz Abstrichen – in sich kohärent. Drittens waren die Ansätze, die in den unterstützten Projekten verfolgt wurden, in der Regel auf die Vorgaben der Strategie M+G ausgerichtet. Widersprüche zwischen den verschiedenen Projekten bestanden keine.

Mit den unterstützten Projekten konnten die von der Strategie M+G vorgegebenen Leistungs- und Wirkungsziele jedoch nur teilweise abgedeckt werden. In keinem der fünf Interventionsbereiche wurden die Leistungsziele vollständig erreicht. Erstens musste auf einen Teil der Massnahmen verzichtet werden, weil sich die personellen und finanziellen Ressourcen beim Programmmanagement als unzureichend erwiesen. Der Verzicht betraf in erster Linie die Schaffung von gesundheitsbezogenen Angeboten, die sich spezifisch an die Migrationsbevölkerung richten sollten. Begründet wurde dies damit, dass die Kompetenzen im Versorgungsbereich in erster Linie bei den Kantonen liegen und diese kein Interesse am Aufbau von Strukturen zeigten. Gleichzeitig spielte auch die Stärkung des integrativen Ansatzes seitens des BAG eine Rolle, indem dieses vermehrt statt den Aufbau von spezifischen Angeboten für Migrantinnen und Migranten in erster Linie die Öffnung bestehender Regelangebote anstrebte. Diese integrative Ausrichtung entspricht auch den Programmzielen der Öffnung des Gesundheitssystems und der Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse. Zweitens waren mehrere Projekte zwar auf die Wirkungsziele der Strategie M+G ausgerichtet, deckten sich jedoch nur teilweise mit den Leistungsvorgaben (vor allem Projekte im IB I und IB V).²¹ Drittens führten konzeptionelle Mängel in einigen Projekten (z.B. Rahmenprogramm Weiterbildung, ausgewählte Grundlagenforschungsprojekte) dazu, dass die Interventionsstrategien nur teilweise geeignet waren. Insgesamt sind die Ansätze der Projekte aber weitgehend konzeptionell dazu geeignet, einen Beitrag zur Erreichung der Ziele der Strategie M+G zu leisten.

²¹ Nicht vorgabengetreu umgesetzt wurden folgende Massnahmen: Aus- und Fortbildung ikV (Massnahme B2), Sensibilisierung Leistungserbringer (I2), leicht zugängliche Angebote (V1), Vermittlungs- und Koordinationsdienste (V2), Aufbau niederschwelliger Angebote (T2).

Zweckmässigkeit

Inwiefern sind die Strukturen, welche durch die Projekte geschaffen wurden, geeignet, um die Ziele zu erreichen?

Die Umsetzungsstrukturen und -abläufe waren bei der überwiegenden Mehrheit der Projekte weitgehend gut geeignet, um die Leistungsziele der Projekte zu erreichen.

Die Umsetzung der Projekte verlief mehrheitlich reibungslos und erfolgreich. Die Leistungsziele der evaluierten Projekte wurden damit grossmehrheitlich in quantitativer und qualitativer Hinsicht erreicht.

Massgebliche Leistungsdefizite gab es bei zwei Projekten (Rahmenprogramm Weiterbildung, Migration und reproduktive Gesundheit). Die Leistungen wurden in diesen Projekten nicht oder in erheblich reduziertem Umfang und in mangelnder Qualität erbracht. In einem weiteren Projekt (MFH) konnten die – ambitionösen – Leistungsziele bisher ebenfalls nicht erfüllt werden. Probleme bei den Umsetzungsstrukturen trugen bei all diesen Projekten zu Leistungsdefiziten bzw. Verzögerungen bei. Bei anderen Projekten erwiesen sich die finanziellen Ressourcen als unzureichend, um sämtliche Leistungen zu erbringen. Bei der Mehrheit der Projekte waren die finanziellen Mittel dagegen angemessen. Im Grossen und Ganzen ermöglichen die Umsetzungsstrukturen in den Projekten somit eine positive Leistungsbilanz.

Inwiefern wird bei Projekten, die Angebote zur Verfügung stellen, der Zugang zu diesen Angeboten den Zielen entsprechend gewährleistet?

Der Zugang zu den Angeboten ist, sofern die Angebote überhaupt plangemäss realisiert wurden, den Vorgaben entsprechend gewährleistet worden.

Bei insgesamt acht Massnahmen enthält das Strategiepapier Vorgaben bezüglich des Zugangs. Bei den drei Angeboten, die wie geplant geschaffen worden sind (Massnahmen B1, I1, T1), ist der Zugang den Vorgaben entsprechend teilweise bis vollständig gewährleistet. Zu nennen sind erstens die SRK-Ambulatorien, die traumatisierten Flüchtlingen und Personen mit einer längerfristigen Aufenthaltsperspektive Therapieleistungen anbieten, zweitens gewisse Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, die aufsuchende Arbeit bei Migrantinnen und Migranten leisteten, sowie drittens die Ausbildungsangebote im Bereich ikÜ, zu welchen über ein Gleichwertigkeitsverfahren ein flexibler Zugang besteht. Bei den fünf Massnahmen dagegen, die nicht in der vorgesehenen Art und Weise umgesetzt worden sind (B2, B3, V1, V2, T2), gibt es zwar Projekte, die einen gewissen Zielbeitrag leisten, doch entsprechen diese bezüglich der Zugänglichkeit nicht den ursprünglichen Vorgaben.

Nachhaltigkeit

Sind die unterstützten Projekte nachhaltig insofern, als sie institutionell verankert sind?

Die meisten Projekte wurden in bestehende Organisationen integriert. In finanzieller Hinsicht konnte die Nachhaltigkeit dadurch jedoch nicht gesichert werden.

Die institutionelle Verankerung wurde bei mehreren Projekten dadurch gestärkt, dass sie in bestehende Organisationen eingegliedert wurden. Auch wurden in mehreren Projekten die strukturellen Voraussetzungen für eine nachhaltige Leistungserbringung verbessert (Aufbau von Know-how). Nur bei zwei Projekten konnte jedoch zusätzlich eine Sicherstellung der Finanzierung, unter anderem durch erhebliche Eigenleistungen der Organisationen, erreicht werden (Pilotprojekt „Migration und Sucht“, Interpret). Bei den übrigen Projekten ist die mittelfristige Finanzierung der Leistungen nicht gesichert. Insofern kann nicht von einer strukturellen Nachhaltigkeit dieser Projekte gesprochen werden. Bei fünf Projekten war die Nachhaltigkeit der Leistungen kein direktes Ziel. Bei den meisten dieser Projekte handelte es sich um Grundlagenarbeiten oder wissenschaftliche Studien. Bei einem Projekt (MFH) ist geplant, gewisse Elemente in angepasster Form in ein bestehendes Netzwerk zu integrieren, was einer für dieses Projekt sehr sinnvollen Sicherstellung der Nachhaltigkeit entspricht.

Wirksamkeit

Welche Zielgruppen werden erreicht bzw. nicht erreicht?

Die Projekte haben ihre Adressaten mit Ausnahme der Kantone mehrheitlich erreicht. Inwiefern die Migrationsbevölkerung erreicht worden ist, kann die Evaluation nicht feststellen.

Die überwiegende Mehrheit der Projekte konnte die direkt anvisierten Zielgruppen erreichen. Diejenigen Projekte mit quantitativen Vorgaben konnten diese sogar übertreffen (Interpret, Pilotprojekt „Migration und Sucht“, Support – erste Phase, MFH, SRK-Ambulatorien). Zwei Projekte (Fachstelle Ostschweiz, EPZ-Studie), die explizit die Kantone zum Handeln veranlassen sollten, erreichten diese nur sehr bedingt. Die Projekte mit schwer wiegenden Leistungsdefiziten gelangten ebenfalls nur sehr bedingt (Migration und reproduktive Gesundheit) oder gar nicht (Rahmenprogramm Weiterbildung) an ihre Adressaten. Inwiefern die Migrantinnen und Migranten erreicht wurden, ist schwierig zu beurteilen (vgl. unten).

Erreichen die Projekte bei den Zielgruppen die beabsichtigten Wirkungen?

Die beabsichtigten Wirkungen sind bei den Adressaten der Projekte sowie – gemäss punktuellen Hinweisen – bei der Migrationsbevölkerung überwiegend eingetreten. Die empirischen Erkenntnisse sind jedoch unsicher.

Die Projekte erreichten grösstenteils bei den Adressaten die beabsichtigten Wirkungen. Bei acht Projekten sind die Wirkungen grundsätzlich positiv zu beurteilen (Interpret, Pilotprojekt

„Migration und Sucht“, Support, Afrimedia, VIA, Fachstelle Ostschweiz, SRK-Ambulatorien, GMM), während die Erwartungen bei vier Projekten nur teilweise (Migesplus, Migration und reproduktive Gesundheit, MFH, EPZ-Studie) bzw. bei zwei Projekten (Rahmenprogramm Weiterbildung, Grundlagenforschungsprojekte) nicht erfüllt werden konnten. Zwei Projekte richteten sich nicht direkt an eine Zielgruppe, sondern lieferten vorab Grundlagen. Eine Verwendung dieser Grundlagen ist bereits erfolgt (Grundlagen Zertifizierung ikÜ) bzw. wird nach wie vor angestrebt (Machbarkeitsstudie „Migration und Sucht“).

Zu berücksichtigen ist, dass die anvisierten Verhaltensänderungen in der Regel nicht präzise definiert und die empirischen Grundlagen zur Beurteilung der Wirkungen grösstenteils mangelhaft sind. Die bei den Adressaten ausgelösten Wirkungen beziehen sich in der überwiegenden Mehrheit auf die Verbesserung von Strukturen bzw. von Voraussetzungen (im Sinne einer gesundheitsfördernden materiellen und sozialen Umwelt), über die Wirkungen bei den Migrantinnen und Migranten erzielt werden sollen (vgl. Tabelle 33, S. 71).

Bezüglich der Wirkungen der evaluierten Projekte auf die Migrationsbevölkerung fehlen in allen Projekten konkrete Zielvorgaben. Zudem fehlen überall empirisch gesicherte Angaben. Es gibt jedoch in allen vier Interventionsbereichen, in denen Wirkungen bei der Migrationsbevölkerung erzielt werden sollen (also ohne IB F), Anzeichen auf Veränderungen, am deutlichsten im IB T (vgl. Tabelle 34, S. 73). Diese punktuellen Hinweise, die auf ein gewisses Wirkungspotenzial schliessen lassen, müssen aber mit Vorsicht betrachtet werden.

Welche weiteren Wirkungen können bei den unterstützten Projekten festgestellt werden?

Bei einigen Projekten konnten insbesondere Vernetzungs-, Multiplikations- und Empowerment-Effekte festgestellt werden.

Bei vielen Projekten wurden auch weitere, unbeabsichtigte Wirkungen festgestellt (vgl. Tabelle 35, S. 74). Es handelt es sich in erster Linie um die zusätzliche Vernetzung zwischen den Akteuren, unter anderem ins Ausland (Grundlagen Zertifizierung ikÜ, MFH, SRK-Ambulatorien), sowie um Multiplikationseffekte (VIA, Afrimedia, Support, SRK-Ambulatorien). Wo Personen mit Migrationshintergrund als Mittlerinnen und Mittler eingesetzt wurden, konnte zudem ein Empowerment festgestellt werden (z.B. Pilotprojekt „Migration und Sucht“).

Inwieweit erreichen die unterstützten Projekte in quantitativer und qualitativer Hinsicht ihre Ziele?

Die Leistungsziele wurden mit zwei Ausnahmen in quantitativer und qualitativer Hinsicht erreicht. Die Erreichung der Wirkungsziele kann die Evaluation dagegen nicht klar bewerten.

Die *Leistungsziele* der evaluierten Projekte wurden, wie erwähnt, abgesehen von zwei Ausnahmen in quantitativer und qualitativer Hinsicht grösstenteils erreicht. Inwieweit die Pro-

jekte ihre *Wirkungsziele* erreicht haben, kann dagegen nicht abschliessend beurteilt werden. Erstens sind die Ziele mit Ausnahme einzelner Angaben zu den Adressaten in der Regel allgemein formuliert und kaum quantifiziert. Zweitens bestehen bei den meisten Projekten Mängel bei der Festlegung entsprechender Wirkungsindikatoren und Erhebungsinstrumente. Drittens fehlen die empirischen Grundlagen, um die bei den Adressaten und den Migrantinnen und Migranten erzielten Wirkungen zuverlässig beurteilen zu können. Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- Abgesehen von den Projekten mit Leistungsdefiziten konnten die Hauptadressaten erreicht werden. Bei Projekten mit quantitativen Vorgaben wurden diese sogar übertroffen.
- Die bei den Adressaten erreichten Wirkungen sind ebenfalls grundsätzlich positiv zu beurteilen. Die ausgelösten Wirkungen beziehen sich vor allem auf die Verbesserung von Strukturen bzw. auf die Schaffung von Voraussetzungen, über die eine Wirkung bei den Migrantinnen und Migranten erzielt werden soll. Die bei den Adressaten erreichten Wirkungen sind jedoch empirisch noch ungenügend abgestützt.
- Bei den Wirkungen der Projekte auf die Migrationsbevölkerung bestehen erste punktuelle Hinweise, die ein gewisses Wirkungspotenzial vermuten lassen.

6.1.4 Gesamtstrategie

Abschliessend wird die Strategie M+G gesamthaft bewertet. Dazu wird eine Brücke geschlagen zwischen den Erkenntnissen aus der Evaluation des Konzepts, der Umsetzung auf Programm- und auf Projektebene sowie den festgestellten Wirkungen.

Relevanz

Eignen sich die gewählten Ziele, Zielgruppen, Themen (Interventionsbereiche und Massnahmen), Prioritäten und Ansätze für die Lösung der Probleme im Bereich M+G?

Die Relevanz der Strategie M+G ist im Allgemeinen gegeben. Die Ziele und Zielgruppen der Strategie M+G sind grundsätzlich geeignet, bleiben jedoch vage. Der primäre Bezug zum Gesundheits- anstatt zum Migrationsbereich ist aus Machbarkeitsgründen richtig. Zu wenig beachtet wurde die Machbarkeit bei der Wahl der Interventionsbereiche, indem der Bund in den vier wichtigsten Bereichen nur über beschränkte Handlungsmöglichkeiten verfügte. Die einzelnen Massnahmen sind mehrheitlich bis zu einem gewissen Grade wissenschaftlich abgestützt. Der integrative Ansatz, der bei ihrer Verwirklichung verfolgt wurde, ist geeignet und entspricht den Prioritäten der Ziele der Strategie M+G.

Die Strategie M+G strebt empirisch begründete *Zielsetzungen* an. Wie in Tabelle 5 (S. 20) gezeigt wurde, liegen den Programmzielen, soweit dies festgestellt werden konnte (zum Ziel der Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen fehlen empirische Studien), nachgewiesene Problemlagen zugrunde. Damit sind die Ziele im Grossen und Ganzen geeignet.

In der Strategie M+G werden nur punktuell Angaben zu den *Zielgruppen* (Adressaten und Begünstigte) gemacht; eine systematische Klärung fehlt. Das Programmkonzept ist diesbezüglich somit vage. Als *Begünstigte* nennt die Strategie die gesamte „Migrationsbevölkerung“, wobei eine breite, problemorientierte Definition angewandt wird (vgl. Glossar). Gleichzeitig wird bei der Problemerkörterung im Strategiepapier von erheblichen Unterschieden innerhalb der Migrationsbevölkerung gesprochen. Der Kreis der Begünstigten wird dennoch nicht klarer umrissen, obwohl implizit deutlich wird, dass die Strategie M+G insbesondere sozial benachteiligten Migrantinnen und Migranten zugute kommen soll. Zwar waren die empirischen Erkenntnisse zur Problemlage zum Zeitpunkt der Strategieentwicklung beschränkt, angesichts der im Vergleich zu anderen Programmen (z.B. HIV/Aids) allemal sehr breiten Zielgruppe hätten jedoch die bereits bekannten Faktoren wie soziale Schicht, Geschlecht, Alter und Herkunft systematisch herangezogen werden sollen, um eine Eingrenzung der Begünstigten und damit eine Fokussierung der Strategie M+G vorzunehmen. Zu den *Adressaten* der Massnahmen fehlte ein Gesamtkonzept. Stattdessen wurden die Adressaten erst für die einzelnen Projekte bestimmt. Dieses Vorgehen war zwar pragmatisch, stiess jedoch bei denjenigen Adressaten an Grenzen, bei welchen die Mitwirkungsbereitschaft fehlte (z.B. Kantone, Leistungserbringer). Um diese Adressaten zu erreichen, hätten auf Programmebene entsprechende Sensibilisierungsmassnahmen durchgeführt werden müssen.

Bei der Strategie M+G handelt es sich um ein Querschnittsprogramm. Nicht nur befindet sie sich an der Schnittstelle zwischen dem Gesundheits- und Migrationsbereich, durch die gewählten *Interventionsbereiche* weist sie zu zahlreichen weiteren Politikfeldern Bezüge auf. Die Analyse der Interpolicy-Kohärenz hat ergeben, dass sich die Strategie M+G zum Grossteil gut in die Aktivitäten des Bundes in den tangierten Politikbereichen einfügt. Widersprüche bestehen einzig zur Asyl- und zur Zulassungspolitik, die allerdings der Strategie M+G übergeordnet sind; die Strategie M+G setzt nicht bei generellen Problemursachen wie der Migrationspolitik oder den Rahmenbedingungen für die Integration, sondern bei gesundheitsbezogenen Problemursachen an (vgl. Abbildung 6, S. 22). Dies entspricht zwar nicht ganz dem Ideal eines multisektoralen Ansatzes; aus der Erkenntnis heraus, dass es sich bei der Strategie M+G in erster Linie um ein Programm des BAG handelt (vgl. Abschnitt 6.1.1), ist der Gesundheitsfokus aber richtig. Als Verwaltungsprogramm hätte die Strategie M+G die Migrationspolitik allemal kaum beeinflussen können. Die Breite der Interventionsbereiche konnte trotz der Beschränkung auf Gesundheitsthemen aus Ressourcengründen nicht abgedeckt werden. Der Vernetzungsaufwand und die thematische Komplexität erwiesen sich als beachtlich. Die im Strategiepapier gewählte Lösung, den breiteren Kontext im Programmkonzept zu thematisieren, sich aber bei den operativen Vorgaben auf Massnahmen mit einem klaren Bezug zum Gesundheitsbereich zu beschränken, wird von der Evaluation deshalb als richtig erachtet. Der Fokus hätte aus Gründen der Machbarkeit sogar von Beginn weg noch stärker eingeschränkt werden müssen.

Zur Eignung der *Prioritätenordnung der Interventionsbereiche* kann festgehalten werden, dass die Forschung die geringste Priorität hatte, obwohl der Bund in diesem Bereich über die grössten Handlungsmöglichkeiten verfügt. Die Bereitstellung von Grundlagen wurde von verschiedenen Akteuren als Hauptaufgabe des Bundes betrachtet. Tatsächlich wurde im IB F schliesslich zwischen 2003 und 2005 auch mehr Geld ausgegeben als im höher eingestuften IB V. Am meisten finanzielle Ressourcen flossen zudem nicht in den prioritären IB B, sondern in den IB I, namentlich in Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte (I1). In sämtlichen Interventionsbereichen abgesehen von der Forschung wirkt die Strategie M+G stark in kantonale Zuständigkeitsbereiche hinein. Dies führte dazu, dass in der Phase der Umsetzung gewisse Massnahmen (vor allem Aufbau neuer Angebote) durch den Bund aufgrund einer fehlenden kantonalen Mitwirkungsbereitschaft nicht realisiert werden konnten. Die Wahl der Interventionsbereiche erscheint aus dieser Sicht nur beschränkt geeignet, zumal die Zusammenarbeit mit den Kantonen zwar im Strategiepapier vorgesehen war, durch die gewählten Umsetzungsstrukturen und angesichts des Fehlens einer entsprechenden Sensibilisierungsarbeit seitens des Bundes jedoch nicht gewährleistet werden konnte (vgl. Abschnitt 6.1.1). Die festgestellten Verzerrungen der Prioritäten bei der tatsächlichen Ressourcenverteilung widerspiegeln somit die Handlungsmöglichkeiten des Bundes bzw. des BAG in den verschiedenen Themenfeldern.

Die Wahl der *Massnahmen* erscheint aus Sicht der vorhandenen empirischen Evidenz als weitgehend geeignet. Vier von acht Massnahmen, zu welchen Aussagen möglich sind, stützen sich auf wissenschaftliche Grundlagen, die jeweils eine bestimmte Ausrichtung nahe legen. Bei vier Massnahmen ist die empirische Evidenz teilweise umstritten. Dies gilt für die drei Massnahmen zur interkulturellen Übersetzung und Vermittlung (B1, B2, V3), für welche wissenschaftliche Abstützung durch neuere Untersuchungen allerdings zu einem gewissen Grade verbessert werden konnte, womit die Massnahmen tendenziell als geeignet betrachtet werden können. Im Bereich der niederschweligen Angebote für Traumatisierte ohne geklärten Aufenthaltsstatus (T2) hat die Projektevaluation zur EPZ-Studie den kritischen Befund bezüglich einer fehlenden empirischen Evidenz für den gewählten Interventionsansatz bestätigt. Die Massnahme ist denn auch nicht umgesetzt worden, wobei für den Verzicht weniger die fehlende Evidenz als das fehlende Bedürfnis nach solchen Strukturen in den Kantonen den Ausschlag gab.

Nachdem das BAG im Bereich M+G ganz zu Beginn einen *segregativen Ansatz* verfolgte, indem spezielle Angebote für die Migrationsbevölkerung unterstützt wurden, verlagerten sich die Bemühungen mit der Zeit immer stärker auf einen *integrativen Ansatz*, der darauf abzielt, bestehende Angebote auf die Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten abzustimmen. Die stärkere Gewichtung der Ziele der Öffnung und der Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse gegenüber dem Ziel der Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten macht deutlich, dass die Strategie M+G eher einem integrati-

ven als einem segregativen Ansatz verpflichtet ist. Diese Ausrichtung lässt sich auch wissenschaftlich begründen und ist daher als geeignet zu bewerten. Allerdings wird der integrative Ansatz im Strategiepapier nur in Bezug auf die anderen Akteure des Gesundheitssystems angewandt, nicht aber auf das BAG selber. Zwar wurden im Verlaufe der Umsetzung namentlich vom IB I aus Bestrebungen in Richtung eines BAG-internen „Migration Mainstreaming“, d.h. einer migrationsgerechten Ausgestaltung von sämtlichen Massnahmen des BAG (vgl. auch Glossar), gemacht. Diese Bestrebungen blieben jedoch eher punktuell. Angesichts des Ergebnisses der Interpolicy-Kohärenz-Analyse, welche auf Bundesebene die grössten Schnittstellen der Strategie M+G bei anderen Aktivitäten des BAG ermittelte, sowie angesichts der weiteren konkreten Vernetzungsmöglichkeiten, die sich bei der Umsetzung gezeigt haben, kommt die Evaluation zum Schluss, dass das interne Potenzial für ein „Migration Mainstreaming“ noch nicht ausgeschöpft ist. In Bezug auf das „Migration Mainstreaming“ bei externen Akteuren stellten die Kommunikationsprobleme ein Hindernis dar.

Wirksamkeit

Werden die mittelfristigen Ziele erreicht?

Die mittelfristigen Ziele, welche das Strategiepapier festschrieb, erwiesen sich als zu ambitiös und konnten nur zu einem kleineren Teil erreicht werden. Von zwölf Leistungszielen wurde je ein Drittel weitgehend, höchstens teilweise bzw. nicht erreicht. Zu den Wirkungszielen der Massnahmen konnte überall ein Beitrag geleistet werden, häufig jedoch über andere Leistungen als die ursprünglich geplanten. Die Programmziele konnten in der Allgemeinheit, in der sie formuliert worden waren, nicht erreicht werden. Die Projekte leisteten jedoch punktuelle Beiträge zu den drei Unterzielen. In Bezug auf die zwei Hauptziele der Verbesserung der Gesundheit und der Effizienzsteigerung fehlen empirische Nachweise.

Bei den zwölf Massnahmen im Strategiepapier konnten durch die Umsetzungsaktivitäten im Rahmen der Strategie M+G lediglich zwei *Leistungsziele* vollständig und zwei weitere weitgehend erreicht werden. Bei drei Massnahmen wurden die Leistungsvorgaben teilweise, bei zwei Massnahmen nur sehr bedingt erfüllt. Die übrigen vier Leistungsziele wurden aufgrund des weiter oben erwähnten Verzichts auf gewisse Massnahmen nicht erreicht. In allen Interventionsbereichen wurde aber mindestens ein Leistungsziel ganz oder teilweise erreicht. Im IB F und im IB I konnten beide Massnahmen zumindest teilweise umgesetzt werden. Im IB V dagegen wurde nur die Massnahme V3 (Einsatz ikÜ) realisiert, und zwar im Rahmen des Integrationsförderungsprogramms des Bundes. Allerdings fand dabei eine Koordination mit der Strategie M+G statt. Die beiden anderen Leistungsziele des IB V wurden dagegen nicht erreicht, weil die Projekte (V1: MFH, V2: Fachstelle Ostschweiz) von den ursprünglichen Vorgaben abwichen.

Dennoch ist davon auszugehen, dass auch im IB V ein Beitrag zu den *Wirkungszielen* der jeweiligen Massnahmen (V1, V2) erbracht worden ist. Daneben bestehen vor allem im Bereich der ikÜ (B1, V3) und bei der Prävention (I1) Anzeichen dafür, dass die Wirkungsziele teilweise erreicht worden sind. Die deutlichsten Hinweise auf eine partielle Zielerreichung liegen im IB T (Massnahme T1) vor. Aufgrund einer anderen Ausrichtung der Kommunikation nicht erreicht wurde dagegen die Sensibilisierung der Verantwortlichen im Gesundheitswesen (I2). Auch die Nutzungsziele der Forschung wurden eher noch nicht erreicht. Grundsätzlich gilt für die Beurteilung der Zielerreichung der Strategie M+G, dass für die Wirkungen aufgrund fehlender Vorgaben und Instrumente zu ihrer Erfassung in den Projekten (vgl. oben) kaum empirische Grundlagen bestehen.

Aufgrund der beschränkten Wirkungsinformationen kann deshalb auch nur begrenzt eine Aussage zur Erreichung der Programmziele der Strategie M+G gemacht werden. In Bezug auf die drei *Unterziele* zeigen die vorhandenen Hinweise, dass die bessere Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse bei sämtlichen Projekten ein Orientierungspunkt darstellte. Zur Öffnung des Gesundheitssystems dürfte insgesamt etwa die Hälfte der Projekte aus verschiedenen Interventionsbereichen beigetragen haben. Auch ist davon auszugehen, dass über die punktuellen BAG-internen Bemühungen eines „Migration Mainstreaming“ ein gewisser Beitrag zu diesen beiden Zielen geleistet worden ist. Zur Stärkung der Selbstverantwortung der Migrantinnen und Migranten haben dagegen vor allem drei Projekten aus dem IB I beigetragen. Über die Beteiligung von Migrantinnen und Migranten bei weiteren Projekten sowie durch den Prozess, der beim SBM in Gang gesetzt worden ist, konnte allenfalls ebenso ein gewisses Empowerment gefördert werden. Dennoch erhielt dieses letzte Ziel bei der Umsetzung deutlich am wenigsten Gewicht. Der Schwerpunkt bei den zwei ersten Unterzielen widerspiegelt die bereits im Programmkonzept erkennbare stärkere Gewichtung des integrativen gegenüber dem segregativen Ansatz.

Zu den *Hauptzielen* der Verbesserung der Gesundheit der Migrantinnen und Migranten und der Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen bestehen nur Vermutungen hinsichtlich der erwünschten Effekte. Sie zeigen, dass die Projekte konzeptionell auf die Ziele ausgerichtet sind; der tatsächliche Wirkungsbeitrag bleibt dagegen ungewiss. Insgesamt wurden die Programmziele in der Allgemeinheit, in der sie formuliert worden sind, durch die allfälligen punktuellen Beiträge der Strategie M+G gemäss der Evaluation nicht erfüllt.

Hat die Umsetzung der Strategie M+G neben den beabsichtigten Wirkungen weitere erwünschte oder unerwünschte Wirkungen?

Die Evaluation stellte vereinzelt weitere erwünschte Auswirkungen fest. Ausserdem ist davon auszugehen, dass die Strategie M+G eine symbolische, legitimierende Funktion erfüllt hat.

Wie oben erwähnt, wurden bei Projekten erwünschte unbeabsichtigte Vernetzungs-, Multiplikations- und Empowerment-Effekte festgestellt. Daneben konnten vereinzelt auch Hin-

weise auf die erwünschten Neben- und Folgewirkungen der Strategie M+G (vgl. Abbildung 5, S. 19) festgestellt werden. So haben einzelne Personen dank der Zertifizierung als ikÜ eine Anstellung in anderen Bereichen gefunden. Das Projekt Interpret hatte damit eine *integrative Wirkung*. Bei den SRK-Ambulatorien ist durch die Therapien eine Stabilisierung der Lage der Traumatisierten, aber auch ihres Umfelds erreicht worden. Damit konnte eine *Milderung der negativen Auswirkungen der Migrationserfahrung* erreicht werden. Schliesslich werden die Broschüren des Projekts Migesplus auch von einheimischen Personen nachgefragt. Und beim Projekt Fachstelle Ostschweiz haben einzelne Fachpersonen angegeben, ihre Behandlungs- und Betreuungspraxis aufgrund der neuen Erkenntnisse auch gegenüber Schweizerinnen und Schweizern angepasst zu haben. Diese Veränderungen können punktuell unter Umständen zur *Verbesserung des Gesundheitszustands weiterer Bevölkerungsteile* beitragen.

Eine weitere wichtige – symbolische – Wirkung der Strategie M+G, welche die Evaluation festgestellt hat, ist die Verbesserung der *Sichtbarkeit der Probleme* und die Stärkung der *Legitimierung* von Aktivitäten im Bereich M+G. Das Programmteam stellte fest, das Thema M+G habe BAG-intern durch das vom Bundesrat verabschiedete Strategiepapier an Gewicht gewonnen, was sich bei den „Migration Mainstreaming“-Bestrebungen als förderlich erwies. Auch das BFM verwies nach eigenen Aussagen mehrmals auf die Strategie M+G, um die gesundheitsbezogenen Aktivitäten amtsintern besser zu legitimieren und positionieren. Auch aussen stehende Personen betonten in den Gesprächen die legitimierende und sensibilisierende Wirkung der Strategie M+G. Mit dem Strategiepapier hat das BAG laut mehreren Personen eine Problemsicht artikuliert und etabliert, was eine Verständigung unter den im Bereich tätigen Akteuren ermögliche. Mehrere Integrationsdelegierte hoben hervor, der Bund habe eine Thematisierung der Problematik und eine gewisse Sensibilisierung erreicht. Es sei ein Zeichen, wenn sich der Bund einem Thema zuwende; das BAG wird im Gesundheitsbereich als Autorität betrachtet, die von den Kantonen und anderen Akteuren nicht ignoriert werden kann. Die Strategie hat gemäss den Interviews etwas ins Rollen gebracht. Während im Strategiepapier noch festgestellt wurde, der Grossteil der Kantone unternehme keine eigenen Initiativen im Bereich M+G (M+G 2002: 20), sind mittlerweile in verschiedenen Kantonen Aktivitäten im Gange.²² Obwohl diese oft keinen expliziten Bezug zur Strategie M+G aufweisen, kann davon ausgegangen werden, dass die sensibilisierende und legitimierende Funktion der Strategie M+G zu ihrer Lancierung beigetragen hat. Die im Strategiepapier postulierte *Initiativfunktion* kann deshalb zu einem gewissen Grade als erfüllt betrachtet werden, hätte durch eine angemessenere Kommunikation (vgl. erwähnte Leistungsdefizite)

²² Erwähnt wurden unter anderem die Verankerung der Gesundheit als Thema im Integrationskonzept des Kantons Aargau, die Unterstützung von Kleinstprojekten im Kanton Neuenburg, die Herausgabe eines kantonalen Gesundheitswegweisers im Kanton Luzern oder die laufenden Aktivitäten in verschiedenen Spitälern.

wohl aber noch verstärkt wahrgenommen werden können. Eine Weiterführung der Strategie M+G wurde von sämtlichen Personen, die sich dazu geäußert haben, unter anderem mit Verweis auf die Signalwirkung des Bundes befürwortet.

Effizienz

Ist die Strategie M+G effizient in dem Sinne, als der Vergleich zwischen dem Ressourceneinsatz und den Wirkungen positiv ausfällt?

Grundsätzlich ist die Effizienz der Strategie M+G sowohl auf Projekt- als auch auf Programmebene positiv zu beurteilen. Auf beiden Ebenen stellte die Evaluation jedoch auch einzelne Schwächen fest, die auf Verbesserungsmöglichkeiten hinweisen.

Bei den begrenzten Ressourcen von rund CHF 3 Millionen, die vom BAG jährlich im Rahmen der Strategie M+G für *Projekte* eingesetzt wurden, ist die Leistungs- und Wirkungsbilanz im Gesamten betrachtet positiv. Die Beantwortung der Frage nach der wirkungsbezogenen Effizienz erweist sich aber aufgrund der beschränkten empirischen Wirkungsnachweise als schwierig. Bezüglich der Wirkungen der evaluierten Projekte auf die Migrationsbevölkerung gibt es nur vereinzelte empirische Hinweise. Bei den Adressaten haben die Projekte die beabsichtigten Wirkungen mehrheitlich zumindest teilweise erreicht, ausgenommen von zwei Projekten mit bescheidenem Leistungsausweis, bei denen die leistungs- und die wirkungsbezogene Effizienz eher nicht gewährleistet war, sowie einem Projekt mit einer unklaren Effizienzbilanz zum Zeitpunkt des Evaluationsabschlusses. Bei den übrigen Projekten ist grundsätzlich von einer effizienten Leistungserbringung auszugehen, wobei einige Projektevaluationen Verbesserungsmöglichkeiten feststellten. In längerfristiger Perspektive ist die wirkungsbezogene Effizienz angesichts der wenig gesicherten Nachhaltigkeit der meisten Projekte jedoch deutlich kritischer zu betrachten. Unsicher ist auch die Nutzung der Erkenntnisse aus den unterstützten Forschungsprojekten.

Auf *Programmebene* wurde bei der Kommunikation eine ineffiziente Leistungserbringung konstatiert, durch die erwartungsgemäss auch die sensibilisierende Wirkung der Strategie M+G nach aussen behindert wurde. Überdies wurde ein grosser Vernetzungsaufwand betrieben, der bisher nur beschränkt erfassbare Wirkungen hatte, womit die wirkungsbezogene Effizienz als unsicher erscheint. Jedoch hat die Vernetzung die Voraussetzungen für eine weitere Zusammenarbeit geschaffen, und besteht gemäss der Evaluation das Potenzial, dass das BAG durch die Partnerschaften künftig vermehrt einen konkreteren Nutzen erzielt. Insgesamt wird angesichts der doch eher beschränkten personellen Ressourcen sowie der weitgehend reibungslosen Umsetzung die wirkungsbezogene Effizienz auch beim Programmmanagement des BAG als vorwiegend gut bewertet.

Dennoch sei darauf hingewiesen, dass die wirkungsbezogene Effizienz der Strategie M+G einerseits durch eine punktuelle Optimierung der Umsetzung, andererseits – und wichtiger –

durch eine bessere Konzipierung, bei der namentlich die vorhandene empirische Evidenz und die tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten des Bundes bzw. des BAG berücksichtigt worden wären, noch hätte gesteigert werden können.

6.2 Gesamtwürdigung

Hat der Bund mit der Strategie M+G das Richtige getan? Diese Grundsatzfrage lässt sich auf der Basis der vorliegenden Evaluation in drei Schritten beantworten: Erstens, waren die Vorgaben für die Strategie M+G in Bezug auf Ziele und Massnahmen richtig? Zweitens, wurden die vorgesehenen Massnahmen und Ziele richtig, d.h. den Vorgaben entsprechend umgesetzt? Drittens, war die Art und Weise Umsetzung richtig, d.h. gut? Je nach Frage fallen die Antworten unterschiedlich aus. Die Gesamtbilanz ist jedoch, trotz Zwischentönen, positiv.

Nahm sich der Bund bei der Strategie M+G das Richtige vor?

Diese Frage beantwortet die Evaluation, indem sie untersuchte, ob das Konzept, das der Strategie M+G zugrunde liegt, wissenschaftlich abgestützt und kohärent ist (vgl. Kapitel 2). Die Evaluation kommt diesbezüglich zu einem positiven Schluss, stellt jedoch kritisch fest, dass das Konzept nur sehr grob festlegte, was zu tun war. Es wurde unterlassen, die generellen Vorgaben zu konkretisieren und bis auf die Projektebene herunterzubrechen.

Setzte der Bund bei der Strategie M+G das Richtige um?

Um diese Frage zu beantworten, untersuchte die Evaluation, ob das, was gemacht wurde, den Vorgaben tatsächlich entsprach und einen Beitrag zu den Zielen der Strategie M+G leistete. Bei diesem Vergleich kommt die Evaluation zu einem kritischeren Befund. Sie stellt fest, dass die ursprünglichen Vorgaben und Ziele nur zum Teil erfüllt worden sind, hauptsächlich weil sie zu allgemein und ambitiös formuliert worden sind und die Ressourcen und die Zeit, die zur Verfügung standen, nicht ausreichten, um sämtliche Vorgaben der Strategie M+G zu erfüllen. Teilweise erwiesen sich auch die politischen, ökonomischen und institutionellen Rahmenbedingungen als schwierig. So zeigte sich bei der Umsetzung, dass namentlich die Kantone, aber auch weitere Akteure wie beispielsweise Verbände, nicht bereit waren mitzuwirken, weshalb einige Massnahmen nicht wie geplant realisiert werden konnten. Dennoch konnte auf Massnahmenebene zu sämtlichen Wirkungszielen ein Beitrag geleistet werden, häufig jedoch über andere Massnahmen als geplant. Gewisse Massnahmen wurden ausserdem auch deshalb nicht planmässig umgesetzt, weil sie nicht einem integrativen Ansatz entsprachen, d.h. nicht eine Anpassung der Regelversorgung auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten anstrebten, sondern auf die Förderung von speziellen Strukturen für Migrantinnen und Migranten ausgerichtet waren. Im Laufe der Umsetzung setzte sich der integrative Ansatz jedoch immer deutlicher durch. Dies wird von der Evaluation als richtig eingeschätzt, da dieser Ansatz den zentralen Programmzielen der Öffnung des Gesundheits-

systems und der Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse sowie Bestrebungen eines „Migration Mainstreaming“ entspricht, die vom BAG in Angriff genommen worden sind und auch international vermehrt diskutiert werden. Unter diesem Gesichtspunkt erachtet es die Evaluation als sinnvoll, dass gewisse Ziele nicht über die ursprünglich geplanten, sondern über stärker integrativ ausgerichtete Massnahmen angestrebt wurden.

War die Art und Weise der Umsetzung der Strategie M+G richtig?

Um diese letzte Frage zu beantworten, analysierte die Evaluation, wie die einzelnen Projekte und Tätigkeiten durchgeführt worden sind. Die Evaluation kommt weitgehend zu positiven Schlüssen. Die Projektarbeit war insgesamt gut. Die Projekte waren mit wenigen Ausnahmen von hoher Qualität. Auch stellte die Evaluation Wirkungen bei den Adressaten der Projekte sowie vereinzelte Hinweise auf Wirkungen bei der Migrationsbevölkerung fest. Mit vielen Projekten mussten jedoch zunächst die Grundlagen geschaffen und das „Terrain“ vorbereitet werden, bevor interveniert werden konnte. Nachhaltigkeitsfragen wurden bei den Projekten aber zu wenig konsequent berücksichtigt. Entsprechend ist die Weiterführung vieler Projekte insbesondere in finanzieller Hinsicht nicht gesichert. Die Projekte wurden durch das Programmmanagement des BAG ansonsten mehrheitlich gut unterstützt. Nur punktuell könnten die BAG-interne Organisation und das Projektmanagement optimiert werden. Eindeutig als Problembereich erwies sich die Programmkommunikation, wobei hier mehrmalige Anstrengungen zur Verbesserung unternommen wurden. Die Anstrengungen, die das BAG für die Vernetzungen mit institutionellen Akteuren im Gesundheits- und Migrationsbereich unternommen hat, sind im Lichte des integrativen Ansatzes, der auf strukturelle Veränderungen zielt, angebracht. Mit dieser Vernetzung konnten die Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit mit verschiedenen institutionellen Partnern geschaffen werden. Bisher war die Kooperation aber grösstenteils unverbindlich und wenig konkret. Kaum gelungen ist der Einbezug der Kantone. Sie konnten nicht in beabsichtigtem Masse für eine finanzielle Beteiligung gewonnen werden. Angesichts des erheblichen geleisteten Vorbereitungsaufwands und der langen Anlaufzeiten für Interventionen sollten die erfolgreichen Bemühungen deshalb durch den Bund fortgesetzt werden.

Zusammenfassend ist der Bund bei der Strategie M+G somit von einem gut begründeten und stimmigen, allerdings auch etwas vagen und sehr ambitionierten Konzept ausgegangen. Aufgrund von beschränkten Ressourcen sowie ungünstigen Bedingungen konnte dieses Konzept aber nicht vollständig umgesetzt werden. Bei der Umsetzung wurden jedoch zweckmässige Prioritäten gesetzt, die einem integrativen Ansatz entsprachen. Die Umsetzung sowohl auf Programmebene als auch auf Projektebene verlief überwiegend gut. Grössere Probleme identifizierte die Evaluation lediglich bei der Programmkommunikation, bei der zwischenzeitlich jedoch bereits gewisse Anpassungen realisiert worden sind. Ansonsten hat die Evaluation funktionelle Umsetzungsstrukturen vorgefunden. In Abhängigkeit der Inhalte

einer allfälligen Nachfolgestrategie könnte die Umsetzung jedoch noch punktuell optimiert sowie die Nachhaltigkeit gesichert werden. Im Grossen und Ganzen hat der Bund mit der Strategie M+G das Richtige richtig getan. Er kann es künftig jedoch noch besser machen.

6.3 Empfehlungen

Mit der Strategie M+G ist es gelungen, den Problemen im Bereich M+G eine bessere Sichtbarkeit zu verleihen sowie in verschiedenen Bereichen über Projekte konkrete Leistungen zu erstellen, die auch gewisse Wirkungen ausgelöst haben. Doch hat die Evaluation auch gewisse Schwächen aufgezeigt, die auf Verbesserungsmöglichkeiten hinweisen. In der Folge gibt die Evaluation Hinweise dafür, was beibehalten werden sollte und inwiefern eine allfällige Nachfolgestrategie noch wirkungsvoller ausgestaltet werden könnte.

6.3.1 Konzeptionelle Grundlagen

Viele Schwächen der evaluierten Strategie M+G liessen sich auf ungeeignete konzeptionelle Grundlagen zurückführen. Das Strategiepapier präsentierte zwar in verständlicher Art und Weise die Probleme im Bereich M+G und mögliche Stossrichtungen, doch blieb es insgesamt vage. Es erwies sich deshalb als Grundlage für die Umsetzung als unzulänglich. Hieraus folgt die erste Empfehlung:

- *Konzeptionelle Grundlagen stärken:* Die Vorgaben einer Nachfolgestrategie sind systematisch und unter Berücksichtigung der Machbarkeit zu erarbeiten. Die einzelnen Konzeptbestandteile sollten möglichst konkret definiert und gleichzeitig auf die übrigen Bestandteile, insbesondere auf die vorhandenen Ressourcen, abgestimmt werden. Dabei empfiehlt sich unter Umständen eine Trennung von Publikumsbroschüre und Umsetzungsgrundlage. Letztere ist jedoch nicht als internes Dokument zu konzipieren, sondern sollte auch den an der Umsetzung beteiligten Akteuren als Orientierung dienen können.

Um die Umsetzung dieser ersten Empfehlung bei einer allfälligen Nachfolgestrategie zu erleichtern, werden die weiteren Empfehlungen entlang den einzelnen Konzeptbestandteilen strukturiert, die eine Nachfolgestrategie enthalten sollte.

6.3.2 Problemdefinition

Bei der Strategie M+G wurden die zugrunde liegenden Probleme einerseits zwar breit, andererseits aber nur sehr generell dargestellt, was auf die damals beschränkte vorhandene Evidenz, aber auch auf die fehlende Ausschöpfung der Erkenntnisse zurückzuführen ist.

- *Breiten Problemaufriss beibehalten:* Die breite Darstellung der zugrunde liegenden Probleme ist beizubehalten, um einerseits die Rahmenbedingungen der Nachfolgestrate-

gie und andererseits, einer umfassenden „Public Health“-Sicht entsprechend, die Bezüge zu anderen Politikfeldern sichtbar zu machen.

- *Probleme genauer definieren:* Gleichzeitig sind die Probleme, die angegangen werden sollen, auf der Basis der neuen Erkenntnisse, insbesondere aus dem Gesundheitsmonitoring, genauer zu bestimmen. Eine eindeutige Problemdefinition ist die Voraussetzung für die Formulierung von klaren Vorgaben.
- *Probleme nach Relevanz gewichten:* Leitend bei der Fokussierung der Probleme sollte die empirische Evidenz zu ihrer Relevanz sein, die sich aus zwei Parametern ergibt:
 - Intensitätsgrad: Wie schwerwiegend ist ein Problem für die Betroffenen?
 - Prävalenz: Wie viele Personen sind davon betroffen?

Am relevantesten sind demnach folgenschwere Probleme, die viele Personen betreffen. Die wissenschaftliche Abstützung eines Problems lässt sich auch als politisches Argument verwenden.

- *Machbarkeitsüberlegungen einbeziehen:* Die Fokussierung der Probleme muss mit den bestehenden Interventionsmöglichkeiten des Bundes bzw. des BAG übereinstimmen (Kohärenz zu operativen und organisatorischen Vorgaben).

6.3.3 Zielvorgaben

Zielvorgaben beschreiben die angestrebten Wirkungen. Bei der Strategie M+G gab es erstens übergeordnete Programmziele, zweitens massnahmenbezogene Ziele und drittens Projektziele. Diese verschiedenen Ziele waren nicht explizit miteinander verbunden und allesamt sehr allgemein formuliert. In formeller Hinsicht lassen sich folgende Empfehlungen formulieren:

- *Zielhierarchie festlegen:* Bei einer Nachfolgestrategie ist eine explizite Zielhierarchie festzulegen, die von der Programm- bis zur Projektebene reicht. Die Ziele sind ausdrücklich als solche erkennbar zu machen. Die verschiedenen Zielebenen müssen miteinander explizit in Verbindung gebracht werden.
- *Ziele konkretisieren:* Durch eine Konkretisierung der Ziele können zu hohe Erwartungen vermeiden und die strategischen Ziele sowohl auf Programm- als auch auf Projektebene als steuerungsrelevante Vorgaben genutzt werden. Die Konkretisierung der Ziele sollte so „smart“ wie möglich sein, d.h.:
 - *Spezifisch:* Es muss angegeben werden, was bei wem verändert werden soll. Dies setzt eine detaillierte Problemanalyse (vgl. oben) voraus.
 - *Messbar:* Die Wirkungsziele sind durch entsprechende Indikatoren und die Vorgabe von entsprechenden Instrumenten zu ihrer Überprüfung zu präzisieren.

- *Anspruchsvoll*: Die Ziele erfordern eine Anstrengung; d.h. sie dürfen nicht bereits dem Ist-Zustand entsprechen.
- *Realistisch*: Die Ziele müssen mit den vorhandenen Ressourcen (Personal, Finanzen) und im vorgegebenen Zeithorizont erreichbar sein. Die Notwendigkeit von realistischen Zielen ist aufgrund der Evaluationsergebnisse besonders hervorzuheben.
- *Terminiert*: Die Ziele müssen bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht werden. Neben mittelfristigen Zielen, die bis Ende der Laufzeit der Strategie erreicht werden sollen, und Projektzielen, die bis Vertragsablauf erfüllt werden sollen, ist auf beiden Ebenen die Definition von Zwischenzielen zu prüfen. Diese müssten an Wirkungsmessungen gekoppelt sein. Der diesbezügliche Aufwand ist dem Nutzen einer wirkungsorientierten Steuerung gegenüberzustellen.

In inhaltlicher Hinsicht lassen sich zu den Programmzielen folgende Hinweise geben:

- *Gesundheitliche Chancengleichheit als Vision beibehalten*: Mit dieser Vision wird der Bezug der Strategie zum Gesundheitsbereich deutlich gemacht. Die Vision ist empirisch abgestützt, indem es verschiedene Hinweise gibt, dass die gesundheitliche Chancengleichheit nicht gewährleistet ist. Die Vision entspricht internationalen Stossrichtungen und ermöglicht den Anschluss an den Diversitätsdiskurs.
- *Hauptziel konkretisieren*: Das Hauptziel der Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung ist grundsätzlich beizubehalten, muss jedoch konkretisiert werden. Insbesondere ist zu spezifizieren, bei welchen Teilen der Migrationsbevölkerung welche Verbesserungen erzielt werden sollen. Dabei hat sich die Nachfolgestrategie an empirisch bedeutsamen Faktoren wie dem sozioökonomischen Status zu orientieren.
- *Effizienzziel neu verorten*: Zum Ziel der Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen fehlen entsprechende Studien und empirische Nachweise. Das Effizienzziel lässt sich zudem nicht mit der übergeordneten Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung in Bezug setzen. Aus diesen Gründen ist es wegzulassen oder höchstens als erwünschte Nebenwirkung zu erwähnen.
- *Unterziele den tatsächlichen Prioritäten anpassen*: Die zwei Unterziele der Öffnung des Gesundheitssystems und der besseren Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse sollten weiterverfolgt werden. Sie sind empirisch abgestützt und entsprechen dem integrativen Ansatz, der künftig noch stärker verfolgt werden sollte (vgl. unten). Die beiden Ziele sollten künftig auch auf das BAG selber angewandt werden. Das dritte Unterziel der Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten sollte dagegen höchstens als Folgewirkung der beiden anderen Ziele angestrebt werden. Es erhielt bereits in der evaluierten Strategie wenig Gewicht. Ausserdem bezieht sich dieses Ziel

auf die Nachfrageseite statt auf die Strukturen, die mit dem integrativen Ansatz zukünftig im Zentrum stehen sollten. Schliesslich besteht die Vermutung, dass es zu hohe Erwartungen bezüglich des Einbezugs von Migrantinnen und Migranten gestützt hat.

6.3.4 Operative Vorgaben (Themen, Massnahmen, Ansätze)

Die Strategie M+G 2002–2006 setzt mit ihren Massnahmen nicht bei den generellen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit (z.B. Rahmenbedingungen für die Integration) an, sondern bei Problemen mit einem klaren Gesundheitsbezug. Es wurden fünf Interventionsbereiche mit je zwei bis drei Massnahmen definiert, die über Projekte realisiert werden sollten. Die Leistungsbilanz fiel im Vergleich zu den ursprünglichen Vorgaben in allen Interventionsbereichen kritisch aus.

- *Auf Massnahmen mit Gesundheitsbezug fokussieren:* Eine Nachfolgestrategie von der Grösse der evaluierten Strategie M+G sollte sich aus Machbarkeitsüberlegungen auf Massnahmen mit einem klaren Gesundheitsbezug beschränken. Für diese Fokussierung spricht auch die Erkenntnis, dass die Strategie M+G als BAG-Programm und damit in erster Linie als Gesundheits- und weniger als Migrationsprogramm wahrgenommen wird und das BAG im Vergleich zu BFM und EKA eine dominante Stellung bei der Umsetzung hatte. Eine Abstimmung mit anderen Politikbereichen ist jedoch wünschbar.
- *Konsequent einen integrativen Ansatz verfolgen:* Die Tätigkeiten des Bundes sollten allesamt einem integrativen Ansatz verpflichtet sein, der darauf abzielt, die Regelstrukturen so anzupassen, dass auch die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten abgedeckt werden. Der Bund sollte somit vermehrt versuchen, über zeitlich beschränkte Tätigkeiten in bestehenden Strukturen und Massnahmen nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Den Zielen der Öffnung und der Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse entsprechend, sollte der Bund zunehmend ein „Migration Mainstreaming“ verfolgen.
- *Sensibilisierungs- und Initiativfunktion stärken:* Es gehört zu den Stärken des Bundes im Vergleich zu anderen Akteuren, dass er einem Thema wie M+G Gewicht verleihen und andere Akteure über eine Sensibilisierung dazu bringen kann, selber aktiv zu werden. Im Sinne der Stärkung dieser Initiativfunktion des Bundes sind Bemühungen zur Förderung der Mitwirkungsbereitschaft der Akteure angezeigt. Namentlich gegenüber den Kantonen muss über entsprechende Kommunikations-, Sensibilisierungsmassnahmen und Anreize, die auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Kantone abgestimmt sind, eine Einsatzbereitschaft geschaffen werden. Dazu ist es notwendig, dass sich auch die Direktion in den beteiligten Bundesstellen für die Vernetzung mit den Kantonen einsetzt und dem Anliegen dadurch eine höhere Priorität verleiht.

- *BAG-interne Synergien nutzen und „Migration Mainstreaming“ fördern:* Die Zusammenarbeit mit BAG-internen Bereichen, die Berührungspunkten zur Nachfolgestrategie aufweisen, sollte weitergeführt und ausgedehnt werden. Das BAG sollte, dem integrativen Ansatz entsprechend, seine Programme migrationsgerecht ausgestalten und mit seinen Aktivitäten in verschiedenen Bereichen auf eine Öffnung des Gesundheitssystems hinwirken. Dadurch erhält die Forderung nach „Migration Mainstreaming“ auch gegenüber anderen Akteuren eine höhere Legitimation.
- *Machbarkeit der Massnahmen berücksichtigen:* Für die Umsetzung der geplanten Massnahmen müssen einerseits die Ressourcen ausreichen, andererseits muss der Bund über entsprechende Handlungsmöglichkeiten verfügen. Will der Bund in Bereiche hineinwirken, in welchen er nicht selber über Kompetenzen verfügt, muss die Mitwirkung der relevanten Akteure vorgängig gesichert sein. Namentlich bei den Kantonen und den Leistungserbringern, die für die Umsetzung des integrativen Ansatzes im Bereich der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle spielen, kann die Kooperationsbereitschaft nicht einfach vorausgesetzt werden. Aufgrund der Freiwilligkeit der Zusammenarbeit bleiben die Handlungsmöglichkeiten des Bundes jedoch immer begrenzt.
- *Auf thematische Kontinuität setzen und Nachhaltigkeit sichern:* Mit der evaluierten Strategie M+G wurde in den meisten Interventionsbereichen gewissermassen das Terrain vorbereitet. Die erfolgreichen Bemühungen sollten deshalb im Rahmen der Nachfolgestrategie weiter unterstützt und in nachhaltige Strukturen überführt werden. Die Art und Weise, wie die Nachhaltigkeit in den Projekten gewährt werden kann, ist unterschiedlich. Die Projektevaluationen liefern dazu Hinweise. Die Interventionsbereiche sind ausserdem so breit gefasst, dass die thematische Kontinuität auch beim Aufgreifen von neuen Problemen gewährleistet werden kann. Die Frage der Nachhaltigkeit sollte bei neuen Projekten von Beginn weg einbezogen und im Gesamtkontext der Nachfolgestrategie (z.B. Möglichkeiten einer kantonalen Mitfinanzierung) betrachtet werden.
- *Inhaltliche Stossrichtungen in den einzelnen Interventionsbereichen anpassen:* Aufgrund der gemachten Erfahrungen und den Erkenntnissen aus der Evaluation sollten die Massnahmen verbessert werden.
 - *Interventionsbereich Bildung:* Das Engagement im Bereich ikÜ muss in Zusammenarbeit mit der Integrationsförderung weiterverfolgt werden mit dem klaren Ziel, die Nachhaltigkeit zu sichern. Eine allfällige Weiterentwicklung der ikÜ in Richtung ikV hat vom Bestehenden auszugehen und ebenfalls in Abstimmung mit der Integrationsförderung zu erfolgen. Die Weiterbildung für die Gesundheitsberufe ist prinzipiell ein wichtiges Feld, bei dem auch BAG-interne Schnittstellen zu beachten sind.
 - *Interventionsbereich Information, Prävention, Gesundheitsförderung:* Im Präventionsbereich ist das BAG-interne „Migration Mainstreaming“ prioritär weiterzuverfol-

gen. Projekte sind, wenn möglich, in bestehende Programme des BAG zu integrieren. Die Wahl der Themen sollte evidenzbasiert erfolgen. Die Zusammenarbeit mit weiteren eidgenössischen Strukturen (z.B. GFS) ist weiterhin zu suchen. Daneben kommt dem Bund bei der Bereitstellung von migrationsgerechten Gesundheitsinformationen eine wichtige Aufgabe zu, die – dem integrativen Ansatz entsprechend – wenn möglich zusammen mit Akteuren in den jeweiligen Bereichen (auch BAG-Sektionen) wahrgenommen werden sollte. Die Kommunikation ist künftig als übergeordneter Bereich zu konzipieren und hat neben Leistungserbringern auch weitere relevante Akteure anzusprechen.

- *Interventionsbereich Gesundheitsversorgung*: Die Bearbeitung dieses Bereichs ist aufgrund der gemachten Erfahrungen mit den Kantonen grundsätzlich zu überdenken (vgl. Empfehlung Machbarkeit der Massnahmen).
- *Interventionsbereich Angebote für Traumatisierte im Asylbereich*: Für die dezentralisierten SRK-Ambulatorien besteht ein Bedarf. Ihr Fortbestand ist zu sichern. Eine Öffnung für einen breiteren Personenkreis ist allenfalls teilweise zu prüfen.
- *Interventionsbereich Forschung*: Die Bereitstellung von Wissen wird von kantonalen Akteuren als Hauptaufgabe des Bundes im Bereich M+G betrachtet. Das GMM liefert wichtige Grundlagen und sollte einem Monitoring entsprechend im Rahmen einer Nachfolgestrategie wiederholt werden. Weiterhin sollte der Anschluss an bestehende Befragungen im Vordergrund stehen, um die Weiterführung längerfristig zu sichern. Daneben ist, sofern sich ein konkreter Bedarf im Rahmen des Programms ergibt, anwendungsorientierte Forschung zu unterstützen. Die Nutzung von BAG-internen Synergien (Sektionen FEB, Grundlagen) ist sicherzustellen. Daneben ist auch das in Nationalen Forschungsprogrammen generierte Wissen zur Kenntnis zu nehmen.

6.3.5 Organisatorische Vorgaben

Die Organisation der Umsetzung erwies sich bei der evaluierten Strategie grundsätzlich als geeignet. Das Programmmanagement des BAG funktionierte, abgesehen vom Kommunikationsbereich, weitgehend gut. Die Organisation der Vernetzung über vier Umsetzungsgremien erwies sich als aufwändig und generierte nur einen beschränkten konkreten Nutzen.

- *Vernetzung neu und verbindlicher gestalten*: Angesichts des integrativen Ansatzes ist die Vernetzung mit den relevanten und interessierten Akteuren mit dem klaren Ziel der verbindlicheren Zusammenarbeit weiterzuführen. Die Strukturen der Vernetzung sind jedoch zu vereinfachen und überdenken, zumal über die Gremien keine Verbindlichkeit hergestellt werden konnte. Bei der Ausgestaltung der Gremien ist auf eine klare Aufgabenformulierung zu achten, auf welche die Mitgliederwahl und Ressourcen abgestimmt

sind. Entscheidungsprozesse sollten festgelegt werden. Ausserdem ist eine Trennung von strategischer und operativer Ebene angezeigt.

- *BAG-interne Koordination formalisieren:* Für die BAG-interne Vernetzung ist angesichts der bereichsspezifischen Schnittstellen nicht ein Gremium zu schaffen, sondern die hierarchische Steuerung zu verstärken, die der internen Koordination ein grösseres Gewicht verleiht. Dies setzt eine klare Unterstützung durch die Direktion voraus.
- *Ressourcen für die Vernetzung bereitstellen:* Die Vernetzung erfordert Ressourcen, die eingeplant werden müssen. Dies gilt insbesondere auch für die BAG-interne Vernetzung. Die Ressourcen für die Vernetzung lohnen sich aus der Perspektive der strukturellen Nachhaltigkeit, vorausgesetzt, es wird eine gewisse Verbindlichkeit erlangt.
- *Kommunikation ins Programmmanagement einbinden:* Die Kommunikation hat sich an jene Adressaten zu richten, deren Einbezug und Unterstützung für das Gelingen der Nachfolgestrategie entscheidend sind. Wird eine Stärkung der Initiativfunktion des Bundes angestrebt, sind entsprechende kommunikative Massnahmen, insbesondere bei den Kantonen und Leistungserbringern, vorzusehen, die von der Direktion unterstützt und in Absprache mit der Amtskommunikation durchgeführt werden. Um die sensibilisierende Wirkung zu verbessern, ist die Kommunikation eng an die Programminhalte anzubinden. Für die Kommunikation sind deshalb interne Ressourcen bereitzustellen.
- *Genauer planen und strukturieren:* Die Umsetzung der Nachfolgestrategie sollte genauer geplant werden. Dies setzt eine frühzeitige Klärung der Rahmenbedingungen voraus. Für die Umsetzung könnten pro Interventionsbereich Projektanträge erarbeitet werden, die aufzeigen, mit welchen Aktivitäten die jeweiligen Ziele erreicht werden. Dadurch kann sichergestellt werden, dass die Vorgaben systematisch umgesetzt und Synergien gezielt genutzt werden. Gleichzeitig wird auch ein allfälliger Forschungsbedarf sichtbar. Es empfiehlt sich, massgebliche Akteure bei der Erarbeitung der Konzepte einzubeziehen, um ihre Mitarbeit zu sichern und die vorhandenen Bedürfnisse frühzeitig zu klären.
- *Projektmanagement punktuell optimieren:* Beim Projektmanagement sind die Wirkungsziele und Anforderungen an die Selbstevaluationen durch den stärkeren Einbezug der Evaluationsexpertise aus der Sektion FEB bei der Vertragserarbeitung genauer zu definieren. Daneben ist bei der vertraglichen Festlegung der Zahlungstermine darauf zu achten, dass eine gründliche Kontrolle der Rechnungen möglich ist. Eine stärkere Strukturierung der Mandatsvergabe durch die Definition von Kriterien, die als Orientierungspunkte dienen können, ist empfehlenswert. Dazu gehören auch Kriterien, die den Einbezug von Migrantinnen und Migranten in den Projekten regeln. Ausserdem muss die Steuerungsproblematik beachtet werden: Projektträger verfolgen immer auch Eigeninteressen, was sich einerseits in heiklen Bereichen wie der externen Delegation von Finanzkompetenzen, andererseits bei komplexen Projektstrukturen mit Untermandaten als Problem erweisen kann.

7 Anhang

7.1 Literaturverzeichnis

- BAG (1997). „Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation“. Bern: Fachbereich Evaluation, Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2002). „Projekt Migration und Gesundheit: Schlussbericht 2000–2002“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Dienst Migration.
- BAG (2003). „Projektantrag Umsetzung Strategie Migration und Gesundheit 2002–2006“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2004a). „Stratégie Migration et santé 2002–2006: Cahier des charges pour une évaluation de la Stratégie“. Berne: Bundesamt für Gesundheit (BAG), CCE.
- BAG (2004b). „Faktenblatt: Gender Mainstreaming in Public Health“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BFS (1998). „Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz: Detailergebnisse der 1. Schweiz. Gesundheitsbefragung“. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2000a). „Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997“. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2000b). „Migration und ausländische Bevölkerung in der Schweiz“. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS (2004). „Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz: Bericht 2004“. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bischoff, Alexander „Trägt die interkulturelle Mediation zur Inklusion bei? Strategie und Praxis im Vergleich zwischen den Bereichen Gesundheit, Erziehung, Soziales und Justiz: Zusammenfassung der wichtigsten Resultate“. NFP 51: Integration und Abschluss. http://www.nfp51.ch/d_module.cfm?Projects.Command=details&get=25 (2006/11/07).
- Bussmann, Werner (1997). „Evaluationen in der Schweiz“, in: Peter Knoepfel (Hg.). Einführung in die Politikevaluation. Basel, Frankfurt a.M.: Helbing & Lichtenhahn: 13-35.
- Calmonte, R. (2000). „Die Gesundheit der ausländischen Bevölkerung“, in: BFS (Hg.). Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz: Detailergebnisse der 1. Schweiz. Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS): 111-21.
- Cattacin, Sandro, Milena Chimienti, Stefano Losa und Martin Niederberger (2000). „Delphi ‘Migration und Gesundheit’: Kurzauswertung der ersten Runde“. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM).
- Chimienti, M., S. Cattacin und et al. (2001). ‘Migration et santé’: Priorités d’une stratégie d’intervention : Rapport de base d’une étude Delphi. Neuchâtel: Forum suisse pour l’étude des migrations (SFM).
- Cloetta, Bernhard, Adrian Spörri-Fahrni, Brenda Spencer, Ursel Broesskamp, Brigitte Ruckstuhl und Günter Ackermann (2004). „Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz: Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Dahinden, Janine und Alexander Bischoff (2005). „Interkulturelle Mediation: Welche Form der Integration?“ Bulletin NFP 51: 3-4.
- Efionayi-Mäder, Denise, Milena Chimienti, Stefano Losa und Sandro Cattacin (2001). „Evaluation des Gesamtprogrammes „Migration und Gesundheit“ des Bundesamts für Ge-

- sundheit“, Forschungsbericht 17/2001. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien (SFM).
- Hammer, Stephan, Judith Trageser und Simone Ledermann (2006). „Evaluation der Strategie ‘Migration und Gesundheit 2002–2006’: Ergebnisse der Projektevaluationen (Beilagenband 3)“. Zürich: INFRAS.
- Knoepfel, Peter, Corinne Larrue und Frédéric Varone (2001). Analyse et pilotage des politiques publiques. Genève, Bâle, Munich: Helbing & Lichtenhahn.
- Ledermann, Simone und Fritz Sager (2006). „Evaluation der Strategie ‘Migration und Gesundheit 2002–2006’: Evaluation der Programmumsetzung (Beilagenband 2, überarbeitete Fassung)“. Bern: Büro Vatter.
- Ledermann, Simone, Christian Rüefli, Fritz Sager und Petra Zeyen Bernasconi (2006). „Evaluation der Strategie ‘Migration und Gesundheit 2002–2006’: Evaluation des Programmkonzepts (Beilagenband 1, überarbeitete Fassung)“. Bern: Büro Vatter.
- M+G (2002). „Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Mayring, Philipp (2003). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006). „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung: Endbericht (rev. Fassung vom Mai 2006)“. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).
- Sager, Fritz und Simone Ledermann (2004). „Evaluation der Strategie ‘Migration und Gesundheit 2002–2006’: Detailkonzept“. Bern: Büro Vatter.
- Vranjes, N., B.E. Bisig und F. Gutzwiller (1996). „Gesundheit der Ausländer in der Schweiz“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Facheinheit Sucht und Aids.
- Weiss, R. (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.

7.2 Dokumentenverzeichnis

7.2.1 Gremien

Interinstitutionelle Begleitgruppe (IBG)

Fachstelle M+G, „Argumentarium für eine verstärkte Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung Schweiz und BAG im Bereich Migration und Gesundheit“ vom 06.11.2003.

Protokolle Interinstitutionelle Begleitgruppe (IBG) vom 03.07.2003, 22.01.2004, 24.06.2004, 03.02.2005, 28.06.2005.

Protokoll „Sitzung zu Fragen der Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung Schweiz und BAG im Themenbereich Migration und Gesundheit“ vom 11.01.2005.

Kleines Migrationsforum Gesundheit (KMFG)

Informationen Kleines Migrationsforum Gesundheit (KMFG) vom 03.04.2003, 05.06.2003, 25.08.2003, 30.10.2003, 15.01.2004, 25.03.2004, 06.05.2004, 01.07.2004, 14.10.2004, 13.01.2005, 23.03.2005, 02.06.2005, 25.08.2005, 01.12.2005, 09.02.2006.

Planungsgruppe Ämter (PGÄ)

Protokolle Planungsgruppe Ämter (PGÄ) vom 19.03.2003, 25.11.2003, 13.05.2004, 18.11.2004, 01.06.2005, 09.11.2005.

Sounding-Board Migration (SBM)

Protokoll Sektion Chancengleichheit und Gesundheit (C+G), interne Sitzung zum Sounding-Board Migration (SBM) vom 15.11.2004.

Protokolle Sounding-Board Migration (SBM) vom 26.06.2003, 13.11.2003, 27.05.2004, 21.10.2004, 01.12.2004, 09.03.2005, 18.04.2005, 23.05.2005, 07.06.2005, 02.11.2005, 22.11.2005, 14.12.2005.

Rückmeldungen des BAG zum „Konzeptentwurf: Fachgruppe SBM“ vom 20.05.2005.

Sounding-Board Migration (SBM), Konzeptentwurf Fachgruppe vom 02.03.2005.

Stellungnahme des BAG, Fachbereich Migration und Gesundheit, zum Vorprojekt „Prozess Sounding-Board Migration“ / Leitplanken vom 22.11.2004.

Steuergruppe (StG)

Protokoll Steuergruppe (StG) vom 13.10.2003.

7.2.2 Programmmanagement BAG

BAG, Strategie Migration und Gesundheit: Massnahmenplan 2002–2006, Version vom 10.03.2003.

Budgets (Excel-Dateien) der Fachstelle M+G bzw. der Sektion C+G:

FS_Budget2003_2006

Sektion C+G_Budget2004_2006_alt_060105

Sektion C+G_Budget2005_2007_gültig_ab2005

Sektion C+G_Budget2006_2008gültig_ab201205

Fachbereich M+G, Jahresplanung 2004–2007, Excel-Datei vom 14.04.2005.

Factsheet „Fachstelle Migration und Gesundheit“ (ohne Datum).

Factsheet „Sektion Chancengleichheit und Gesundheit: Fachbereich Migration und Gesundheit“ vom 01.02.2005, 01.08.2005, 25.01.2006.

Informationen aus der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit (Info C+G), 29 Zweiwochenberichte zwischen 25.11.2004 und 16.03.2006.

Notiz Sektion Chancengleichheit und Gesundheit (C+G), Prioritätensetzung, Retraite vom 09.-10.02.2005.

Organigramme BAG vom 01.01.2004, 15.10.2004.

Organigramme „Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit“ vom 11.03.2003, 29.01.2004, 20.01.2005, 02.08.2005, 01.09.2005, 13.03.2006.

Pflichtenheft Teilprogrammleitung (Wissenschaftlicher Mitarbeiter) vom 07.04.2002.

Protokolle Sektion Chancengleichheit und Gesundheit (C+G), interne Sitzungen vom 11.11.2004, 28.04.2005, 26.05.2005, 23.06.2005, 15.09.2005, 13.10.2005, 27.10.2005, 08.12.2005, 22.12.2005, 19.01.2006, 16.02.2006, 16.03.2006.

Sektion Chancengleichheit und Gesundheit, Protokoll des Arbeitstages auf dem Gurten vom 10.11.2005.

Wochenberichte der FS Migration und Gesundheit bzw. der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit (C+G), Nr. 27 bis 46 aus dem Jahr 2004 (mit gewissen Lücken).

Kommunikation

BAG (2006) Einladung zur Angebotsabgabe im selektiven Verfahren: internes Dokument.

Erste mandatierte Firma (2003) Kommunikationskonzept zur Strategie „Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006“, Bern, 16. September 2003.

Zweite mandatierte Firma (2003) Offerte zur Umsetzung des Kommunikationskonzepts zur Strategie Migration und Gesundheit für das Bundesamt für Gesundheit, Oktober 2003.

BAG (2003) Vertrag-Nr. 03.001137.

Zweite mandatierte Firma (2004a) Detailkonzept zu miges.ch.

Zweite mandatierte Firma (2004b) Detailkonzept zu den Factsheets.

Zweite mandatierte Firma (2004c) Konzeptskizze GMFG.

Zweite mandatierte Firma (2004d) Tagungsbilanz zum GMFG.

7.2.3 Strategieentwicklungsprozess

Mandat Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“.

Protokolle Fokusgruppen, die im Rahmen der Delphi-Studie durchgeführt wurden (Chimienti et al. 2001)

Protokolle Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“ vom 14.01.2000, 19.05.2000, 30.06.2000, 13.09.2000, 07.11.2000.

7.2.4 Weitere Dokumente

Bundesamt für Sozialversicherung, Kreisschreiben 02/10: Weisung. Versicherungspflicht der Sans-papiers. 19. Dezember 2002

IMES-Rundschreiben: Praxis IMES bei der Anwesenheitsregelung von Ausländerinnen und Ausländern in schwerwiegenden persönlichen Härtefällen. Praxisänderung des BFF zum Rundschreiben vom 21. Dezember 2001. 17. September 2004

Jahresbericht 2004 der Fachstelle Gesundheit von Frau und Mann des BAG

7.3 Liste der befragten Personen

In der Folge werden die Personen aufgelistet, mit welchen im Rahmen der Programmevaluation ein Leitfadeninterview durchgeführt worden ist (vgl. Leitfaden in Anhang 7.5.1, sofern nicht anders vermerkt). Die Personen werden nach der Funktion aufgeführt, in der sie im Rahmen der Strategie M+G primär befragt worden sind. Es wurden, sofern nicht anders vermerkt, persönliche Gespräche geführt.

7.3.1 Vorgesetzte BAG

Ursula Ulrich; Leiterin Abteilung Multisektorale Gesundheitspolitik; 21. März 2006, 1 h 5'.

7.3.2 Programmteam BAG

Thomas Spang; Leiter Sektion C+G, Programmleitung; 4. April 2005, 1 h 40', sowie 14. März 2006, 2 h 10', und 23. März 2006, 2 h.

Christina Eggenberger; Teilprogrammleitung IB B; 27. Februar 2006, 2 h.

Rahel Gall; Teilprogrammleitung IB V/F; 10. März 2006, 2 h 30'.

Verena Hanselmann; Teilprogrammleitung IB I, Leiterin Fachbereich Gender Health, Sektion C+G; 15. März 2006, 2 h.

Brigit Zuppinger; Teilprogrammleitung IB I; 6. März 2006, 2 h 15'.

Fokusgruppe (vgl. Leitfaden in Anhang 7.5.3) vom 11. August 2005, 2 h, mit:

- Petra Aemmer; Stv. Teilprogrammleitung IB V/F
- Stefan Enggist; Teilprogrammleitung IB B
- Verena Hanselmann; Teilprogrammleitung IB I
- Thomas Spang; Leiter Sektion C+G, Programmleitung
- Brigit Zuppinger; Teilprogrammleitung IB I

7.3.3 Planungsgruppe Ämter

Simone Gretler Heusser; BFM, Sektion Integration; 12. April 2005, 2 h 30'.

Simone Prodolliet, EKA, Leiterin Sekretariat; 2. März 2006, 1 h.

Beatrice Reusser; BFM, Leiterin Sektion Subventionsaufsicht; 18. April 2005, 2 h, sowie 14. März 2006, 1 h.

7.3.4 Kleines Migrationsforum Gesundheit

Stefan Enggist; BAG, Projektleitung „Migration & Aids“, Sektion Aids, ehem. Teilprogrammleitung IB B; 21. März 2006, 2 h.

Patricia Ganter; BFM, Projektverantwortliche IB T, Sektion Subventionsaufsicht; 14. März 2006, 1 h 45'.

Christof Meier; EKA, Koordinator Integrationsförderungsprogramm des Bundes; 8. März 2006, 1 h 15'.

7.3.5 Interinstitutionelle Begleitgruppe

Oliver Freeman; Integrationsdelegierter der Stadt Lausanne, Vizepräsident der Schweizerischen Konferenz der kommunalen, regionalen und kantonalen Integrationsdelegierten (KID), Vertreter des Schweizerischen Städteverbands; 14. September 2005, 1 h.

José Galan; FIMM, Leiter Arbeitsgruppe „Soziale Rechte, Gesundheit und Alter“; 28. November 2005, 1 h.

Maggie Graf; seco, Stv. Leiterin Ressort Grundlagen Arbeit und Gesundheit (ABGG), Abteilung Arbeitsbedingungen; 19. August 2005, 1 h.

Nadia von Holzen; ehem. Vertretung SFH, später Vertretung GFS, gegenwärtig wissenschaftliche Mitarbeiterin Fachbereich Gender Health, Sektion C+G, BAG; 24. November 2005, 1 h.

Raffaella Miccoli; BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Sektion Rechtsetzung und Grundlagen (ehem. BSV); 6. Oktober 2005, 1 h.

Irene Renz; Leitung Fachstelle Gesundheitsförderung Kt. Basel-Landschaft, Vertreterin der GDK; 12. Dezember 2005, 1 h 10'.

Hansjörg Vogel; Integrationsbeauftragter Kt. Luzern, Vertreter der Schweizerischen Konferenz der kommunalen, regionalen und kantonalen Integrationsdelegierten (KID); 1. September 2005, 1 h 45'.

Petra Wittwer-Bernhard; BBT, Leiterin Ressort Integration Gesundheits-, Sozial- und Kunstberufe; 8. September 2005, 1 h 10'.

7.3.6 Sounding-Board Migration

Osman Besic; 31. Januar 2006, 1 h 30'.

Umberto Castra; 9. September 2005, 1 h 30'.

Mustafa Ideli; 18. August 2005, 1 h 30'.

Jocyn Manzanilla; 2. September 2005, 1 h 45'.

Osman Osmani; 29. August 2005, 1 h 45'.

Beatriz Paiva Keller; 16. August 2005, 2 h.

Noël Tshibangu; 8. Februar 2006, 2 h.

7.3.7 Kommunikation

Mit folgenden Personen wurden telefonische Leitfadeninterviews (ausschliesslich Fragen zur Kommunikation, vgl. Leitfaden in Anhang 7.5.1) durchgeführt:

Andreas Kurz; zweite mandatierte Firma; 9. März 2006, 30'.

Rita Schmid; externe Organisationsfirma; 7. März 2006, 30'.

7.3.8 Integrationsdelegierte und Ausländerdienste

Mit folgenden Personen wurden telefonische Leitfadeninterviews durchgeführt, sofern nicht anders vermerkt (vgl. Leitfaden in Anhang 7.5.4):

Isabel Bartal, Interimistische Leiterin der Fachstelle für Integrationsförderung der Stadt Zürich, 2. Februar 2006, 30'.

Roland Beerli, Integrationsdelegierter des Kantons BE, 26. Januar 2006, 30'.

Angela Bryner, Stellvertreterin des kantonalen Integrationsdelegierten und Leiterin der Anlaufstelle für rassistische Diskriminierung BS, 26. Januar 2006, 25'.

Robert Cuénod, Integrationsdelegierter des Kantons GE, 23. Januar 2006, 25'.

Thomas Facchinetti, Integrationsdelegierter des Kantons VD, 20. Februar 2006, 35'.

Magaly Hanselmann, Leiterin von „La Fraternité“, Kompetenzzentrum Integrationsförderung des Kantons VD, 2. Februar 2006, 65' (persönliches Interview).

Susanne Hoffmann, Leiterin der Arbeitsgemeinschaft für Integrationsfragen St. Gallen,
1. Februar 2006, 30'.

Felix Hürlimann, Integrationsdelegierter des Kantons AG, 23. Januar 2006, 35'.

Bernard Tétard, Integrationsdelegierter des Kantons FR, 16. Februar 2006, 35'.

Verena Wicki, Stellenleiterin Ausländerdienst Fabia, Luzern, 30. Januar 2006, 35'.

7.3.9 Wissenschaft

Mit folgenden Personen wurden Interviews zur empirischen Evidenz der Strategie M+G
geführt (vgl. Leitfaden in Anhang 7.5.2)

Dr. Janine Dahinden; Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien,
Neuchâtel; 6. Juli 2005, 1 h 30.

Dr. Christoph Hatz; Schweizerisches Tropeninstitut, Basel; 8. März 2005, 1 h 15.

Dr. Corina Salis-Gross; Ethnologisches Institut Universität Bern; 16. Februar 2005, 1 h 40.

Dr. Marcel Zwahlen; Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern; 9. März
2005, 0 h 45.

7.4 Mitglieder der Begleitgruppe

Florence Chenaux, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sektion Forschungspolitik, Evaluation und Berichterstattung (FEB) des BAG, Leitung des Evaluationsprojekts im BAG.

Alexandra Clerc, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sektion Subventionsaufsicht, Direktionsbereich Bürgerrecht und Integration des BFM.

Janine Dahinden, Projektleiterin, Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien, wissenschaftliche Begleitung des Evaluationsprojekts.

Rahel Gall, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG, Teilprogrammleitung Interventionsbereich Forschung.

Simone Prodoliet, Leitung Sekretariat der EKA.

Beatrice Reusser, Leitung Sektion Subventionsaufsicht, Direktionsbereich Bürgerrecht und Integration des BFM.

Thomas Spang, Leitung Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG, Programmleitung Strategie M+G.

7.5 Gesprächsleitfäden

7.5.1 Leitfaden zur Strategieevaluation

Version 3. August 2005

Einführung

- Kurze Einführung zur Evaluation insgesamt
- Zweck des Interviews
- Thematische Schwerpunkte und Ablauf

Zur Person

- Könnten Sie sich bitte kurz vorstellen und Ihren Bezug zur Strategie M+G erläutern.
 - Wie lange befassen Sie sich bereits mit der Strategie M+G bzw. mit dem Thema M+G?
 - In welchen Funktionen waren Sie bisher tätig?

Konzept

Empirische Evidenz

- Entspricht die Strategie M+G, wie sie auf dem Papier steht, einem Bedürfnis der Migrationsbevölkerung?
- Besteht ein nachgewiesener Bedarf für die Strategie?
 - Entspricht die Problemanalyse, die im Strategiepapier vorgenommen wird, dem gegenwärtigen Wissensstand?
- Stützte man sich bei der Wahl der Interventionsbereiche und der Massnahmen auf wissenschaftlichen Grundlagen?
- Wie würden Sie die wissenschaftliche Abstützung der Strategie insgesamt beurteilen?

Strategieinterne Kohärenz

- Was will die Strategie zur Lösung der Probleme im Bereich M+G beitragen?
- Sind die Ziele im Strategiepapier klar?
 - Ist Ihnen die Prioritätenordnung der Ziele klar?
 - Erlauben die Ziele, wie sie in der Strategie formuliert sind, eine klare Ausrichtung der Massnahmen?
 - Sind die Ziele so formuliert, dass festgestellt werden kann, ob sie erreicht werden?
- Setzt die Strategie an den richtigen Stellen zur Problemlösung an?
 - Wurden die richtigen Interventionsbereiche und Massnahmen gewählt, um die Ziele der Strategie zu erreichen?

- Ist die Strategie M+G, wie sie auf dem Papier steht, insgesamt in sich kohärent?

Interpolicy-Kohärenz

- Wurde bei der Erarbeitung der Strategie darauf geachtet, welche Ziele und Massnahmen der Bund sonst im Bereich Migration bzw. im Gesundheitsbereich verfolgt?
- Ist die Strategie M+G abgestimmt auf andere Programme und Massnahmen des BAG bzw. der Bundesstellen, die sich an der Ausarbeitung der Strategie beteiligt haben (BFF, IMES, EKA) oder gibt es Widersprüche?
- Ist die Strategie M+G abgestimmt auf die übrigen Massnahmen des Bundes und allenfalls weiterer Akteure im Bereich Migration bzw. Gesundheit oder gibt es Widersprüche?

Umsetzungsstrukturen

Generelle Aufgabenteilung

- Das Strategiepapier weist dem Bund die Rolle des Koordinators und Promotors zu und betont die Bedeutung von Partnerschaften sowohl für die Umsetzung als auch für die Finanzierung. Warum wurde dieser Ansatz der Partnerschaften gewählt?
 - Ist dieser Ansatz geeignet für die Umsetzung der Massnahmen und die Erreichung der Ziele der Strategie?
 - Könnte der Bund gewisse Aufgaben auch selber wahrnehmen?
- Die Umsetzungsstrukturen und die Formen der Zusammenarbeit sind im Strategiepapier nur generell beschrieben. Stellte dies bei der weiteren Konkretisierung ein Problem dar?

Organisation der strategischen und operativen Leitung

- Für die Leitung der Strategie ist im Strategiepapier die Bildung einer interinstitutionellen Projektgruppe aus folgenden Akteuren vorgesehen:
 - beteiligte Bundesstellen: BAG, BFF und IMES (jetzt: BFM), EKA
 - weitere Bundesstellen sowie Kantone und Städte
 - evtl. weitere Akteure (Krankenversicherer, GFS, SFH)

Aus welchen Gründen wurde auf die Bildung einer solchen Projektgruppe verzichtet?

- Im Strategiepapier wird zudem die Bildung einer wissenschaftlichen Begleitgruppe vorgeschlagen. Welches Gremium übernimmt allenfalls diese Funktion?
- Was ist die Funktion der folgenden organisatorischen Einheiten bei der Umsetzung der Strategie M+G? (Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen)
 - Programmleitung, Programmteam
 - Planungsgruppe Ämter, KMFG
 - Interinstitutionelle Begleitgruppe
 - Sounding-Board Migration

- GMFG
- Was war die Funktion der Steuergruppe und warum ist sie aufgelöst worden? Gibt es gegenwärtig ein Project Board, das die Kontrolle des Programmmanagers gewährleistet?
- Hat es in Bezug auf die Zusammensetzung und Funktion der verschiedenen organisatorischen Einheiten weitere Veränderungen gegeben? Falls ja, warum?
 - Hatte die BAG-interne Reorganisation eine Auswirkung auf die Ausgestaltung der Umsetzungsstrukturen?
 - Hatte die Zusammenlegung von IMES und BFF zum BFM eine Auswirkung auf die Ausgestaltung der Umsetzungsstrukturen?

Eignung der Leitungsstrukturen für die Umsetzung

- Sind die Kompetenzen der einzelnen Gremien und Stellen sowie die Entscheidungswege innerhalb dieser Organisationsstruktur klar? (keine Kompetenzkonflikte)
 - Ist Ihnen selbst klar, wofür Sie zuständig sind und an wen Sie sich jeweils zu wenden haben?
 - Sind die Kompetenzen und Abläufe formell festgelegt?
- Wie funktioniert der Informationsfluss innerhalb und zwischen den verschiedenen Gremien und Stellen?
 - Erhalten Sie selbst die richtigen Informationen zur richtigen Zeit?
- Können die verschiedenen Gremien und Stellen ihre Funktion tatsächlich wahrnehmen?
 - Eignet sich ihre jeweilige Zusammensetzung? (Know-how, Professionalität, Akzeptanz)
 - Stehen ihnen die notwendigen finanziellen und personellen/zeitlichen Ressourcen zur Verfügung?
 - Können Sie selbst Ihre Aufgabe erfüllen?
- Auf strategischer Ebene sind drei (BAG, BFM, EKA), auf operativer Ebene zwei Bundesstellen (BAG, BFM) an der Leitung der Strategie M+G beteiligt. Sind die Zuständigkeiten der verschiedenen Stellen mit den vorhandenen Organisationsstrukturen klar geregelt?
 - Eignen sich die Strukturen für die Zusammenarbeit der beteiligten Bundesstellen?
- Sind die vorhandenen Strukturen für die strategische und operative Leitung insgesamt geeignet für die Umsetzung der vorgesehenen Massnahmen?

Strukturelle und finanzielle Nachhaltigkeit

- In Bezug auf die Finanzierung war eine schrittweise Erhöhung der Bundesmittel auf 7 Mio. Franken im Jahr 2006 vorgesehen. Haben sich bezüglich der finanziellen Mittel Veränderungen ergeben?

- Wie gesichert ist die Finanzierung von Massnahmen im Bereich M+G durch das BAG nach Ablauf der Strategie?
- Die finanzielle Beteiligung Dritter wird im Strategiepapier als wichtig bezeichnet für die Verankerung der Strategie. Wie sollte die „Ressourcengemeinschaft“, deren Bildung im Strategiepapier gefordert wird, aufgebaut werden?
 - Inwieweit ist es gelungen, eine solche Ressourcengemeinschaft aufzubauen?
 - Wie gross ist das Engagement des Bundes abgesehen vom BAG?
 - Wie stark ist die finanzielle Beteiligung der Kantone und Städte?
 - Beteiligen sich weitere Organisationen an der Finanzierung?
 - Haben diese Dritten verbindliche Zusagen für eine weitere Finanzierung nach 2006 gemacht oder in Aussicht gestellt?
- Die Massnahmen werden im Rahmen von Projekten durchgeführt, die mittels Mandaten an Dritte vergeben werden. Worauf wird bei der Projektvergabe geachtet?
 - Stellen finanzielle Eigenleistungen des Projektträgers ein Kriterium dar?
 - Stellt die Dauerhaftigkeit der Organisationsstrukturen beim Projektträger ein Kriterium dar? (weitmögliche Integration in bestehende Strukturen)
- Wie beurteilen Sie die finanzielle und strukturelle Nachhaltigkeit der Massnahmen, die im Rahmen der Projekte durchgeführt werden?
 - Können die Projekte nach Ablauf der Unterstützung durch den Bund weitergeführt werden?
 - Könnte die Nachhaltigkeit der Massnahmen allenfalls verbessert werden?

Leistungen

Angemessenheit der Leistungen auf Projektebene

- Wurden in Bezug auf die definierten operativen Zielgrössen (vgl. Tabelle 5 im Strategiepapier) jeweils konkrete Massnahmen in Angriff genommen?
 - Werden die operativen Zielgrössen damit mehrheitlich erreicht?
- Werden zusätzlich zu den vorgesehenen Tätigkeiten noch weitere Massnahmen verfolgt?
- Wie schätzen Sie insgesamt die Qualität der Leistungen ein, die im Rahmen der Projekte erbracht werden?
 - Sind Sie insgesamt mit den erbrachten Leistungen zufrieden?

Angemessenheit des Programmmanagements allgemein

- Das BAG hat die Federführung bei der Umsetzung der Strategie. Welche Leistungen erbringt es im Rahmen des Managements der Strategie?
 - Sind diese Leistungen formell definiert worden?

- Werden die Projektträger mit den Leistungen, die das BAG erbringt, bei der Umsetzung der Massnahmen wirkungsvoll unterstützt?
 - Wie schätzen Sie die Zufriedenheit der Projektträger mit den Leistungen ein?
- Könnte das Programmmanagement des BAG in Bezug auf die eingesetzten Ressourcen und die Wirkungen, die erzielt werden, allenfalls noch optimiert werden?

Angemessenheit der Koordination

- Wie werden die verschiedenen Projekte innerhalb eines Interventionsbereiches aufeinander abgestimmt?
- Wie werden die verschiedenen Interventionsbereiche aufeinander abgestimmt?
 - Wie erfolgt namentlich die Koordination mit dem Bereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich, für den das BFM zuständig ist?
- Sind die verschiedenen Projekte und Interventionsbereiche Ihrer Meinung nach gut miteinander koordiniert?
 - Wie könnte die Koordination allenfalls verbessert werden?

Angemessenheit der Qualitätssicherung und Kontrolle

- Was unternimmt das BAG, um die Qualität der Leistungen der Mandatnehmer zu sichern und zu fördern?
 - Gibt es standardisierte Kriterien, die in die Mandate einfliessen?
- Wie werden die Leistungen der Mandatnehmer kontrolliert?
 - Gibt es eine regelmässige Berichterstattungspflicht?
- Findet innerhalb des BAG eine Qualitätssicherung und Kontrolle statt (Controlling)?
- Wie schätzen Sie die interne und externe Qualitätssicherung und Kontrolle ein?
 - Was könnte allenfalls verbessert werden?

Angemessenheit des Wissenstransfers und der Vernetzung

- Im Rahmen der Strategie M+G werden Forschungsmandate vergeben. Wonach richtet sich die Wahl der Themen?
 - Entsprechen die Themen einem Bedarf (Erkenntnislücken)?
- Was geschieht mit den Ergebnissen der Forschungsarbeiten?
 - Was unternimmt das BAG, um die Ergebnisse den potenziell Interessierten zur Kenntnis zu bringen? (Veröffentlichungen, Tagungen, Kongresse)
 - Gibt es Hinweise für eine konzeptuelle Verwendung, also dafür, dass die Forschungsergebnisse die Betrachtungsweise von Problemen im Bereich M+G verändert haben?

- Gibt es Hinweise für eine instrumentelle Verwendung, also dafür, dass die Forschungsergebnisse zu konkreten Veränderungen in der Praxis geführt haben?
- Im Rahmen der Strategie M+G soll via Migrationsforen auch die Vernetzung gefördert werden. Wie beurteilen Sie die Bedeutung des KMFG bzw. des GMFG in Bezug auf:
 - die Effizienzsteigerung? (Verringerung von Doppelspurigkeiten)
 - die Verbesserung der Wirksamkeit von Massnahmen? (Synergienutzung)
 - den Wissenstransfer?
 - die Förderung der Akzeptanz?

Angemessenheit der Kommunikation

- Welche Kommunikationsmassnahmen werden im Rahmen der Strategie M+G durchgeführt?
 - Welche Zielgruppen und Wirkungen werden angestrebt?
- Die Kommunikation wurde ausgelagert. Warum, und was waren die Konsequenzen?
 - Wer ist gegenwärtig im Bereich der Kommunikation wofür zuständig?
- Wie bewerten Sie die Kommunikation im Rahmen der Strategie M+G?
 - Werden mit den Kommunikationsmassnahmen alle Zielgruppen erreicht?
 - Sind Sie selbst mit der Kommunikation zufrieden?
 - Wie könnte die Kommunikation allenfalls verbessert werden?

Wirkungen

Effektivität und Wirksamkeit

- Welchen Beitrag leistet die Strategie gesamthaft gesehen zur besseren Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse im Gesundheitsbereich?
- Welchen Beitrag leistet die Strategie zur Öffnung des schweizerischen Gesundheitssystems allgemein?
- Welchen Beitrag leistet die Strategie zur Verbesserung der eigenständigen Problemlösung durch Migrantinnen und Migranten?
- Welchen Beitrag leistet die Strategie zur Verbesserung des Gesundheitszustands in der Migrationsbevölkerung?
- Welchen Beitrag leistet die Strategie zur Einsparung von Kosten im Gesundheitswesen?

Wirkungsbezogene Effizienz

- Sehen Sie Möglichkeiten, dass die Strategie M+G mit den gleichen finanziellen und personellen Ressourcen grössere Wirkung erzielen könnte?

7.5.2 Leitfaden zur empirischen Evidenz

Einleitung

Wie beurteilen Sie generell die wissenschaftliche Abstützung der Strategie M+G?

Problemdefinition

Wie beurteilen Sie die Intensität und Prävalenz der Probleme im Bereich M+G?

- Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es bezüglich der Art und Verbreitung der Probleme?
- Wie beurteilen Sie die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie zwischen Asylsuchenden und Arbeitsmigrantinnen und -migranten?
- Wie beurteilen Sie die Vollständigkeit und Qualität der angegebenen empirischen Evidenz?

Wie beurteilen Sie die Annahmen zu den Problemursachen?

- Welche Probleme und Kausalzusammenhänge sind wissenschaftlich abgestützt?
- Welches sind die wichtigsten Problemursachen?
- Fehlen wichtige Probleme oder Kausalzusammenhänge?

Interventionsstrategie

Wie beurteilen Sie die Ziele der Strategie M+G? [Abbildung 5 vorlegen]

- Welche Ziele sind aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Problemlage prioritär zu verfolgen?

Wie beurteilen Sie die Ansatzpunkte zur Problemlösung, die in der Strategie gewählt werden?

- Lassen sich diese Ansatzpunkte mit Verweis auf wissenschaftliche Studien zur Problemlage und zur Wirksamkeit verschiedener Interventionen begründen?
- Welche dieser Ansatzpunkte sind prioritär zu verfolgen, um die Ziele der Strategie zu erreichen?
- Welche alternativen Ansatzpunkte könnten gemäss dem gegenwärtigen Wissensstand gewählt werden?

Wie beurteilen Sie die Wahl der Interventionsbereiche und ihre jeweiligen Prioritäten?
[Rangfolge der Interventionsbereiche auflisten]

- Lässt sich die Wahl dieser Interventionsbereiche mit Verweis auf wissenschaftliche Grundlagen begründen?
- Stimmt die Prioritätenordnung mit den vorhandenen Erkenntnissen zur Bedeutung der verschiedenen Interventionsbereiche überein?

- Welche alternativen Interventionsbereiche könnten gemäss den vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen gewählt werden?

[Präzisierung von Frage 0, wenn Zeit vorhanden.] Wie beurteilen Sie die Ansatzpunkte der Problemlösung, die mit den verschiedenen Massnahmen gewählt werden? [Abbildung 6 vorlegen]

- Lassen sich diese Massnahmen mit Verweis auf wissenschaftliche Grundlagen begründen?
- Welche dieser Massnahmen sind prioritär durchzuführen, um die Ziele der Strategie zu erreichen?
- Welche alternativen Massnahmen könnten gemäss den vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen unternommen werden?

Möglichkeiten zur Verbesserung der empirischen Evidenz

Wie könnte die empirische Evidenz zu den Problemen und Interventionsmöglichkeiten im Bereich M+G verbessert werden?

- Wie können die epidemiologischen Grundlagen verbessert werden?
- Inwiefern bringt das Gesundheitsmonitoring eine Verbesserung der empirischen Grundlagen?
- Inwiefern bringen die punktuellen Forschungsaufträge, die im Rahmen der Strategie M+G vorgesehen sind, eine Verbesserung der empirischen Grundlagen?

Delphi-Studie

[Frage je nach Grad der Beteiligung anpassen.] Wie beurteilen Sie den Beitrag, den die Delphi-Studie zur besseren wissenschaftlichen Abstützung der Strategie geleistet hat?

- Wurden die richtigen Kreise von Fachleuten befragt?
- Wurden die richtigen Fragen gestellt?

7.5.3 Leitfaden zur Fokusgruppe

Version 10. August 2005

H: Hauptfrage, unbedingt stellen.

N: Nebenfrage, nur stellen, sofern genügend Zeit vorhanden ist.

Zeit	Thema/Fragestellung	Aspekte	Unterlagen
10.00 Einführung			
	Vorstellung Evaluatoren	<ul style="list-style-type: none"> – Begrüssung, Dank für Teilnahme – Vorstellung Moderation, Protokollierung 	Folie Ablauf der Fokusgruppe
10.05	Kurzvorstellung Evaluation, Zweck der Fokusgruppe		
10.10 Einstieg Diskussion			
10.10 H	Könnten Sie sich bitte kurz vorstellen?	<ul style="list-style-type: none"> – Wie lange befassen Sie sich bereits mit dem Thema M+G? – In welchen Interventionsbereichen und Funktionen waren Sie bisher tätig? 	Namen auf Blatt mit Sitzordnung notieren
H	Läuft das Programm, also die Umsetzung der Strategie wie vorgesehen, also grundsätzlich so, wie es im Strategiepapier und im Projektantrag steht?		Folie Zitat Patton
	Bei der Organisation gab es gewisse Veränderungen (Steuergruppe, Fusion BFF und IMES) gegenüber dem Geplanten. Stellt dieses Organigramm die <i>tatsächliche Organisation</i> dar?	<ul style="list-style-type: none"> – Funktion Linienvorgesetzte, keine Steuergruppe – Mitgliedschaft in KMFG – Mitgliedschaft der Gremien in GFMG 	Folie Organigramm

1. Teil: Programmabwicklung beim BAG

10.20 Strukturen, Prozesse und Tätigkeiten

H	In Bezug auf die BAG-interne Abwicklung des Programms, wie hat sich die Organisation bisher bewährt? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?	<ul style="list-style-type: none"> – Stärken der Organisation – Schwächen der Organisation 	Organigramm, weisse Kästchen
	Wie beurteilen Sie die <i>finanziellen Ressourcen</i> , die zur Verfügung stehen?	<ul style="list-style-type: none"> – Die budgetierten finanziellen Ressourcen beim BAG wurden noch vor Beginn der Umsetzung um 2,27 Mio. Fr. gekürzt. Auswirkungen? Stimmen Zahlen? 	Folie finanzielle Ressourcen
	Für die Umsetzung der Strategie sind im Projektantrag 410 Stellenprozente vorgesehen. Haben sich diesbezüglich Veränderungen ergeben? Reichen die <i>persönlichen Ressourcen</i> , um das Programm umzusetzen?	<ul style="list-style-type: none"> – 20% bei Sektion Grundlagen kompensiert? – Falls ja: Auswirkungen auf Umsetzung? 	Folie personelle Ressourcen
	Welche <i>Aufgaben</i> nehmen wie viel von Ihrer Zeit in Anspruch?	<ul style="list-style-type: none"> – Wo Schwerpunkte? (meiste Zeit) – Kommen gewisse Aufgaben zu kurz? 	Folie Aufgaben TPL, Prioritäten vermerken
	Verfügen Sie über die nötigen <i>Entscheidungskompetenzen</i> , um Ihre Aufgabe wahrzunehmen?	<ul style="list-style-type: none"> – Verteilung der Budgetkompetenzen 	
N	Wie beurteilen Sie die gegenwärtige <i>Aufteilung der Aufgaben</i> auf die verschiedenen Personen innerhalb des Teams?	<ul style="list-style-type: none"> – TPL: gewisse Personen haben mehrere Interventionsbereiche, gewisse Interventionsbereiche werden durch mehrere Personen betreut. Berücksichtigung der Prioritäten? – Arbeitsbelastung PL (z.B. Leitung sämtlicher M+G-Gremien) 	
	Wie sieht die <i>Zusammenarbeit</i> im Team aus, sowohl zwischen den verschiedenen TPL als auch zwischen der PL und den TPL?	<ul style="list-style-type: none"> – Periodizität von Teamsitzungen – bilaterale Kontakte – Koordination der Interventionsbereiche – Mitwirkung der TPL bei der PL, Unterstützung der PL durch TPL 	
	Wie beurteilen Sie den <i>Informationsfluss</i> ? Erhalten Sie die richtigen Informationen zur rechten Zeit?	<ul style="list-style-type: none"> – Informationsfluss von oben nach unten und von unten nach oben 	
N	Welche <i>Instrumente</i> benutzen Sie für die Programmsteuerung und das interne Controlling? Sind diese Instrumente geeignet?	<ul style="list-style-type: none"> – Massnahmenplan (nicht fortgeführt) – Jahresplanung 	

10.40 Verbindung zu Projektebene

N	Die Massnahmen werden im Rahmen von Projekten durchgeführt, die mittels Mandaten an Dritte vergeben werden. Was unternimmt das BAG, um die <i>Leistungen der Mandatnehmer zu kontrollieren</i> und ihre Qualität zu fördern?	<ul style="list-style-type: none"> - Berichterstattungspflichten - Vertragsausgestaltung 	
N	Nach welchen Kriterien richtet sich die <i>Projektvergabe</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> - Formell festgelegte Kriterien? - finanzielle Beteiligung? Dauerhaftigkeit der Organisationsstrukturen? 	
H	Werden die Projektträger durch das Programmmanagement des BAG wirksam unterstützt? Könnte das Programmmanagement diesbezüglich noch <i>optimiert</i> werden?		

10.50 Veränderungen und Ausblick

	Es gab im Team bereits verschiedene <i>personelle Veränderungen</i> bzw. Verschiebungen bei der Zuteilung der Interventionsbereiche und Aufgaben. Hat sich dies auf die Umsetzung der Strategie in irgendeiner Form ausgewirkt?	<ul style="list-style-type: none"> +: grössere Zufriedenheit dank Abwechslung, Lernen, geringerer Koordinationsbedarf, besserer Austausch -: Einarbeitungszeit, fehlende Kontinuität, Verlust von Know-how 	
H	Mit der Reorganisation wurde die frühere Fachstelle M+G innerhalb der <i>neuen Sektion C+G</i> als Fachbereich fortgeführt. Welche Auswirkungen hatte diese Reorganisation in Bezug auf die Aufgaben, die Sie wahrzunehmen haben? Ergaben sich durch die Reorganisation auch inhaltlich neue Schwerpunkte im Bereich M+G?	<ul style="list-style-type: none"> - Aufgabenbereiche des PL, zeitliche Verfügbarkeit - neue thematische Querbezüge (Gender), neue Schwerpunkte (Gesundheitspolitik) - Stellenwert der Strategie M+G im Aufgabenportfolio der Mitarbeitenden 	
	Wie ist der Draht der Sektion zu den <i>übergeordneten Hierarchiestufen</i> und zu anderen Abteilungen und Sektionen im Amt?	<ul style="list-style-type: none"> - Auswirkungen der Reorganisation: neue Vorgesetzte (Ursula Ulrich), zusätzliche Hierarchiestufe (Direktionsbereich Gesundheitspolitik), Entfernung von Sektionen Sucht und Sektion Aids 	
	Was sind die <i>Perspektiven</i> des Fachbereichs M+G in organisatorischer, finanzieller und personeller Hinsicht?	<ul style="list-style-type: none"> - Auflösung der Sektion Gesundheit und Umwelt in Abteilung „Multisektorale Gesundheitspolitik“ (Ursula Ulrich) - BR-Entscheid 18. Mai 2005 	

11.00 **2. Teil: Ämterzusammenarbeit**

H	Bei der Umsetzung der Strategie M+G findet eine Zusammenarbeit zwischen BAG, BFM und der EKA statt. Was sind Ihre bisherigen <i>Erfahrungen</i> mit dieser Ämterzusammenarbeit?	<ul style="list-style-type: none"> - Stärken und Chancen - Schwächen, Risiken und Grenzen - Bedeutung PAe auf operativer Ebene 	Organigramm: BFM, EKA, KMFG, PAe. Evtl. SWOT-Analyse in Paaren, dann zusammentragen
	Wie beurteilen Sie das <i>KMFG</i> ? Kann es eine effektive Koordination auf operativer Ebene gewährleisten?	<ul style="list-style-type: none"> - weitere Kanäle, bilaterale Kontakte? 	
N	Wie hat sich die Fusion von IMES und BFF auf die Zusammenarbeit ausgewirkt?	<ul style="list-style-type: none"> - Vereinfachung, da weniger Akteure? - thematische Verschiebungen? 	
N	BR-Beschluss vom 18. Mai 2005: Auftrag zur Überarbeitung der Strategie. Wird dabei weiterhin eine Zusammenarbeit der drei Bundesstellen angestrebt?		

3. Teil: M+G-Gremien

11.20 **IBG**

H	Wie beurteilen Sie die IBG? Sind alle wichtigen Institutionen und Organisationen vertreten?	<ul style="list-style-type: none"> - Könnte auf die Vertretung gewisser Organisationen und Institutionen verzichtet werden? - Was hätte eine Vergrößerung bzw. Verkleinerung für Auswirkungen? 	Folie Zusammensetzung IBG
	Kann die IBG die Aufgaben, die ihr im Projektantrag zugeschrieben werden, tatsächlich wahrnehmen?	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination oder nur Information - Unterstützung Umsetzung: Was haben Sie z.B. das letzte Mal aus der IBG mitgenommen? - Partner: Aufbau Ressourcengemeinschaft gelungen? 	Folie Aufgaben IBG
	Braucht es die IBG auch weiterhin und in welcher Form?	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammensetzung? - Aufgaben? 	

11.30 SBM

H	Beim SBM findet zurzeit eine Aufgabenklärung statt. Was ist hier aus Ihrer Sicht schief gelaufen?	– Vermischung zwei Optiken	
	Wenn Sie die im Projektantrag vorgesehenen Aufgaben betrachten, sehen Sie, was zu den Unklarheiten geführt haben könnte?		Folie Aufgaben SBM
H	Was hat die Zusammenarbeit mit dem SBM bisher gebracht und wie soll sie aus Ihrer Sicht weitergehen?	– Erwartungen ans SBM	
N	Im Hinblick auf ein Folgeprogramm: Braucht es überhaupt ein Gremium wie das SBM und falls ja, in welcher Form?	– wichtigste Aufgabe? – ideale Zusammensetzung? – Gestaltung der Zusammenarbeit?	

11.40 GMFG

N	Bisher hat zweimal ein GMFG stattgefunden. Warum findet im laufenden Jahr kein GMFG statt?		Folie GMFG
H	Was bringt dieses Forum im Hinblick auf die Umsetzung der Strategie?	– Was heisst „Vernetzung“ konkret? – Verbesserung der Koordination (Synergien, Effizienz)? – Förderung der Akzeptanz? – Wissenstransfer?	
	Das GMFG ist Teil der Kommunikation. Welche weiteren Kommunikationsmassnahmen werden im Rahmen der Strategie M+G durchgeführt und wie beurteilen Sie diese?	– Zuständigkeiten? Frage der Auslagerung? – Erreichung der Zielgruppen?	
N	Erzielt die Kommunikation eine Breitenwirkung der Strategie M+G?		

11.50 **Abschluss**

H	Projekte sind per Definition zeitlich und thematisch beschränkt. Welche Möglichkeiten sehen Sie zur Förderung der Breitenwirkung und Nachhaltigkeit der Strategie?		
	Müsste dazu die Organisation der Umsetzung verändert werden?	<ul style="list-style-type: none"> - Institutionalisierung - Aufgabenwahrnehmung durch den Bund? 	
	Zusammenfassung der Diskussion durch Moderation		
	Wie beurteilen Sie diese Fokusgruppe? Welche Punkte in Bezug auf die Umsetzung der Strategie sind für Sie zu kurz gekommen und müssten noch diskutiert werden?		
	Ausblick: Einzelinterviews April bis Juli 2006 Danke für die Kooperation und spannende Beiträge		

7.5.4 Leitfaden zur telefonischen Befragung der Ausländerdienste und Integrationsdelegierten

Version 12. Januar 2006

Einführung

Der Bund, d.h. das Bundesamt für Gesundheit führt in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration und der EKA die Strategie „Migration und Gesundheit“ durch. Im Rahmen dieser Strategie unterstützt der Bund verschiedene Projekte mit dem Ziel, zu einer Verbesserung der Gesundheit der Migrationsbevölkerung beizutragen.

Information

- Kennen Sie die Strategie „Migration und Gesundheit“?
 ja → nächste Frage nein → Frageblock 3

Kommentare:

- Inwiefern hatten Sie mit der Strategie M+G zu tun?

- Über welche Kanäle haben Sie von der Strategie M+G erfahren?

- Zustellung des blauen Strategiepapiers (auch Kurzfassung)
- Homepage
- Integrationsbulletins
- Dossier „Migration und Gesundheit“ (weisser Ordner)
- Grosses Migrationsforum Gesundheit
- Spectra (Publikumszeitschrift des BAG)
- andere:

- Haben Sie das Gefühl, gut über die Strategie M+G informiert zu sein?

- Welche Informationen fehlen Ihnen allenfalls?

- Welche weiteren Kanäle könnten noch genutzt werden?

Projekte

- Kennen Sie Projekte, die im Rahmen der Strategie M+G durchgeführt werden? (Liste durchgehen, falls spontan keine Projekte genannt werden.)
 - Zertifizierung und Testverfahren interkulturelle Übersetzung und Vermittlung (SVEB/Interpret)
 - Rahmenprogramm für die migrationspezifische Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich (Stiftung Charlotte Olivier)
 - Migration und Sucht (Pilotprojekt des Contact Netz Bern und Nationale Machbarkeitsstudie des SFM)
 - Reproduktive Gesundheit: Nationale Koordinationsstelle (Iamaneh)
 - Support (Radix)
 - Afrimedia: HIV/Aids-Prävention (SRK/STI)
 - Migesplus: Internetplattform (SRK)
 - VIA Gesundheitswegweiser Schweiz (SRK)
 - Migrant-Friendly Hospitals (H⁺)
 - Fachstelle Gesundheit und Integration Ostschweiz (Caritas)
 - Ambulatorien Traumatherapie Zürich, Bern, Lausanne, Genf (SRK)
 - Behandlungsstandards Traumatherapie (EPZ)
 - Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (WIAD/Link)
 - Grundlagenforschung im Bereich M+G. Projekt:

 - kein Projekt → Frageblock Bundesengagement

Kommentare:

- Inwiefern hatten Sie mit den Projekten, die Sie kennen, zu tun?

- Was sind die Stärken und Schwächen dieser Projekte?

- Kann mit den Projekten Ihrer Meinung nach tatsächlich eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung erreicht werden?

Bundesengagement

- Was sind die Stärken und Schwächen der Strategie M+G?

- Wie beurteilen Sie die Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Bundesstellen, die im Bereich Migration und Gesundheit tätig sind (insbesondere BAG, EKA, BFM)?

- Welche Rolle sollte der Bund im Bereich „Migration und Gesundheit“ Ihrer Meinung nach zukünftig übernehmen (z.B. eigene Leistungserbringung, Leistungsfinanzierung, Koordination, keine Aktivitäten)?

- Ist es nötig, dass der Bund für diesen Bereich eine eigene Strategie hat?
keine Antwort

Kommentare:

Zur Person

Name:

Funktion, Institution:

Datum:

Dauer:

InterviewerIn: