



EVALUATION DER STRATEGIE „MIGRATION UND GESUNDHEIT 2002–2006“

Beilagenband 1: Evaluation des Programmkonzepts

Überarbeitete Fassung

Simone Ledermann, Büro Vatter

Christian Rüefli, Büro Vatter

Fritz Sager, Büro Vatter

Petra Zeyen Bernasconi, ISPM, Universität Bern

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Bern, Februar 2006

Impressum

Vertragsnummer: 04.000221

Laufzeit: Juli 2004 – Dezember 2006

Datenerhebungsperiode: November 2004 – Januar 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.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ziele und Fragestellungen der Evaluation	1
1.2	Untersuchungsdesign	2
1.2.1	Evaluationsgegenstände und -kriterien	2
1.2.2	Evaluationsebenen	4
1.2.3	Wirkungsmodell	4
1.3	Vorgehen der Konzeptevaluation	5
1.3.1	Programmkonzept als Untersuchungsgegenstand	5
1.3.2	Bewertungskriterien.....	6
1.3.3	Arbeitsschritte	7
1.4	Aufbau des Beilagenbands.....	7
2	Ausgangslage.....	9
2.1	Frühere Tätigkeiten des BAG im Bereich M+G	9
2.1.1	Projekt Migration und Gesundheit.....	9
2.1.2	Dienst Migration	10
2.2	Evaluation der bisherigen Tätigkeiten	11
2.3	Strategieentwicklung	13
3	Beschreibung des Programmkonzepts	14
3.1	Vorgehensweise	14
3.2	Problemdefinition.....	14
3.2.1	Intensitätsgrad	15
3.2.2	Prävalenz	17
3.2.3	Problemursachen	19
3.3	Zielvorgaben.....	26
3.3.1	Impactziele	28
3.3.2	Outcomeziele	30
3.4	Operative Vorgaben	32
3.4.1	Interventionsbereiche	33
3.4.2	Massnahmen	33
3.5	Organisatorische Vorgaben	43
3.5.1	Akteure und Rollendefinitionen	44
3.5.2	Vorgaben zur Finanzierung	44
3.5.3	Organisation des Programmmanagements.....	47
3.5.4	Organisatorische Vorgaben zu den Massnahmen.....	51

4	Empirische Evidenz.....	54
4.1	Vorgehensweise	55
4.2	Epidemiologische Evidenz im Bereich M+G	56
	4.2.1 Aktuelle Datenlage	56
	4.2.2 Epidemiologische Evidenz zur Problemlage	57
4.3	Empirische Evidenz der Problemdefinition	60
	4.3.1 Empirische Evidenz zum Intensitätsgrad	60
	4.3.2 Empirische Evidenz zur Prävalenz	61
	4.3.3 Empirische Evidenz zum Ursache-Wirkungsgefüge.....	62
4.4	Problemadäquatheit der Interventionsstrategie	69
	4.4.1 Problemadäquatheit der Zielvorgaben	70
	4.4.2 Problemadäquatheit der Massnahmen	72
4.5	Empirische Evidenz der Interventionsstrategie i.e.S.	77
	4.5.1 Empirische Evidenz i.e.S. der Outcomezielvorgaben	78
	4.5.2 Empirische Evidenz i.e.S. der Massnahmen	79
4.6	Beitrag der Delphi-Studie zur empirischen Abstützung	82
	4.6.1 Zielsetzung der Delphi-Studie	83
	4.6.2 Themenwahl	83
	4.6.3 Repräsentativität der Teilnehmenden.....	84
	4.6.4 Rolle der Bundesverwaltung bei der Strategieentwicklung.....	85
	4.6.5 Gesamtbeurteilung des Evidenzbeitrags der Delphi-Studie.....	86
4.7	Gesamtbeurteilung der empirischen Evidenz	86
5	Intrapolicy-Kohärenz.....	88
5.1	Vorgehensweise	88
5.2	Interne Kohärenz der einzelnen konstitutiven Elemente	89
	5.2.1 Problemdefinition	89
	5.2.2 Zielvorgaben	91
	5.2.3 Operative Vorgaben.....	94
	5.2.4 Organisatorische Vorgaben.....	97
5.3	Kohärenz zwischen den konstitutiven Elementen.....	102
	5.3.1 Vertikale Kohärenz der Zielvorgaben	103
	5.3.2 Vertikale Kohärenz der operativen Vorgaben	105
	5.3.3 Vertikale Kohärenz der organisatorischen Vorgaben	108
5.4	Gesamtbeurteilung der Intrapolicy-Kohärenz.....	110
6	Interpolicy-Kohärenz	113
6.1	Vorgehensweise	113
6.2	Identifizierung der relevanten Politikprogramme	115

6.3	Interpolicy-Kohärenz mit einzelnen Politikbereichen	121
6.3.1	Berufsbildungspolitik.....	121
6.3.2	Gesetzgebung über universitäre Gesundheitsberufe	122
6.3.3	Gesundheitsförderung gemäss Art. 19 KVG.....	123
6.3.4	Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung bei Arbeitnehmenden.....	124
6.3.5	Massnahmen der medizinischen Prävention	125
6.3.6	Suchtprävention (Tabak, Alkohol, illegale Drogen).....	126
6.3.7	Krankheitsbekämpfung (Infektionskrankheiten, Aids, Impfungen)	127
6.3.8	Drogenpolitik (Schadenminderung, Therapie).....	129
6.3.9	Krankenversicherungspolitik.....	130
6.3.10	Gender Health	131
6.3.11	Psychische Gesundheit.....	132
6.3.12	Zulassungspolitik	133
6.3.13	Asylpolitik.....	134
6.3.14	Integrationspolitik.....	136
6.3.15	Forschungspolitik.....	137
6.4	Gesamtbeurteilung der Interpolicy-Kohärenz.....	139
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	142
7.1	Programmkonzept als Grundlage für die Umsetzung und Evaluation der Strategie M+G.....	142
7.2	Relevanz der Strategie M+G.....	143
7.2.1	Eignung der Ansätze	143
7.2.2	Eignung der Zielgruppen	145
7.2.3	Eignung der Themen.....	147
7.2.4	Eignung der Prioritäten	149
7.3	Delphi-Methode als Grundlage für die Strategieentwicklung.....	152
	Anhang.....	154
8	Quellenverzeichnis.....	155
8.1	Literatur	155
8.2	Dokumente.....	160
8.3	Zusätzliche Literatur zur Beurteilung der empirischen Evidenz	161
8.4	Interviews.....	164
8.4.1	Wissenschaft.....	164
8.4.2	Programmteam BAG	164
8.4.3	Planungsgruppe Ämter	164
8.4.4	Interinstitutionelle Begleitgruppe	164
8.4.5	Sounding-Board Migration	164

9	Gesprächsleitfäden	165
9.1	Leitfaden zur empirischen Evidenz.....	165
9.2	Leitfaden zur Strategieevaluation	167
10	Evidenzbeitrag des Gesundheitsmonitoring.....	174
10.1	Beitrag zur Verbesserung der epidemiologischen Datenlage.....	174
10.2	Beitrag zur empirischen Abstützung der Strategie M+G	178
	10.2.1 Empirische Evidenz der Problemdefinition	178
	10.2.2 Empirische Evidenz der Interventionsstrategie.....	183

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell.....	4
Abbildung 2: Problemursachen für gesundheitliche Defizite bei der Migrationsbevölkerung.....	20
Abbildung 3: Impactziele und übergeordnete Outcomeziele	28
Abbildung 4: Geplantes Organigramm der Strategieumsetzung (Programmebene)	48
Abbildung 5: Empirische Abstützung der Teilprobleme und Kausalhypothesen.....	63
Abbildung 6: Ansatzpunkte zur Problemlösung gemäss den massnahmenbezogenen Outcomezielen.....	74
Abbildung 7: Zielbeziehungen zwischen übergeordneten Outcomeziele.....	79
Abbildung 8: Intrapolicy-Kohärenz der Strategie M+G	88
Abbildung 9: Ansatzpunkte der Problemlösung gemäss übergeordneten Outcomezielen	104
Abbildung 10: Interpolicy-Kohärenz der Strategie M+G	114

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Evaluationsgegenstände und zugehörige Evaluationskriterien	3
Tabelle 2: Empirische Evidenz zum Intensitätsgrad	17
Tabelle 3: Interventionsbereiche mit zugehörigen Werten bzw. übergeordneten Outcomezielen	33
Tabelle 4: Interventionsbereich Bildung (IB B): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben	36
Tabelle 5: Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben.....	38
Tabelle 6: Interventionsbereich Gesundheitsversorgung (IB V): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben	40
Tabelle 7: Interventionsbereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben.....	41
Tabelle 8: Interventionsbereich Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring) (IB F): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben.....	42
Tabelle 9: Überblick zu den organisatorischen Vorgaben	43
Tabelle 10: Stellen und Gremien: Zusammensetzung, Zuständigkeiten und prozedurale Vorgaben (Programmebene)	49
Tabelle 11: Hauptakteure für die Umsetzung und Finanzierung der verschiedenen Massnahmen	52
Tabelle 12: Massnahmen nach Interventionsansatz (integrativ vs. segregativ)	80
Tabelle 13: Übersicht zu den Zielvorgaben	91
Tabelle 14: Anzahl Massnahmen pro Interventionsbereich	97
Tabelle 15: Übersicht zu den organisatorischen Vorgaben	98
Tabelle 16: Zusammenstellung der Massnahmen nach ihrem jeweiligem Impactzielbeitrag	106
Tabelle 17: Zusammenfassung Intrapolicy-Kohärenz	111
Tabelle 18: Von der Strategie M+G betroffene Politikbereiche auf Bundesebene	117
Tabelle 19: Auf die Strategie M+G einwirkende Bereiche der Gesundheitspolitik des Bundes.....	119
Tabelle 20: Auf die Strategie M+G einwirkende Bereiche der Migrationspolitik des Bundes.....	120
Tabelle 21: Zusammenfassende Beurteilung der Interpolicy-Kohärenz.....	140
Tabelle 22: Problemadäquatheit der Zielvorgaben.....	144
Tabelle 23: Problemadäquatheit der Massnahmen	148
Tabelle 24: Beitrag zur Datengrundlage bezüglich bestimmter Gesundheitsdeterminanten	175
Tabelle 25: Beitrag zur Datenlage bezüglich bestimmter Zielgruppen	177
Tabelle 26: Empirische Evidenz der Massnahmen.....	185

Abkürzungsverzeichnis

AMV	Allgemeine Medizinalprüfungsverordnung
ANAG	Bundesgesetz über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer
AsylG	Asylgesetz
AsylV 2	Asylverordnung 2
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBG	Berufsbildungsgesetz
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BBV	Berufsbildungsverordnung
BFF	Bundesamt für Flüchtlinge (seit 01.01.2005 Teil des BFM)
BFM	Bundesamt für Migration
BFS	Bundesamt für Statistik
BG	Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
BVO	Verordnung über die Begrenzung der Zahl der Ausländer
C+G	Chancengleichheit und Gesundheit
CCE	Centre de Compétences en Evaluation (Kompetenzzentrum für Evaluation)
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
EFTA	European Free Trade Association (Europäische Freihandelsassoziation)
EKA	Eidgenössische Ausländerkommission
EKR	Eidgenössische Kommission gegen Rassismus
EU	Europäische Union
FIMM	Forum für die Integration der Migrantinnen und Migranten
FPMG	Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft
GFS	Gesundheitsförderung Schweiz
GMFG	Grosses Migrationsforum Gesundheit
GWF	Gruppe für Wissenschaft und Forschung
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
IMES	Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung

ISPM	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne
KLV	Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KMFG	Kleines Migrationsforum Gesundheit
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
M+G	Migration und Gesundheit
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
NFP	Nationale Forschungsprogramme
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PGÄ	Planungsgruppe Ämter
PL	Programmleitung
PMG	Projekt Migration und Gesundheit
PsyG	Bundesgesetz über die Psychologieberufe
SAH	Schweizerisches Arbeiterhilfswerk
SBM	Sounding-Board Migration
seco	Staatssekretariat für Wirtschaft
SFH	Schweizerische Flüchtlingshilfe
SFM	Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
StG	Steuergruppe
STI	Schweizerisches Tropeninstitut
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
TPL	Teilprogrammleitung
VIntA	Verordnung über die Integration von Ausländerinnen und Ausländern
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 Zielvorga-

ben 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.

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 erste Beilagenband präsentiert die Resultate zur Evaluation des Programmkonzepts. Der Bericht wurde dem BAG in einer ersten Fassung am 14. September 2005 eingereicht. Auf der Basis der Meta-Evaluation (Chenau 2005) wurde der Bericht anschliessend überarbeitet und anhand von neuen Erkenntnissen ergänzt.

Diese Einleitung gibt vorab einen Überblick über die Aufgabenstellung der gesamten Evaluation und das verwendete Untersuchungsdesign. Anschliessend wird etwas ausführlicher auf das Vorgehen im Rahmen der Konzeptevaluation eingegangen. Abschliessend wird der Aufbau des Berichts präsentiert.

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.

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.

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.

Um die Ziele der Evaluation zu erfüllen, sind Fragen zur Kompetenzverteilung und den Partnerschaften, zum Programmmanagement des BAG, zu den unterstützten Projekten und zur Strategie M+G insgesamt zu beantworten (vgl. BAG 2004a). Grob gefasst, betreffen die Fragen die folgenden Punkte (vgl. Büro Vatter et al. 2004):

- *Kompetenzaufteilung und Partnerschaften:* Bei den Umsetzungsstrukturen sind die Vor- und Nachteile der gewählten Partner wie auch die Zweckmässigkeit bzw. Eignung der Kompetenzaufteilung mit diesen Partnern sowie der Kompetenzwahrnehmung durch das BAG zu beurteilen. Auch stellt sich die Frage, inwiefern die Umsetzungsstrukturen, insbesondere die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Partnern, als Erfolgsfaktor zur Zielerreichung beiträgt und damit die Wirksamkeit beeinflusst. Wiederum soll auch die Kosten-Nutzen-Frage gestellt werden.
- *Programmmanagement BAG:* Die Organisationsstrukturen und -abläufe innerhalb des BAG sollen sowohl auf ihre Eignung für die Umsetzung und für die Zielerreichung als auch auf Sparmöglichkeiten hin geprüft werden.
- *Unterstützte Projekte:* Die Projekte sollen erstens auf ihre Zweckmässigkeit im Rahmen der Strategie, d. h. ihre Kohärenz mit den Zielen und Prioritäten hin geprüft werden. Zweitens ist die Wirksamkeit der Projekte zu beurteilen. Die Fragen betreffen die Leistungserbringung sowie die Zielerreichung im Sinne der vorgesehenen Veränderungen bei den Zielgruppen. Drittens soll die Nachhaltigkeit beurteilt werden.
- *Gesamtstrategie:* Die Evaluation soll die Relevanz der Strategie M+G im Sinne der Eignung der Zielgruppen, der Themen, der Prioritäten und der gewählten Ansätze, die Wirksamkeit der Strategie im Sinne der eigentlichen Zielerreichung wie auch der weiteren erwünschten und nicht erwünschten Effekte sowie ihre Effizienz beurteilen.

1.2 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign der Evaluation wurde in einem Detailkonzept ausgeführt, das von der Begleitgruppe der Evaluation diskutiert und genehmigt worden ist (Sager und Ledermann 2004). In der Folge wird dieses Untersuchungsdesign verkürzt dargestellt.

1.2.1 Evaluationsgegenstände und -kriterien

Die Fragen, welche die Evaluation zu beantworten hat, beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte der Strategie M+G. 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. In Anlehnung an diese Phasen wurden fünf konkrete Evaluationsgegenstände definiert. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Phasen, Evaluationsgegenstände und die Kriterien zu ihrer Beurteilung. Evaluationsgegenstand des vorliegenden Berichts ist das Konzept der Strategie M+G. Es ist in Tabelle 1 hervorgehoben.

Tabelle 1: Evaluationsgegenstände und zugehörige Evaluationskriterien

<i>Phase</i>	<i>Evaluationsgegenstand</i>	<i>Definition Evaluationsgegenstand</i>	<i>Evaluationskriterium</i>	<i>Definition Evaluationskriterium</i>
Konzeptualisierung	Konzept	Angaben zur Definition des politischen Problems und zu den staatlichen Handlungsmöglichkeiten sowie Gesamtheit der rechtlichen Bestimmungen und Weisungen zur Strategie M+G	Empirische Evidenz	Wissenschaftliche Abstützung der zugrunde liegenden Problemdefinition und der Interventionsstrategien
			Intrapolicy-Kohärenz	Innere Kohärenz. Logische Stimmigkeit der Bestandteile des Konzepts der Strategie M+G
			Interpolicy-Kohärenz	Äussere Kohärenz. Logische Übereinstimmung der Ziele und Aktivitäten der Strategie M+G mit anderen Tätigkeiten des Bundes
Umsetzung	Organisation/Ressourcen	Akteursgefüge, das für die Umsetzung der Strategie M+G zuständig ist	Eignung für die Umsetzung	Eignung der Organisationsstrukturen und Abläufe für die Leistungserbringung
			Nachhaltigkeit	Institutionelle Verankerung und Finanzierungssicherheit
	Leistungen	Gesamtheit der Endprodukte der Strategie M+G	Angemessenheit	Art, Umfang und Qualität der erbrachten Leistungen
			Leistungsbezogene Effizienz	Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und erbrachten Leistungen
Wirkungen	Outcome (Wirkungen 1: Adressaten)	Gesamtheit der bei den Adressaten ausgelösten Verhaltensänderungen	Effektivität	Grad der Übereinstimmung zwischen beabsichtigten und tatsächlich eingetretenen Verhaltensänderungen bei den Adressaten
	Impact (Wirkungen 2: Begünstigte)	Gesamtheit der Auswirkungen auf die Begünstigten, d.h. die MigrantInnen (Problemlösungsbeitrag)	Wirksamkeit	Grad der Übereinstimmung zwischen angestrebten und tatsächlich eingetretenen Wirkungen bei den Begünstigten
	Outcome, Impact	Vgl. oben	Wirkungsbezogene Effizienz	Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und erzielten Wirkungen

1.2.2 Evaluationsebenen

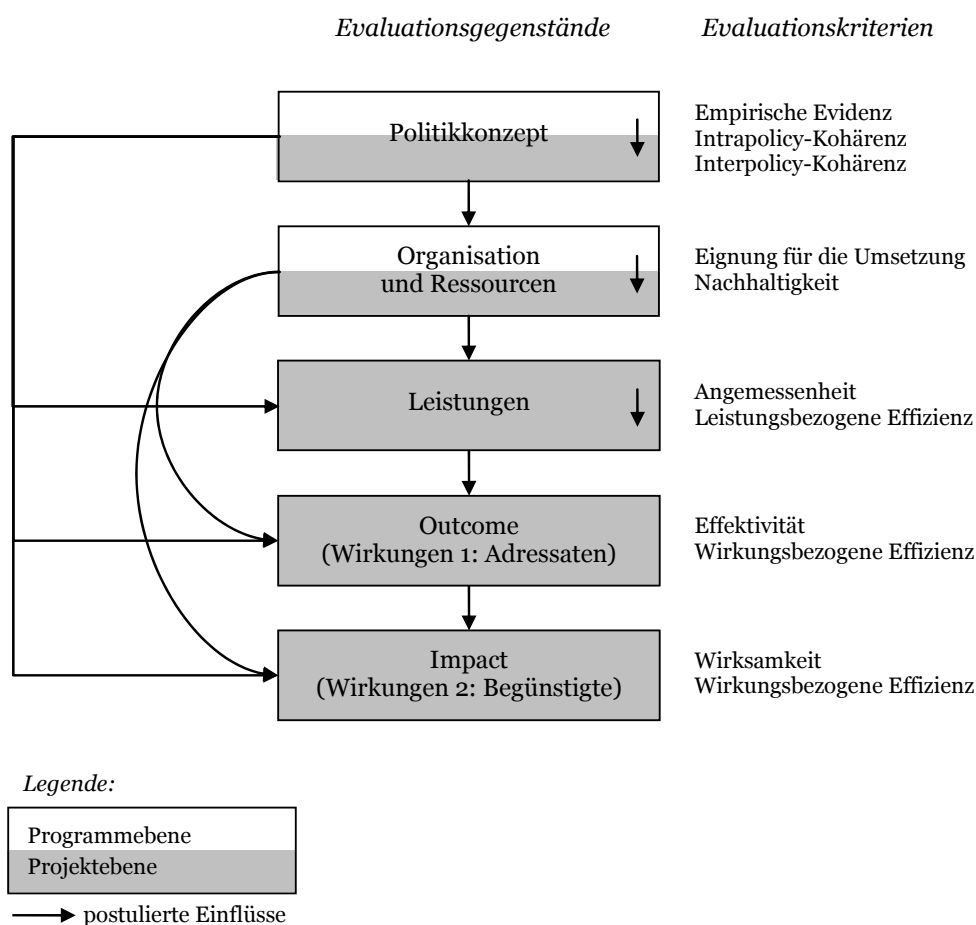
Die Evaluation der Strategie M+G umfasst zwei Ebenen:

- **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.

1.2.3 Wirkungsmodell

Für die Beantwortung der Fragestellungen wurden die Evaluationsgegenstände in einem Wirkungsmodell verknüpft (vgl. Abbildung 1). Diese Evaluation geht von einem Modell aus, das sowohl Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Evaluationsgegenständen als auch zwischen der Programmebene, und der Projektebene postuliert.

Abbildung 1: Wirkungsmodell



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.²

In Abbildung 1 (S. 4) sind zudem die Evaluationskriterien aufgeführt, nach denen die verschiedenen Gegenstände bewertet werden. Diese Evaluationskriterien sind für die beiden Ebenen identisch.

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

Bei der empirischen Erfassung, Bewertung und Überprüfung von Zusammenhängen zwischen den drei Evaluationsgegenständen stehen allgemein gesprochen drei Vorgehensweisen im Vordergrund, nämlich die Dokumentenanalyse, die Sekundärdatenanalyse und das Leitfadeninterview.

1.3 Vorgehen der Konzeptevaluation

Dieser Bericht befasst sich mit dem Programmkonzept, das der Strategie M+G zugrunde liegt. Evaluationsgegenstand ist somit das Konzept, und zwar auf Programmebene. Die Konkretisierung des Programmkonzepts auf der Ebene der Projekte wird im Beilagenband zu den Projektevaluationen (Hammer et al. 2006) untersucht.

1.3.1 Programmkonzept als Untersuchungsgegenstand

Die Strategie M+G stellt ein politisches Programm dar, d.h. ein Bündel von koordinierten Massnahmen, die auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet sind (Rywalski 2004: 21). Das Programmkonzept 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 besteht hauptsächlich aus dem Strategiepapier M+G (M+G 2002). Das Strategiepapier ist somit der Hauptgegenstand der Untersuchung. Ergänzend dazu ist auch der Projektantrag des BAG (BAG 2003a), der die Vorgaben des Strategiepapiers konkretisiert, als Teil des Programmkonzepts zu betrachten. Die Evaluation des Programmkonzepts, die in diesem Teil des Berichts vorgestellt wird, basiert auf einer Analyse dieser beiden Dokumente.³

² Bei der Kommunikation werden auf Programmebene ebenfalls Leistungen erbracht, mit denen eine Wirkung angestrebt wird.

³ Im Projektantrag (BAG 2003a: 6, 11) ist vorgesehen, dass die Umsetzung der Massnahmen einem Massnahmenplan folgt, der zu jeder Massnahme den Ist-Zustand, das Soll sowie die zeitlichen Schritte der Realisierung festlegt. Ein solcher Massnahmenplan ist tatsächlich erarbeitet worden (Spang 2002), wurde dann jedoch nicht fertig gestellt und wird deshalb hier nicht als Teil des Konzepts der Strategie M+G betrachtet.

Ein Programmkonzept kann in verschiedene Bestandteile zerlegt werden. Im Rahmen der Konzeptevaluation geht es darum, diese verschiedenen Bestandteile zu erfassen und zu bewerten. Ein Programmkonzept weist typischerweise folgende Bestandteile auf:⁴

- *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.

Diese Bestandteile mussten in einem ersten Schritt deskriptiv erfasst werden. Die Ergebnisse dieser Analyse werden in Kapitel 3 vorgestellt.

1.3.2 Bewertungskriterien

Ausgehend von der Beschreibung der verschiedenen Bestandteile des Programmkonzepts wird eine Beurteilung vorgenommen. Zur Anwendung kommen die Kriterien der empirischen Evidenz und der Kohärenz.

Empirische Evidenz

Die empirische Evidenz bezeichnet die wissenschaftliche Fundierung der Art und Weise, wie das Problem betrachtet wird, das einem politischen Programm zugrunde liegt, sowie die wissenschaftliche Begründung der Interventionsstrategie (Zielvorgaben, operative und organisatorische Vorgaben).

Kohärenz

Als Kohärenz (lat.: cohaerere = zusammenhängen) bezeichnet man allgemein den inneren oder äusseren Zusammenhang. In Bezug auf das Konzept einer Politik versteht man unter Kohärenz die inhaltliche und logische Stimmigkeit. Negativ formuliert bedeutet die Kohärenz die Abwesenheit von Widersprüchen innerhalb und zwischen politischen Programmen. Positiv gewendet bezeichnet sie das förderliche Zusammenwirken verschiedener Programmbestandteile bzw. Programme.

⁴ Knoepfel et al. (1997) unterscheiden zwischen dem Politikkonzept und dem Policy-Design. Das Politikkonzept gibt dabei grob das Problem und die staatlichen Handlungsmöglichkeiten vor. Diese Vorgaben werden anschliessend im Policy-Design, das dann das eigentliche Programm darstellt, präzisiert. Da das Strategiepapier M+G allerdings sowohl die Problemdefinition und den Handlungsansatz als auch die weitere Präzisierung dieser Vorgaben in Form von Zielen, Massnahmen und Vorgaben zur Umsetzung enthält, werden diese beiden Evaluationsgegenstände unter der Bezeichnung „Programmkonzept“ zusammengefasst.

Die Kohärenz kann in zweierlei Hinsicht betrachtet werden (Knoepfel et al. 1997: 91-95):

- *Intrapolicy-Kohärenz*: bezeichnet die Vollständigkeit und Stimmigkeit des Konzepts einer Politik in sich;
- *Interpolicy-Kohärenz*: bezeichnet die Übereinstimmung des Konzepts einer Politik mit weiteren Zielen und Tätigkeiten des Bundes bzw. weiterer Akteure im Migrationsbereich.

1.3.3 Arbeitsschritte

Die Evaluation des Programmkonzepts umfasste die folgenden Arbeitsschritte:

- Rekonstruktion der Ausgangslage und der Entstehung der Strategie M+G auf der Basis von Berichten zu früheren Aktivitäten im Bereich M+G sowie namentlich der Evaluation des ehemaligen Gesamtprogramms;
- Beschreibung des Programmkonzepts mittels einer systematischen Analyse des Inhalts des Strategiepapiers (M+G 2002) und des Projektantrags (BAG 2003a);
- Beurteilung der empirischen Evidenz des Programmkonzepts mittels einer Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur sowie anhand von Expertengesprächen mit ausgewählten Personen aus der Wissenschaft;
- Beurteilung der Intrapolicy-Kohärenz mittels einer systematischen Analyse der Beziehungen der einzelnen Bestandteile des Programmkonzepts;
- Beurteilung der Interpolicy-Kohärenz des Programmkonzepts mittels einer systematischen Analyse der Beziehungen zu Aktivitäten des Bundes, die einen inhaltlichen Bezugspunkt zur Strategie M+G aufweisen.

Das empirische Vorgehen wird zu Beginn der verschiedenen Kapitel, welche die Resultate der einzelnen Arbeitsschritte präsentieren, ausführlicher dargestellt.

1.4 Aufbau des Beilagenbands

Der Aufbau des vorliegenden ersten Beilagenbands zur Evaluation der Strategie M+G folgt den oben beschriebenen Arbeitsschritten: Das nachfolgende Kapitel 2 beschreibt die Ausgangslage und die Entstehung der Strategie M+G. Die Darstellung dient als Hintergrundinformation für alle nachfolgenden Ausführungen. In Kapitel 3 wird auf das Programmkonzept als konzeptionelle Grundlage der evaluierten Tätigkeiten eingegangen. Hierbei wird das Konzept vertieft beschrieben. In den folgenden drei Kapiteln wird auf Basis dieser Beschreibung die Beurteilung anhand der oben genannten Kriterien vorgenommen. Kapitel 4 geht auf die empirische Evidenz, Kapitel 5 auf die Intrapolicy-Kohärenz und Kapitel 6 auf die Interpolicy-Kohärenz ein.

Die Evaluation des Programmkonzepts führt schliesslich zu einer Einschätzung der Relevanz der Strategie M+G. Dabei geht es um die Frage, ob die Strategie die im Bereich Migration und Gesundheit bestehenden Probleme richtig erfasst und mit den geeigneten Mitteln an-

geht. Es geht um die Eignung der Themen und Zielgruppen sowie der Zweckmässigkeit der gewählten Ansätze. In Kapitel 7 werden hierzu die Schlussfolgerungen gezogen und Empfehlungen im Hinblick auf die Entwicklung einer allfälligen Nachfolgestrategie gemacht.

Die Beurteilung des Programmkonzepts stellt darüber hinaus auch die Basis dar für weitere Arbeitsschritte im Rahmen der Globalevaluation.

2 Ausgangslage

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie es zur Strategie M+G gekommen ist. Dazu wird zuerst ein Blick zurück geworfen auf die bisherigen Tätigkeiten des BAG im Bereich Migration und Gesundheit. Anschliessend werden die Ergebnisse der Evaluation dieser Tätigkeiten vorgestellt. Zum Schluss wird der Prozess der Strategieentwicklung nachgezeichnet. Als Grundlage für die Darstellung dienten verschiedene Dokumente (BAG 2002c; M+G 2002 u.a.), namentlich auch die Evaluation der vergangenen Aktivitäten des BAG im Bereich M+G (Efionayi-Mäder et al. 2001).

Es ist nicht das Ziel der Evaluation, die Genese des Programms zu erklären. Vielmehr dient dieses Kapitel der Erhellung der Ausgangslage für die Strategie M+G. Auch stellt die Vergangenheit ein Referenzpunkt bei der Bewertung des Programmkonzepts im Rahmen von Vorher/Nachher-Vergleichen dar. Zudem wird in Kapitel 4 zur empirischen Evidenz der in der Folge dargestellte Prozess der Strategieentwicklung (vgl. Abschnitt 2.3) unter dem Gesichtspunkt der wissenschaftlichen Abstützung der Strategie betrachtet, und die Evaluation der bisherigen Tätigkeiten im Bereich M+G (vgl. Abschnitt 2.2) wird als Quelle von empirischer Evidenz herangezogen.

2.1 Frühere Tätigkeiten des BAG im Bereich M+G

Ursprünglich von der HIV/Aids-Prävention ausgehend, wurde das BAG im Bereich M+G mit dem „Projekt Migration und Gesundheit“ aktiv. Später kamen die Tätigkeiten des Dienstes Migration hinzu.

2.1.1 Projekt Migration und Gesundheit

Nachdem eine Evaluation bezüglich der Aufklärung über HIV/Aids in einigen Migrantengemeinschaften beträchtliche Informationslücken zutage gebracht hatte, begann das BAG, für diese Zielgruppe in der HIV/Aids-Prävention spezifische Interventionsstrategien zu entwickeln. Im Jahr 1991 lancierte es das explizit basisnahe „Projekt Migration und Gesundheit“ (PMG).

Dieses zweijährige Pilotprojekt wurde aufgrund des grossen Echos und der Mobilisierung, die bei den angesprochenen Gruppen (türkischer, portugiesischer und spanischer Herkunft) erreicht werden konnte, in der Folge verlängert und auf weitere Gruppen ausgedehnt. 1995/1996 fand zudem eine thematische Erweiterung von der Aids- auf die Suchtprävention und umfassende Gesundheitsförderung statt. Es wurde von nun an auf fünf Herkunftsgruppen fokussiert (Italien, ehemaliges Jugoslawien, Portugal, Spanien, Türkei). Aus den jeweiligen Gemeinschaften wurde je ein Präventionsbeauftragter bzw. eine Präventionsbeauftragte eingestellt. Für die Koordination des PMG wurde ausserdem beim BAG eine Mitarbeiterin

schweizerischer Herkunft angestellt.⁵ Bei der Umsetzung von Massnahmen wurde auf interkulturelle Vermittlung⁶ abgestellt und ein partizipatives, basisnahes Vorgehen angestrebt.

2.1.2 Dienst Migration

Parallel zur Ausweitung des PMG wurde 1996 im BAG innerhalb der Facheinheit Sucht und Aids der Dienst Migration gebildet, der für alle Massnahmen zur Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung zuständig war. Auch die Leitung des PMG, das zwei Drittel der finanziellen Ressourcen des Dienstes beanspruchte, wurde hier angesiedelt. 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. Namentlich deckte der Dienst Migration neben dem PMG folgende drei Tätigkeitsfelder ab:

Aus- und Weiterbildung:⁷

- Weiterbildung von Multiplikatoren und Gesundheitspromotorinnen (Appartenances, Lausanne);
- Erarbeitung von Qualitätsstandards und von Ausbildungsmodulen für interkulturelles Dolmetschen (INTERPRET);
- Weiterbildungsveranstaltung zur Rolle des interkulturellen Dolmetschens für medizinische Fachpersonen und die Ärzteschaft (SFM).

Beratung zu Migrationsfragen:

- Aufbau der Beratungsstelle „Derman“ in Zürich (Schweizerisches Arbeiterhilfswerk SAH);
- Weiterbildung und Material zur Suchtprävention bei ausländischen Kindern und Jugendlichen (Centro Scuola, Zürich);
- Teilfinanzierung der Fachstelle „Migration und Gesundheit“ Ostschweiz (Caritas);
- Subvention der Fachstelle „Migration und Gesundheit“ Bern (Schweizerisches Rotes Kreuz SRK);
- Handbuch für Fachleute zur migrationsspezifischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten (IUMSP, Lausanne);
- Broschüren zur HIV/Aids-Prävention (Schweizerisches Tropeninstitut STI);
- Didaktisches Video über interkulturelles Dolmetschen (INTERPRET).

⁵ Diese Mitarbeiterin wurde formell, wie die übrigen fünf Expertinnen und Experten, über das Schweizerische Tropeninstitut angestellt, war aber faktisch BAG-intern tätig und wird deshalb als Mitarbeiterin bezeichnet.

⁶ Die interkulturelle Vermittlung wird als Oberbegriff für alle Aktivitäten zur Vermittlung zwischen der Migrationsbevölkerung und einheimischen Strukturen und Inhalten verwendet (siehe Glossar).

⁷ Die Förderung von interkulturellem Dolmetschen bzw. interkultureller Übersetzung sowie von interkultureller Vermittlung war ab 1994 ein Schlüsselbereich der Tätigkeiten des BAG (Bischoff 1998: 27-28).

Forschung und Evaluation:

- Regelmässige Forschungen zu „Migration und Gesundheit“ (Teil des Rahmenvertrages des STI);
- Aufbau einer systematischen Dokumentation zum Thema „Migration und Gesundheit“ in der Schweiz und auf internationaler Ebene (SFM);
- „Rapid Assessment“ des Angebots im Migrationsbereich Romandie (Appartenances);
- „Rapid Assessment“ als Grundlage für Interventionsplan HIV bei Sub-Sahara-Migrantinnen und -Migranten (Ethnologisches Institut, Universität Bern).

Diese Tätigkeiten des Dienstes Migration wurden zusammen mit jenen, die im Rahmen des PMG durchgeführt wurden, zum „Gesamtprogramm Migration und Gesundheit“ zusammengefasst. Das Gesamtprogramm umfasste damit einerseits die Förderung von eigens auf die Migrationsbevölkerung zugeschnittenen Angeboten (so genannt *segregativer Ansatz*, der beim PMG verfolgt wurde) und andererseits die Förderung der Öffnung der Regelversorgung für migrationsspezifische Belange (so genannt *integrativer Ansatz*, der mit den übrigen Tätigkeiten des Dienstes Migration verfolgt wurde).

1998 wurde ein neuer Dienstleiter und 1999 eine neue Projektkoordinatorin eingestellt. Zudem wurden die Kompetenzen geklärt: die operationelle Leitung des PMG wurde der Projektkoordinatorin und die strategische Leitung dem Dienstleiter übertragen. Letzterer war zusätzlich für die Supervision des Gesamtprogramms zuständig.⁸

2.2 Evaluation der bisherigen Tätigkeiten

Das Gesamtprogramm Migration und Gesundheit wurde 2001 einer Evaluation unterzogen (Efionayi-Mäder et al. 2001). Diese Evaluation kam zu folgenden Hauptergebnissen:

- Mit dem partizipativen Ansatz des PMG, der sich auf Mediation stützte, schlug das BAG einen *innovativen* Weg in der Gesundheitsförderung ein, mit dem es gelang, Gruppen anzusprechen, die sonst kaum erreichbar sind. Die Rekrutierung von Angehörigen bestimmter Herkunftsgruppen war somit eine Stärke des PMG.
- Die Anstellung der Präventionsbeauftragten nach dem Kriterium der Herkunft war jedoch gleichzeitig auch eine Schwäche des PMG. Erstens hatte es zur Folge, dass das PMG auf fünf *Zielgruppen beschränkt* blieb, obwohl sich die Problemsituation ständig veränderte und sich ein Einbezug anderer Gruppen aufdrängte. Zweitens bedeutete die gewählte Struktur, dass sich die einzelnen Präventionsbeauftragten mit ganz *unterschiedlichen Themen* auseinandersetzen und diese in ihre jeweiligen Gemeinschaften einzu-

⁸ Auf Wunsch des BAG sei an dieser Stelle zu erwähnen, dass es sich beim Dienstleiter um eine Person mit eigenem Migrationshintergrund (zweite Generation) handelt.

bringen hatten. Insbesondere mit der thematischen Erweiterung des PMG führte dies zu einer Überforderung.

- Aufgrund der thematischen Überforderung verfolgten die Präventionsbeauftragten beim PMG in erster Linie weiterhin die Aids- und Suchtprävention; die angestrebte thematische Öffnung fand nur beschränkt statt. Wurden neue Themen angegangen, so richteten sich diese nach den Vorlieben der Präventionsbeauftragten und sich bietenden Gelegenheiten, aber weniger an tatsächlichen Bedarfskriterien oder an Bedürfnissen. Deshalb fehlten gemeinschaftsübergreifende Themen, was insgesamt zu einer *Verzettelung* führte.
- Die thematische Verzettelung innerhalb des PMG, aber auch beim Gesamtprogramm ist Ausdruck davon, dass es *keine klaren Zielsetzungen und Prioritäten* gab, nach welchen sich die Aktivitäten zu richten hatten, und dass die *strategische Leitungsfunktion ungenügend* wahrgenommen wurde. Dies führte zu einer mangelnden Kohärenz sowohl beim PMG wie auch beim Gesamtprogramm. So wurden unter anderem die beiden Ansätze (segregativ und integrativ) nur unzureichend aufeinander abgestimmt.
- Mit dem PMG gelang anfänglich eine Sensibilisierung für migrationspezifische Anliegen, und mit dem partizipativen Ansatz konnten wichtige Impulse für die Umsetzung weiterer Vorhaben gegeben werden. Jedoch entfernte sich die Praxis immer mehr vom propagierten partizipativen Ansatz mit konkreter Feldarbeit hin zur Förderung von Wissen und Vernetzung. Diese *Akzentverschiebung* wurde in der Evaluation positiv beurteilt, da sie der Rolle des Bundes besser entspreche.
- Die Entfernung vom partizipativen Ansatz, die das PMG auszeichnete, vor allem aber auch die thematische Verzettelung führten allerdings auch dazu, dass das PMG allmählich an Profil verlor. Zusätzlich trug die Integration des PMG ins Gesamtprogramm, dem eine klare Identität fehlte, zum *Sichtbarkeitsverlust* bei. Damit büsste das BAG im Bereich M+G seine symbolische Wirkung weitgehend ein.

Aufgrund dieser Ergebnisse empfahl die Evaluation die Ausarbeitung einer Gesamtstrategie, die genaue Ziele definieren sollte, an denen sich sämtliche Tätigkeiten des BAG im Migrationsbereich zu orientieren haben. Dabei solle sowohl der integrative als auch der segregative Ansatz weiter verfolgt und ihre Komplementarität gezielt gefördert werden. In organisatorischer Hinsicht regte die Evaluation die Festlegung klarer Zuständigkeiten und Abläufe an. Der Dienst Migration solle sich auf die konzeptionellen-strategischen Aufgaben konzentrieren, während die Umsetzung der Massnahmen in grösstmöglicher Projektautonomie zu erfolgen habe.

2.3 Strategieentwicklung

Im Hinblick auf die zukünftige strategische Ausrichtung forderte die Evaluation eine eingehende Überprüfung der Möglichkeiten und eine Abstützung auf verlässliche Daten und transparente Kriterien bei der Wahl der Interventionsbereiche. Bereits zum Zeitpunkt der Evaluation waren verschiedene Abklärungen im Gange (Efionayi-Mäder et al. 2001: 79).

Die Strategie ist gemäss den Angaben im Strategiepapier vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem damaligen Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem damaligen Bundesamt für Ausländerfragen (BFA) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) erarbeitet worden.⁹ Das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM), das bereits die Gesamtstrategie evaluiert sowie im Rahmen eines Mandats des Dienstes Migration eine Dokumentation zum Bereich M+G erstellt hatte (vgl. oben), erhielt den Auftrag, Grundlagen für eine Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002–2006“ zu erarbeiten. Das SFM führte in Erfüllung dieses Auftrags eine Delphi-Studie durch, aus der die Strategie hervorgehen sollte.¹⁰

Für die Delphi-Studie wurden in einem ersten Schritt über 300 Akteure aufgefordert, sich mittels eines strukturierten Fragebogens zu Problemstellungen und -lösungen im Bereich M+G zu äussern. Die 145 Antworten, die eintrafen, wurden zusammengefasst und den entsprechenden Akteuren zur Kommentierung und Gewichtung vorgelegt. In einer dritten Runde wurden mit etwa 70 gezielt ausgewählten Akteuren in Fokusgruppen von sechs bis zehn Personen Gespräche über einen vorliegenden Strategieentwurf geführt.

Begleitet wurde dieser Prozess von einer Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“ (BG, franz.: comité stratégique), in der neben den Auftraggebern der Studie (BAG, BFF, IMES, EKA) weitere Bundesstellen sowie kantonale Verwaltungen vertreten waren (Chimienti et al. 2001: 53-54). Die Begleitgruppe nahm inhaltlich zu den Ergebnissen und ihrer Interpretation Stellung. Zudem wurde das Forschungsteam von einer wissenschaftlichen Begleitgruppe unterstützt (M+G 2002: 51).

Die Redaktion der Strategie M+G übernahm das SFM in Zusammenarbeit mit dem Dienst Migration, der im Jahr 2002 zu einer eigenständigen Fachstelle Migration und Gesundheit innerhalb des BAG wurde. Das verschriftlichte Strategiepapier ist der Hauptgegenstand der Untersuchung im vorliegenden Bericht.

⁹ Das BFA wurde 2002 in Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (IMES) umbenannt. Per 1. Januar 2005 wurde dieses mit dem BFF zum Bundesamt für Migration (BFM) zusammengelegt. Im Strategiepapier und dem Projektantrag, welche die konzeptuellen Grundlagen zur Strategie darstellen, werden die beiden Ämter allerdings unterschieden. Die Unterscheidung ist deshalb auch im vorliegenden Arbeitsbericht übernommen worden, wobei nicht vom BFA, sondern vom IMES gesprochen wird.

¹⁰ In den Protokollen zur Strategieentwicklung wird nicht eigentlich zwischen der Delphi-Studie und dem Strategiepapier unterschieden (Protokolle BG vom 14.01.2000)

3 Beschreibung des Programmkonzepts

In diesem Kapitel werden die einzelnen Bestandteile des Programmkonzepts deskriptiv erfasst.

3.1 Vorgehensweise

Damit das Programmkonzept überhaupt beurteilt werden kann, muss es in einem ersten Schritt systematisch erfasst werden. Im vorliegenden Fall erfolgte die systematische Beschreibung des Programmkonzepts mittels einer detaillierten qualitativen Inhaltsanalyse des Strategiepapiers (M+G 2002) und des Projektantrags (BAG 2003a) nach Mayring (2003). Bei der qualitativen Inhaltsanalyse wird ein Text mittels eines vorgegebenen Kategoriensystems durchkodiert. Hier stellten die einzelnen Bestandteile des Konzepts, d.h. Problemdefinition, Zielvorgaben, operative Vorgaben und organisatorische Vorgaben (vgl. Kapitel 1.3.1) die Kategorien dar, nach welchen die beiden Dokumente kodiert wurden. In einem zweiten Schritt wurden die Textstellen zu den einzelnen Kategorien zusammengefasst.

In der Folge wird jedem Bestandteil des Programmkonzepts ein eigener Abschnitt gewidmet. Das Kapitel gliedert sich demnach in folgende Teile:

- Problemdefinition (Abschnitt 3.2)
- Zielvorgaben (Abschnitt 3.3)
- Operative Vorgaben (Abschnitt 3.4)
- Organisatorische Vorgaben (Abschnitt 3.5)

3.2 Problemdefinition

Probleme bestehen nicht per se, sondern sie müssen zuerst als solche wahrgenommen und definiert werden. Die Problemdefinition kann dabei unterschiedlich sein, d.h. es können verschiedene Annahmen zur Art des Problems gemacht werden. In der Folge werden die Annahmen zum Problem, die im Strategiepapier (M+G 2002) gemacht werden, näher beschrieben. Der Projektantrag lehnt sich in der Problemendarstellung klar an das Strategiepapier an. Er enthält zur Problemdefinition keine ergänzenden oder konkretisierenden Angaben und wird deshalb in der Folge nicht weiter berücksichtigt.

Für die Charakterisierung des Problems stützt sich diese Analyse auf die Dimensionen, welche Knoepfel et al. (2001: 150-59) vorschlagen. Untersucht werden in der Folge namentlich die zwei Dimensionen Intensitätsgrad und Prävalenz:¹¹

¹¹ Knoepfel et al. (2001: 150-54) schlagen neben dem Intensitätsgrad (*intensité du problème*) und der Prävalenz (*périmètre/audience du problème*) die Neuheit des Problems (*nouveauté du problème*) sowie die Dringlichkeit des Problems (*urgence du problème*) als weitere Dimensionen vor.

- Der *Intensitätsgrad* bezeichnet die Schwere des Problems bzw. die negativen Auswirkungen, die als Teil des Problems betrachtet werden.
- Die *Prävalenz* bezeichnet die Verbreitung eines Problems. Sie benennt somit die sozialen Gruppen bzw. die Regionen, deren Situation als problematisch anerkannt wird.

Über diese zwei Dimensionen werden die Annahmen zur Art des Problems erfasst. Zusätzlich umfasst die Problemdefinition Annahmen zu den Ursachen des Problems, die so genannten *Kausalhypothesen*.

Die Annahmen zum Intensitätsgrad, zur Prävalenz und zu den Ursachen des Problems, das mit der Strategie M+G angegangen werden soll, sind im Strategiepapier zum Teil lediglich implizit vorhanden und mussten durch die Inhaltsanalyse zuerst erschlossen werden. Die Analyse ermöglichte es zudem, die Annahmen in einen Zusammenhang zu stellen.

Die Beschreibung der Annahmen zur Art des Problems und seinen Ursachen, auf denen die Strategie M+G basiert, geschieht mit dem Ziel, ihre wissenschaftliche Abstützung – die empirische Evidenz – zu beurteilen. Dabei wird unter anderem überprüft, ob sich in den Dokumenten und Texten, welche im Anhang der Strategie M+G aufgeführt sind, empirische Belege für die Annahmen finden lassen. Deshalb werden gleichzeitig mit der Identifikation der Annahmen auch die im Strategiepapier vorhandenen Verweise auf empirische Grundlagen aufgeführt.¹²

Die generelle Problemdefinition, die der Strategie M+G zugrunde liegt, wird in erster Linie im dritten Kapitel der Strategie zum Hintergrund und der Ausgangslage (M+G 2002: 12-21) dargestellt. Zudem enthalten auch die Analysen zu den einzelnen Interventionsbereichen (M+G 2002: 30-35) Annahmen zu der Art der Probleme, welche im Bereich Migration und Gesundheit bestehen, sowie zu ihren Ursachen. In der Folge werden erstens die Annahmen, die zum Intensitätsgrad gemacht werden, erläutert. Zweitens wird beschrieben, wie gross der Anteil der Migrationsbevölkerung ist, der laut dem Strategiepapier von den Problemen betroffen ist (Prävalenz). Schliesslich werden die Kausalhypothesen, die in der Strategie angeführt werden, dargestellt.

3.2.1 Intensitätsgrad

Der Intensitätsgrad eines Problems bezeichnet die Bedeutung seiner negativen Auswirkungen (Knoepfel et al. 2001: 151). Die Grundannahme der Strategie ist, dass in der Schweiz

¹² Als angegebene empirische Evidenz gelten Aussagen mit einem direkten Verweis auf die Literatur oder Aussagen, die explizit auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und in einem direkten Zusammenhang zum Problem stehen. Nicht berücksichtigt werden hingegen Aussagen, deren empirische Basis unklar ist (z.B. M+G 2002: 16): „So ist der Gesundheitszustand von Migrantinnen deutlich schlechter als derjenige von Migrantinnen.“ oder deren Zusammenhang zum Problem unklar ist (z.B. M+G 2002: 19): „Personen ausländischer Herkunft [nehmen] häufiger ärztliche Dienste im Bereich der Basismedizin, aber eher selten spezialisierte Angebote in Anspruch“).

gegenwärtig die gesundheitliche Chancengleichheit namentlich in Bezug auf die Migrationsbevölkerung nicht erreicht wird (M+G 2002: 9). Der Wert der Chancengleichheit, an dem sich die Strategie M+G orientiert, bedeutet in Bezug auf die Gesundheit, dass „das Gesundheitswesen jene Offenheit besitzt, die es Menschen beider Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Schichten erlaubt, angemessene Gesundheitsleistungen zu beziehen“ (M+G 2002: 3, 9, 25). Die Chancengleichheit kommt auch in der WHO-Zielsetzung „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ zum Ausdruck (M+G 2002: 3). „Gesundheit“ wird dabei nicht nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden, sondern in einem ganzheitlichen Sinne als Lebensqualität, und umfasst ganz verschiedene Bereiche (M+G 2002: 5, 9).¹³ Gesundheit soll „allen“ zugute kommen, also der gesamten Bevölkerung, die auf schweizerischem Territorium lebt, unabhängig von Nationalität und Aufenthaltsstatus (M+G 2002: 9).

Inwiefern die Chancengleichheit in Bezug auf die Migrationsbevölkerung ungenügend ist, wird in der Strategie nur vage umschrieben. So heisst es relativ allgemein, bei der Migrationsbevölkerung seien „gesundheitliche Defizite“ zu beobachten (M+G 2002: 9). Häufig wird lediglich gesagt, dass die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsproblemen grösser ist, weil die Migrationsbevölkerung „erhöhten“ oder „kumulierten Gesundheitsrisiken“ (M+G 2002: 12, 16, 19) bzw. Faktoren ausgesetzt sei, die „negative Auswirkungen auf die Gesundheit“ (M+G 2002: 16) haben können. Das Strategiepapier stellt somit generell gesundheitliche Probleme bei der Migrationsbevölkerung fest, macht aber keine genauen Aussagen zur Schwere der negativen Auswirkungen.

Angegebene empirische Evidenz zum Intensitätsgrad

Die angegebene empirische Evidenz ist beschränkt, wobei der Grund dafür laut dem Strategiepapier bei der lückenhaften epidemiologischen Datenlage zur gesundheitlichen Situation und den Risikofaktoren bei der Migrationsbevölkerung liegt (M+G 2002: 19, 20). Zwar habe sich die Forschung in den letzten Jahren vermehrt mit dem Thema „Migration und Gesundheit“ auseinandergesetzt, doch bestünden hinsichtlich der gesundheitlichen Situation bei der Migrationsbevölkerung nach wie vor grosse Wissenslücken, was unter anderem auf die schnellen Veränderungen im Migrationsbereich zurückzuführen ist (M+G 2002: 35). Die Problematik der Gesundheit der Migrationsbevölkerung wird gemäss dem Strategiepapier (M+G 2002: 47) zunehmend differenzierter.

Die im Strategiepapier (M+G 2002: 19, 20) angegebene empirische Evidenz zum Intensitätsgrad lässt sich wie folgt zusammenfassen:

¹³ Der ganzheitliche Gesundheitsansatz wurde mit der Ottawa-Charta der WHO begründet und umfasst laut dem Strategiepapier (M+G 2002: 62) das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden des Einzelnen. Er zielt auch auf die Erhöhung autonomer Handlungskompetenz im Leben.

Tabelle 2: Empirische Evidenz zum Intensitätsgrad

<i>Empirische Evidenz</i>	<i>Angegebene Quelle</i>
Weniger gutes subjektives Befinden von MigrantInnen im Vergleich zu einheimischer Bevölkerung	(BFS 1998, 2000a)
Bei MigrantInnen häufigere Arztbesuche wegen Krankheit und Unfall und seltenere Arztbesuche wegen Prävention und Beratung im Vergleich zu einheimischer Bevölkerung.	(BFS 2000a)
Leicht schlechtere Gesundheitslage und leicht längere krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei MigrantInnen im Vergleich zu einheimischer Bevölkerung	(BFS 1998, 2000a)
Höhere perinatale Mortalität bei jenem Teil der Migrationsbevölkerung, der sich erst seit kurzem in der Schweiz aufhält, und weniger vorgeburtliche Untersuchungen bei einem Teil der weiblichen Migrationsbevölkerung im Vergleich zur übrigen Bevölkerung	Statistiken, nicht näher spezifiziert
Deutlich grössere Häufigkeit von Arbeitsunfällen und Invalidität in der Migrationsbevölkerung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung	Schweizerische und internationale Statistiken, nicht näher spezifiziert
Grössere Häufigkeit von Malaria, Hepatitis B, parasitären und gewisser sexuell übertragbarer Krankheiten bei der Migrationsbevölkerung jüngeren Einreisedatums, insbesondere bei Asylsuchenden und Flüchtlingen aus aussereuropäischen Ländern	Studie, nicht näher spezifiziert

3.2.2 Prävalenz

Die Strategie M+G geht von gesundheitlichen Defiziten bei der Migrationsbevölkerung allgemein aus. Zur Migrationsbevölkerung zählen dabei alle Personen, die entweder selber aus einem anderen Land in die Schweiz gekommen sind oder direkte Nachkommen solcher Personen sind. Diese Definition von Migrantinnen und Migranten ist somit unabhängig vom Aufenthaltsstatus und schliesst Asylsuchende und illegale Aufenthalterinnen und Aufenthalter mit ein (M+G 2002: 9, 63).

Die Probleme im Bereich der Gesundheit betreffen allerdings nicht alle Migrantinnen und Migranten im gleichen Masse. Die Prävalenz des Problems umfasst vielmehr nur einen „Teil der Migrationsbevölkerung“ (M+G 2002: 3, 12). Dieser Teil wird im Strategiepapier jedoch kaum näher spezifiziert. Es fehlen laut dem Strategiepapier diesbezüglich wissenschaftliche Erkenntnisse. So sei die Gesundheitssituation von Frauen der neueren Migration oder von alternden Migrantinnen und Migranten zum Beispiel weitgehend unerforscht (M+G 2002: 35). Die näheren Angaben zur Prävalenz der Probleme im Bereich Migration und Gesundheit beschränken sich auf die Feststellung, dass gewisse Krankheiten besonders bei der neueren Migration auftreten (vgl. Tabelle 2). Zudem wird angenommen, dass Frauen in vieler Hinsicht stärker betroffen sind als Männer (M+G 2002: 9) und dass Unterschiede zwischen Asylsuchenden und Arbeitsmigrantinnen und -migranten bestehen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Gewisse Gesundheitsprobleme, vor allem im reproduktiven Bereich, betreffen in erster Linie Migrantinnen (vgl. Tabelle 2). Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen laut der Strategie namentlich auch in Bezug auf die Ursachen gesundheitlicher Probleme, wie etwa die sozioökonomischen Benachteiligungen, die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus und die Umstände der Migration.

Migrantinnen gehören im Vergleich zu Migranten noch tieferen sozialen Schichten an (M+G 2002: 14-16, 32). Sie arbeiten in Branchen, die ein besonders geringes Ansehen geniessen und ausgeprägten konjunkturellen Schwankungen ausgesetzt sind. Zudem haben Frauen vergleichsweise prekärere Aufenthaltsbedingungen. Dies trifft namentlich auf ausländische Ehefrauen zu, die kein eigenständiges Aufenthaltsrecht besitzen, sowie auch auf Personen mit befristetem Aufenthaltsrecht, wie zum Beispiel auf Kabaretttänzerinnen mit Ausweis L. Frauen gehören auch in Bezug auf Traumatisierungen, welche die Migrationserfahrung auslöst, zusammen mit Kindern zu den besonders vulnerablen Gruppen (M+G 2002: 34). Wie sich die sozioökonomische Benachteiligung, die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus und die Umstände der Migration auf den Gesundheitszustand auswirken, wird im folgenden Abschnitt zu den Problemursachen erläutert.

Unterschiede zwischen Asylsuchenden und ArbeitsmigrantInnen

Die meisten Migranten und Migrantinnen kommen entweder in die Schweiz, weil sie hier einer Arbeit nachgehen oder weil sie Asyl suchen. Die Lebensbedingungen dieser beiden Gruppen unterscheiden sich gemäss der Strategie relativ deutlich (M+G 2002: 19). Es wird deshalb vermutet, dass gewisse Problemursachen stärker Asylsuchende und andere eher Arbeitsmigrantinnen und -migranten betreffen und dass deshalb auch Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand bestehen.

Zu den Ursachen, die eher Asylsuchende betreffen, gehört die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus, die potenziell auch auf illegale Aufenthalterinnen und Aufenthalter zutrifft (M+G 2002: 16, 32). Zudem können sich bei Asylsuchenden die Umstände der Migration insbesondere in der ersten Zeit nach ihrer Ankunft negativ auf die Gesundheit auswirken. Es sind auch vor allem Asylsuchende und Flüchtlinge, die migrationspezifische Krankheitsbilder aufweisen, die ansonsten in der Migrationsbevölkerung relativ selten sind (M+G 2002: 32). Spezialbehandlungen sind gerade für traumatisierte Asylsuchende kaum zugänglich (M+G 2002: 35).

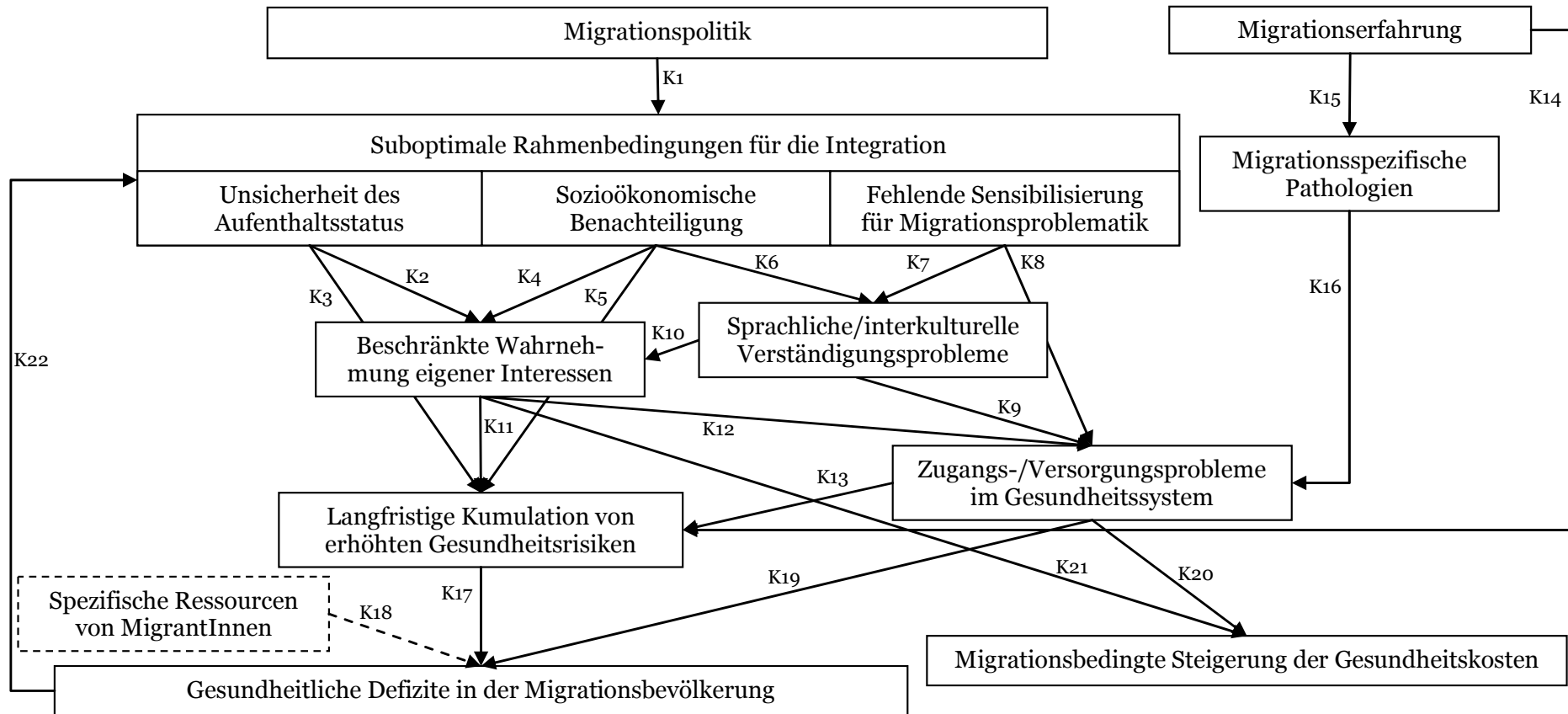
Bei der Arbeitsmigration dürfte sich die dauerhafte soziale Benachteiligung auswirken (M+G 2002: 32). Wie dies die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten beeinflusst, wird nachfolgend beschrieben.

3.2.3 Problemursachen

Die Ursachen für das allgemeine Problem der „gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung“ werden im Strategiepapier relativ komplex und umfassend dargestellt. Dies geschieht vorwiegend im dritten Kapitel „Hintergrund und Ausgangslage“ der Strategie. Die Darstellung der Problemursachen erfolgt allerdings wenig systematisch. Es werden zwar Annahmen zu Ursachen und Folgen, also Kausalhypothesen, gemacht, jedoch mehrheitlich nur implizit. Zudem werden die Annahmen nicht in einen Gesamtzusammenhang gestellt. Mittels einer Inhaltsanalyse wurde diese Gesamtsicht rekonstruiert. Das Problemursachenverständnis, das in der Strategie enthalten ist, lässt sich in verdichteter Form, wie in Abbildung 2 gezeigt, grafisch darstellen.

Die Problemanalyse geht von der Migrationspolitik und der Migrationserfahrung aus und führt über verschiedene Zwischenschritte zum Problem selber, nämlich den gesundheitlichen Defiziten bei der Migrationsbevölkerung. Die einzelnen Annahmen zu den Zusammenhängen werden in der Folge näher erläutert. Zum Schluss wird auf die angegebene empirische Evidenz der Annahmen eingegangen.

Abbildung 2: Problemursachen für gesundheitliche Defizite bei der Migrationsbevölkerung



Legende:

K: Kausalhypothese

-----: Positive Einflüsse

Erläuterung der einzelnen Kausalhypothesen

Die Kausalhypothesen K1 bis K22, die in Abbildung 2 in Form von Pfeilen dargestellt sind, werden in der Folge ihrer Nummerierung entsprechend einzeln besprochen. Dabei wird nicht nur die Art der vermuteten Zusammenhänge präzisiert, sondern auch auf die Textstellen verwiesen, an welchen sie im Strategiepapier (M+G 2002) angesprochen werden. Da die einzelnen Zusammenhänge in der Strategie unterschiedlich genau ausgeführt werden, variiert auch die Länge der jeweiligen Erläuterungen dazu relativ stark.

Migrationspolitik – Rahmenbedingungen für Integration

Die erste Kausalhypothese betrifft die Auswirkungen der bisherigen Migrationspolitik, die laut der Strategie von folgenden vier Hauptanliegen geprägt war (M+G 2002: 12):

1. Nachfrage des Arbeitsmarktes
2. Identitätsfrage
3. Integration (vor allem Bemühungen der Kantone und Gemeinden)
4. Asylfrage und Einhaltung der internationalen Verpflichtung

Die Rahmenbedingungen für die Integration,¹⁴ die mit diesen vier politischen Schwerpunkten geschaffen wurden, waren bisher suboptimal (M+G 2002: 5-6). Namentlich lassen sich drei hauptsächliche Probleme nennen, zu welchen diese Migrationspolitik führte:

1. Die bisherige Migrationspolitik hat zur Folge, dass der Aufenthaltsstatus vieler Migrantinnen und Migranten unsicher ist (M+G 2002: 16).
2. Die bisherige Migrationspolitik führte zu einer systematischen sozioökonomischen Benachteiligung der Migrationsbevölkerung im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern (M+G 2002: 12, 14-16).
3. Mit der bisherigen Migrationspolitik konnte nur eine beschränkte Sensibilisierung für die Migrationsproblematik erreicht werden (M+G 2002: 3).

Unsicherer Aufenthaltsstatus – Interessenwahrnehmung

Die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus von Migrantinnen und Migranten führt dazu, dass sie ihre Interessen nur beschränkt selber geltend machen (M+G 2002: 16).

Unsicherer Aufenthaltsstatus – Gesundheitsrisiko

Die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus macht die betroffenen Migrantinnen und Migranten besonders vulnerabel, was zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko führt (M+G 2002: 16).

¹⁴ Integration wird im Strategiepapier (M+G 2002: 62) wie folgt definiert: „Integration beschreibt die Annäherung an eine Gesellschaft, in der die gleichberechtigte Beteiligung der Migrantinnen und Migranten am gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Leben realisiert ist. Ziel dabei ist die Bildung einer Gemeinschaft von Menschen, die von gegenseitigem Respekt in der Verschiedenheit charakterisiert ist.“

Sozioökonomische Benachteiligung – Interessenwahrnehmung

Die sozioökonomische Benachteiligung führt dazu, dass Migrantinnen und Migranten ihre Interessen nur beschränkt wahrnehmen (M+G 2002: 16).

Sozioökonomische Benachteiligung – Gesundheitsrisiko

Es besteht eine systematische sozioökonomische Benachteiligung der Migrationsbevölkerung im Vergleich zu den Schweizerinnen und Schweizern (M+G 2002: 12, 14-16). Migrantinnen und Migranten gehören mehrheitlich niedrigen sozialen Schichten an. Sie haben somit ein relativ niedriges Einkommen, ein niedriges Bildungsniveau und eine niedrige berufliche Stellung. Sie sind oft in Branchen tätig, die starken konjunkturellen Schwankungen unterliegen und sind somit besonders stark von Arbeitsplatzunsicherheit betroffen. Insgesamt ist das Armutsrisiko bei der Migrationsbevölkerung grösser als bei der einheimischen Bevölkerung. Die sozioökonomischen Benachteiligungen erhöhen direkt das Gesundheitsrisiko, indem zum Beispiel die Arbeit, welcher viele Migrantinnen und Migranten nachgehen, in physischer und psychischer Hinsicht eher belastend ist.

Sozioökonomische Benachteiligung – Verständigungsschwierigkeiten

Verständigungsprobleme können sich aus der ungenügenden Berücksichtigung der sozialen Lage, in der sich ein grosser Teil der Migrationsbevölkerung in der Schweiz befindet, heraus ergeben (M+G 2002: 32). Die sozioökonomische Benachteiligung geht einher mit einem generellen Mangel an Information zur Gesundheit und zum Gesundheitssystem selbst (M+G 2002: 33). Über die üblichen Informationskanäle ist ein Teil der Migrationsbevölkerung aufgrund von Schwierigkeiten bei der Verständigung nicht erreichbar (M+G 2002: 31-32).

Fehlende Sensibilisierung – Verständigungsschwierigkeiten

Aufgrund der suboptimalen Integration von Migrantinnen und Migranten allgemein und der fehlenden Sensibilisierung für migrationsspezifische Bedürfnisse bei den Gesundheitsdiensten im Besonderen ergeben sich im Bereich Migration und Gesundheit oft Verständigungsschwierigkeiten (M+G 2002: 16, 40). Diese Verständigungsprobleme sind nicht nur sprachlicher Art, sondern gründen auch auf Differenzen in Bezug auf die lebensweltliche Orientierung (Rollenverständnis, Werte, Religion) und auf die medizinischen Lehren und Praktiken (M+G 2002: 31). So fehlt einerseits seitens der Migrantinnen und Migranten die Kompetenz, sich verständlich zu machen, während andererseits die Behandelnden zu wenig für die spezifische Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten sensibilisiert sind (M+G 2002: 31).

Fehlende Sensibilisierung – Zugangs- und Versorgungsprobleme

Die fehlende Sensibilisierung für die Migrationsproblematik allgemein führt zu sozialer Diskriminierung, Geringschätzung und Ausgrenzung (M+G 2002: 3, 16). Die Erfahrung der

gesellschaftlichen Ablehnung wirkt sich bei Migrantinnen und Migranten negativ auf ihren Zugang zu gesellschaftlichen Einrichtungen aus, auch im Gesundheitswesen (M+G 2002: 16).

Verständigungsschwierigkeiten – Zugangs- und Versorgungsprobleme

Die sprachlichen und kulturellen Verständigungsprobleme erschweren Migrantinnen und Migranten den Zugang zum Gesundheitssystem (M+G 2002: 16). Oft wird wegen mangelnden Wissens über die Funktionsweise des Gesundheitssystems ein falscher Zugang gewählt (M+G 2002: 32-33). Dies führt zu einer verzögerten Massnahmeneinleitung. Sprachliche und interkulturelle Barrieren können zudem auch die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen, vor allem während der Anamnese (M+G 2002: 31). So steigt bei Verständigungsschwierigkeiten das Risiko einer inadäquaten Diagnose und Indikationsstellung, oder die richtigen Massnahmen werden erst verspätet eingeleitet. Fühlen sich Patientinnen und Patienten aufgrund von Verständigungsproblemen zudem nicht verstanden, sinkt die so genannte „Compliance“ (Therapietreue). Die angeordneten Massnahmen erscheinen ihnen weniger glaubwürdig, weshalb Anordnungen häufiger missachtet werden oder gar die ärztliche Bezugsperson gewechselt wird. Verständigungsbarrieren beeinträchtigen somit nachhaltig den kurativen Verlauf (M+G 2002: 34).

Verständigungsschwierigkeiten – Interessenwahrnehmung

Die Wahrnehmung der eigenen Interessen setzt Wissen voraus. Bei einem Teil der Migrationsbevölkerung fehlen allerdings generelle Informationen zur Gesundheit, weil die Informationen aufgrund von sprachlichen und interkulturellen Verständigungsproblemen nicht zu ihnen gelangen. Zu den sensiblen Bereichen, in welchen aufgrund von Kommunikationsproblemen ein Mangel an adäquatem Wissen besteht, gehören Infektionskrankheiten (vor allem sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV/Aids) sowie die reproduktive Gesundheit (Sexualität, Schwangerschaft, Geburt, Säuglingsberatung). Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und interkultureller Art behindern präventives und gesundheitsförderndes Verhalten auch in anderen Bereichen, wie etwa im Suchtbereich, wo bei einigen Gruppen überdurchschnittliche Abhängigkeitsraten bei Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten zu verzeichnen sind (M+G 2002: 32-33). Aufgrund von Verständnisproblemen mangelt es bei einem Teil der Migrationsbevölkerung somit an den Kenntnissen, die ein angemessenes präventives und gesundheitsförderndes Verhalten ermöglichen würden.

Interessenwahrnehmung – Gesundheitsrisiko

Die beschränkte Wahrnehmung der eigenen Interessen wirkt sich negativ auf das Gesundheitsrisiko aus, indem gesundheitliche Probleme weniger selber angegangen werden und Migrantinnen und Migranten allgemein ein weniger gesundheitsförderndes Verhalten aufweisen (M+G 2002: 9, 13). Dies gilt zum Beispiel in Bezug auf das Sicherheitsrisiko am

Arbeitsplatz. Migrantinnen und Migranten sind in Berufssparten überrepräsentiert, die mit einem hohen Risiko behaftet sind, das häufig durch entsprechendes Verhalten reduziert werden könnte. Da die Präventionsbotschaften einen Teil der Migrationsbevölkerung jedoch nicht erreichen und Migrantinnen und Migranten ihre eigenen Interessen weniger wahrnehmen, bleibt das erhöhte Risiko aber bestehen (M+G 2002: 32-33).

Interessenwahrnehmung – Zugangs- und Versorgungsprobleme

Die beschränkte Wahrnehmung der eigenen Interessen erschwert den Zugang zu den Diensten im Gesundheitswesen. (Dieser Zusammenhang wird im Strategiepapier zwar nicht explizit erwähnt, ist aber impliziter Bestandteil der Argumentationskette.)

Zugangs- und Versorgungsprobleme – Gesundheitsrisiko

Aufgrund der Zugangsbarrieren und der Versorgungsprobleme erfolgt die Behandlung von gesundheitlichen Problemen bei Migrantinnen und Migranten oft verzögert oder überhaupt nicht (M+G 2002: 21). Gesundheitliche Probleme bleiben deshalb über lange Zeit bestehen. Ihre Kumulation stellt ein erhöhtes Gesundheitsrisiko dar (M+G 2002: 19).

Migrationserfahrung – Gesundheitsrisiko

Die Migrationserfahrung bzw. die Entwurzelung und allfällige Traumata, die von Flucht- und Foltererfahrungen herrühren, stellen ein Gesundheitsrisiko dar (M+G 2002: 12, 16).

Migrationserfahrung – Pathologien

Die Erfahrung von Migration kann zu speziellen Pathologien führen. Namentlich im Bereich der neuen Migration finden sich Krankheitsbilder, die eng mit migrations- und geschlechtsspezifischen Ursachen in Verbindung stehen. Zu diesen Krankheitsbildern gehören namentlich Beeinträchtigungen, die als Folge von Folgerungen, Kriegstraumata oder der Migrationserfahrung selbst (Reise Herkunftsland-Zielland) auftreten (M+G 2002: 19-20, 34).

Pathologien – Zugangs- und Versorgungsprobleme

Migrationsspezifische Krankheitsbilder, die bei einem Teil der Asylsuchenden und Flüchtlinge auftreten, erfordern hoch spezialisiertes therapeutisches Wissen. Im schweizerischen Gesundheitswesen fehlt dieses Wissen um die Migrationserfahrung und um migrationsspezifische Pathologien, die in der Schweiz nur selten vorkommen, weitgehend. Es gibt deshalb nur beschränkte entsprechende Behandlungsangebote (M+G 2002: 19-20, 31, 34).

Gesundheitsrisiko – gesundheitliche Defizite

Migrantinnen und Migranten sind oft gesundheitlichen Risiken auf mehreren Ebenen ausgesetzt (M+G 2002: 3, 12, 16). Diese Risiken verstärken sich über die Zeit zusätzlich gegenseitig

(M+G 2002: 19), weshalb von einer hohen Krankheitsanfälligkeit und von gesundheitlichen Defiziten ausgegangen werden muss.

Spezifische Ressourcen – gesundheitliche Defizite

Den Schwierigkeiten, welchen Migrantinnen und Migranten im Gesundheitsbereich begegnen und ausgesetzt sind, stehen gemäss der Strategie spezifische Ressourcen gegenüber. So kommen vergleichsweise viele Migrantinnen und Migranten im jungen Arbeitsalter in die Schweiz. Gemäss Studien weisen insbesondere Personen, die im Ausland Arbeit suchen bzw. dafür rekrutiert werden, einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand auf („Healthy Migrant Effect“). Auch bestehen in der Migrationsbevölkerung zum Teil gute soziale Netzwerke, welche die fehlenden Verwandtschaftsbeziehungen ersetzen (M+G 2002: 12, 14-15, 19). Diese spezifischen Ressourcen der Migrationsbevölkerung vermögen laut dem Strategiepapier die gesundheitlichen Defizite jedoch nicht zu kompensieren (M+G 2002: 19).

Zugangs- und Versorgungsprobleme – gesundheitliche Defizite

Der Zugang zu den Dienstleistungen im Gesundheitsbereich ist für viele Personen mit Migrationshintergrund mit hohen Schwellen behaftet (M+G 2002: 33). Die Behandlung von gesundheitlichen Problemen erfolgt bei Migrantinnen und Migranten deshalb oft verzögert oder überhaupt nicht (M+G 2002: 21). Gerade für migrationspezifische Pathologien bestehen nur ungenügende Behandlungsangebote (M+G 2002: 19-20).

Zudem wird die Qualität der Versorgung aufgrund von Problemen in der Phase der Anamnese beeinträchtigt (M+G 2002: 31). Es ist davon auszugehen, dass sich die Versorgungslücken und Qualitätsprobleme, gerade in Anbetracht der erhöhten Risiken, in gesundheitlichen Defiziten bei der Migrationsbevölkerung niederschlagen (M+G 2002: 31).

Zugangs- und Versorgungsprobleme – migrationsbedingte Kostensteigerung

Die inadäquate Nutzung (ungeeigneter Zugang) von Angeboten des Gesundheitssystems, falsche Diagnosen, verzögerte Indikationsstellungen und fehlende Compliance bei der Migrationsbevölkerung wirken sich kostensteigernd auf das Gesundheitssystem aus (M+G 2002: 31, 32-33). Insbesondere bei Traumatisierungen, die als Folge von Folterungen, Kriegstraumata oder der Migrationserfahrung selbst auftreten, kann eine gesundheitliche Unterversorgung bei einer allfälligen Chronifizierung hohe Kostenfolgen haben (M+G 2002: 34).

Interessenwahrnehmung – migrationsbedingte Kostensteigerung

Die beschränkte eigene Problemlösungskapazität und der Mangel an Prävention und Gesundheitsförderung wirken sich kostensteigernd auf das Gesundheitswesen aus (nur implizit in Strategie enthalten, so etwa M+G 2002: 6, 32).

Gesundheitliche Defizite – Integrationsschwierigkeiten

Zwischen Gesundheit, besonders verstanden in einem umfassenden Sinne, und Integration besteht eine Wechselwirkung (M+G 2002: 3, 13). Ungünstige Rahmenbedingungen für die Integration wirken sich deshalb nicht nur, wie in diesem Abschnitt ausgeführt, negativ auf den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung aus, sondern umgekehrt beeinträchtigen gesundheitliche Defizite bei der Migrationsbevölkerung auch den Integrationsprozess.

Angegebene empirische Evidenz zu den Kausalhypothesen

Die vorhandene empirische Evidenz ist laut dem Strategiepapier beschränkt. Es heisst im Papier, dass epidemiologische Daten einen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Mortalität bzw. Morbidität zeigen. Der Zusammenhang zwischen Morbidität bzw. Mortalität und Migration sei hingegen komplexer und noch wenig erforscht (M+G 2002: 16, 20). So sei unklar, inwiefern die Probleme im Bereich des Zugangs zum Gesundheitssystem liegen oder inwieweit migrationsspezifische oder schichtspezifische Ursachen eine Rolle spielen. Unerforscht seien weithin zum Beispiel auch die Gesundheit am Arbeitsplatz, die erhöhte IV-Anfälligkeit, die Ursachen der höheren perinatalen Mortalität und der Schwangerschaftskomplikationen bei Migrantinnen, das Risikoverhalten Jugendlicher oder die Hintergründe spezifischer Suchtverhaltensmuster.

Es besteht insgesamt ein Mangel an Verweisen auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Problemursachen. Allerdings bestätigen laut dem Projektantrag (BAG 2003a: 5) Teilstudien zum Gebrauch von Drogen, zu HIV/Aids und zu ausgewählten Gruppen der Migrationsbevölkerung, dass die Zusammenhänge zwischen Migration und einem schlechteren Gesundheitszustand, die in europäischen Studien festgestellt werden konnten, auch auf die Schweiz zutreffen. Es wird somit argumentiert, dass aus den internationalen Nachweisen für die Kausalhypothesen die empirische Evidenz als gegeben betrachtet werden kann.

3.3 Zielvorgaben

Auf der Basis der Annahmen zum Problem, das im Bereich Migration und Gesundheit besteht, werden im Programmkonzept Ziele definiert. Diese Ziele legen fest, wie der Zustand im Problemfeld, das mit der Problemanalyse abgesteckt worden ist, verändert werden soll, d.h. welche Wirkungen mit der Strategie M+G erzielt werden sollen. In diesem Kapitel werden somit die substanziellen Zielvorgaben betrachtet. Diese sind zu unterscheiden von operativen Zielvorgaben, die definieren, welche Massnahmen zu erbringen sind. Im Strategiepapier und im Projektantrag werden zahlreiche explizite Ziele definiert, die solche operativen Vorgaben und keine substanziellen Zielgrössen darstellen (z.B. BAG 2003a: 10).

In der Folge werden die Definitionen der angestrebten gesellschaftlichen Veränderungen im Problemfeld als substanzielle Zielvorgaben berücksichtigt, und zwar auch dann, wenn sie

nicht explizit zu Zielen deklariert wurden. Denn im Strategiepapier (M+G 2002) fehlt eine systematische Auflistung und Priorisierung der substanziellen Ziele. Zumindest wird jedoch an verschiedenen Stellen erwähnt, welche Veränderungen mit der Strategie angestrebt werden. Im Projektantrag sind die substanziellen Ziele unter Absatz 1.2 und 4 (BAG 2003a: 6, 9) zu finden.

Zu einem Programmkonzept gehört in der Regel, dass die Ziele durch so genannte evaluative Vorgaben konkretisiert werden. Evaluative Vorgaben sind Indikatoren, die festlegen, wie die Zielerreichung gemessen werden soll. Im Falle der Strategie M+G fehlen bei den Zielen evaluative Vorgaben.

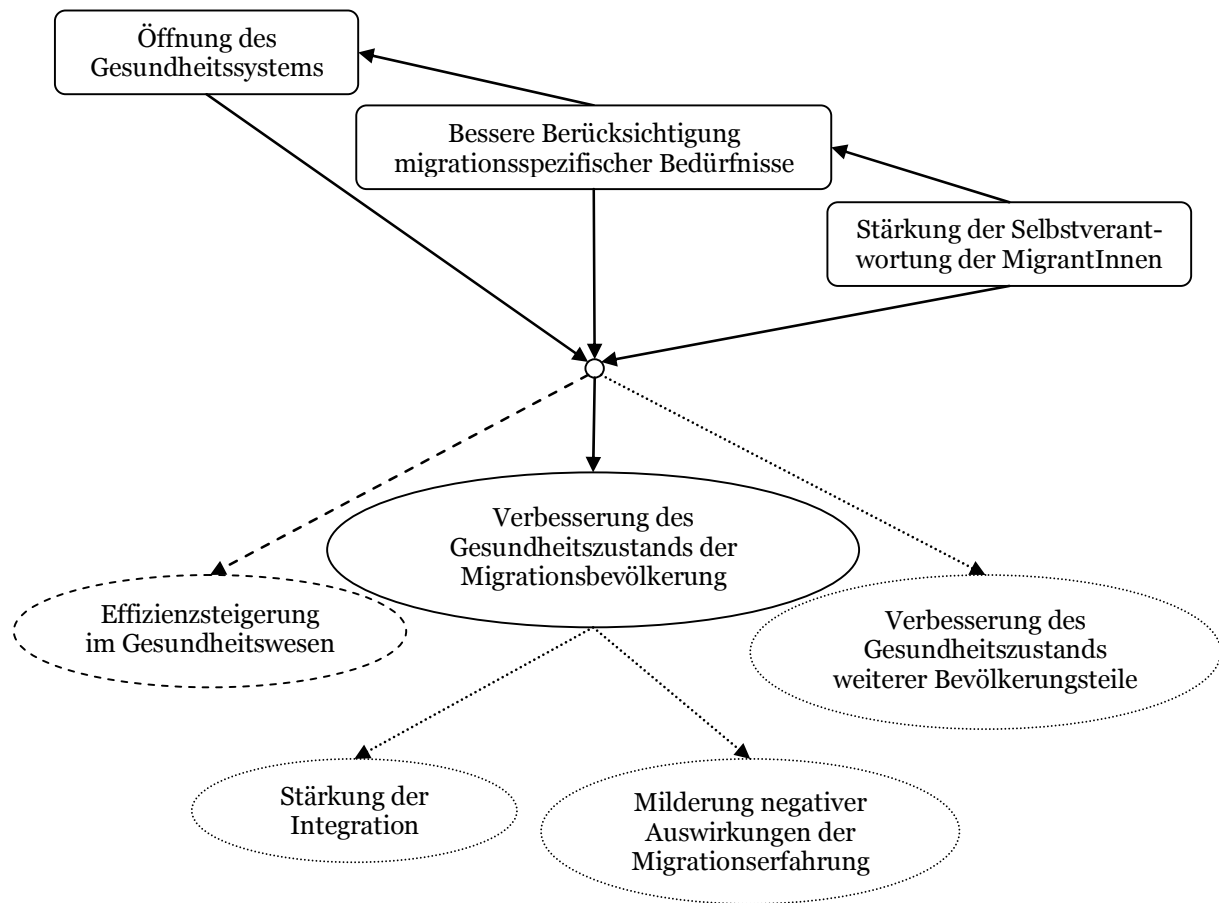
Zu analytischen Zwecken wurde unterschieden, auf welche Wirkungsebene sich die Zielsetzungen beziehen.¹⁵ So lassen sich einerseits Ziele identifizieren, die den angestrebten Endzustand im Problemfeld definieren. In Bezug auf Abbildung 2 legen diese Ziele also fest, wie die kritischen Zustände, die am Schluss der Problemanalyse stehen, also die gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung und die migrationsbedingten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, verändert werden sollen. Die Zielsetzungen, die sich auf diese Endzustände beziehen, sind die so genannten *Impactziele*.

Zusätzlich gibt es im Strategiepapier auch Zielsetzungen, die definieren, wie die Probleme, die selbst die Ursache der eigentlichen Hauptprobleme darstellen, verändert werden sollen. Es sind dies somit Ziele, die zum Beispiel festlegen, wie die Verständigungs- oder die Zugangs- und Versorgungsprobleme gemildert werden sollen (vgl. Abbildung 2). Diese Ziele, die sich auf vorgelagerte Problemzustände beziehen, werden *Outcomeziele* genannt.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die wichtigsten Outcome- und Impactziele der Strategie und zeigt, wie die Ziele gegenseitig voneinander abhängen. Die Impactziele sind als ovale Felder die Outcomeziele als Rechtecke dargestellt. In der Folge wird zuerst auf die Impact- und anschliessend die Outcomeziele eingegangen.

¹⁵ Cloetta et al. (2004) haben ein Modell zur Erfassung der Wirkungen gesundheitsfördernder Massnahmen entwickelt, das vom BAG zum Teil als Referenzmodell verwendet wird. Sie unterscheiden die drei Ergebnisebenen „Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten“, „Gesundheitsdeterminanten“ und „Gesundheit der Bevölkerung“. Statt diesem rein gesundheitsbezogenen Ergebnismodell wird hier die in der Evaluationsforschung gängige Unterscheidung der zwei Stufen „Outcome“ und „Impact“ verwendet. Im Ergebnismodell (Cloetta et al. 2004) entsprechen die Impactziele den angestrebten Ergebnissen in der hintersten Spalte (Spalte D, Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung), während die Outcomeziele die Spalten B und C betreffen würden. Das Ziel der Effizienzerhöhung lässt sich im Ergebnismodell jedoch nicht verorten, da dieses nur gesundheitsbezogene und keine finanziellen Wirkungen umfasst.

Abbildung 3: Impactziele und übergeordnete Outcomeziele



3.3.1 Impactziele

Die Impactziele beschreiben den angestrebten Endzustand im Bereich Migration und Gesundheit. Die Ziele können dabei für unterschiedliche Zeithorizonte festgelegt werden. Zuerst werden in der Folge die langfristigen Impactziele, die so genannten Visionen, betrachtet. Anschliessend werden die mittelfristigen Ziele beschrieben, die mit der Strategie tatsächlich erreicht werden sollen.

Langfristige Ziele

Die langfristigen Ziele, die der Strategie zugrunde liegen, stellen eine Vision dar, in dem Sinne, als die Strategie nicht den Anspruch erhebt, sie zu erreichen. Die Vision gibt eher die Richtung an, in der die Politik weiterzugehen hat. Sie stellen somit übergeordnete Orientierungspunkte dar.

Die *gesundheitliche Chancengleichheit* stellt sowohl den Ausgangspunkt für die Problemanalyse als auch die Vision der Strategie dar. Ausgangspunkt der Problemanalyse ist namentlich, dass die Chancengleichheit in Bezug auf die Migrationsbevölkerung gegenwärtig nicht ge-

ben ist. Die Vision, die mit der Strategie verfolgt wird, besteht nun in der Verwirklichung dieser Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung. Dies bedeutet, dass das Gesundheitswesen mit seinen Institutionen in der Lage sein soll, auf eine durch Migration veränderte Gesellschaft und Klientel und deren Bedürfnisse einzugehen (BAG 2003a: 9; M+G 2002: 25). Zudem sollen die Ressourcen der Migrationsbevölkerung aktiviert und genutzt werden (BAG 2003a: 9). Damit sollen letztlich die festgestellten systematischen gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung (vgl. Abbildung 2) langfristig behoben werden.

Mit der Verfolgung der Vision der Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung wird – so die Annahme der Strategie – auch ein Beitrag zur allgemeinen Chancengleichheit geleistet. Die Sensibilisierung des Gesundheitswesens für migrationsspezifische Aspekte führt demgemäss gleichzeitig zu einer grundsätzlichen Sensibilisierung für spezifische Bedürfnisse, die auch anderen sozialen Gruppen zugute kommt. Die Strategie soll somit dazu beitragen, dass das Gesundheitssystem jene Offenheit hat, die es Menschen beider Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Schichten erlaubt, angemessene Gesundheitsleistungen zu beziehen und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen (BAG 2003a: 9; M+G 2002: 3, 9, 25).¹⁶

Mittelfristige Ziele

Im Strategiepapier werden mittelfristige Ziele definiert. Darunter werden Ziele verstanden, die dem Zeithorizont der Strategie entsprechen. Diese Ziele sollen somit während der Laufzeit der Strategie, also im Zeitraum von 2002 bis 2006, verwirklicht werden.

Das Hauptziel bezieht sich wiederum auf das Problem der gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung (vgl. Abbildung 2). Während die Vision in der Verwirklichung der Chancengleichheit besteht, sind die Ansprüche, die mit der Strategie erreicht werden sollen, etwas bescheidener. Angestrebt wird in der Laufzeit der Strategie nämlich lediglich eine nicht näher umschriebene *Verbesserung des Gesundheitszustands* der Migrationsbevölkerung. Das heisst, dass der Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung demjenigen der schweizerischen Bevölkerung angeglichen werden soll (BAG 2003a: 5-6; M+G 2002: 9, 13, 27). Auf die Wirkung hinsichtlich dieses Hauptziels werden die verschiedenen Massnahmen denn auch eingeschätzt (M+G 2002: 27).

Ein zweites wichtiges Ziel, in Bezug auf das die verschiedenen Massnahmen evaluiert werden sollen, stellt die *Effizienzerhöhung* im Gesundheitssystem dar (M+G 2002: 26-27, 35). Dieses Ziel stellt allerdings gemäss der Strategie eine Nebenwirkung der Massnahmen dar, die

¹⁶ Im Vorwort heisst es: „Mit der Umsetzung der Strategie soll ein wesentlicher Schritt zu Solidarität und Chancengleichheit für alle Menschen im schweizerischen Gesundheitssystem gemacht werden“ (M+G 2002: 3). Während die Chancengleichheit in der eigentlichen Strategie dann mehrmals als Ziel erwähnt wird, tritt der Wert der Solidarität nur an dieser einen Stelle auf. Er wird deshalb hier nicht als Ziel mitberücksichtigt.

zur Verbesserung des Gesundheitszustands durchgeführt werden. So heisst es, dank einer besseren Koordination der Massnahmen der migrationspolitisch relevanten Akteure, durch mehr Wissen über Gesundheitsfragen in der Migrationsbevölkerung und durch eine gezieltere Versorgung der Migrationsbevölkerung könnten Kosten eingespart werden (M+G 2002: 6, 26, 33). Die migrationsbedingten Kostensteigerungen stellen denn auch, neben den gesundheitlichen Defiziten, gemäss der Problemdefinition, die der Strategie zugrunde liegt, eine Hauptschwierigkeit dar (vgl. Abbildung 2).

Neben dem Hauptziel der Verbesserung der Gesundheit und der primär angestrebten Nebenwirkung der Effizienzerhöhung werden im Strategiepapier noch weitere erwünschte Veränderungen erwähnt, die sich entweder als Nebenwirkung der Umsetzung der Massnahmen oder als Folgewirkung der Erfüllung der hier erwähnten primären mittelfristigen Ziele ergeben. Hinsichtlich der Problemanalyse beziehen sich diese erwünschten Wirkungen somit auch auf die letzte Ebene und stellen somit Impactziele dar.

Neben der Effizienzsteigerung sollen die Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Migrationsbevölkerung gleichzeitig auch der *Verbesserung des Gesundheitszustands weiterer Bevölkerungsteile*, die sich in ähnlichen Problemlagen wie ein Teil der Migrationsbevölkerung befinden, dienen (M+G 2002: 6, 31, 33). Diese angestrebte Nebenwirkung der Strategie entspricht der Vision, dass mit der Umsetzung der Massnahmen ein Schritt in Richtung der allgemeinen Chancengleichheit im Gesundheitsbereich gemacht wird.

Zusätzlich enthält die Strategie auch Angaben, welche sekundären Wirkungen erreicht werden sollen. Die sekundären Wirkungen bezeichnen dabei Veränderungen, die sich als Folge der Erreichung des Hauptziels der Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung ergeben. Zwei Folgewirkungen werden angestrebt: Erstens soll die Verbesserung des Gesundheitszustands der *Integration* der Migrationsbevölkerung dienen (M+G 2002: 3, 6, 13). Diese sekundäre Wirkung basiert auf Kausalhypothese 22 (vgl. Abbildung 2), die von einer Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Integration ausgeht. Zweitens wird als sekundäre Wirkung auf die *Minderung unerwünschter Nebenwirkungen migrationsbedingter Stresssituationen*, die gemäss Strategie (M+G 2002: 13) unter anderem Aggressivität und Gewalttätigkeit auslösen können, abgezielt. In Bezug auf die Problemanalyse wird somit implizit von einer Rückkoppelung des Gesundheitszustands auf die Auswirkungen der Migrationserfahrung ausgegangen.

3.3.2 Outcomeziele

Um die Impactziele zu erreichen, kann auf unterschiedlicher Ebene im Problemgefüge angesetzt werden. Die Outcomeziele legen die Ansatzpunkte fest. Sie definieren, welche Teilprobleme wie verändert werden sollen. Die Erfüllung der Outcomeziele soll schliesslich zur Erreichung der Impactziele hinführen.

Bei der Strategie M+G gibt es drei übergeordnete Outcomeziele, welche die Stossrichtung der Veränderungen beschreiben, die notwendig sind, um die Impactziele zu erreichen. Diese Outcomeziele sind in Form von drei Prinzipien bzw. zugrunde liegenden Werten in der Strategie enthalten. Ausserdem gibt es im Strategiepapier massnahmenbezogene Outcomeziele.

Zugrunde liegende Werte als übergeordnete Outcomeziele

Kapitel 2 des Strategiepapiers (M+G 2002: 8-9) stellt die zugrunde liegenden Werte vor, die für die Legitimation, Effektivität und Effizienz der Strategie wichtig seien. Es handelt sich dabei in erster Linie um die Werte *Chancengleichheit*, *adäquate Leistungserbringung* und *Selbstverantwortung* sowie in zweiter Linie *Verhältnismässigkeit* und *wissenschaftliche Fundierung*. Die drei ersten Werte – zum Teil auch Prinzipien genannt – tauchen in der gesamten Strategie, teilweise unter anderen Stichworten (Offenheit, Pluralismus, Empowerment/individuelle Verantwortung) wiederholt auf (M+G 2002: 13, 20, 9). Namentlich heisst es im Strategiepapier (M+G 2002: 13), das primäre Impactziel der Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung könne am ehesten durch die gleichzeitige Verfolgung folgender drei Vorgehensweisen erreicht werden, die je ein bestimmtes zugrunde liegendes Prinzip widerspiegeln:

- Zugangsbarrieren minimieren (Prinzip der Chancengleichheit);
- Spezifische Angebote für Personen erstellen, die aufgrund ihres Migrationshintergrundes und ihrer Migrationserfahrung nur beschränkten Zugang zu einem grundsätzlich offenen Gesundheitssystem finden (Prinzip der adäquaten Leistungserbringung);
- Die eigenständige Verarbeitung von Problemen und die selbst bestimmte Umsetzung von Massnahmen fördern (Prinzip der Selbstverantwortung).

Diese drei Vorgehensweisen werden in der Strategie nicht explizit als Ziele dargestellt, sondern eher als Konsequenzen, die sich aus den zugrunde liegenden Werten ergeben. Sie legen jedoch fest, in welche Richtung die Massnahmen der Strategie wirken sollten. Als solche Richtungsvorgaben fungieren sie im Grundsatz als übergeordnete Outcomeziele, die ihre Konkretisierung in den Zielen der einzelnen Massnahmen finden sollten. Die drei übergeordneten Outcomeziele können wie folgt bezeichnet werden:

- Öffnung des Gesundheitssystems;
- Verbesserung der Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse bei der Leistungserbringung;
- Stärkung der Selbstverantwortung und Problemlösungskompetenz von Migrantinnen und Migranten.

Im Strategiepapier wird angedeutet, dass die drei zugrunde liegenden Werte, und damit auch die übergeordneten Outcomeziele, voneinander abhängig sind. Namentlich soll die Stärkung der eigenständigen Problemlösung dazu beitragen, dass bei der Leistungserbringung die Ressourcen der Migrantinnen und Migranten besser einbezogen werden können, womit migrationsspezifische Bedürfnisse besser berücksichtigt werden können. Die stärkere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse bei der Leistungserbringung fördert ihrerseits die Öffnung des Gesundheitssystems, indem die Sensibilität für spezifische Problemlagen allgemein zunimmt (M+G 2002: 9). Die drei Outcomeziele stehen somit einerseits in einer gegenseitigen Abhängigkeit, tragen aber andererseits auch je einzeln zum Impactziel der Verbesserung des Gesundheitszustands bei der Migrationsbevölkerung bei. Dies geht aus Abbildung 3 hervor.

Massnahmenbezogene Outcomeziele

Für die einzelnen Massnahmen werden Outcomeziele definiert (M+G 2002: 25-26), die festlegen, wie der Zustand im Problemfeld mit der jeweiligen Massnahme verändert werden soll. Für die Massnahme „Aus- und Fortbildung ikÜ“¹⁷ wird zum Beispiel als Ziel die Verbesserung der Verständigung im Gesundheitswesen definiert. Diese Zielsetzung bezieht sich auf das intermediäre Problem der Verständigungsschwierigkeiten, womit es sich um ein Outcomeziel handelt. Die massnahmenbezogenen Outcomeziele werden im Detail im folgenden Kapitel 3.4.2 zu den operativen Vorgaben aufgeführt, wo die einzelnen Massnahmen vorgestellt werden.

3.4 Operative Vorgaben

Die übergeordneten Outcomeziele geben die Stossrichtung der Strategie an. Diese allgemeinen Richtungsangaben sollten erwartungsgemäss auf der operativen Ebene eine Konkretisierung erfahren. Die operativen Vorgaben umfassen dabei die Gesamtheit der Angaben dazu, welche Aktivitäten im Rahmen der Umsetzung der Strategie M+G unternommen werden sollen.

Im Strategiepapier lassen sich zwei operative Ebenen erkennen, auf welchen die Umsetzungsaktivitäten zunehmend konkret werden:

1. *Interventionsbereiche*: In der Strategie werden für die Zeitspanne von 2002 bis 2006 fünf Interventionsbereiche mit folgender Prioritätenordnung definiert:
 1. Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) (IB B)
 2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I)
 3. Gesundheitsversorgung (IB V)

¹⁷ In diesem Bericht wird anstelle des im Strategiepapier verwendeten Begriffs „interkulturelles Dolmetschen“ der neue, anerkannte Begriff „interkulturelle Übersetzung“ (ikÜ) vorgezogen.

4. Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T)
 5. Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring) (IB F)
2. *Massnahmen*: Innerhalb der fünf Interventionsbereiche werden im Strategiepapier je verschiedene Massnahmen definiert. Im Strategiepapier wird angedeutet, dass die Massnahmen durch externe Partner realisiert werden sollen.

Die operativen Vorgaben zu diesen zwei Ebenen werden in diesem Kapitel vorgestellt.

3.4.1 Interventionsbereiche

Das Strategiepapier definiert für die fünf Interventionsbereiche keine eigenen substantziellen Ziele, sondern legt lediglich fest, auf welche der drei Werte sich jeder Interventionsbereich stützt (M+G 2002: 25-26). Damit lassen sich die fünf Interventionsbereiche den drei übergeordneten Outcomezielen zuordnen.

Tabelle 3: Interventionsbereiche mit zugehörigen Werten bzw. übergeordneten Outcomezielen

<i>Werte</i>	<i>Übergeordnete Outcomeziele</i>	<i>B</i>	<i>I</i>	<i>V</i>	<i>T</i>	<i>F</i>
Chancengleichheit	Öffnung des Gesundheitssystems	X	X	X	X	
Adäquate Leistung	Berücksichtigung migrationsspez. Bedürfnisse	X	X	X	X	X
Selbstverantwortung	Stärkung der Selbstverantwortung		X			

Wie Tabelle 3 zeigt, zielen sämtliche Interventionsbereiche auf eine stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten sowie, mit Ausnahme der Forschung, auf eine Öffnung des Gesundheitssystems. Hingegen hat lediglich der Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung die Stärkung der Selbstverantwortung zum Ziel.

Die obige Reihenfolge der Bereiche entspricht gemäss dem Strategiepapier einer Prioritätenordnung bei der Finanzierung und Umsetzung. Allerdings wird im Strategiepapier nicht genauer festgelegt, wie die Prioritäten umgesetzt werden sollen. Die Aktivitäten in den einzelnen Bereichen werden auf der Ebene der Massnahmen genauer definiert.

3.4.2 Massnahmen

In jedem der fünf Interventionsbereiche sind zwei bis drei Massnahmen vorgesehen, die im Rahmen der Strategie M+G 2002–2006 umgesetzt werden sollen. Diese Massnahmen werden in diesem Abschnitt für jeden Interventionsbereich einzeln vorgestellt. Dies geschieht in Form von Tabellen, welche die wichtigsten Vorgaben, welche das Strategiepapier zu den verschiedenen Massnahmen macht, zusammenfassen. Neben den operativen Vorgaben werden auch die massnahmenbezogenen Zielvorgaben aufgeführt. Zur besseren Verständlichkeit sei die Bedeutung der einzelnen Spalten der nachfolgenden Tabellen hier kurz erläutert.

- Die erste Spalte der Tabellen führt die verschiedenen Massnahmen eines Bereichs auf, wobei sie zur besseren Übersicht zusätzlich mit einem Kürzel für den Bereich (z.B. „B“ wie Bildung) und einer Nummer versehen werden.
- In der zweiten Doppelspalte ist der Zielbeitrag angegeben, welcher die jeweilige Massnahme in Bezug auf die Impactziele der Strategie leisten soll. Das Strategiepapier (M+G 2002: 27, Tabelle 3) definiert die erwarteten mittelfristigen Wirkungen in Bezug auf die beiden primären Impactziele Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen (vgl. Kapitel 3.3.1). Die erwartete Wirkung hinsichtlich dieser Ziele wird im Strategiepapier entweder als hoch („hohe Wirksamkeit“), mittel („verbesserte Wirksamkeit“) oder unklar (Einschätzung nicht möglich) eingestuft. Diese Einschätzungen wurden in die unten stehenden Tabellen übertragen. Keine Einschätzung liegt hingegen bezüglich des Zielbeitrags der Massnahmen in Bezug auf die drei übergeordneten Outcomeziele vor.
- Die dritte Spalte enthält die massnahmenbezogenen Outcomeziele, die im vorhergehenden Abschnitt 3.3.2 noch weggelassen wurden. Sie geben die Veränderungen an, welche mit Hilfe der jeweiligen Massnahme im Problemfeld erreicht werden sollen. Sie sind primär dem vierten Kapitel des Strategiepapiers (M+G 2002: 25-26) entnommen, in dem die Interventionsbereiche mit expliziten Zielangaben kurz aufgelistet sind. Outcomeziele in dieser Spalte, welche in einer Klammer stehen, stammen zumeist aus dem fünften Kapitel zu den Schwerpunkten (M+G 2002: 31-35) und sind oft nicht ausdrücklich als Ziele deklariert, bezeichnen aber gleichfalls Veränderungen, welche mit den jeweiligen Massnahmen angestrebt werden. Oft stellen sie eine Konkretisierung der expliziten Outcomeziele dar.¹⁸
- Die vierte Spalte der Tabellen gibt einen Überblick zu den Outputzielen. Outputziele stellen Vorgaben dar, welche im Unterschied zu den Outcomezielen nicht die angestrebten Veränderungen in einem Bereich definieren, sondern die Leistungen, die zu erbringen sind. Outputziele sind somit operative Vorgaben, also Leistungsvorgaben. Kursiv sind in dieser Spalte zuerst immer jene Leistungsziele aufgeführt, die zum Schluss des Strategiepapiers in Tabelle 5 (M+G 2002: 48) zusammengefasst sind.¹⁹ Diese Vorgaben werden, wo angebracht, ergänzt durch die Angaben, die im Kapitel zu den Schwerpunkten (M+G 2002: 31-35) explizit unter den „Zielsetzungen“ aufgeführt sind. In Klammer stehen in dieser Spalte zudem weitere Leistungsziele, welche im Strategiepapier (M+G 2002: 25-

¹⁸ Für die Massnahmen im Bereich der Forschung findet zudem eine implizite Konkretisierung der Outcomeziele im letzten Kapitel der Strategie (M+G 2002: 47) statt.

¹⁹ Einige der in der Tabelle aufgeführten Zielsetzungen stellen in ihrer Formulierung Outcomeziele dar, da sie nicht die zu erbringenden Leistungen, sondern vielmehr die angestrebten Verhaltensänderungen beschreiben. Diese Ziele wurden in operative Vorgaben umformuliert.

35) in Bezug auf die jeweiligen Massnahmen gemacht werden, und die nicht eine Konkretisierung des Hauptziels darstellen, sondern eine zusätzliche, andere Leistung verlangen.

- Zu den hauptsächlichlichen Outputzielen sind im Strategiepapier noch weitere Konkretisierungen zu finden. Diese sind in der letzten Spalte aufgeführt. Es handelt sich um ergänzende Angaben zur Ausgestaltung der Leistung, wie z.B. zur regionalen Verteilung oder zur inhaltlichen Ausrichtung. An erster Stelle stehen jeweils die Konkretisierungen, die bereits im Rahmen der „Zielsetzungen“ im Kapitel zu den Schwerpunkten (M+G 2002: 31-35) ausdrücklich gemacht werden und deshalb besonders wichtig sind. In Klammer stehen weitere Angaben zur Ausgestaltung der Massnahmen, die im Strategiepapier (M+G 2002: 25-35) enthalten sind.

Die Reihenfolge der nachstehenden Tabellen entspricht wiederum der Prioritätensetzung bei den Interventionsbereichen.

Tabelle 4: Interventionsbereich Bildung (IB B): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben

Massnahme	Impactzielbeitrag		Outcomeziel	Outputziel	Weitere Leistungsvorgaben
	Gesundheit	Effizienz			
B1: Aus- und Fortbildung Dolmetschen bzw. interkulturelle Übersetzung (ikÜ)	hoch	mittel	Verbesserung der Verständigung mit Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen	<i>In der Schweiz existiert eine professionelle Aus- und Fortbildung für Dolmetschen bzw. ikÜ im Gesundheitsbereich.</i> Es existiert diesbezüglich eine staatliche Zertifizierung. Die Aus- und Fortbildungsangebote für Dolmetschen bzw. ikÜ umfassen wenn möglich auch den Sozialbereich.	<ul style="list-style-type: none"> – Angebote in allen Landesteilen – Flexibler Zugang über offene Anerkennungsprozeduren – (Besondere Zielgruppe: Personen mit eigenem Migrationshintergrund) – (National einheitliches Zertifizierungssystem) – (Aufbau auf Bestehendem) – (Sowohl allgemeine als auch auf medizinische Teilgebiete spezialisierte Angebote)
B2: Aus- und Fortbildung interkulturelle Vermittlung (ikV)	hoch	mittel	Verbesserung der [Wirksamkeit der] der Information, Prävention und Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung	<i>In der Schweiz existieren eine professionelle Aus- und Fortbildung sowie eine anerkannte Zertifizierung für ikV.</i> Die Aus- und Fortbildungsangebote für ikV umfassen wenn möglich auch den Sozialbereich.	<ul style="list-style-type: none"> – Angebote in allen Landesteilen – Flexibler Zugang über offene Anerkennungsprozeduren – (Besondere Zielgruppe: Personen mit eigenem Migrationshintergrund) – (National einheitliches Zertifizierungssystem) – (Dezentralisierte Angebote) – (Aufeinander abgestimmte, standardisierte Angebote) – (Inhaltlich: neben Fragen zu Vermittlungstätigkeit auch solche zu Organisation und adäquatem Einbezug der MultiplikatorInnen)

Massnahme	Impactzielbeitrag		Outcomeziel	Outputziel	Weitere Leistungsvorgaben
	Gesundheit	Effizienz			
B3: Fort- und Weiterbildung Gesundheits- berufe	mittel	mittel	Verbesserung der Verständigung mit Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen (Anerkennung des Nutzens und tatsächliche Nutzung von Dolmetscherdiensten bzw. ikÜ und ikV durch Leistungserbringer)	<i>Es existieren für alle Gesundheitsberufe regelmässige Fort- und/oder Weiterbildungsangebote im Bereich M+G.</i> (Überprüfung, ob und wie migrationsspezifische Fragestellungen in Grundausbildung bzw. Fortbildung für Gesundheitsberufe integriert werden könnten)	<ul style="list-style-type: none"> – Angebote in allen Landesteilen – Flexibler Zugang über offene Anerkennungsprozeduren – (Zielgruppen: Ärzte, Pflegepersonal und Management) – (Fachverbände als Träger der Bildungsgänge) – (Inhaltlich: Sensibilisierung der Gesundheitsdienste für migrationsspezifische sowie allgemein für schicht- und geschlechtsspezifische Fragestellungen)

Tabelle 5: Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung (IB I): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben

Massnahme	Impactzielbeitrag		Outcomeziel	Outputziel	Weitere Leistungsvorgaben
	Gesundheit	Effizienz			
I1: Prävention und Gesundheits- förderung	mittel	unklar	Förderung der Gesundheit und Empowerment der Migrationsbevölkerung (Verbesserung der präventiven Wirkung von Massnahmen und des Gesundheitsverhaltens in der Migrationsbevölkerung)	<p><i>Bei den verschiedenen Gruppen in der Migrationsbevölkerung finden systematisch gezielte präventive Interventionen statt.</i></p> <p>Die Interventionen betreffen nicht nur die Prävention, sondern auch die Gesundheitsförderung und die Informationsvermittlung über das Gesundheitssystem.</p> <p>Gelungene Projekten werden als Modelle („best practices“) gefördert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Prioritäre Themenbereiche:²⁰ <ul style="list-style-type: none"> – Infektionskrankheiten (insbes. HIV/Aids), – sexuelle und reproduktive Gesundheit, – Sicherheit am Arbeitsplatz, – Sucht, – Information über das schweizerische Gesundheitssystem. – Bekanntmachung geeigneter Instrumente und Vorgehensweisen bei breiter Öffentlichkeit und Empfehlung zu Nachahmung – (Massnahmen zur Mobilisierung migrationseigener, für Gesundheitsbereich relevanter Ressourcen und Kompetenzen) – (Aufsuchende Arbeit, die bei Treffpunkten und in Organisationen der Migrationsbevölkerung ansetzt) – (Massnahmen mit Problemnähe) – (Massnahmen, die interkulturelle Vermittlung und MultiplikatorInnen einsetzen) – (Themen- und zielgruppenspezifische Massnahmen, um interner Differenzierung der Migrationsbevölkerung Rechnung zu tragen) – (Primäre Zielgruppen: Asylsuchende, Frauen der neuen Migration, Jugendliche)

²⁰ Diese fünf Problembereiche wurden in der Evaluation (Ledermann et al. 2006: 38, Tabelle 5) ursprünglich nicht als Vorgaben berücksichtigt. Wie die Gespräche mit den zuständigen Bereichsleitungen ergaben, bilden die Problembereiche jedoch einen klaren Orientierungspunkt für die Umsetzung, weshalb sie nachträglich in die Vorgaben integriert wurden.

Massnahme	Impactzielbeitrag		Outcomeziel	Outputziel	Weitere Leistungsvorgaben
	Gesundheit	Effizienz			
I2: Sensibilisierung Leistungserbringer	mittel	mittel	<p>Verbesserung des Verständnisses für migrations- und geschlechtsspezifische Anliegen bei Verantwortlichen im Gesundheitswesen</p> <p>(Nutzung der Fort- und Weiterbildungsgänge zu zielgruppenspezifischen Bedürfnissen)</p> <p>([Einsicht der Notwendigkeit von] Ausrichtung der Angebote auf zielgruppenspezifische Bedürfnisse)</p>	<p><i>Bei den wichtigsten leistungserbringenden Diensten in der Schweiz wurden zum Thema M+G Sensibilisierungsbemühungen unternommen.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Basis schaffen für Umsetzung von Massnahmen – (Gezielte und systematische Information und Sensibilisierung) – (Besondere Zielgruppe: Management von leistungserbringenden Diensten)

Tabelle 6: Interventionsbereich Gesundheitsversorgung (IB V): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben

Massnahme	Impactzielbeitrag		Outcomeziel	Outputziel	Weitere Leistungsvorgaben
	Gesundheit	Effizienz			
V1: Leicht zugängliche Angebote	hoch	mittel	Abbau von Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen und gezieltere Vermittlung	<i>In allen grossen Agglomerationen existieren leicht zugängliche Angebote, die unbürokratisch Hilfe bei Gesundheitsproblemen anbieten und gezielt Dienste vermitteln.</i> (Anreize für Kantone und Städte, Angebote leichter zugänglich zu machen) (Erarbeitung unkomplizierter Modelle der Finanzierung zusammen mit Krankenversicherern)	<ul style="list-style-type: none"> – Integration der leicht zugänglichen Angebote in bereits bestehende bzw. sich im Aufbau befindliche Institutionen des Gesundheitswesens – (Einrichtung besonders in Agglomerationen mit hoher Dichte an vulnerablen MigrantInnen) – (Verschiedene Angebotsmodelle: Ärztegemeinschaften, Spitäler, Gesundheitsnetzwerke; offene Dienste in Polikliniken, Strassenärzte, mobile Einheiten usw.; Identifizierung von „best practices“ durch Evaluationen) – (Zielgruppen: Migrationsbevölkerung, evtl. weitere benachteiligte Bevölkerungsgruppen)
V2: Vermittlungs- und Koordinationsdienste	mittel	hoch	Verbesserung der Vermittlung, Verbesserung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer, gezieltere Versorgung (Aufdecken und Abbau von Überangeboten und Lücken bei Leistungserbringern)	<i>In allen Regionen der Schweiz existieren Vermittlungsdienste für den Gesundheits- und wenn möglich auch für den Sozialbereich.</i> Es existiert auch ein Vermittlungs- und Koordinationsdienst auf nationaler Ebene.	<ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung verschiedener Angebote, u.a. Dolmetscherdienste bzw. ikÜ (vgl. Mn. V3) – (Schnelle und unbürokratische Vermittlung) – (Zielgruppen: Migrationsbevölkerung, weitere benachteiligte Bevölkerungsgruppen bzw. „interessierte Kreise“)
V3: Einsatz von Dolmetscherdiensten bzw. ikÜ	hoch	hoch	Verbesserung der Verständigung zwischen Leistungserbringern und Klientel (Vereinfachung und Erhöhung der Nutzung von Dolmetscherdiensten bzw. ikÜ-Diensten im Gesundheitswesen)	<i>In allen Regionen der Schweiz werden professionelle Dolmetscherdienste bzw. ikÜ-Dienste angeboten, deren Finanzierung geklärt ist.</i> Dazu müssen in allen Regionen Vermittlungs- und Koordinationsstellen für Dolmetscherdienste bzw. ikÜ-Dienste aufgebaut werden.	

Tabelle 7: Interventionsbereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (IB T): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben

Massnahme	Impactzielbeitrag		Outcomeziel	Outputziel	Weitere Leistungsvorgaben
	Gesundheit	Effizienz			
T1: Differenzierung bestehendes Angebot	hoch	unklar	Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive erhalten in kurzer Zeit ein spezialisiertes und dezentralisiertes Angebot. ²¹	<i>Verbesserung des bestehenden Angebots, insbesondere für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Anpassung der Angebote an differenzierte Problematiken von Kriegstraumatisierten und Folteropfern – (Anpassung der Angebote an Nachfrage) – (Regelmässige Auswertung der Effektivität der bestehenden spezialisierten Angebote)
T2: Aufbau niederschwelliger Angebote	hoch	unklar	Traumatisierte, besonders solche mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive, erhalten Betreuung und Behandlung. ²¹	<i>Aufbau leicht zugänglicher, dezentralisierter Angebote, insbesondere für Traumatisierte mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive</i> (Überprüfung der Unterstützung von bedürfnisgerechten Projekten zur Traumabehandlung im Rahmen von Rückkehrhilfeprogrammen in bestimmten Herkunftsstaaten)	<ul style="list-style-type: none"> – Insbesondere auch vorübergehende und kurzfristige Lösungen – (Weniger systematische, mit Unsicherheit während Abklärungsphase besser vereinbare therapeutische Interventionen) – (Zielgruppen: Asylsuchende, insbesondere Kinder, Jugendliche und Frauen)

²¹ Die Ziele zum Interventionsbereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich im vierten Kapitel des Strategiepapiers (M+G 2002: 26) stellen im Unterschied zu den übrigen Bereichen keine Outcome- sondern vielmehr Outputziele dar. Die angegebenen Ziele verlangen nämlich die Verbesserung des Angebots für verschiedene Zielgruppen, ohne zu spezifizieren, welche Verhaltensänderungen mit diesen Leistungsverbesserungen angestrebt werden. Dafür enthält Tabelle 5 im siebten Kapitel (M+G 2002: 48) statt Outputzielen eher Outcomeziele. Die entsprechenden Angaben wurden deshalb vertauscht in die obige Tabelle eingetragen.

Tabelle 8: Interventionsbereich Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring) (IB F): Massnahmen, Ziele und Leistungsvorgaben

Massnahme	Impactzielbeitrag		Outcomeziel	Outputziel	Weitere Leistungsvorgaben
	Gesundheit	Effizienz			
F1: Gesundheits- monitoring	mittel	unklar	Erkennung von neuen Problematiken, frühzeitige Anpassung bestehender Zielsetzungen und Massnahmen sowie systematische Ausrichtung zukünftiger Prioritätensetzung und Massnahmen an empirischen Daten	<i>In der Schweiz existiert ein Gesundheitsmonitoring in Bezug auf die Migrationsbevölkerung.</i> Das Monitoringsystem erfasst den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung.	<ul style="list-style-type: none"> – (Migrations- und geschlechtsspezifische epidemiologische Informationen) – (Informationen zur subjektiven Wahrnehmung des gesundheitlichen Befindens und der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe) – (Integration in bestehende Befragungen) – (Ergänzung durch Daten von Krankenversicherern)
F2: Problem- orientierte Grundlagen- forschung	unklar	unklar	Systematische Ausrichtung von Massnahmen im Bereich M+G an wissenschaftlich fundierten Angaben	<i>Es werden Forschungsprojekte im Bereich M+G durchgeführt.</i> Dadurch wird das Angebot an wissenschaftlichen Hilfestellungen, die systematisch die Entwicklung von Massnahmen im Bereich M+G stützen, verbessert. (Der Bereich M+G wird in der schweizerischen Forschungslandschaft generell gefördert)	<ul style="list-style-type: none"> – (Punktueeller Einsatz) – (Analyse spezifischer, u.a. geschlechterbezogener Fragestellungen unter mittelfristiger Perspektive)
F3: Evaluation	mittel	hoch	Systematische Ausrichtung von Massnahmen im Bereich M+G an wissenschaftlich fundierten Angaben Lernprozesse in Projekten (Erkennung nachahmenswerter Modelle [„best practices“])	<i>Die Strategie M+G und ihre wichtigsten Massnahmen werden evaluiert.</i> Die Evaluation betrifft die Effizienz und Wirkung der umgesetzten Massnahmen.	<ul style="list-style-type: none"> – (Regelmässige, begleitende Evaluationen) – (Erkenntnisse vor Ablauf der Planungszeit für die Überarbeitung der Strategie vorliegend)

3.5 Organisatorische Vorgaben

Um die oben dargestellten Outputziele der Strategie M+G zu erreichen, müssen konkrete Massnahmen umgesetzt werden. Dies setzt voraus, dass entsprechende Umsetzungsstrukturen errichtet werden. Zudem müssen Verfahren und Abläufe festgelegt werden. Ein politisches Programm muss somit neben substanziellen Vorgaben, die den Inhalt bestimmen, wie namentlich den Zielsetzungen und den operativen Bestimmungen, auch organisatorische Vorgaben machen, damit es umgesetzt werden kann. Die organisatorischen Regeln, die im Strategiepapier und im Projektantrag enthalten sind, werden in diesem Kapitel beschrieben.

Bei den organisatorischen Regeln unterscheidet man zwischen strukturellen und prozeduralen Vorgaben. *Strukturelle* Vorgaben legen einerseits die *Zuständigkeiten* zur Durchführung eines politischen Programms fest. Häufig spricht man in diesem Zusammenhang auch von der Kompetenzordnung (Knoepfel et al. 1997: 88-89). Die strukturellen Vorgaben bestimmen, wie die anstehenden Aufgaben auf die verschiedenen Institutionen, Organisationen, Stellen, Abteilungen und Personen verteilt werden und wer für die Planung, die Entscheidung, die Ausführung und die Kontrolle der Tätigkeiten verantwortlich ist. Strukturelle Vorgaben legen somit die Hierarchien und Funktionen fest. Andererseits legen die strukturellen Vorgaben auch die *Ressourcenausstattung* der verantwortlichen Akteure fest. Für die Umsetzung von Massnahmen sind vor allem die zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Mittel zentral (Knoepfel et al. 2001: 184-85).

Unzertrennlich mit den strukturellen Vorgaben verbunden sind immer auch Vorgaben zu den Prozessen und Verfahren. Diese so genannten *prozeduralen* Vorgaben regeln einerseits, wie die verschiedenen Akteure innerhalb einer Umsetzungsstruktur für ein politisches Programm zusammenwirken. Sie legen somit die *internen* Prozesse des Austauschs von Informationen, Finanzmitteln, Sachmitteln usw. formal fest. Andererseits beziehen sich die prozeduralen Vorgaben auf die *externen* Prozesse. Sie legen die Art und Weise fest, wie mit den Adressaten eines Programms umgegangen wird. Unter den Adressaten werden dabei jene Personen oder Institutionen verstanden, an welche sich eine bestimmte Massnahme direkt richtet. Prozedurale Vorgaben können unter Umständen auch die Partizipation der Begünstigten formalisieren (Knoepfel et al. 2001: 185-87; Knoepfel et al. 1997: 90-91).

Tabelle 9: Überblick zu den organisatorischen Vorgaben

Art der Vorgaben	Bestandteile
Strukturelle Vorgaben	<ul style="list-style-type: none"> – Zuständigkeiten: organisatorische Einheiten und ihre Aufgaben – Ressourcen: Finanzen und Personal
Prozedurale Vorgaben	<ul style="list-style-type: none"> – Interne Prozesse: Informationsfluss, Finanzfluss, Austausch von Sachmitteln usw. – Externe Prozesse: Umgang mit Adressaten und weiteren Akteuren

In der Folge werden die Angaben, welche die Strategie M+G zu den Zuständigkeiten, Ressourcen und Abläufen macht, zusammengetragen. Dabei lassen sich verschiedene Ebenen erkennen. Erstens macht das Strategiepapier grundsätzliche strukturelle Vorgaben, indem festgelegt wird, welche Akteure an der Umsetzung der Strategie beteiligt sind und was ihre jeweilige Rolle ist. Auch werden allgemeine Angaben zur Finanzierung der Strategie gemacht. Anschliessend wird auf einer konkreteren Ebene auf die organisatorischen Vorgaben zum Programmmanagement eingegangen. Die Stellen und Gremien werden in einem Organigramm dargestellt und die Zuständigkeiten und Abläufe zwischen ihnen beschrieben. Im dritten Teil des Kapitels werden auf einer noch detaillierteren Ebene die organisatorischen Vorgaben zu den einzelnen Massnahmen zusammengestellt. Es handelt sich dabei um strukturelle Vorgaben zu den zuständigen Akteuren und zur Finanzierung.

3.5.1 Akteure und Rollendefinitionen

Das Strategiepapier geht bei der Bestimmung der organisatorischen Vorgaben vom interinstitutionellen Charakter des Bereichs M+G aus. Wie an verschiedenen Stellen im Papier betont wird, ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure aufgrund dieses interinstitutionellen Charakters unabdingbar (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 zusammenspannen. In die Umsetzungsstrukturen sollen 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 Partnerinnen und Partnern zu beauftragen (M+G 2002: 39).

3.5.2 Vorgaben zur Finanzierung

Die Gesamtaufwendungen für die Umsetzung der Strategie sind laut dem Strategiepapier „schwer abschätzbar“ (M+G 2002: 39). Der Bund will einen Grossteil der Kosten der Strategie übernehmen, doch geht die Strategie M+G grundsätzlich davon aus, dass sich die verschiedenen oben genannten Akteure nicht nur an der Umsetzung der Massnahmen, sondern auch finanziell beteiligen sollten. Erstens würden die Bundesmittel voraussichtlich nicht für alles ausreichen, und zweitens wird die finanzielle Beteiligung Dritter für die Verankerung und Nachhaltigkeit der Strategie als wichtig erachtet (M+G 2002: 39). Der Bund strebt deshalb den Aufbau einer „Ressourcengemeinschaft“ an, die die bisherigen finanziellen Leistungen beibehält bzw. kontinuierlich ausbaut (M+G 2002: 39-40).

Als mögliche Finanzierungspartner werden die Kantone und Städte, die Hilfswerke, die Gesundheitsförderung Schweiz, einzelne Organisationen der Migrationsbevölkerung sowie allenfalls auch die Krankenversicherer und die Botschaften anderer Staaten genannt. Ihr jeweiliges finanzielles Engagement wird nicht näher bestimmt. Die direkten Aufwendungen der Eidgenossenschaft werden auf CHF 7 Millionen für das Jahr 2006 geschätzt.

Präventionskredit

Die Kosten des Bundes sollen zum grössten Teil durch eine kontinuierliche Erhöhung des Anteils des Präventionskredits des BAG, der für Projekte im Migrationsbereich verwendet wird, gedeckt werden. Die Kosten sind im Strategiepapier (M+G 2002: 39-40) nur punktuell aufgeführt. Es werden zum Präventionskredit folgende Angaben gemacht:

<i>Jahr</i>	<i>Betrag in CHF</i>
2000	1,47 Mio.
2003	3,45 Mio.
2006	Ca. 5 Mio.

Die Totalkosten beliefen sich bei diesem ursprünglichen Budget, dem der Bundesrat in seinem Beschluss vom 3. Juli 2002 zustimmte, auf 18,67 Mio. Franken (BAG 2003a: 6).

Im Budget und in der Finanzplanung (Fipla) des BAG wurden diese vorgesehenen finanziellen Mittel jedoch anschliessend gekürzt. Der Projektantrag (BAG 2003a: 6) geht noch von folgenden finanziellen Ressourcen aus:

<i>Jahr</i>	<i>Betrag in CHF</i>
2002	1,47 Mio.
2003	3,38 Mio.
2004	3,38 Mio.
2005	4,08 Mio.
2006	4,09 Mio.

Die Totalkosten werden damit auf 16,4 Mio. Franken veranschlagt – also um 2,27 Mio. Franken tiefer als ursprünglich vorgesehen. Die Aufstockung fällt geringer und weniger kontinuierlich aus; die finanziellen Mittel werden in zwei Schritten erhöht, nämlich auf die Jahre 2003 und 2005 hin, während sie für 2004 und 2006 auf dem jeweiligen Vorjahresniveau verharren.

In diesen Aufwendungen enthalten sind die Kosten für die *personellen* Ressourcen. Mit Beschluss des Bundesrates vom 2. Juli 2002 konnte das BAG maximal 300 zusätzliche Stellenprozent zu den bereits bewilligten 90% für die Leitung der Fachstelle Migration und Gesundheit schaffen. Einerseits wurden die bestehenden Expertenverträge zweier Mitarbeitenden umgewandelt (Bezahlung über den Sachkredit der Fachstelle M+G statt über den

Personalkredit des BAG), andererseits wurden per Januar und Februar 2003 zwei neue Stellen besetzt (BAG 2003a: 11, 14).

Weitere Finanzierungsquellen

Weiterhin werden auch im Rahmen der grenzsanitarischen Massnahmen Aktivitäten im Bereich M+G finanziert (M+G 2002: 39-40). Diese Gelder werden im Projektantrag auf der Grundlage des Budgets des BAG für die Jahre 2003 und 2004 sowie den Finanzplan des Bundesamtes für 2005–2006 wie folgt veranschlagt:

<i>Jahr</i>	<i>Betrag in CHF</i>
2003	360 558
2004	360 558
2005	364 200
2006	364 200

Das BFF will zudem die finanziellen Leistungen, die es im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)²² für die Grundversorgung von Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommen erbringt, beibehalten. Weiter richtet es, gestützt auf Art. 44 AsylV 2²³, an Einrichtungen, die gemäss den Bestimmungen des KVG zugelassen sind, Beiträge zur Behandlung von traumatisierten Personen aus. Die bisherige Unterstützung von CHF 500 000 soll laut dem Strategiepapier (M+G 2002: 40) beibehalten und die Ausrichtung weiterer Beiträge für die Traumabehandlung im gesamten Asylbereich überprüft werden. Zu den personellen Ressourcen, die im BFF für die Umsetzung der Strategie eingesetzt werden sollen, sind keine Angaben vorhanden, weil laut Projektantrag zum damaligen Zeitpunkt diesbezüglich noch nichts bekannt war (BAG 2003a: 14).

Schliesslich kann das IMES, basierend auf Art. 16 VIntA, Finanzhilfen für Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der ausländischen Bevölkerung unterstützen. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass sich die entsprechenden Projekte den vom EJPD gesetzten Schwerpunkten zuordnen lassen (M+G 2002: 40). Der Finanzierungsbeitrag des Bundes sollte somit in erster Linie durch den Präventionskredit sowie in zweiter Linie durch weitere Beiträge des BAG und finanzielle Leistungen von BFF und IMES gedeckt werden.

Die finanziellen Aufwendungen wurden laut Angabe des BAG (Chenaux 2005: 10) im Aussprachepapier an den Bundesrat auf die verschiedenen Interventionsbereiche und Jahre aufgeschlüsselt. Das entsprechende Papier liegt der Evaluation allerdings nicht vor.

²² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10).

²³ Asylverordnung 2 über Finanzierungsfragen (SR 142.312).

3.5.3 Organisation des Programmmanagements

Nachdem die grundsätzlichen Zuständigkeiten und die Finanzierung der Strategie geklärt sind, werden in diesem Abschnitt die Vorgaben zur Organisation der Leitung der Strategie und zu den Gremien, die an der Umsetzung beteiligt sein sollen, dargestellt.

Ursprüngliche Vorgaben des Strategiepapiers

Die Federführung für die Umsetzung der Strategie wird im Strategiepapier dem BAG übergeben. Das BAG ist somit für die Gesamtleitung zuständig. Es soll jedoch die Zusammenarbeit mit den Bundesstellen, die an der Erarbeitung der Strategie beteiligt waren, weiterführen und auf andere Akteure ausdehnen.

Konkret gefordert wird im Strategiepapier die Bildung einer interinstitutionellen *Projektgruppe* als Entscheidungs- und Umsetzungsplattform auf Bundesebene (M+G 2002: 39). In dieser Projektgruppe sollen folgende Akteure vertreten sein:

- die vier Bundesstellen, die die Strategie M+G gemeinsam erarbeitet haben, also namentlich BAG, BFF, IMES und EKA;
- weitere Bundesstellen, z.B. BSV, EKR (Eidg. Kommission gegen Rassismus);
- Vertretungen der Kantone und Städte
- nach Möglichkeit die Krankenversicherer, die Gesundheitsförderung Schweiz und die Schweizerische Flüchtlingshilfe;
- Migrationsbevölkerung z.B. durch die Mitglieder der EKA.

Vorgesehene Aufgabe der Projektgruppe ist es, unter der Federführung des BAG die verschiedenen Massnahmen und Ressourcen zu koordinieren, um so die Kohärenz der Strategie und ihre Ausrichtung auf die hauptsächlichen Zielsetzungen zu garantieren. Zudem hat die Projektgruppe die Umsetzung der Strategie zu begleiten und allfällig notwendige organisatorische Anpassungen einzuleiten. Weiter soll die Projektgruppe regionale und kantonale Akteure, die ähnliche Zielsetzungen verfolgen, finden und bei der dezentralen Umsetzung unterstützen. Schliesslich ist es die Aufgabe der Projektgruppe, bei den relevanten Akteuren wie den Leistungserbringern im Gesundheitswesen oder den Migrantenorganisationen Überzeugungsarbeit für die Strategie zu leisten (M+G 2002: 39-41).

Neben der Projektgruppe wird im Strategiepapier auch die Gründung einer *wissenschaftlichen Begleitgruppe* als Reflexionsinstrument angeregt (M+G 2002: 39). Ansonsten werden die Zuständigkeiten im Strategiepapier nicht näher geregelt.

Nicht nur die strukturellen Vorgaben bezüglich der Aufgaben der verschiedenen Akteure sind im Strategiepapier eher spärlich; es gibt auch kaum prozedurale Vorgaben. So werden die näheren Formen der Zusammenarbeit nicht spezifiziert.

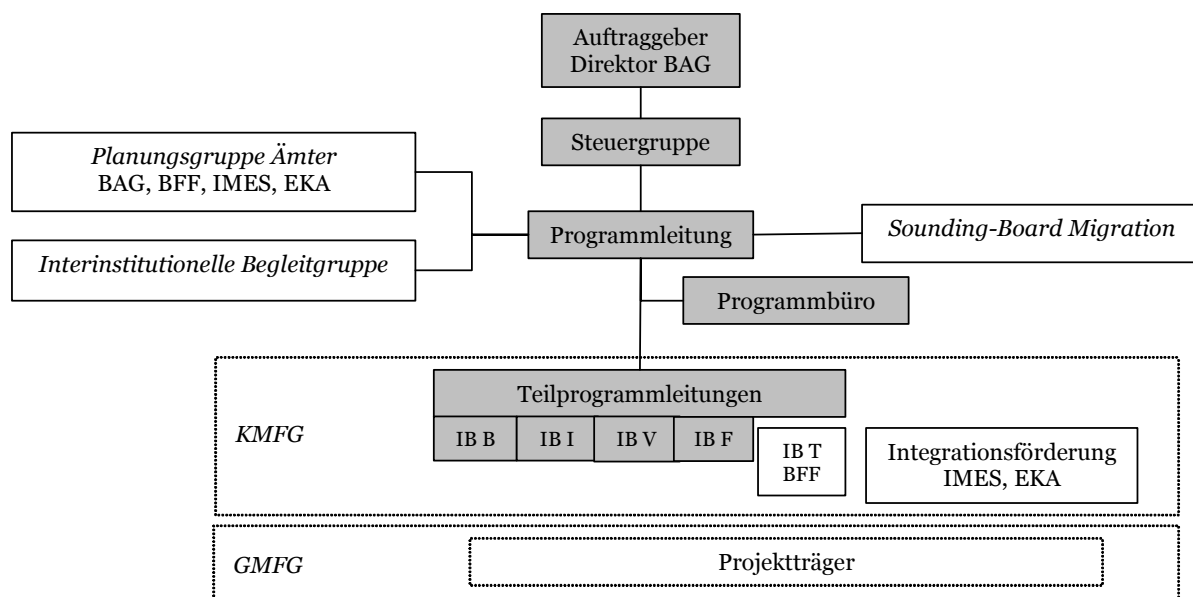
Konkretisierung der Organisation

Im Projektantrag wird die Organisation genauer definiert als im Strategiepapier. Die verschiedenen Stellen und Gremien sind im Organigramm in Abbildung 4 dargestellt.²⁴ Ihre Zusammensetzung und Zuständigkeiten sind in Tabelle 10 stichwortartig aufgelistet. Die Beschreibung basiert auf den Angaben im Projektantrag (BAG 2003a: 16-19), der vereinzelt auch prozedurale Vorgaben enthält, namentlich zur Sitzungsfrequenz.

BAG-intern sieht der Projektantrag (BAG 2003a: 18) zusätzlich zu den dargestellten Stellen und Gremien die Bildung eines „Programmteams“ vor, das sich wie folgt zusammensetzt:

- PL: 90%
- Programmbüro: 65%
- TPL Bildung: 80%
- TPL Information, Prävention und Gesundheitsförderung: 80%
- TPL Versorgung und Forschung: 75%
- Forschungsmanagement (Sektion Grundlagen, BAG): 20%

Abbildung 4: Geplantes Organigramm der Strategieumsetzung (Programmebene)



Legende: Vereinfachte Darstellung in Anlehnung an das Organigramm vom 11. März 2003. Graue Felder stellen BAG-interne Einheiten dar. Gepunktete Linien stellen Vernetzungsgremien dar. Zum Sounding-Board vgl. Erläuterungen unten. GMFG: Grosses Migrationsforum Gesundheit; KMFG: Kleines Migrationsforum Gesundheit. Zu den Abkürzungen der Interventionsbereiche vgl. Abkürzungsverzeichnis.

²⁴ Das Organigramm orientiert sich an der Version vom 11. März 2003, die als Beilage zum Projektantrag vom Auftraggeber genehmigt wurde. Die Strukturen für die Umsetzung der Strategie M+G innerhalb der Bundesverwaltung entsprechen einer Projektorganisation. Der Projektantrag spricht deshalb von „Projektorganen“, „Projektleitung“ und „Teilprojektleitungen“. Um jedoch Verwechslungen mit der Projektebene der Strategie M+G zu vermeiden, wurden hier die Bezeichnungen der Gremien und Stellen angepasst.

Tabelle 10: Stellen und Gremien: Zusammensetzung, Zuständigkeiten und prozedurale Vorgaben (Programmebene)

Stelle/Gremium	Zusammensetzung	Zuständigkeiten	Prozedurale Vorgaben
Auftraggeber	Direktor BAG: Thomas Zeltner	<ul style="list-style-type: none"> – Auftragserteilung – wichtige strategische und politische Entscheidungen – Entscheid Weiterführung nach 2006 bzw. Antrag an BR auf Basis Evaluation 	keine Vorgaben
Steuergruppe (StG)	Liniovorgesetzter, Leitung Dienst Öffentliche Gesundheit, Programmleitung, CCE ohne Stimmrecht	<ul style="list-style-type: none"> – Überwachung der Umsetzung durch PL – Rückendeckung für PL – Verabschiedung Massnahmenplan – Meilensteinüberprüfung und Beschluss weiteres Vorgehen – Stellungnahme zu Evaluation und Vorentscheid Weiterführung nach 2006 – Vorbereitung Entscheidungsgrundlagen z.H. Auftraggeber – Liniovorgesetzter: Entscheid Mandatsvergabe bei mehr als CHF 50 000.– 	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzungsperiodizität: zirka 4/Jahr – Jährliche schriftliche und mündliche Information des Auftraggebers über den Stand des Programms
Programmleitung (PL)	Leiter Fachstelle M+G	<ul style="list-style-type: none"> – Planung und Leitung der Umsetzung (Weisungsbefugnis) – Erarbeitung, Umsetzung und periodische Anpassung des Massnahmenplans – Entscheid Mandatsvergabe bis CHF 50 000.– – Leitung PGÄ, IBG, SBM, KMFG, GMFG – Vorbereitung strategische Entscheidungen der StG 	<ul style="list-style-type: none"> – Information der StG zu Stand des Programms – Information der StG über Ergebnisse PGÄ, IBG und SBM.
Teilprogrammleitungen (TPL)	Verantwortliche für Interventionsbereiche IB B: 1 Person 80% IB I: 1 Person 80% IB V/F: 1 Person 75% IB F: 1 Person 20% Sektion Grundlagen BAG	<ul style="list-style-type: none"> – Mitwirkung bei Planung, Umsetzung und Steuerung des Programms – operative Ausführung der Teilprogramme (Interventionsbereiche) und Aufträge gemäss Weisung des PL – Erarbeitung von Vorschlägen und Teilstrategien z.Hd. PL und StG 	<ul style="list-style-type: none"> – Austausch im Rahmen des KMFG
Planungsgruppe Ämter (PGÄ)	PL, BFF, IMES, EKA	<ul style="list-style-type: none"> – Absprache, Koordination, gegenseitige Information 	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzungsperiodizität: 2–3/Jahr

<i>Stelle/Gremium</i>	<i>Zusammensetzung</i>	<i>Zuständigkeiten</i>	<i>Prozedurale Vorgaben</i>
Interinstitutionelle Begleitgruppe (IBG)	PL, BFF, IMES, EKA, BSV, EKR, seco, Integrationsdelegierte, Kantone, Städte, SFH, FIMM, GFS	<ul style="list-style-type: none"> – Absprache, Koordination, gegenseitige Information (Förderung Kohärenz) – Unterstützung der Umsetzung (Umsetzungsplattform) – Gewinnung regionaler und kantonaler Partner für Umsetzung (Sensibilisierung, Dezentralisierung) 	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzungsperiodizität: 2/Jahr
Sounding-Board Migration (SBM)	PL, zirka 10 Fachleute mit eigenem Migrationshintergrund	<ul style="list-style-type: none"> – Begleitung der Umsetzung aus fachlicher und Betroffenen-Optik – Diskussion, Kommentierung und Beurteilung Teilstrategien und Resultate (Reflexionsgruppe) – Anpassungsvorschläge Umsetzung – Kommunikation zur Strategie in eigenen Netzwerken 	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzungsperiodizität: 2–3/Jahr
Kleines Migrationsforum Gesundheit (KMFG)	keine Vorgaben	<ul style="list-style-type: none"> – Vernetzung, Koordination und gegenseitige Information der Teilprogramme (Interventionsbereiche), inkl. Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (BFF) – Vernetzung, Koordination und gegenseitige Information in Bezug auf Aktivitäten von EKA/IMES im Rahmen von ANAG Art. 25/VIntA 	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzungsperiodizität: zirka 6/Jahr
Grosses Migrationsforum Gesundheit (GMFG)	Mandatsträger von BAG, BFF, EKA/IMES	<ul style="list-style-type: none"> – Vernetzung und gegenseitige Information der Mandatsträger, die operativ im Rahmen der Umsetzung der Strategie beteiligt sind 	<ul style="list-style-type: none"> – Sitzungsperiodizität: 1/Jahr

3.5.4 Organisatorische Vorgaben zu den Massnahmen

In diesem Abschnitt werden die organisatorischen Vorgaben, die zu den einzelnen Massnahmen gemacht werden, zusammengestellt. Gewisse Vorgaben mit organisatorischem Charakter sind bereits bei den Leistungsvorgaben in Tabelle 4 bis Tabelle 8, S. 36-42, enthalten. Bei einigen dieser Vorgaben ist es schwierig zu entscheiden, ob sie substantieller oder organisatorischer Natur sind; Inhalt und Struktur hängen eng zusammen. Bei den drei Massnahmen im Interventionsbereich Bildung (B1–B3) wird z.B. gefordert, dass Angebote in allen drei Landesteilen eingerichtet werden. Diese Leistungsvorgabe hat klar strukturelle Eigenschaften. Gleichzeitig beeinflusst sie auch die Zugänglichkeit und Verteilungsgerechtigkeit der Angebote. Die Unterscheidung zwischen institutionellen (sprich: strukturellen und prozeduralen) und inhaltlichen (sprich: operativen) Vorgaben wird deshalb nicht vorgenommen.

Das Strategiepapier enthält zusätzlich auch Angaben dazu, durch welche Akteure die Massnahmen finanziert und umgesetzt werden sollen. Einerseits listet das Kapitel zu den Interventionsbereichen (M+G 2002: 31-35) zum Schluss für jeden Bereich die „angesprochenen Akteurinnen und Akteure für Finanzierung und Umsetzung“ auf. Andererseits enthält Tabelle 4 im Strategiepapier (M+G 2002: 42-43) eine Spalte „Relevante Akteurinnen und Akteuren“, eine Spalte „Massnahmenumsetzung“ und eine Spalte „Mögliche Finanzierung“, die alle zum Teil die gleichen, zum Teil verschiedene Akteure auflisten. Die folgende Tabelle 11 führt die Hauptakteure für die Umsetzung und Finanzierung auf. Die Tabelle enthält in der ersten Spalte die verschiedenen Massnahmen und wiederholt in der zweiten Spalte das hauptsächliche Outputziel, um zu verdeutlichen, worum es bei der jeweiligen Massnahme geht. Bei der Nennung der Akteure stützt sie sich auf Tabelle 4 im Strategiepapier (M+G 2002: 42-43), und zwar auf die Spalte „Massnahmenumsetzung“ für die Umsetzung und die Spalte „Mögliche Finanzierung“ bei den finanziellen Trägern.

Tabelle 11: Hauptakteure für die Umsetzung und Finanzierung der verschiedenen Massnahmen

Massnahme	Outputziel	Hauptakteure für Umsetzung	Mögliche Finanzierung
B1: Aus- und Fortbildung ikÜ	<i>In der Schweiz existiert eine professionelle Aus- und Fortbildung für ikÜ im Gesundheitsbereich.</i>	Bildungsinstitute	Bund Kursgelder
B2: Aus- und Fortbildung ikV	<i>In der Schweiz existieren eine professionelle Aus- und Fortbildung sowie eine anerkannte Zertifizierung für ikV.</i>	Bildungsinstitute	Bund Kursgelder
B3: Fort- und Weiterbildung Gesundheitsberufe	<i>Es existieren für alle Gesundheitsberufe regelmässige Fort- und/oder Weiterbildungsangebote im Bereich M+G.</i>	Bildungsinstitute	Anstossfinanzierung: Bund Längerfristig: Träger der Bildungsinstitute
I1: Prävention und Gesundheitsförderung	<i>Bei den verschiedenen Gruppen in der Migrationsbevölkerung finden systematisch gezielte präventive Interventionen statt.</i>	Organisationen im Bereich Migration	Bund Stiftung 19, heute: Gesundheitsförderung Schweiz (GFS) SUVA seco Gewerkschaften Kantone
I2: Sensibilisierung Leistungserbringer	<i>Bei den wichtigsten leistungserbringenden Diensten in der Schweiz wurden zum Thema M+G Sensibilisierungsbemühungen unternommen.</i>	Organisationen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung	Bund

<i>Massnahme</i>	<i>Outputziel</i>	<i>Hauptakteure für Umsetzung</i>	<i>Mögliche Finanzierung</i>
V1: Leicht zugängliche Angebote	<i>In allen grossen Agglomerationen existieren leicht zugängliche Angebote, die unbürokratisch Hilfe bei Gesundheitsproblemen anbieten und gezielt Dienste vermitteln.</i>	Kantone und Städte Private leistungserbringende Dienste	Bund Kantone und Städte Träger der privaten leistungserbringenden Diensten Krankenversicherer
V2: Vermittlungs- und Koordinationsdienste	<i>In allen Regionen der Schweiz existieren Vermittlungsdienste für den Gesundheits- und wenn möglich auch für den Sozialbereich.</i>	Kantone Private Organisationen	Anstossfinanzierung: Bund Längerfristig: Kantone, selbsttragende Initiativen
V3: Einsatz von ikÜ	<i>In allen Regionen der Schweiz werden professionelle ikÜ-Dienste angeboten, deren Finanzierung geklärt ist.</i>	Bund Kantone Städte Private leistungserbringende Dienste	Bund Kantone Städte Private leistungserbringende Dienste
T1: Differenzierung bestehendes Angebot	<i>Verbesserung des bestehenden Angebots, insbesondere für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive</i>	Spezialisierte leistungserbringende Dienste RegelversorgerInnen im psychiatrischen Bereich	Bund Kantone Private Träger Krankenversicherer
T2: Aufbau niederschwelliger Angebote	<i>Aufbau leicht zugänglicher, dezentralisierter Angebote, insbesondere für Traumatisierte mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive</i>	Spezialisierte leistungserbringende Dienste	Bund Kantone Private Träger Krankenversicherer
F1: Gesundheitsmonitoring	<i>In der Schweiz existiert ein Gesundheitsmonitoring in Bezug auf die Migrationsbevölkerung.</i>	Forschungsinstitute Gesundheitsobservatorium	Bund
F2: Problemorientierte Grundlagenforschung	<i>Es werden Forschungsprojekte im Bereich M+G durchgeführt.</i>	Forschungsinstitute	Bund
F3: Evaluation	<i>Die Strategie M+G und ihre wichtigsten Massnahmen werden evaluiert.</i>	Forschungsinstitute	Bund

4 Empirische Evidenz

Ausgehend von der deskriptiven Darstellung im vorhergehenden Kapitel wird das Programmkonzept im vorliegenden Kapitel anhand des Kriteriums der empirischen Evidenz, d. h. der wissenschaftlichen Fundierung bewertet. Empirische Evidenz ist dann gegeben, wenn sich die Strategie M+G durch den Verweis auf Daten, die über Tatbestände und Vorgänge in der Realität erhoben wurden, untermauern lässt. Dabei werden die zum Problembereich verfügbaren Daten möglichst systematisch zusammengetragen. Die empirische Evidenz lässt sich einerseits in Bezug auf die Definition des anzugehenden Problems und andererseits in Bezug auf die gewählte Interventionsstrategie einschätzen.

An der Erarbeitung von politischen Programmen sind in der Regel zahlreiche Akteure mit unterschiedlichen Interessen beteiligt. Die Wissenschaftlichkeit ist nur ein Wert unter anderen, an denen sich diese Akteure orientieren. Massgebend sind oft auch der politische Handlungsspielraum und die Kosten (Knoepfel et al. 1997: 78-83). Der Konsens, der aus einem Entwicklungsprozess resultiert, braucht nicht in jedem Falle empirisch evident zu sein. Fehlt die empirische Evidenz, kann dies jedoch die Wirksamkeit von Programmen beeinträchtigen. Fehlende empirische Evidenz ist zudem oft ein Hinweis auf bestehende Forschungslücken.

Die wissenschaftliche Fundierung wird im Strategiepapier als einer der Werte aufgeführt, an denen sich die Strategie orientiert (M+G 2002: 8-9). Deshalb wurde bei der Strategieformulierung auf eine breit angelegte Erhebung in Fachkreisen im Rahmen einer Delphi-Studie zurückgegriffen (M+G 2002: 4, 25). Zudem wurde die Forschung als Interventionsbereich in die Strategie aufgenommen, um die wissenschaftlichen Grundlagen im Hinblick auf künftige Massnahmen und Prioritätensetzungen zu verbessern (M+G 2002: 35). In diesem Kapitel wird untersucht, inwieweit die Strategie M+G ihren Anspruch auf empirische Evidenz einlöst.

Dem Zweck der Verbesserung der empirischen Evidenz sollte laut dem Strategiepapier insbesondere das Gesundheitsmonitoring (Massnahme F1) dienen (M+G 2002: 35). Im Rahmen dieser Massnahme wurde eine repräsentative Befragung von Teilen der Migrationsbevölkerung durchgeführt (Projekt „Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung“, GMM). Erste Auswertungen der erhobenen Daten (Rommel et al. 2006) lagen erst nach Abschluss der Evaluation des Programmkonzepts vor. In mehreren Bereichen leistete das GMM einen Beitrag zur besseren empirischen Abstützung der Strategie M+G. Die neuen Erkenntnisse zu den in diesem Kapitel präsentierten Ergebnissen sind in Anhang 10 aufgeführt. Sie stellen weitgehend eine Bestätigung sowie eine Differenzierung der vorliegenden Erkenntnisse dar und wurden im Schlussbericht zur Evaluation soweit möglich berücksichtigt.

4.1 Vorgehensweise

Bei der Überprüfung der empirischen Evidenz der Strategie M+G wurde ein vierstufiges Verfahren gewählt:

- Zunächst wurde die epidemiologische Evidenz betrachtet (Abschnitt 4.2).
- Empirische Evidenz lässt sich allerdings nicht allein mit dem Verweis auf statistische Daten und klinische Studien begründen;²⁵ in Anlehnung an die Sozialwissenschaften wird empirische Evidenz vielmehr auch mit dem Verweis auf „weichere“ qualitative und nicht im statistischen Sinne repräsentative Studien als gegeben betrachtet. Diese wurden bei der detaillierteren Analyse der empirischen Evidenz der Problemdefinition, von dem die Strategie M+G ausgeht, berücksichtigt (Abschnitt 4.3).
- Aufbauend auf die zusammengetragenen Erkenntnisse zur Problemlage wurde untersucht, ob die Interventionen der Strategie M+G empirisch abgestützt sind (Abschnitt 4.4 und Abschnitt 4.5).
- Schliesslich wurde betrachtet, inwiefern die Delphi-Studie zur empirischen Abstützung der Strategie beigetragen hat (Abschnitt 4.6.).

Dieses Vorgehen führt zu einer abschliessenden Würdigung der empirischen Evidenz der Strategie (Abschnitt 4.7).

Die Einschätzung der empirischen Evidenz basiert auf einem Literaturscreening und auf Experteninterviews. Beim Literaturscreening wurde zuerst die im Anhang der Strategie erwähnte Literatur (M+G 2002: 60-61) systematisch durchgegangen. Im Arbeitsprozess und auf Hinweise von Experten hin wurde dieser Literaturkorpus laufend ergänzt.

Bei den Experteninterviews wurde darauf geachtet, dass Personen aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen (Ethnologie, Medizin, Epidemiologie) befragt wurden, die nicht in die Umsetzung involviert sind und somit eine Aussenperspektive auf die Strategie M+G haben.²⁶ Das Strategiepapier lag den befragten Expertinnen und Experten vor. Die Interviews folgten einem Leitfaden (vgl. Anhang 9.1), wobei je nach Hintergrund der jeweiligen Personen unterschiedliche Schwerpunkte gelegt wurden.²⁷ Die Interviews wurden nach Möglichkeit aufgezeichnet.²⁸ Die Protokolle wurden den befragten Personen auf Wunsch zum Gegenlesen gestellt.

²⁵ Ein solch enger Evidenzbegriff wird in der so genannten „Evidence-based Medicine“ angewandt.

²⁶ Auf Wunsch des BAG wurde zudem die wissenschaftliche Vertretung aus der Begleitgruppe der Evaluation befragt.

²⁷ Das Experteninterview im Fachbereich Epidemiologie konzentrierte sich auf die Datenlage und die Möglichkeiten und Grenzen der Datenerhebung im Bereich Migration. Für dieses Interview wurden im Voraus Informationen zum geplanten Gesundheitsmonitoring abgegeben.

²⁸ In einem Fall liessen die Umgebungsgeräusche keine Aufzeichnung zu.

4.2 Epidemiologische Evidenz im Bereich M+G

In diesem ersten Abschnitt wird die vorhandene epidemiologische Evidenz im Bereich M+G dargestellt. Als epidemiologische Evidenz gelten statistisch erhärtete Tatbestände zur Häufigkeit und Verbreitung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen, zu ihren Ursachen sowie zu Risikofaktoren. Zuerst wird die aktuelle Datenlage erläutert, und anschliessend wird aufgrund der vorhandenen epidemiologischen Erkenntnisse die empirische Evidenz der Problemdefinition dargestellt.

4.2.1 Aktuelle Datenlage

1992/1993 führte das Bundesamt für Statistik (BFS) erstmals eine *Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)* durch.²⁹ Diese Erhebung, die 1997 und 2002 wiederholt wurde, enthält eine Vielzahl von Variablen zum Gesundheitszustand und -verhalten der Bevölkerung. In die Befragung wird auch die in der Schweiz wohnhafte ausländische Bevölkerung mit einbezogen. Als migrationsspezifische Variablen werden Nationalität, Nationalität von Vater/Mutter zum Zeitpunkt der Geburt sowie das Einreisedatum in die Schweiz erfragt.

Aufgrund der Anlage der Befragung ist bei der SGB allerdings von verschiedenen Verzerrungen auszugehen, welche die Aussagekraft der Daten bezogen auf die Migrationsbevölkerung einschränken. So ist die Teilnahme an der Befragung an die Kenntnis einer der drei Landessprachen Deutsch, Französisch oder Italienisch gebunden. Da die Stichprobengrösse grob für die Kantone, nicht jedoch für einzelne Untergruppen repräsentativ ist, lassen die Daten in der Regel keine reliablen Aussagen über Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung zu. Mit Verzerrungen ist zudem aufgrund des grösseren Misstrauens der Migrationsbevölkerung gegenüber Behörden zu rechnen, das in einigen Studien nachgewiesen werden konnte. Insgesamt kann die SGB höchstens die mehr oder weniger stabil in der Schweiz wohnhafte Bevölkerung abbilden; für kurzfristige Aufenthalterinnen und Aufenthalter lässt sie keine Aussagen zu. Erwartungsgemäss wird die Problemlage gemäss der Aussage von Fachpersonen in der SGB aufgrund der dargelegten Verzerrungen tendenziell abgeschwächt abgebildet.

Ähnliches gilt für das *Schweizer Haushalt Panel*, welches Fragen zu Haushalt und Lebensstil enthält. Zwar wird hier eine grosse Zahl subjektiver Gesundheitsparameter erfasst, die eine gute Reliabilität aufweisen,³⁰ doch ist auch bei dieser Befragung von Verzerrungen und einer tendenziell abgeschwächten Darstellung der gesundheitlichen Probleme der Migrationsbevölkerung auszugehen, weil Gruppen wie z. B. Asylsuchende, die besonders häufig unter prekären Verhältnissen leben, nicht befragt werden.

²⁹ Mit der Durchführung dieser Befragung folgte die Schweiz der Empfehlung des WHO-Regionalbüros für Europa, die Fortschritte hinsichtlich der Strategie „Gesundheit für alle“ (WHO 1998) mit vergleichbaren Daten aus Gesundheitsbefragungen zu messen (BFS 1998).

³⁰ Zur Reliabilität subjektiver Gesundheitsparameter siehe Martikainen et al. (1999).

Weitere gesundheitsrelevante Datenbanken beleuchten wichtige Teilaspekte der Gesundheit der Migrationsbevölkerung, erfassen aber als migrationspezifische Information in der Regel einzig die Nationalität. Es sind dies z.B. die Datenbanken zu Infektionskrankheiten (BAG), IV- und AHV-Daten (Bundesamt für Sozialversicherung, BSV), die Bevölkerungsstatistik (BFS), das Krebsregister und die Unfallstatistik (Bischoff und Wanner 2003: 6).³¹ Für die perinatale Mortalität ist gemäss Aussage eines Experten das Geburtenregister eine zuverlässige Quelle. Die Arbeitskräfteerhebung SAKE, die grösste jährliche Befragung in der Schweiz, enthält demgegenüber viele migrationspezifische Variablen, aber nur wenige Informationen zur Gesundheit.

Trotz der Vielzahl von Datenbanken im Gesundheitsbereich fehlen in der Schweiz repräsentative Daten, aus denen die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung in umfassender Weise hervorgeht. Die SGB als reichste Datenquelle enthält zwar eine Vielzahl gesundheitsbezogener Parameter, es fehlen aber genaue migrationspezifische Variablen wie der Aufenthaltsstatus oder Migrationsmotiv. Auch werden gewisse Kategorien der Migrationsbevölkerung nicht berücksichtigt und die Stichprobengrösse ist zu klein, als dass Rückschlüsse auf einzelne Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung möglich wären.

4.2.2 Epidemiologische Evidenz zur Problemlage

Die vorhandenen epidemiologischen Erkenntnisse zur Problemlage beruhen in erster Linie auf den migrationspezifischen Auswertungen der SGB (BFS 2004: Tabelle P35D; Bischoff 1995; Calmonte 2000; Vranjes et al. 1996; Wanner et al. 1998). Ansonsten gibt es im Bereich M+G bis anhin kaum epidemiologische Studien.³²

Mit der *ersten SGB* 1992/1993 konnten für die Schweiz erstmals auf einer breiteren Datenbasis gesundheitliche Defizite bei der Migrationsbevölkerung nachgewiesen werden (Vranjes et al. 1996). Diese Studie widerlegte die Vermutung aus früheren Studien, dass sich der schlechtere Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung dadurch erklärt, dass Migrantinnen und Migranten im Durchschnitt niedrigeren sozialen Schichten angehören, die allgemein einen schlechteren Gesundheitszustand und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten aufweisen (vgl. z.B. Bucher und Gutzwiller 1987). Die migrationspezifischen Auswertungen der SGB zeigten vielmehr, dass die spezifische soziodemographische Struktur der Migrationsbevölkerung, die durch die Migrationspolitik miterzeugt wird, zwar eine zentrale Rolle spielt, dass

³¹ Einen allgemeinen Überblick zu den vorhandenen Datenbanken im schweizerischen Gesundheitsbereich und eine Qualitätseinschätzung bieten Strub et al. (2004).

³² Die Arbeiten, die im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 39 „Migration und interkulturelle Beziehungen“ entstanden sind, waren schwergewichtig qualitativ ausgerichtet. Zu erwähnen ist allerdings eine Studie neueren Datums, die epidemiologische und ethnografische Untersuchungsansätze vereinigt und die Inanspruchnahme der Grundversorgung türkischer und bosnischer Patienten in Basel erforscht (Gilgen et al. 2005). Daneben existieren publizierte und unpublizierte Schriften (Lizentiatsarbeiten, Dissertationen usw.), die im Laufe der letzten Jahre an schweizerischen Universitäten entstanden sind (Weiss 2003: 24). Zum Ansatz der kulturellen Epidemiologie vgl. Weiss (2003: 27).

aber unabhängig von Gesellschaftsschicht, Schulbildung, Alter und Geschlecht gewisse Defizite bestehen bleiben.

Gemäss den vorhandenen Erkenntnissen (Vranjes et al. 1996) weist die Migrationsbevölkerung ein schlechteres subjektive Wohlbefinden und eine geringere Fähigkeit zur Bewältigung von Lebensproblemen sowie ein häufigeres Auftreten verschiedener körperlicher Beschwerden wie chronische Bronchitis, Magengeschwüre und allergische Erkrankungen auf. Im Allgemeinen werden bei der Migrationsbevölkerung auch öfter Unfälle und arbeitsbedingte Krankheiten sowie damit verbundene Absenzen am Arbeitsplatz registriert. Ferner hat die Migrationsbevölkerung im Durchschnitt ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten.³³

Belegt ist auch ein Defizit bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, und zwar namentlich bei Migrantinnen (Krebsvorsorge, Geburtenvorsorge, Zahnarzt- und Arztkonsultationen usw.).³⁴ Nach der Einschätzung von befragten Fachpersonen besteht die paradoxe Situation, dass bei der Prävention gewisse Bevölkerungsschichten überversorgt sind, während gerade auch bei der Migrationsbevölkerung eine Unterversorgung besteht. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die in Tabelle 2, S. 17, zusammengestellte angegebene empirische Evidenz für gesundheitliche Defizite bei der Migrationsbevölkerung verlässlich belegt ist.

Die erwähnten Unterschiede zwischen Migrantinnen und Migranten einerseits und Schweizerinnen und Schweizern andererseits gelten für die Migrationsbevölkerung als Ganzes. Innerhalb der Migrationsbevölkerung bestehen allerdings erhebliche Unterschiede sowohl zwischen als auch innerhalb der verschiedenen Gruppen (Vranjes et al. 1996).

Bei der Analyse der *zweiten SGB* von 1997 (Calmonte 2000) wurde aus statistischen Gründen nur zwischen italienischen Migrantinnen und Migranten einerseits sowie all den übrigen Nationalitäten andererseits unterschieden. Die Studie lässt daher wenig differenzierte Aussagen zu. Dasselbe gilt für die betrachteten Auswertungen der *dritten SGB* von 2002, bei denen sämtliche Ausländerinnen und Ausländer zusammengefasst sind (vgl. BFS 2004: 120, Tabelle P36D). Während die zweite Befragung gegenüber der ersten eine Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustands und eine Zunahme der körperlichen Beschwerden aufzeigte, weisen die Daten der dritten Befragung wiederum auf eine Verbesserung hin. Diese Wellenbewegungen sind allerdings auch bei der einheimischen Bevölkerung zu beobachten und werden unter anderem als Folge der wirtschaftlichen Konjunktur gesehen, durch die sich die

³³ Das Gesundheitsverhalten ist insbesondere bei südeuropäischen Migranten und Migrantinnen ungünstig. Beim Medikamentenkonsum weisen hingegen Schweizer Frauen ein signifikant schlechteres Verhalten auf.

³⁴ Dies gilt in der Schweiz allerdings nicht für Mammographien, welche bei ausländischen Frauen häufiger durchgeführt werden (Vranjes et al. 1996: 99, 133). Für diesen Befund, der im internationalen Vergleich eine Ausnahme darstellt, gibt es gegenwärtig keine Erklärung (Bisig et al. 2004: 26-27). Die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen hat zudem gemäss den Daten der dritten SGB von 2002 bei Migranten stark zugenommen und liegt jetzt auf gleichem Niveau wie bei Schweizern. Migrantinnen hingegen beziehen nach wie vor deutlich weniger Vorsorgeleistungen als Schweizerinnen (BFS 2004: 120, Tabelle P36D).

sozioökonomische Position vieler Personen und insbesondere vieler Migrantinnen und Migranten verändert, was sich auch auf die Gesundheit auswirkt. Die Daten zeigen, dass die Wellenbewegungen bei den Gesundheitsindikatoren bei der Migrationsbevölkerung im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung stärker sind.

Die Problemintensität ist gemäss den Daten aus der SGB von 1997 und von 2002 besonders hoch bei *Migrantinnen*, die sich nicht nur im Vergleich zu Schweizerinnen, sondern auch zu Migranten durch einen schlechteren Gesundheitszustand, ein geringeres psychisches Wohlbefinden, häufigere Einsamkeitsgefühle und häufigere körperliche Beschwerden auszeichnen ((BFS 2000b: 121; 2004: 120, Tabelle P36D).³⁵ Als sehr aussagekräftiger Problemindikator in Bezug auf Migrantinnen kann überdies die international und auch in der Schweiz erhöhte perinatale Mortalität betrachtet werden.³⁶

Besondere gesundheitliche Defizite bestehen auch bei den *älteren Migrantinnen und Migranten*, die in der Schweiz leben. So sind bei der älteren Migrationsbevölkerung häufig arbeitsbedingte „Verschleisserscheinungen“ zu beobachten (Weiss 2003: 99). Die gesundheitlichen Risiken werden zudem dadurch verstärkt, dass doppelt so viele ausländische wie schweizerische Pensionierte unter dem Existenzminimum leben (Höpflinger 2000; Leu et al. 1998). In Abgrenzung zum Schlagwort des „Healthy Migrant“ prägen Bolzman et al. (2000) deshalb den Begriff des „Exhausted Migrant“. Das Problem der gesundheitlichen Defizite bei der älteren Migrationsbevölkerung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Ihr Anteil an der Migrationsbevölkerung steigt – trotz der generell jüngeren Alterstruktur dieses Bevölkerungsteils – stetig an und wird gemäss Prognosen des BFS bis zum Jahr 2010 bei über 10% liegen.

Zusammenfassend zeigen insbesondere die Auswertungen der SBG, dass in gewissen Bereichen gesundheitliche Defizite bei der Migrationsbevölkerung bestehen. Die im Strategiepapier (M+G 2002: 19-20) angegebene, allerdings punktuelle empirische Evidenz zum Intensitätsgrad ist gut belegt. Für die Existenz von Problemen im Bereich M+G ist somit zumindest teilweise empirische Evidenz vorhanden. Differenzierte Analysen zeigen allerdings, dass nicht alle Teile der Migrationsbevölkerung gleich stark unter den Problemen leiden. Besonders betroffen sind, wie im Strategiepapier erwähnt, die Frauen. Auch die ältere Migrationsbevölkerung weist besondere gesundheitliche Defizite auf. Zur Situation von Asylsuchenden gibt es keine epidemiologische Evidenz. Auch erlaubt es die aktuelle Daten-

³⁵ Auch andere Studien zeigen die vergleichsweise schlechtere Gesundheitssituation von Migrantinnen (z.B. Marie Meierhofer-Institut für das Kind 1998). Zur gesundheitlichen Situation ausländischer, insbesondere türkischer Frauen in Deutschland siehe Berg (1995). Erklärt wird der schlechtere Gesundheitszustand ausländischer Frauen damit, dass sie aufgrund ihres durchschnittlich tiefen sozioökonomischen Status häufiger gezwungen sind, Vollzeit berufstätig zu sein, und gleichzeitig im Durchschnitt mehr Kinder haben, was ausgeprägte Doppelbelastungen zur Folge haben kann.

³⁶ Die Schwangerschaftsvorsorge und -nachsorge gilt als wichtiger Indikator für die langfristige Gesundheit von Frauen (Weiss 2003: 261).

lage nur sehr beschränkt, die Unterschiede sowohl zwischen als auch innerhalb der einzelnen Gruppen der Migrationsbevölkerung zu erfassen, obwohl diese beträchtlich sein dürften.

4.3 Empirische Evidenz der Problemdefinition

Die Problemdefinition der Strategie wurde in Kapitel 3 erläutert und zu einem Modell verdichtet (vgl. Abbildung 2). In diesem Abschnitt wird nun untersucht, ob die Problemdefinition empirisch abgestützt ist.

Die Beurteilung der empirischen Evidenz der Problemdefinition erfolgt ausgehend von den in Abschnitt 4.2 oben dargestellten epidemiologischen Erkenntnissen sowie unter Bezugnahme auf die im Anhang des Strategiepapiers aufgelistete sowie weiter führende Literatur. Im Text des Strategiepapiers selber fehlen – abgesehen von einigen Ausnahmen – Angaben zur empirischen Evidenz (vgl. Kapitel 3.2). Zudem wurden Fachpersonen aus unterschiedlichen Wissenschaftsgebieten zur empirischen Evidenz befragt. Dennoch ist es im Rahmen dieser Evaluation nicht gelungen, die empirische Evidenz in Bezug auf alle Aspekte der Problemdefinition einzuschätzen. Der Literaturkorpus zum Bereich M+G erwies sich als zu umfangreich.

Fehlende Angaben zur empirischen Evidenz bedeuten deshalb weniger, dass die empirische Evidenz tatsächlich fehlt, sondern dass sich die Strategie M+G nicht darauf beruft und sie im Rahmen der Evaluation nicht beurteilt werden konnte. In Bezug auf gewisse Aspekte ist es jedoch gelungen, Belege in der wissenschaftlichen Literatur zu finden; in Bezug auf andere wurde dagegen deutlich, dass sie umstritten sind. Diese umstrittenen Punkte sind insofern interessant, als sie verschiedene Sichtweisen offenbaren, die sich unter Umständen auch in unterschiedlichen Interventionsstrategien niederschlagen.

Die empirische Evidenz der Problemdefinition folgt den verschiedenen Dimensionen zur Charakterisierung eines Problems. Zuerst wird die empirische Evidenz für die Problemintensität, anschliessend für die Prävalenz und zum Schluss für das Ursachen-Wirkungsgefüge betrachtet.

4.3.1 Empirische Evidenz zum Intensitätsgrad

Der Intensitätsgrad der Probleme im Bereich M+G wird im Strategiepapier nur sehr vage angegeben. Es wird von gesundheitlichen Defiziten und erhöhten Gesundheitsrisiken gesprochen. Wie die Darstellung der epidemiologischen Evidenz gezeigt hat, sind Hinweise für solche gesundheitlichen Defizite vorhanden. Die migrationsspezifischen Auswertungen der 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 ge-

sundheitlichen Defizite blieben auch bestehen, wenn für schichtbedingte Unterschiede kontrolliert wird (Vranjes et al. 1996).

Zu den Gesundheitskosten, die durch Migrantinnen und Migranten verursacht werden, konnten im Rahmen des Literaturscreenings keine Studien gefunden werden. Ob die Kostensteigerungen bei der Migrationsbevölkerung höher sind als bei der einheimischen Bevölkerung, kann deshalb hier nicht beurteilt werden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sowohl subjektive als auch objektive Indikatoren auf besondere gesundheitliche Defizite bei der Migrationsbevölkerung hinweisen. Die empirische Evidenz für migrationsbedingte Kostensteigerungen kann im Rahmen dieser Evaluation hingegen nicht beurteilt werden.

4.3.2 Empirische Evidenz zur Prävalenz

Die Angaben zur Prävalenz der Gesundheitsprobleme bei der Migrationsbevölkerung sind im Strategiepapier eher allgemein, indem es heisst, nicht alle Teile der Migrationsbevölkerung seien gleich stark von den Problemen betroffen. Tatsächlich zeigen die Daten aus der ersten SGB, dass innerhalb der Migrationsbevölkerung erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen, aber auch innerhalb der einzelnen Gruppen bestehen (Vranjes et al. 1996). Allerdings erlauben die vorhandenen epidemiologischen Daten keine genaue Differenzierung.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Im Strategiepapier wird davon ausgegangen, dass Migrantinnen stärker von den Problemen betroffen sind als Migranten. Diese Annahme wird durch die vorhandenen Daten empirisch untermauert. Migrantinnen weisen demgemäss sowohl nach subjektiven als auch nach objektiven Indikatoren einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand auf.

Unterschiede ArbeitsmigrantInnen/Asylsuchende

Für die Unterschiede der Problemprävalenz zwischen Arbeitsmigrantinnen und -migranten einerseits und Asylsuchenden andererseits, die im Strategiepapier erwähnt werden, fehlt hingegen die epidemiologische Evidenz, weil keine Daten vorhanden sind. Der Grund liegt darin, dass in den vorhandenen Gesundheitsstudien lediglich die ständige Wohnbevölkerung berücksichtigt wird.

Altersbedingte Unterschiede

Neben den im Strategiepapier erwähnten Unterschieden ist ausserdem Evidenz vorhanden, dass die gesundheitlichen Defizite unter älteren Migrantinnen und Migranten grösser sind als bei jüngeren (Weiss 2003: 99). Die Probleme der älteren Migrationsbevölkerung gewinnen zudem aufgrund der Alterungstendenz zunehmend an Bedeutung. Im Strategiepapier

wird die Alterung der Migrationsbevölkerung als „unerforschtes Gebiet“ erwähnt; die bereits damals bestehende empirische Evidenz für gesundheitliche Probleme älterer Migrantinnen und Migranten wurde dagegen nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die vorhandenen epidemiologischen Daten in Bezug auf den Gesundheitszustand auf erhebliche Unterschiede innerhalb der Migrationsbevölkerung hinweisen, die Datenlage aber nicht ausreicht, um diese Unterschiede näher zu beschreiben. Gut empirisch abgestützt sind geschlechtsspezifische sowie altersbedingte Unterschiede. Letztere wurden in der Strategie allerdings trotz ihrer wachsenden Bedeutung nicht berücksichtigt.

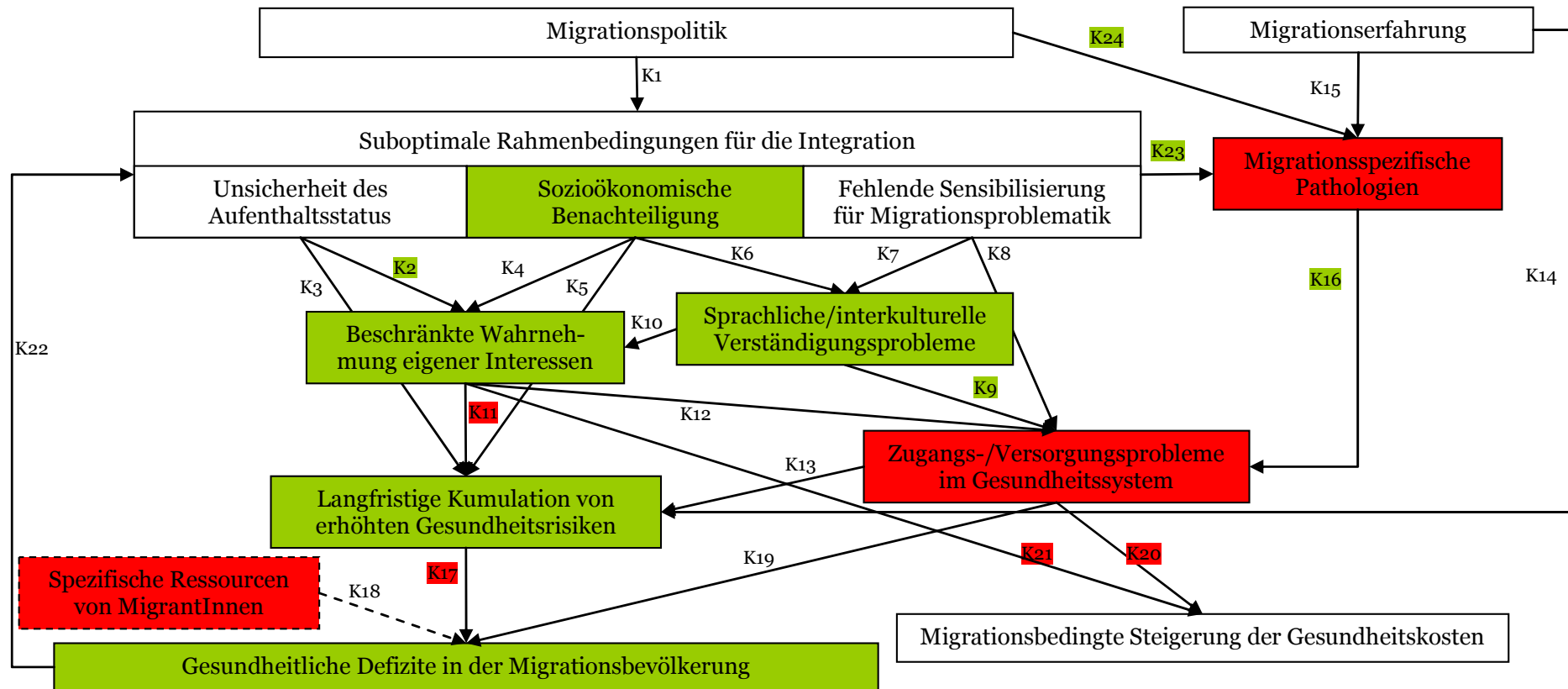
4.3.3 Empirische Evidenz zum Ursache-Wirkungsgefüge

Das Strategiepapier spricht eine Reihe von Teilproblemen an, die über verschiedene Stufen zu gesundheitlichen Defiziten bei der Migrationsbevölkerung und zu migrationsbedingten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen. In der Folge werden die Ergebnisse der Literaturanalyse sowie der Expertengespräche mit Personen aus der Wissenschaft bezüglich der empirischen Abstützung des Ursache-Wirkungsgefüges präsentiert.

Alles in allem erschien das Problemgefüge, von dem die Strategie ausgeht, und das in Abbildung 2 visualisiert wurde, den befragten Expertinnen und Experten als plausibel. Wie einleitend erwähnt, konnten gewisse Annahmen nicht beurteilt werden. Einige Aspekte können hingegen mit der vorhandenen Literatur klar belegt werden, während die wissenschaftlichen Befunde in anderen Punkten widersprüchlich sind.

Die empirische Evidenz der verschiedenen Teile des Problemgefüges ist in Abbildung 5 im Überblick dargestellt und wird in der Folge näher erläutert, wobei sich die Diskussion auf jene Teilprobleme und Kausalhypothesen beschränkt, die entweder empirisch gut belegt (in Abbildung 5 grün hinterlegt) oder aber umstritten sind (in Abbildung 5 rot hinterlegt). Dabei wird zuerst auf die vorgelagerten Probleme („Kästchen“) und anschliessend auf die Kausalhypothesen (Pfeile) eingegangen.

Abbildung 5: Empirische Abstützung der Teilprobleme und Kausalhypothesen



Legende:

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

Empirisch abgestützte Teilprobleme

Die empirische Evidenz der zwei Hauptprobleme (gesundheitliche Defizite und Kostensteigerungen) wurde unter dem Intensitätsgrad (Abschnitt 3.2.1) besprochen. Bei den Problemen, die diesen zwei Hauptproblemen im Ursache-Wirkungsmodell vorgelagert sind, konnte die wissenschaftliche Abstützung in vier Fällen belegt werden.

Sozioökonomische Benachteiligung

Die sozioökonomische Benachteiligung der Migrationsbevölkerung ist durch statistische Daten belegt. 2002 lag die Armutsquote unter ausländischen Staatsangehörigen im erwerbsfähigen Alter mit 15,6% weitaus höher als bei Personen schweizerischer Nationalität (7,5%). Doch bestehen innerhalb der in der Schweiz wohnhaften ausländischen Bevölkerung grosse Unterschiede: Während nur gerade 6,6% der Personen aus Nord- und Westeuropa von Armut betroffen sind, liegt die Quote für Personen aus südeuropäischen EU-Staaten bei 12,9 und für andere Nationalitäten gar bei 23%. Bei diesen beiden letzten Gruppen, die zahlenmässig die Mehrheit der Migrationsbevölkerung darstellen, ist klar eine sozioökonomische Benachteiligung vorhanden.

Gemäss Studien (Carballo 1994; Carballo et al. 1998) entspricht die sozioökonomische Benachteiligung einem europaweiten Phänomen. In ganz Europa sei eine neue Unterschicht am Entstehen, die sich aus den Nachkommen von Migrantinnen und Migranten rekrutiert und unter deutlich ungünstigeren Bedingungen lebe als der Durchschnitt der Bevölkerung. Ein Hinweis für diese Entwicklung ist der überproportional grosse und wachsende Anteil ausländischer Sozialhilfeempfänger und deren hohe Arbeitslosenquote in gewissen Schweizer Städten (vgl. Weiss 2003: 20).

Sprachliche und interkulturelle Verständigungsprobleme

Die Existenz von sprachlichen und interkulturellen Verständigungsproblemen im Gesundheitswesen ist durch Umfragen bei Allgemeinärzten und in Spitälern belegt (Blöchliger et al. 1994; Tonnere et al. 1997). Die Sprachbarriere wird von den befragten Allgemeinpraktikern als ein Hauptproblem in der ärztlichen Kommunikation mit Migrantinnen und Migranten bezeichnet (Blöchliger et al. 1994).³⁷

Beschränkte Wahrnehmung eigener Interessen

Die Auswertungen der ersten SGB (Vranjes et al. 1996) ergaben, dass die ausländische Bevölkerung über eine geringere Fähigkeit zur Bewältigung von Problemen verfügt. Insbesondere in Bezug auf die Prävention ist empirische Evidenz vorhanden, dass die Migrationsbevölke-

³⁷ Befragungen der Migrationsbevölkerung waren zum Zeitpunkt der Berichtserstellung keine bekannt. Mittlerweile liefert das Gesundheitsmonitoring gewisse Bedürfnisnachweise (vgl. Anhang 10).

rung ihre Interessen weniger wahrnimmt. Migrantinnen und Migranten weisen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf (BFS 2004: 72-73; Vranjes et al. 1996). So sind ausländische Personen eher übergewichtig und achten weniger auf ihre Ernährung. Der Tabakkonsum ist bei ihnen verbreiteter, und sie bewegen sich in ihrer Freizeit weniger, weisen jedoch bei der Arbeit und der Bewältigung der täglichen Wegstrecken mehr körperliche Aktivität aus als Schweizerinnen und Schweizer. Insgesamt sind somit gerade in Bezug auf die Prävention einige Hinweise vorhanden, dass bei Migrantinnen und Migranten ein Defizit besteht.

Kumulation von Gesundheitsrisiken

Dass die Migrationsbevölkerung höheren Risiken ausgesetzt ist, kann insbesondere in Bezug auf die Häufigkeit von Unfällen und daraus folgender Arbeitsunfähigkeit belegt werden. Die Angaben aus den SGB (BFS 2004: 120, Tabelle P36D; Vranjes et al. 1996) zeigen, dass Ausländerinnen und Ausländern öfter Unfälle und arbeitsbedingte Krankheiten aufweisen. Zudem sind sie häufiger arbeitsunfähig. Insbesondere in Bezug auf die Arbeitsplatzsicherheit ist somit empirische Evidenz für die Existenz hoher Gesundheitsrisiken vorhanden (vgl. auch Egger et al. 1990).

Empirisch umstrittene Teilprobleme

In drei Fällen erwies sich die Evidenz als umstritten bzw. als unklar.

Migrationsspezifische Pathologien

Kontrovers beurteilt wird die Frage nach den migrationsspezifischen Pathologien. Einerseits zeigt Wicker (1993) die Problemlage bezüglich Folter in der Schweiz klar auf und macht erstmals zahlenmässige Erhebungen, welche gut mit Studien aus anderen europäischen Ländern übereinstimmen. Danach sind unter Anwendung eines eng gefassten Folterbegriffes rund 25% der in der Schweiz anerkannten Flüchtlinge gefoltert worden. In Bezug auf diesen engen Personenkreis wird die Problemlage allgemein anerkannt.

Hingegen ist die Ausweitung des Trauma-Begriffs umstritten. Es gibt empirische Hinweise, dass seit den 1980er-Jahren eine Pathologisierung der Migrationserfahrung mithilfe der Trauma-Diagnose stattgefunden hat. Seitens der Migrantinnen und Migranten besteht ein krankmachender Anreiz, sich mit der Trauma-Diagnose zu identifizieren, um den Status eines Gewaltflüchtlings zu erhalten, während auf Seiten der Ärzteschaft ökonomische Anreize für die Diagnose existieren. Dadurch würden die gesellschaftlichen Probleme, die durch die Migrationspolitik miterzeugt werden, individualisiert und dem medizinischen System zugewiesen (Salis Gross 2004). Daraus lässt sich folgern, dass die tatsächlichen migrationsspezifischen Pathologien namentlich bei Asylsuchenden nicht adäquat erfasst werden.

Zugangs- und Versorgungsprobleme im Gesundheitssystem

Für die Schweiz ist die empirische Evidenz in Bezug auf Zugangs- und Versorgungsprobleme beschränkt. Zwar existieren international vergleichende Arbeiten, wie jene von Bollini (1992) und Bollini und Siem (1995), die zeigen, dass ökonomische, administrative, sprachliche und kulturelle Barrieren der Migrationsbevölkerung einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren können. Eine tatsächliche Unterversorgung konnte für die Schweiz jedoch nur im Bereich der präventiven Leistungen belegt werden (Vranjes et al. 1996). Allerdings zeigen die neueren Erhebungen der SGB diesbezüglich, dass bei den Männern kein Unterschied mehr besteht, während bei den Frauen die Ausländerinnen jedoch nach wie vor deutlich weniger Vorsorgeleistungen beziehen. Eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen durch die Migrationsbevölkerung wird zusätzlich auch im psychosozialen Bereich angenommen (Domenig 2001). Die empirischen Nachweise beschränken sich somit aber auf spezifische Teilbereiche.

Spezifische Ressourcen von Migrantinnen und Migranten

Die Annahme, dass Migrantinnen und Migranten spezifische Ressourcen besitzen, basiert wesentlich auf dem so genannten „Healthy Migrant“-Phänomen, das davon ausgeht, dass eher die gesundheitlich robusteren Personen auswandern. Vranjes et al. (1996) argumentieren jedoch, dass das „Healthy Migrant“-Phänomen heute nicht mehr zutreffe. Gründe sind die abflauende Arbeitsmigration und der Familiennachzug. Zudem werden heute keine medizinischen Voruntersuchungen mehr durchgeführt.³⁸ Es ist deshalb fraglich, ob Migrantinnen und Migranten in Bezug auf die Gesundheit tatsächlich die angegebenen positiven Ressourcen besitzen, die in der Strategie erwähnt werden. Bei älteren Migrantinnen und Migranten ist zudem das belastungsbedingte Phänomen des „Exhausted Migrant“ (Bolzman et al. 2000) zu berücksichtigen.

Empirisch abgestützte Kausalhypothesen

Bei drei Kausalhypothesen, die im Strategiepapier gemacht werden, ist klar empirische Evidenz vorhanden. Die Analysen ergaben zudem empirische Evidenz für zwei weitere Wirkungszusammenhänge, die bis dahin nicht berücksichtigt worden sind (K23 und K24 in Abbildung 5).

Unsicherer Aufenthaltsstatus – Interessenwahrnehmung

Es gibt Studien, die die Auswirkungen der Unsicherheit des Aufenthaltsstatus auf die Wahrnehmung von Interessen aufzeigen. Zu nennen ist die Arbeit von Efonyi-Mäder und Acher-

³⁸ Medizinische Vorsorgeuntersuchungen wurden in den 1970er-Jahren bei Migrationswilligen in den Anwerbeländern durchgeführt, um sicherzustellen, dass möglichst nur gesunde Arbeitskräfte in die Schweiz kamen (Vajs-Djordjevic und Felix 1977, zit. in Vranjes et al. 1996: 2).

mann (2003), die aufzeigt, dass Personen ohne offizielle Aufenthaltsbewilligung, so genannte Sans-Papiers, ihre Rechte nur sehr beschränkt geltend machen.

Verständigungsschwierigkeiten – Zugangs- und Versorgungsprobleme

International vergleichende Arbeiten, wie jene von Bollini (1992) und Bollini und Siem (1995) zeigen, dass unter anderem sprachliche und kulturelle Barrieren der Migrationsbevölkerung einen gleichberechtigten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren können. Auch Umfragen in der Schweiz zeigen, dass Sprachbarrieren von der Ärzteschaft als ein Hauptproblem bei der medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten betrachtet werden (Blöchliger et al. 1994; Tonnere et al. 1997). Es gibt somit empirische Evidenz, dass Verständigungsschwierigkeiten zu Versorgungsproblemen führen.³⁹

Migrationsspezifische Pathologien – Zugangs- und Versorgungsprobleme

Für die Annahme, dass migrationsspezifische Pathologien in der Schweiz nicht adäquat behandelt werden, gibt es in der Literatur einige Hinweise. Die Krankheitsbilder, die bei Flüchtlingen im Aufnahmeland auftreten, werden in den Institutionen undifferenziert erfasst. Zudem wird zum Teil nicht geeignet damit umgegangen, so dass Trauma-Patientinnen und -Patienten wiederholte Traumatisierungen erleben (Salis Gross 2004).

In Bezug auf Folteropfer wurden die Behandlungsprobleme von Wicker (1993) aufgezeigt. Zum Zeitpunkt der Studie existierten in der Schweiz im Unterschied zu den meisten europäischen Ländern keine spezialisierten therapeutischen Einrichtungen. Mittlerweile wurde aufgrund der Befunde der Studie das Therapiezentrum des Schweizerischen Roten Kreuzes zur Behandlung von Folteropfer aufgebaut. Ob in diesem Bereich weiterhin Versorgungsprobleme bestehen, kann auf der Basis der betrachteten Quellen nicht beurteilt werden.

Suboptimale Rahmenbedingungen – migrationsspezifische Pathologien

Es gibt empirische Evidenz, die dafür spricht, dass suboptimale Rahmenbedingungen im Aufnahmeland migrationsspezifische Pathologien verstärken können. Die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus und der damit verbundene Stress können Trauma-Erfahrungen revitalisieren. Unter besseren Umständen im Aufnahmeland hingegen würden die Betroffenen vielleicht nicht erkranken (Salis Gross 2004). Dieser Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen für die Integration und dem Verlauf von migrationsspezifischen Krankheiten ist zusätzlich zu berücksichtigen.

³⁹ Umfragen bei der Migrationsbevölkerung zu diesem Thema sind den Autorinnen dieser Studie allerdings keine bekannt.

Migrationspolitik – migrationsspezifische Pathologien

Feldforschungen legen ausserdem einen Zusammenhang zwischen der in der Schweiz praktizierten Migrationspolitik und dem Auftreten migrationsspezifischer Pathologien nahe. Namentlich wird seit den 1980er-Jahren die Trauma-Diagnose als Asylgrund anerkannt. Damit wurde eine Medikalisierung des Prozesses der Asylsuche eingeleitet. Wie erwähnt, besteht für die Migrantinnen und Migranten ein krankmachender Anreiz, sich mit der Diagnose zu identifizieren, um den Status eines Gewaltflüchtlings zu erhalten. Aber auch auf Seiten der Ärzteschaft bestehen ökonomische Anreize für die Diagnose. Die Diagnose migrationsspezifische Pathologien wird durch die schweizerische Migrationspolitik somit gefördert (Salis Gross 2004).

Empirisch umstrittene Kausalhypothesen

Die Untersuchung der empirischen Evidenz ergab in Bezug auf drei bzw. vier Kausalhypothesen ein unklares Bild.

Interessenwahrnehmung – Gesundheitsrisiko

Gesundheitsrisiko – gesundheitliche Defizite

Die empirische Evidenz dafür, dass eine beschränkte eigene Problemlösungskapazität und ein Mangel an präventivem Verhalten zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko führen, ist nicht eindeutig. So führt etwa ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten von Migrantinnen und Migranten beim Tabak- und Alkoholkonsum nicht in erwartetem Umfang zu negativen gesundheitlichen Konsequenzen (Bouchardy et al. 1999). Weiss (2003: 89-90) trägt diesbezüglich ebenfalls einige paradoxe Befunde zusammen. Dass sich ein schädliches Verhalten nicht gesundheitlich auswirkt, scheint mit protektiven Verhaltensweisen und Umweltfaktoren zusammenzuhängen, die bestimmte Gruppen von Migrantinnen und Migranten in Bezug auf gewisse Krankheiten aufweisen (Tomatis 1990; Weiss 2003: 89-90). Diese Schutzfaktoren sind je nach Krankheit und Bereich unterschiedlich. Was die geringe körperliche Bewegung in der Freizeit betrifft, muss auch berücksichtigt werden, dass gerade Männer aus Südeuropa häufig schwer körperlich arbeiten.

Zugangs- und Versorgungsprobleme – migrationsbedingte Kostensteigerung

Die Annahme, dass Zugangs- und Versorgungsprobleme bei Migrantinnen und Migranten zu Kostensteigerungen führen, wurde von den im Rahmen der Evaluation befragten Expertinnen und Experten kritisch beurteilt. Es existieren keine gesundheitsökonomischen Studien, die diese Annahme empirisch abstützen würden. Laut Protokoll hat die Begleitgruppe im Prozess der Strategieentwicklung aus Zeitgründen darauf verzichtet, bei den Krankenversicherern nachzufragen, ob sie relevante Daten zur Verfügung stellen würden (Protokoll BG vom 13.09.2000: 4). Entgegen diesen Angaben hält das BAG (Chenaux 2005: 9) fest, dass es

Kontakte zu den Krankenkassen gegeben habe, dass diese jedoch argumentiert hätten, der Zugang zu den Daten würde nicht freigegeben und eine Auswertung sei nicht möglich.

Interessenwahrnehmung – migrationsbedingte Kostensteigerung

Auch die Kostenwirkungen einer beschränkten eigenen Interessenwahrnehmung wurden in den Gesprächen angezweifelt. Wie oben erwähnt, sind die empirischen Befunde zu den Auswirkungen einer beschränkten eigenen Problemlösungskapazität und eines mangelnden präventiven Verhaltens auf den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten nicht eindeutig. Folglich ist auch unklar, inwiefern sich die fehlende Interessenwahrnehmung auf die Kosten auswirken wird.

Gesamthaft gesehen ist das Ursache-Wirkungsmodell, von dem die Strategie M+G ausgeht, laut Expertinnen und Experten plausibel, wobei es nicht möglich war, die empirische Evidenz zu allen angesprochenen Teilproblemen und Kausalhypothesen zu untersuchen. Die Analyse hat aber deutlich gemacht, dass die empirische Evidenz nicht in allen Punkten eindeutig ist. Dies betrifft namentlich die gesundheitlichen Auswirkungen einer beschränkten Interessenwahrnehmung sowie die migrationsspezifischen Pathologien, die sowohl in Bezug auf ihre Ursachen als auch auf ihre Auswirkungen differenzierter betrachtet werden müssten. Auch besteht bezüglich der Kostenwirkungen der vorhandenen Probleme eine Forschungslücke.

4.4 Problemadäquatheit der Interventionsstrategie

Nachdem die empirische Evidenz zur Problemlage im Bereich M+G aufgearbeitet worden ist, wird in diesem Abschnitt auf die wissenschaftliche Abstützung der Interventionsstrategie eingegangen. Unter der Interventionsstrategie wird dabei die Gesamtheit der vorgesehenen Handlungsansätze und Massnahmen verstanden, die im Strategiepapier M+G vorgesehen sind. Dazu gehören sowohl die Zielvorgaben, die die allgemeine Stossrichtung der Strategie angeben, als auch die operativen Vorgaben.

Die empirische Evidenz der Interventionsstrategie kann in zweierlei Hinsicht beurteilt werden: Dieser Abschnitt widmet sich der Frage, ob die Interventionsstrategie problemadäquat ist. Dazu wird die Interventionsstrategie im Lichte der vorhandenen empirischen Evidenz zur Problemlage, die in den letzten beiden Abschnitten des vorliegenden Kapitels dargestellt wurde, betrachtet. Es wird somit geprüft, ob sie die empirischen Erkenntnisse zu Art und Ursachen der Probleme im Bereich M+G berücksichtigt, d. h. auf den im Problemfeld vorhandenen objektiven Bedarf (Schwartz 2000: 2) abgestimmt ist. Die Problemadäquatheit wird für die Zielvorgaben und für die Massnahmen beurteilt. Der folgende Abschnitt 4.5 widmet sich dann der Frage, ob es für die Handlungsansätze und Massnahmen selber empirische Nachweise gibt, dass sie tatsächlich zu den angestrebten Veränderungen führen.

4.4.1 Problemadäquatheit der Zielvorgaben

Die Vorgaben dazu, welche Veränderungen im Problemfeld angestrebt werden, sollten sich auf die vorhandene empirische Evidenz zu den Problemen stützen. In diesem Abschnitt wird untersucht, ob dies bei der Strategie M+G der Fall ist. Dazu wird zuerst der Evidenzbezug der Impact- und anschliessend der übergeordneten Outcomeziele betrachtet.

Impactziele

Die wichtigste Zielvorgabe in Bezug auf den Impact ist die Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung sowie in zweiter Linie die Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Diese beiden Ziele beziehen sich auf die Problematik der gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung bzw. des migrationsbedingten Anstiegs der Gesundheitskosten.

Wie in Abschnitt 4.2 gezeigt wurde, gibt es für die gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung zwar keine differenzierten, aber zumindest generelle epidemiologische Nachweise sowie punktuelle Erkenntnisse zu einzelnen Problemen. In seiner allgemeinen Formulierung kann das Impactziel der Verbesserung des Gesundheitszustands bei der Migrationsbevölkerung somit als evidenzbasiert betrachtet werden.

Zu den migrationsbedingten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen konnte keine empirische Evidenz gefunden werden, womit keine Aussage bezüglich der empirischen Fundierung des Impactziels der Effizienzsteigerung möglich ist.

Die Wirkung der Strategie M+G auf weitere Bevölkerungsteile liegt ausserhalb des Problemgefüges, das rekonstruiert wurde (vgl. Abbildung 2). Dasselbe gilt für die negativen Auswirkungen der Migrationserfahrung (Aggression usw.), die nicht im engeren Sinne gesundheitlicher Art sind. Die empirische Evidenz zu den Problemen, auf die sich diese beiden Impactziele beziehen, wurde deshalb nicht untersucht. Das nachgelagerte Impactziel der Stärkung der Integration schliesslich bezieht sich auf die Feedbackschleife zwischen Gesundheit und Integration (K22 in Abbildung 2). Die empirische Evidenz dieser Kausalhypothese konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht festgestellt werden.

Das Hauptimpactziel der Verbesserung des Gesundheitszustands kann in seiner Allgemeinheit als evidenzbasiert betrachtet werden. Zum Effizienzziel konnte die empirische Evidenz – gleich wie bei den übrigen Impactzielen – im Rahmen der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

Übergeordnete Outcomeziele

Die drei übergeordneten Outcomeziele lauten „Öffnung des Gesundheitssystems“, „bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse“ sowie „Stärkung der Selbstverantwortung“. Diese drei Ziele, die die Stossrichtung der angestrebten Veränderungen angeben, lassen sich mit Bezug auf die zugrunde liegenden Probleme begründen.

Das Outcomeziel der Öffnung des Gesundheitssystems findet seine empirische Grundlage in der Feststellung, dass sich ein Grossteil der gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung durch die soziale Lage der Betroffenen erklären lässt. Mit der Öffnung des Gesundheitssystems sollen die Zugangsbarrieren gesenkt werden, was im Übrigen nicht nur Migrantinnen und Migranten, sondern auch Personen in ähnlicher sozialer Lage zugute kommen dürfte (vgl. Impactziele). Dieses Outcomeziel impliziert eine universalistische Vorgehensweise bei der Veränderung der Angebote.

Die bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse im Gesundheitswesen lässt sich in Bezug auf die Problemlage damit begründen, dass die soziale Lage zwar einen beträchtlichen Teil, nicht aber die Gesamtheit der gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung erklärt. Gemäss den Daten der SGB bleiben Unterschiede zwischen Migrationsbevölkerung und einheimischer Bevölkerung unabhängig von der soziodemografischen Struktur bestehen. Deshalb ist es folgerichtig, neben einer generellen Öffnung des Gesundheitssystems migrationsspezifische Bedürfnisse stärker zu beachten. Dieses Outcomeziel steht für eine zielgruppenspezifische (partikularistische) Vorgehensweise bei der Anpassung der Angebote.

Das dritte Outcomeziel der Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten bezieht sich relativ eindeutig auf das Problem der beschränkten Interessenwahrnehmung. Diesbezüglich ist zumindest für den Bereich der Prävention empirische Evidenz für Defizite beim Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung vorhanden.

Alle drei übergeordneten Outcomeziele lassen sich mit Blick auf die empirischen Daten zur Problemlage begründen. Das Outcomeziel der Öffnung des Gesundheitssystems ist angesichts der grossen Bedeutung des sozioökonomischen Faktors angebracht, während die bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten der Tatsache Rechnung trägt, dass es daneben auch migrationsspezifische Gesundheitsdefizite gibt. Das Ziel der Stärkung der Selbstverantwortung findet im vergleichsweise schlechten Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung seine Berechtigung.

4.4.2 Problemadäquatheit der Massnahmen

In diesem Abschnitt wird die Problemadäquatheit der Massnahmen erörtert. Zuerst wird untersucht, ob die Massnahmen auf die empirische Evidenz zur Prävalenz abgestimmt sind, wobei namentlich der Einbezug der Gender-Komponente diskutiert wird. Anschliessend wird dargestellt, wo die verschiedenen Massnahmen zur Problemlösung ansetzen, und beurteilt, ob dies generell angemessen ist. Zum Schluss wird die Berücksichtigung der vorhandenen empirischen Evidenz bei den einzelnen Massnahmen besprochen.

Ausrichtung auf empirische Evidenz zur Prävalenz

Wie in Abschnitt 4.2 dargestellt, gibt es epidemiologische Evidenz für geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung. So weisen Frauen sowohl bei den subjektiven als auch bei den objektiven Indikatoren durchwegs schlechtere Werte auf. Diese empirische Evidenz wurde bei der Wahl und Ausgestaltung der Massnahmen – soweit aus dem Strategiepapier ersichtlich – bis zu einem gewissen Grade berücksichtigt. Zwar sind keine Massnahmen speziell für Frauen vorgesehen, im Rahmen der weiteren Leistungsvorgaben werden Frauen aber bei zwei Massnahmen (I1 und T2) unter den primären Zielgruppen genannt. Zudem soll auch bei der Sensibilisierung der Leistungserbringer (I3) und der Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen (B3) auf geschlechtsspezifische Fragestellungen aufmerksam gemacht werden. Schliesslich sollen im Rahmen der Forschung unter anderem die Grundlagen zu geschlechtsspezifischen Problemstellungen verbessert werden (F1 und F2).

Zu der im Strategiepapier genannten besonderen Situation von Asylsuchenden gibt es zwar keine epidemiologische Evidenz, doch trägt die Strategie ihrer speziellen Lage Rechnung, indem die Massnahmen der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich speziell auf Asylsuchende bzw. anerkannte Flüchtlinge ausgerichtet sind.

Nicht bei den Massnahmen berücksichtigt werden die altersbedingten Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand bei der Migrationsbevölkerung, für die es empirische Evidenz gibt.

Die empirische Evidenz für geschlechtsspezifische Unterschiede beim Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung wird bei der Ausgestaltung der Massnahmen bis zu einem gewissen Grade berücksichtigt. Für Unterschiede nach Migrationsmotiv fehlt die epidemiologische Evidenz, während die altersbedingten Unterschiede zwar empirisch belegt sind, in der Strategie M+G aber keine Berücksichtigung bei der Ausgestaltung der Massnahmen finden.

Eignung der Ansatzhöhe der Problemlösung

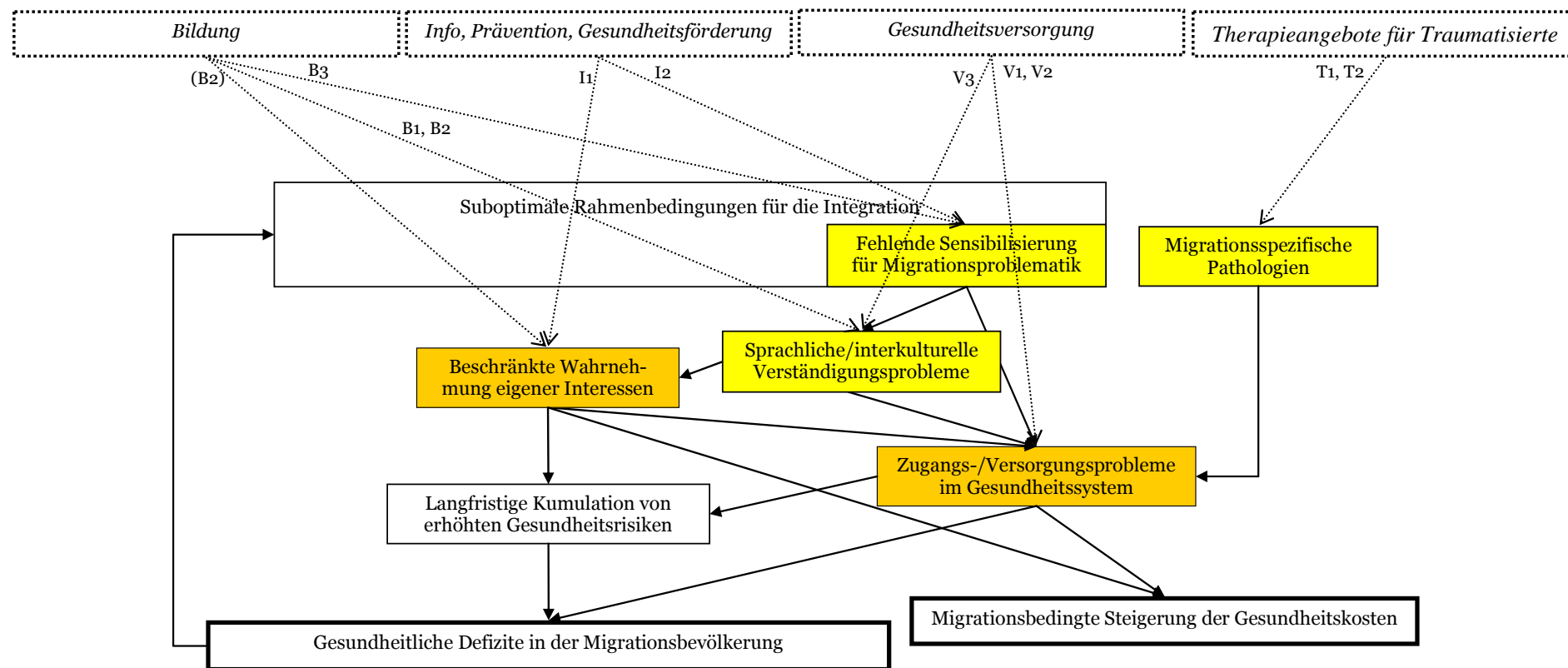
Bevor die einzelnen Massnahmen vor dem Hintergrund der vorhandenen empirischen Evidenz zu den Teilproblemen und Kausalhypothesen beurteilt werden, wird in diesem Abschnitt kurz generell auf die Ansatzhöhe der Interventionen eingegangen. Dazu wird auf die massnahmenbezogenen Outcomeziele zurückgegriffen, die spezifizieren, welche Veränderungen mit den einzelnen Massnahmen erreicht werden sollen. Daraus lässt sich ableiten, bei welchem Teilproblem die jeweilige Massnahme zur Problemlösung ansetzt.

Abbildung 6, die einem Ausschnitt des gesamten Problemgefüges aus Abbildung 2 entspricht, stellt die Ansatzpunkte der verschiedenen Massnahmen dar. Sie zeigt, dass die Strategie die Probleme im Bereich Migration und Gesundheit von verschiedenen Seiten her angehen will. Insgesamt beziehen sich die operativen Vorgaben der Strategie auf fünf Teilprobleme. Diese Probleme werden je mit verschiedenen Massnahmen angegangen:

- Die *fehlende Sensibilisierung* für die Migrationsproblematik soll im Gesundheitsbereich durch Fort- und Weiterbildungsangebote für die Gesundheitsberufe (B3) sowie durch entsprechende Sensibilisierungsmassnahmen bei den Leistungserbringern (I2) angegangen werden.
- Die *sprachlichen und interkulturellen Verständigungsprobleme* sollen durch die Ausbildung (B1) und den Einsatz (V3) von ikÜ sowie durch die Ausbildung im Bereich ikV (B2) überwunden werden.
- Der *beschränkten Interessenwahrnehmung* der Migrantinnen und Migranten soll durch bestimmte Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (I1) unter Zuhilfenahme von ikV (B2) entgegengewirkt werden.
- Die *migrationspezifischen Pathologien* werden mit den Massnahmen aus dem Interventionsbereich der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich, namentlich mit der Differenzierung des bestehenden Angebots (T1) sowie dem Aufbau neuer, niederschwelliger Angebote (T2) angegangen.
- Die *Zugangs- und Versorgungsprobleme* im Gesundheitssystem sollen durch leicht zugängliche Angebote (V1) und den Aufbau von Vermittlungs- und Koordinationsdiensten (V2) gemildert werden.

Im Bereich der *Forschung* bestehen die Outcomeziele aller drei Massnahmen in der Nutzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Ausrichtung zukünftiger Massnahmen. Diese Zielsetzungen beziehen sich auf das gesamte Problemgefüge und nicht auf bestimmte Teilbereiche und lassen sich deshalb in der Abbildung nicht darstellen.

Abbildung 6: Ansatzpunkte zur Problemlösung gemäss den massnahmenbezogenen Outcomezielen



Legende:

B1: Aus- und Fortbildung ikÜ
 B2: Aus- und Fortbildung ikV
 B3: Fort- und Weiterbildung Gesundheitsberufe
 I1: Prävention und Gesundheitsförderung
 I2: Sensibilisierung Leistungserbringer

V1: Leicht zugängliche Angebote
 V2: Vermittlungs- und Koordinationsdienste
 V3: Einsatz von ikÜ
 T1: Differenzierung bestehendes Angebot
 T2: Aufbau niederschwelliges Angebot

Beim Vergleich von Abbildung 6 mit der Problemanalyse in Abbildung 2 wird deutlich, dass die Strategie bei der Problembearbeitung nicht bei den generellen Problemursachen, sondern auf tieferer Ebene im Problemgefüge ansetzt. Die vorhandene empirische Evidenz spricht grundsätzlich gegen diese Ansatzhöhe. Vielmehr müsste bei der schlechten sozialen Lage der Migrationsbevölkerung angesetzt werden, die gemäss den vorhandenen Daten einen Grossteil der gesundheitlichen Defizite erklärt. Dazu drängt sich eine Veränderung der Migrationspolitik auf, die gemäss der Strategie (M+G 2002: 12-15) die problematische sozio-demographische Struktur erzeugt und auch weitere Faktoren, wie die Unsicherheit des Aufenthalts, beeinflusst. Damit würde die Strategie allerdings über den Gesundheitssektor hinausgehen.

Mit ihrer Beschränkung auf den Gesundheitssektor entspricht die Strategie M+G nicht dem angestrebten Ideal einer intersektoralen „Public Health“-Strategie.⁴⁰ Dies war auch der Begleitgruppe zur Entwicklung der Strategie klar. Sie verlangte, dass im Strategiepapier mehr auf die Zusammenhänge zu anderen Sektoren eingegangen werden sollte (Protokoll LG vom 14.01.2000: 2). Die Problemanalyse im Strategiepapier zeigt denn auch einige Querverbindungen auf, doch es fehlen konkrete Ansatzpunkte. Diese Diskrepanz zwischen multisektoralem Anspruch und rhetorischer Legitimation mittels Berufung auf die Ottawa-Charta der WHO einerseits und den Defiziten bei der konkreten Umsetzung oder gar schon Konzipierung andererseits trifft allerdings auf die Mehrheit der Gesundheitsförderungsstrategien zu (Zeyen Bernasconi et al. 2001).⁴¹ Dabei ist allerdings zu beachten, dass eine multisektorale Politik über den Rahmen eines Verwaltungsprogramms, wie es die Strategie M+G darstellt, hinausginge.

Abbildung 6 zeigt ausserdem, dass die Hauptprobleme, die mit der Strategie angegangen werden sollen, zum Teil lediglich indirekt beeinflusst werden sollen. Die Stärkung der Selbstverantwortung wirkt zum Beispiel erst über die Reduktion von Gesundheitsrisiken dank verstärkter Interessenwahrnehmung auf das primäre Impactziel der Verbesserung des Gesundheitszustands bei der Migrationsbevölkerung. Die Strategie stützt sich somit auf längere Wirkungsketten. Dies ist im Rahmen dieser Evaluation insofern relevant, als es schwierig ist, Wirkungen nachzuverfolgen, die sich oft erst nach einer gewissen Zeit beobachten lassen.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die empirische Evidenz zu den Ursachen der gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung für eine höhere Ansatzhöhe der Strategie M+G sprechen würde, dass dies jedoch über den Gesundheitssektor hinausgehen würde.

⁴⁰ Allerdings bekräftigen Spang und Hanselmann (2004), die Strategie verfolge einen ganzheitlichen und multisektoralen Ansatz.

⁴¹ Zu Gesundheitsförderungsstrategien in Europa siehe Rütten et al.(2000).

Ausrichtung auf empirische Evidenz zu Teilproblemen und Kausalhypothesen

Wie oben erläutert wurde, gibt es gewisse Teilprobleme und Kausalhypothesen, zu denen empirische Evidenz vorhanden ist, sowie andere, die umstritten sind. Die Massnahmen werden in diesem Abschnitt unter dem Gesichtspunkt der dortigen Erläuterungen zur Evidenz betrachtet, wobei immer jeweils die Massnahmen zu einem bestimmten Teilproblem zusammen behandelt werden. Zur Problematik der fehlenden Sensibilisierung sind keine Angaben zur Evidenz vorhanden, weshalb die diesbezüglichen Massnahmen (B3 und I2) nicht beurteilt werden.

Massnahmen bezüglich der beschränkten Interessenwahrnehmung

Es ist empirische Evidenz vorhanden, dass Migrantinnen und Migranten in Bezug auf die Gesundheitsförderung ihre Interessen weniger wahrnehmen als die einheimische Bevölkerung. Um die entsprechenden Botschaften in die Migrationsbevölkerung zu tragen, scheint es deshalb angemessen, bei den verschiedenen Gruppen in der Migrationsbevölkerung gezielte präventive Interventionen durchzuführen (I1), allenfalls unter Zuhilfenahme von interkultureller Vermittlung (B2). Allerdings wirkt sich das ungünstige Gesundheitsverhalten von Migrantinnen und Migranten, wie erläutert, nicht überall in erwarteter Weise negativ auf die Gesundheit der Migrationsbevölkerung aus, was wahrscheinlich auf protektive Verhaltensweisen und Faktoren zurückzuführen ist. Da sich diese protektiven Faktoren allerdings nur bei bestimmten Krankheiten auswirken und je nach Bereich unterschiedlich sind, kann wohl weniger der Schluss gezogen werden, dass keine spezifische Gesundheitsförderung notwendig ist, als dass diese protektiven Faktoren bei der Konzeptualisierung der entsprechenden Massnahmen im Einzelnen zu berücksichtigen sind. Unklar ist schliesslich auch, ob sich diese Massnahmen positiv auf die Effizienz im Gesundheitswesen auswirken werden.

Massnahmen bezüglich der Verständigungsprobleme

Es ist empirische Evidenz vorhanden, dass es im Gesundheitsbereich sprachliche und interkulturelle Verständigungsprobleme gibt, die den Zugang zum Gesundheitswesen und die Versorgung erschweren. Sprachbarrieren werden in Umfragen bei der Ärzteschaft als ein Hauptproblem in der ärztlichen Kommunikation mit Migrantinnen und Migranten bezeichnet (Blöchliger et al. 1994; Tonnere et al. 1997). Jedoch finden 75% der befragten Ärztinnen und Ärzte, dass auch Familienangehörige oder Freundinnen und Freunde die Übersetzungsfunktion erfüllen können (Blöchliger et al. 1994). Dies wird allerdings zum Teil kritisch betrachtet (vgl. Weiss und Stuker 1998). Meyer (2002: 10) stellt fest, dass „beim Dolmetschen im Krankenhaus besondere Kompetenzen erforderlich sind, über die Angehörige und Pflegepersonal in der Regel nicht oder nur zum Teil verfügen. Ärzte, die Angehörige oder Pflegekräfte als Dolmetscher hinzuziehen, können daher nie sicher sein, ob ihr Vorgehen nicht neue kommunikative Probleme schafft, die dann allerdings zunächst unbemerkt blei-

ben.“ Der Bedarf für die Massnahmen zur Ausbildung und zum Einsatz von professionellen interkulturellen Übersetzenden (B1 und V3) und zur professionellen interkulturellen Vermittlung ist insgesamt somit unklar.

Massnahmen bezüglich der migrationsspezifischen Pathologien

Die Frage der migrationsspezifischen Pathologien und insbesondere der Traumatisierung, wird kontrovers beurteilt. Hingegen ist unumstritten, dass migrationsspezifische Pathologien in der Schweiz nicht adäquat behandelt werden können, was zu Versorgungsproblemen und einer langfristigen Kumulation von Gesundheitsrisiken führt. So gibt es namentlich empirische Evidenz dafür, dass Traumatisierungen zu wenig differenziert erfasst werden. Die beiden Massnahmen (T1 und T2) zur Behandlung von Traumata bei Asylsuchenden sind deshalb insbesondere dahin gehend zu beurteilen, wie mit dem Trauma-Begriff umgegangen wird.

Massnahmen bezüglich der Zugangs- und Versorgungsprobleme

In Bezug auf die Zugangs- und Versorgungsprobleme ist die vorhandene empirische Evidenz beschränkt. So lässt sich eine Unterversorgung der Migrationsbevölkerung zwar in Bezug auf präventive Leistungen sowie allenfalls im psychosozialen Bereich nachweisen (vgl. z.B. Dahinden et al. 2004), nicht jedoch generell. Die entsprechende Massnahme zum Aufbau niederschwelliger Angebote (V1) ist deshalb kritisch in Bezug auf ihre Ausrichtung zu betrachten. Weniger problematisch erscheint die zweite Massnahme im Versorgungsbereich (V2), mit der die Einrichtung von Vermittlungs- und Koordinationsdiensten bezweckt werden soll. So scheint es, dass Migrantinnen und Migranten seltener als Schweizerinnen und Schweizer spezialisierte Leistungen in Anspruch nehmen, was auf Übergangsschwierigkeiten vom allgemeinen zum spezialisierten Sektor hinweisen könnte. Die Massnahme setzt hier an. Fraglich bleibt in jedem Fall, ob die entsprechenden Verbesserungen zu einer Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen beitragen werden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in Bezug auf alle Massnahmen empirische Evidenz vorhanden ist. Die umstrittenen Punkte zur empirischen Evidenz legen allerdings in Bezug auf gewisse Massnahmen eine Überprüfung der Ausrichtung nahe. Dies ist namentlich der Fall bei der Gesundheitsförderung (I1; Berücksichtigung protektiver Verhaltensweisen), der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (T1, T2; Differenzierung des Trauma-Begriffs) und dem Aufbau niederschwelliger Versorgungsangebote (V1; präventive und psychosoziale Leistungen).

4.5 Empirische Evidenz der Interventionsstrategie i.e.S.

Bei der empirischen Evidenz der Interventionsstrategie im engeren Sinne (i.e.S.) geht es darum, ob es für die Handlungsansätze und Massnahmen selber empirische Nachweise gibt, dass sie tatsächlich zu den angestrebten Veränderungen führen. Für die Effektivität und

Wirksamkeit der Interventionsstrategie spielen auch subjektive Erwartungen, Bedürfnisse und Gewohnheiten der Adressaten eine wichtige Rolle (Schwartz 2000: 2). Die diesbezüglichen Erkenntnisse sind im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention allerdings beschränkt. Empirische Evidenz im Sinne der „Evidence based Medicine“ gibt es lediglich für die klinische Prävention. In den übrigen Bereichen müssen sich Aussagen über die Effektivität und Wirksamkeit stark auf Evaluationen stützen (Schwartz 2000: 3-4).

Auch in Bezug auf die Strategie M+G ist die empirische Evidenz zur Effektivität und Wirksamkeit der gewählten Ansätze und Massnahmen beschränkt. Die Strategie hat international keine Vorbilder, d.h. die Schweiz hat mit einer auf den Gesundheitsbereich ausgerichteten Migrationsstrategie Neuland betreten.⁴² Die empirische Evidenz i.e.S. kann deshalb nur punktuell beurteilt werden. Die vorliegende Evaluation stützt sich bei der Beurteilung der Zielvorgaben und Massnahmen stark auf die Ergebnisse der Evaluation des Vorgängerprogramms (Efionayi-Mäder et al. 2001) ab. Zuerst wird auf die Outcomeziele und anschliessend auf die Massnahmen eingegangen.

4.5.1 Empirische Evidenz i.e.S. der Outcomezielvorgaben

In der Folge werden die Zielvorgaben auf ihre empirische Evidenz i.e.S. betrachtet. Es wird somit gefragt, ob es empirische Nachweise gibt, dass die Stossrichtungen der Strategie, die durch die drei übergeordneten Outcomeziele vorgegeben sind, zu den angestrebten Impactzielen führen. Im Zentrum der vorliegenden Überprüfung stand das Outcomeziel der Stärkung der Selbstverantwortung bzw. der Empowerment-Ansatz, der damit impliziert wird.

Die vorhandene empirische Evidenz zeigt, dass Teile der Migrationsbevölkerung stark sozial benachteiligt sind, was sich negativ auf die Wahrnehmung deren Interessen und deren Gesundheitszustand auswirkt. Der Bedarf für die Stärkung der Interessenwahrnehmung, also für ein Empowerment, ist somit nachgewiesen. Problematisch ist dabei allerdings, dass ein Empowerment umso schwieriger ist, je stärker die soziale Benachteiligung (Pammer 2000: Kap. 4). Aufgrund der starken sozialen Benachteiligung gewisser Teile der Migrationsbevölkerung sind deshalb bei den Massnahmen, die auf der Nachfrageseite ansetzen, Schwierigkeiten zu erwarten.

Die Verfolgung der zwei anderen Outcomeziele, die auf der Angebotsseite ansetzen und damit auf dem Bring- anstatt auf dem Holprinzip basieren, ist deshalb wichtig. Durch eine bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse und eine Öffnung des Gesundheitssystems kann die gesundheitliche Benachteiligung reduziert werden, was dann wiederum zum Ziel des Empowerments beiträgt. Diese Feedbackschlaufen, die in Abbildung 3 fehlten, sind in Abbildung 7 dargestellt.

⁴² Zur Vorreiterrolle der Schweiz siehe M+G (2002: 6). Allerdings gibt es diesbezüglich seit 2001 Bemühungen innerhalb des Gesundheitskomitees des Europarates.

Abbildung 7: Zielbeziehungen zwischen übergeordneten Outcomeziele



4.5.2 Empirische Evidenz i.e.S. der Massnahmen

Die Beurteilung der empirischen Evidenz der Massnahmen, die im Rahmen der Strategie vorgesehen sind, geht von den Ergebnissen der Evaluation des Vorgängerprogramms (Efionayi-Mäder et al. 2001) aus. Betrachtet werden namentlich zwei Aspekte: erstens die Frage nach den geeigneten Interventionsansätzen sowie zweitens die empirische Abstützung der Wahl der Begünstigten.

Interventionsansätze der Massnahmen (integrativ versus segregativ)

Die Evaluation des Vorgängerprogramms (Efionayi-Mäder et al. 2001) unterscheidet zwei Interventionsansätze, die der Bund im Bereich M+G verfolgt:⁴³

- *integrativer Ansatz*: Interventionen, die darauf ausgerichtet sind, die Anliegen der Migrationsbevölkerung besser ins Regelsystem zu integrieren.
- *segregativer Ansatz*: Interventionen, die auf die Förderung von eigens auf die Migrationsbevölkerung zugeschnittenen Angeboten ausgerichtet sind.

Die Evaluation empfiehlt, beide Ansätze weiterzuentwickeln. So sei der integrative Ansatz, der den Ausbau eines bedürfnisorientierten Regelangebots anstrebt, weiterzuentwickeln. Zudem gebe es nach wie vor ein Bedarf an basisorientierten, partizipativen Interventionen im Bereich M+G, wie sie im Vorgängerprogramm im Rahmen des segregativen Ansatzes verfolgt wurden. Allerdings sieht die Evaluation die Rolle des BAG weniger wie bisher in der konkreten Feldarbeit als in der Vernetzung (Efionayi-Mäder et al. 2001: 82-83). Schliesslich empfiehlt die Evaluation, die Komplementarität zwischen segregativem und integrativem Ansatz zu fördern (Efionayi-Mäder et al. 2001: 10).

⁴³ Im Gegensatz zu einem universalistischen Interventionsansatz, der sich an die Gesamtbevölkerung richtet, stellen diese beiden Ansätze partikularistische, an die Migrationsbevölkerung gerichtete Vorgehensweisen dar.

Die Empfehlungen der Evaluation wurden bei der Konzipierung der Strategie M+G beachtet. Wie aus Tabelle 12 ersichtlich, wo die Massnahmen nach dem Interventionsansatz eingeordnet werden, verfolgt die Strategie M+G weiterhin beide Interventionsansätze, und zwar mit Ausnahme der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich in sämtlichen Interventionsbereichen.⁴⁴

Tabelle 12: Massnahmen nach Interventionsansatz (integrativ vs. segregativ)

Interventionsbereiche	Ansatz	
	Integrativ	Segregativ
Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung)	B1, B3, (B2)	(B2)
Information, Prävention und Gesundheitsförderung	I2	I1
Gesundheitsversorgung	V3, (V2)	V1, (V2)
Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich		T1, T2

Legende: Die Kürzel der Massnahmen sind aus Tabelle 4 bis Tabelle 8, S. 36-42, ersichtlich; in Klammern stehen Massnahmen, die sich beiden Ansätzen zuordnen lassen.

Ein integrativer Ansatz wird mit Teilen der Massnahmen im Bildungs-, Informations- und Versorgungsbereich verfolgt. Namentlich zielen die Ausbildung und der Einsatz von professionellen interkulturellen Übersetzenden (B1, V3) auf eine bessere Verständigung im Regelsystem. Auch die Massnahmen zur Sensibilisierung und zur Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen (I2, B3) sind auf die Integration migrationsspezifischer Bedürfnisse in den Regelstrukturen ausgerichtet.

Klar segregativ ausgerichtet sind hingegen die beiden Massnahmen der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich, mit denen Angebote für Flüchtlinge bzw. Asylsuchende gefördert werden. Ein segregativer Ansatz liegt zudem grundsätzlich der zielgruppenspezifischen Präventions- und Gesundheitsförderung (I1) sowie der Förderung speziell leicht zugänglicher Angebote (V1) zugrunde. Mit diesen Massnahmen wird eine Erweiterung des Angebots über die Regelversorgung hinaus angestrebt. Wie in der Evaluation des Vorgängerprogramms empfohlen, engagiert sich das BAG im Rahmen der segregativen Interventionen weniger in der konkreten Feldarbeit als auf einer intermediären Ebene, indem es in Bezug auf die entsprechenden Angebote eine Förderfunktion einnimmt.

Nicht eindeutig zu kategorisieren ist die Förderung der Aus- und Fortbildung von interkulturellen Vermittlerinnen und Vermittlern (B2). Einerseits können solche Personen bei der Lösung von kulturell bedingten Verständigungsschwierigkeiten in der Regelversorgung eine Rolle spielen. Bisher wurden sie allerdings häufiger im Rahmen des segregativen Ansatzes eingesetzt, wo es darum ging, speziell auf die Migrationsbevölkerung zugeschnittene Angebote zu konzipieren. Die Vermittlungs- und Koordinationsdienste (V2) übernehmen eine

⁴⁴ Nicht nach diesem Schema einzuordnen sind die Massnahmen im Interventionsbereich der Forschung.

Schnittstellenfunktion zwischen den beiden Ansätzen. Über die vorgesehene Vermittlung von ikÜ-Diensten sollen sie einerseits zur Integration in die Regelversorgung beitragen, während sie über die Vermittlung von speziellen Angeboten für Migrantinnen und Migranten zu einer besseren Nutzung dieser letzteren beitragen. Schliesslich können sie auch der Vereinfachung des Übergangs zwischen Regelversorgung und segregativen Angeboten dienen.

Es lässt sich somit feststellen, dass die Strategie M+G den Empfehlungen der Evaluation des Vorgängerprogramms in Bezug auf die gewählten Ansätze weitgehend entspricht und diesbezüglich als evidenzbasiert betrachtet werden kann. Mit der Strategie M+G werden beide Interventionsansätze verfolgt. Ausser beim Interventionsbereich der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich, der rein segregativ ausgerichtet ist, sind in allen Bereichen sowohl segregative als auch integrative Massnahmen vorgesehen. Die Komplementarität zwischen den beiden Ansätzen ist klar vorhanden. Bei den Massnahmen, mit denen ein segregativer Ansatz verfolgt wird, übernimmt das BAG zudem klar eine intermediäre Rolle und ist nicht mehr konkret im Feld aktiv.

Empirische Evidenz der Wahl der Begünstigten

Im Rahmen des früheren „Projekt Migration Gesundheit“ des BAG waren die Begünstigten relativ klar: Es wurden Aktivitäten in den fünf Herkunftsgemeinschaften durchgeführt, für die eine Präventionsbeauftragte bzw. ein Präventionsbeauftragter tätig war (vgl. Kapitel 2.1).⁴⁵ Diese Wahl der Begünstigten war gewissermassen strukturbedingt und erwies sich als unflexibel. Die Evaluation empfahl deshalb im Hinblick auf das Folgeprogramm eine offene Ausrichtung und transparente Auswahlkriterien für die Wahl der Begünstigten. Als mögliche Kriterien genannt wurden die Vulnerabilität und die Grösse der jeweiligen Gemeinschaft. Zudem verlangte die Evaluation eine stärkere Berücksichtigung der jüngeren Migration, weil bei den entsprechenden Gruppen regionale Netzwerke fehlen würden, was eine Intervention auf nationaler Ebene notwendig mache (Efionayi-Mäder et al. 2001: 88).

Die Empfehlungen der Evaluation wurden insofern berücksichtigt, als die Strategie M+G keine generellen Angaben zu den Begünstigten macht. Wie dargestellt, lässt sie vielmehr offen, welche Teile der Migrationsbevölkerung mit der Strategie angesprochen werden sollen (vgl. Kapitel 3.2.2). Diese Offenheit bezüglich der Begünstigten entspricht zwar den Empfehlungen der Evaluation; aufgrund der fehlenden Angaben dazu, welche Gruppen überhaupt von den Problemen betroffen sind, bei gleichzeitiger Erwähnung von grossen Unterschieden innerhalb der Migrationsbevölkerung, scheint die Wahl der Begünstigten der Strategie M+G insgesamt unklar.

⁴⁵ Die Begünstigten, die von den Massnahmen profitieren sollten, entsprachen in der Regel gleichzeitig auch den Zielgruppen, d.h. den Gruppen, an die sich die Massnahmen richteten.

Nur zu einzelnen Massnahmen werden die Begünstigten genannt (vgl. Leistungsvorgaben zu den Massnahmen I1, V1, T1 und T2). Erwähnt werden unter anderem neu in der Schweiz präsenste Gruppen, insbesondere Asylsuchende. Bei V1 ist ausserdem die Vulnerabilität als Kriterium erwähnt. Punktuell sind die von der Evaluation (Efionayi-Mäder et al. 2001: 88) vorgeschlagenen Kriterien somit übernommen worden.

Die Wahl der Begünstigten wird, entsprechend den Empfehlungen, generell offen gelassen, was eine grössere Flexibilität erlaubt als beim Vorgängerprogramm. Allerdings scheint die Auswahl insgesamt unklar, weil eine differenzierte Problemanalyse sowie allgemeine Kriterien fehlen. Wo punktuell Angaben zu den Begünstigten gemacht werden, entsprechen die Kriterien jedoch mehrheitlich den Vorschlägen der Evaluation des Vorgängerprogramms.

4.6 Beitrag der Delphi-Studie zur empirischen Abstützung

Die gesundheitlichen Defizite, Risiken und Probleme der Migrationsbevölkerung lassen sich, wie oben dargestellt, nur teilweise epidemiologisch nachweisen (vgl. Abschnitt 4.2). Auch die Evidenz aus qualitativen sozialwissenschaftlichen Arbeiten ist z.T. lückenhaft bzw. kontrovers (vgl. Abschnitt 4.3). In Bezug auf die Interventionsstrategie gibt es zudem eine Reihe von Aspekten, bei welchen die empirische Evidenz umstritten ist (vgl. Abschnitt 4.4). Dieser Abschnitt geht deshalb der Frage nach, inwieweit es im Rahmen der Delphi-Studie, die der Strategie M+G zugrunde liegt (vgl. Kapitel 2.3), gelungen ist, die vorhandene empirische Evidenz – verstanden in diesem weiteren Sinne – zusammenzutragen.

Die Delphi-Studie wurde durch das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) im Auftrag des BAG, BFF, IMES und der EKA durchgeführt. Die Delphi-Technik gilt als Möglichkeit, die vorhandene empirische Evidenz über das Sammeln der Einschätzungen der Experten und Expertinnen zu einer gewissen Thematik indirekt abzubilden.⁴⁶ Im Rahmen dieser Evaluation wird die Ausrichtung der durchgeführten Delphi-Studie genauer überprüft, um zu beurteilen, wie gut sie diese Aufgabe der Abbildung der empirischen Evidenz erfüllt hat. Die Beurteilung basiert in erster Linie auf einer Auswertung der folgenden Dokumente:

- Strategiepapier (M+G 2002), insbesondere Anhang I: Methodologische Bemerkung zur Erarbeitung der Strategie;
- Grundlagenbericht zur Delphistudie (Chimienti et al. 2001);
- Mandat Begleitgruppe Strategiepapier Migration und Gesundheit 2001–2005 ;
- Sitzungsprotokolle der Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“ (BG);

⁴⁶ „Au vu du manque de données sanitaires sur les immigrés en Suisse, cette étude procède par la mise en commun des expériences et des connaissances des différents acteurs“ (Chimienti et al. 2001: 10).

- Protokolle der im Rahmen der Delphi-Studie durchgeführten Fokusgruppen;
- Teilnehmerliste zur Delphi-Studie (nach Kategorien).

Neben der Dokumentenanalyse wurden auch die Aussagen von Fachpersonen, die an der Studie teilgenommen haben und im Rahmen dieser Evaluation befragt wurden, berücksichtigt.

4.6.1 Zielsetzung der Delphi-Studie

Das Ziel der Delphi-Studie war die Erarbeitung der Strategie. Die Studie war somit klar prospektiv angelegt. Aus den analysierten Dokumenten geht hervor, dass nicht eigentlich zwischen Delphi-Studie und Strategiepapier unterschieden wurde (Protokolle BG vom 14.01.2000).

Entsprechend der prospektiven Zielsetzung wurde denn auch nicht eine klassische Delphi-Studie, sondern eine so genannte „Decision Delphi“ durchgeführt. Bei dieser spezifischen Art der Delphi-Studie geht es in erster Linie um die *Konsensfindung* (Chimienti et al. 2001: 47) im Hinblick auf ein politisch und fachlich breit abgestütztes Strategiepapier, welches von den wichtigsten Partnern und Organisationen im Bereich M+G akzeptiert wird (Protokoll BG vom 14.01.2000: Folien). Im Vordergrund stand deshalb nicht die indirekte Abbildung der empirischen Situation durch Expertinnen und Experten.⁴⁷

Diese Ausrichtung der Delphi-Studie auf die Konsensfindung mag zwar hinsichtlich der späteren Umsetzbarkeit der Strategie Vorteile bringen, bezüglich ihrer Funktion als Zustands- und Bedarfsanalyse im Hinblick auf die empirische Abstützung der Strategie wurden damit jedoch Abstriche in Kauf genommen. Dies soll in der Folge in Bezug auf zwei zentrale Aspekte, die die Aussagekraft der Delphi-Studie stark beeinflussen, erläutert werden: die Themenwahl und die Repräsentativität der Teilnehmenden. Zudem wird die Rolle der Bundesverwaltung angesprochen. Schliesslich wird eine Gesamtbeurteilung des Beitrags der Delphi-Studie zur empirischen Abstützung der Strategie vorgenommen.

4.6.2 Themenwahl

Die Delphi-Studie lief so ab, dass zuerst ein grosser Personenkreis schriftlich befragt wurde. Anschliessend wurden die Ergebnisse ausgewertet und denjenigen Personen, die geantwortet hatten, in einer zweiten Befragungsrunde zur Stellungnahme unterbreitet. Zum Schluss wurden mit gezielt ausgewählten Personen im Rahmen von Fokusgruppen Gespräche geführt (vgl. Beschrieb der Delphi-Studie in Kapitel 2.3). Die Entwicklung des Fragebogens für die schriftlichen Befragungen stellt einen wichtigen Schritt bei dieser Methode dar, weil damit die Themen, die zur Sprache kommen sollen, festgelegt werden.

⁴⁷ Gleichzeitig hatte man ursprünglich aber schon auch den Anspruch, die „gesellschaftliche Situation und die Bedürfnisse aller MigrantInnen analysieren und darauf basierend Zielvorschläge machen“ (Protokolle BG vom 14.01.2000).

Über die Entwicklung des Fragebogens finden sich im betreffenden Kapitel 3.5 des wissenschaftlichen Berichts (Chimienti et al. 2001: 48-55) keine näheren Angaben. Aus der Beschreibung der Funktion der Begleitgruppe der Studie geht jedoch hervor, dass die Fragebögen für die beiden Delphi-Runden zusammen mit dieser Gruppe erarbeitet worden sind (Chimienti et al. 2001: 54). Die Diskussion und Verabschiedung des Fragebogens für die erste Delphi-Runde stellte das Haupttraktandum einer Sitzung der Begleitgruppe dar. Aus den protokollierten Äusserungen wird deutlich, dass man sich der Beschränkung des Fragebogens auf den *medizinischen Bereich unter Einbezug des Zugangs* (inkl. Übersetzungsthematik) bewusst war. Aus praktischen Gründen wurden ebenfalls als wichtig erachtete Aspekte wie Aufenthaltsdauer, Lebenswelt, Generationen, Bildung und Gender wenig bis gar nicht berücksichtigt (Protokoll BG vom 14.01.2000: 2). Der Fragebogen war zudem so konzipiert, dass die Teilnehmenden in Selbstselektion die Fragen beantworten konnten, für die sie Expertise besaßen.

4.6.3 Repräsentativität der Teilnehmenden

Der Entscheid über den Kreis der Teilnehmenden der Delphi-Runden fiel ebenfalls im Rahmen der Begleitgruppe. Der Dienst Migration des BAG hatte vorgängig einen Entwurf mit den zu berücksichtigenden Teilnehmerkategorien erarbeitet (Protokoll BG vom 14.01.2000: 3). Das Hauptkriterium für die Auswahl der befragten Personen war deren Erfahrung im Bereich M+G. Ferner sollten verschiedene hierarchische Positionen in der Stichprobe vertreten sein, und die Teilnehmenden mussten die Bereitschaft aufweisen, sich an allen Etappen der Studie zu engagieren. Es wurden fünf Hauptkategorien von Personen ausgewählt, die dann in weitere Unterkategorien unterteilt waren: Nicht-staatliche Organisationen, medizinischer Sektor, Politik und Verwaltung, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Forschung (Chimienti et al. 2001: 49).

Hinsichtlich Repräsentativität weist die Studie verschiedene Schwachstellen auf, die im wissenschaftlichen Bericht (Chimienti et al. 2001) erwähnt werden. Ein erstes und häufiges Problem von Delphi-Studien stellt der Rücklauf dar, der in der ersten Befragungsrunde bei rund 40% lag. Von den 300 ausgewählten Organisationen antworteten in der ersten Runde deren 145. Als Hauptproblem erwies sich dabei namentlich die geringe Beteiligung der *Migrantenorganisationen*, die auch in der zweiten Befragungsrunde trotz zusätzlicher Anstrengungen nicht erhöht werden konnte (Chimienti et al. 2001: 50-51). In der dritten Studien-Etappe organisierte man deshalb als Korrektiv zwei Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern von Migrantenorganisationen (Chimienti et al. 2001: 54).⁴⁸ Die geringe Betroffenenbeteiligung ist namentlich unter dem Leitwert des Empowerment problematisch.

⁴⁸ In der Lenkungsgruppe war man sich bewusst, dass die Untervertretung der Betroffenen Anlass für Kritik bieten könnte (Protokoll BG vom 19.05.2000: 1). Diese mögliche Kritik wurde in der Diskussion innerhalb der Lenkungsgruppe relativiert mit dem aus den Fokusgruppen stammenden Argument, dass inzwischen an

Der geringe Rücklauf hatte zusätzlich auch Verzerrungen hinsichtlich der sprachlichen und regionalen Verteilung im Vergleich zur angepeilten Stichprobe zur Folge. Unbefriedigend war weiter, dass die Krankenkassen mit einer Ausnahme nicht in die Studie involviert werden konnten und die kantonalen Stellen in der ausgewerteten Stichprobe untervertreten waren (Protokoll BG vom 13.09.2000: 2, 3).

Das definierte Hauptkriterium für die Teilnahme, Erfahrung im Bereich M+G zu besitzen, sowie die thematische Beschränkung auf das Gesundheitssystem, grenzte die Stichprobe auf Personen ein, die bereits im untersuchten Feld tätig waren. Die Befragten und Teilnehmenden der Fokusgruppen antworteten und argumentierten aus der Sichtweise ihrer Organisationen. Auf diese Weise konnten kaum Aussenperspektiven erfasst werden, sondern es ist von einer Tendenz zu einem sich selbst reproduzierenden System auszugehen.

4.6.4 Rolle der Bundesverwaltung bei der Strategieentwicklung

Die Bundesverwaltung nahm über die Begleitgruppe relativ stark Einfluss auf die Delphi-Studie. Die Gruppe redete wesentlich mit bei den Inhalten der Fragebögen zur schriftlichen Befragung sowie bei der Auswahl der Teilnehmenden der beiden Befragungsrunden und der Fokusgruppen. Diese vom BAG geleitete Gruppe setzte sich aus Vertretern der Bundes- und Kantonsverwaltungen zusammen (Chimienti et al. 2001: 53). Gemäss wissenschaftlichem Bericht wurde die intensive Begleitung der Delphi-Studie durch die Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“ vom Auftraggeber der Studie, sprich dem BAG, vorgeschlagen (Chimienti et al. 2001: 54). Die Entscheidungen der Begleitgruppe wurden zudem in Amtsdirektorensitzungen diskutiert, an welchen sämtliche an der Strategie beteiligten Bundesämter teilnahmen. Die Amtsdirektoren fällten im Rahmen der Strategieentwicklung auch gewisse Beschlüsse, so etwa, dass eine Vernehmlassung zum Strategieentwurf durchgeführt werden sollte.

Durch den gewichtigen Einfluss der Begleitgruppe und der Amtsdirektoren besteht die Gefahr einer Verzerrung in Richtung der Sichtweise der (Bundes-)Verwaltung. Dem Gewicht der Begleitgruppe bei der Themenwahl hätte durch die Berücksichtigung der im Fragebogen vorhandenen offenen Fragen entgegengewirkt werden können. Die entsprechenden Fragen beider Delphi-Runden wurden jedoch nicht systematisch ausgewertet (Chimienti et al. 2001: 54).

Der Einfluss der Verwaltung auf die Delphi-Studie ist umso entscheidender, als die Bundesstrategie mehr oder weniger direkt aus dieser Studie hervorgegangen ist. Von Fachpersonen ist bei dieser Evaluation denn auch moniert worden, die Strategie stelle im Prinzip eine Zusammenfassung dessen dar, was die im Feld tätigen Organisationen bereits machten; die

vielen zentralen (Verwaltungs-)Stellen Migrantinnen und Migranten der ersten bzw. zweiten Generation vertreten seien (Protokoll BG vom 13.09.2000: 2).

Organisationen hätten sich in der Wahrung ihrer Interessen auf den „grössten gemeinsamen Nenner“ geeinigt. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass die Bundesverwaltung in gewissen Punkten durchaus auch eigene strategische Entscheidungen traf. So wurde namentlich die Forschung als fünfter Interventionsbereich festgelegt, obwohl sie in der Delphi-Studie als einer der Bereiche mit dem grössten Sparpotential klassiert worden war (Cattacin et al. 2000: 31).

Als Gegengewicht zur Verwaltung und als Stärkung der wissenschaftlichen Perspektive ist die auf Initiative der Forschergruppe gebildete wissenschaftliche Begleitgruppe zu betrachten. Sie traf im Verlauf der Studie jedoch nur dreimal zusammen, konnte aber immerhin bei zentralen Aspekten wie der Themenwahl für die Fokusgruppen mitreden (Protokoll BG vom 30.05.2000: 2).

4.6.5 Gesamtbeurteilung des Evidenzbeitrags der Delphi-Studie

Der zu Anfang gehegte Anspruch, die Erkenntnisse zur Problemsituation und die Bedürfnisse aller Migrantinnen und Migranten zusammenzutragen und darauf basierend Zielvorschläge zu machen (Protokoll BG vom 14.01.2000: 1), war mit der gewählten Ausrichtung der Delphi-Studie und mit den vorhandenen Ressourcen nicht zu erfüllen. Die indirekte Einschätzung der Bedarfssituation durch die durchgeführte Expertenbefragung ist nur beschränkt zuverlässig, weil auf Entscheid der Begleitgruppe wichtige Themen von Anfang an ausgeklammert wurden und im Prozess keine Möglichkeit bestand, diese wieder hineinzubringen. Ausserdem führte das Teilnahmekriterium der Felderfahrung zu einer mangelnden Berücksichtigung von Aussenperspektiven. Die Bedürfnisabklärung ihrerseits scheiterte an der geringen Involvierung der Migrant*innenorganisationen.

Insgesamt kann das Fazit gezogen werden, dass die Delphi-Studie aufgrund der im Vordergrund stehenden Zielsetzung der Konsensfindung und aufgrund der dargelegten Probleme bezüglich Repräsentativität nicht auf eine Bestandesaufnahme der empirischen Evidenz ausgerichtet war. Die Studie kann vielmehr als ein Mediationsinstrument betrachtet werden, mit dessen Hilfe sich die bereits im Feld M+G tätigen Organisationen auf gemeinsame Interessen und Schwerpunkte einigen konnten. Die Delphi-Studie trägt deshalb in erster Linie aufgrund des durch sie generierten Konsenses und weniger aufgrund der zusammengetragenen empirischen Evidenz zur Legitimation der Strategie M+G bei.

4.7 Gesamtbeurteilung der empirischen Evidenz

In diesem Kapitel wurde die Strategie M+G auf ihre wissenschaftliche Abstützung hin überprüft. Allerdings unterlag diese Überprüfung zwei Restriktionen: Erstens wurde die Beurteilung dadurch erschwert, dass es zu gewissen Aspekten keine empirische Evidenz gibt, dass also Forschungslücken bestehen. Und zweitens war es im Rahmen der vorliegenden Evaluation nur beschränkt möglich, die vorhandene empirische Evidenz zusammenzutragen.

Das Hauptergebnis der Untersuchung der empirischen Evidenz ist, dass diese, soweit vorhanden und überprüfbar, relativ gut berücksichtigt worden ist. Dass die Gesundheitssituation von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz vergleichsweise schlechter ist, lässt sich anhand von epidemiologischen Daten aufzeigen. Die Annahmen zu den Ursachen dieses Problems sind weitgehend plausibel. Auch die hauptsächlichen Stossrichtungen der Strategie sowie die meisten Massnahmen lassen sich empirisch begründen, wobei die Analyse der empirischen Evidenz namentlich Hinweise dazu geliefert hat, wie die Strategien und Massnahmen auszurichten sind. So konnte in Bezug auf gewisse Massnahmen, wie etwa die niederschweligen Angebote, gezeigt werden, dass diese nur in bestimmten Bereichen sinnvoll sind.

Die Beschränkung der Strategie auf den Gesundheitsbereich muss vor dem Hintergrund des Ursache-Wirkungsgefüges kritisch betrachtet werden. Eine Veränderung der Migrationspolitik wäre grundsätzlich wirksamer, ist im Rahmen eines Verwaltungsprogramms jedoch nicht zu leisten. Kritisch zu betrachten ist hingegen die fehlende Definition der Begünstigten bzw. der Kriterien, nach welchen diese zu bestimmen sind. Empirisch nicht zu belegen sind schliesslich auch die erhofften Kostenwirkungen der Interventionen.

Gerade in Bezug auf die migrationsbedingten Gesundheitskosten besteht eine Lücke bei den empirischen Grundlagen. Weitere wichtige Forschungslücken betreffen die fehlenden differenzierten epidemiologischen Daten zur Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung. So lassen die vorhandenen statistischen Grundlagen weder eine Differenzierung nach Herkunft, noch nach Aufenthaltsstatus oder Migrationsmotiv zu. Zwar wurde die Strategie aufgrund der beschränkten epidemiologischen Grundlagen auf eine Delphi-Studie abgestützt, doch war die Anlage dieser Studie nicht dazu geeignet, die empirische Evidenz zu verbessern.

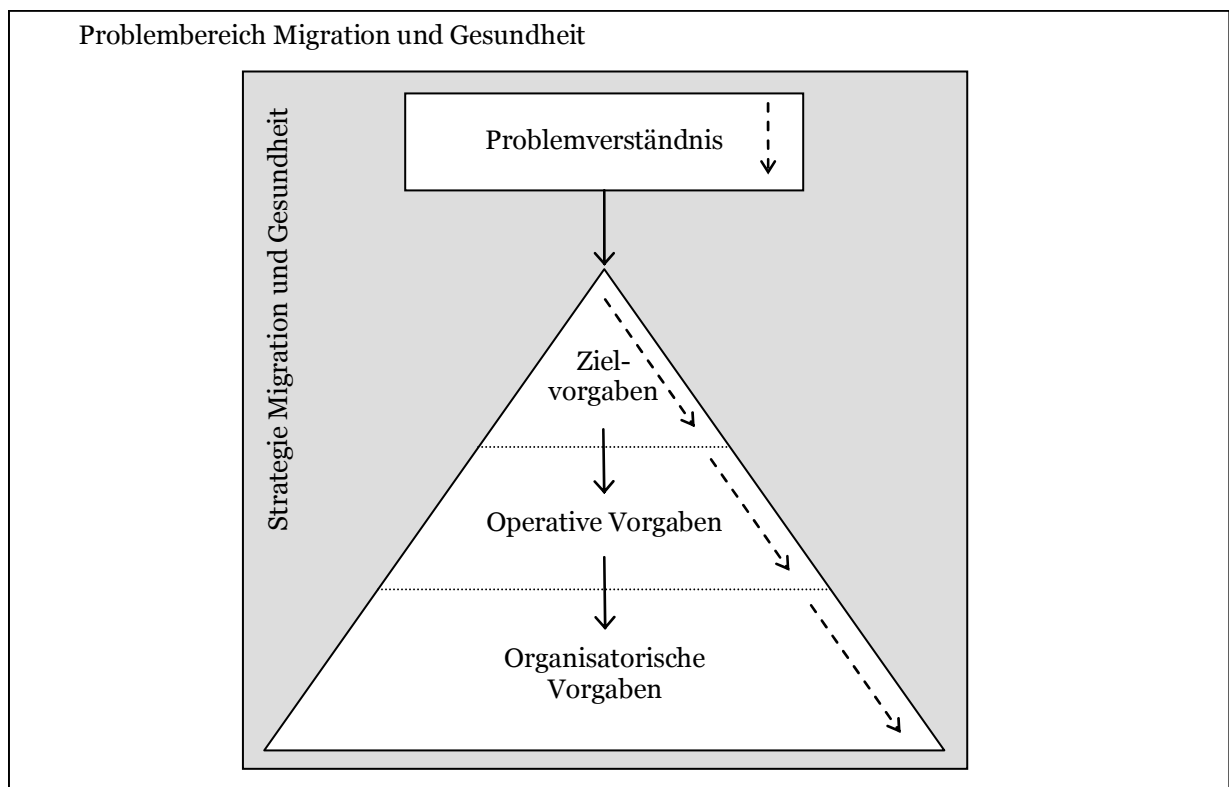
5 Intrapolicy-Kohärenz

Neben der empirischen Evidenz ist die innere Logik des Programmkonzepts eine zentrale Voraussetzung für die Wirksamkeit und Effizienz eines Programms. Widersprüche können die Zielerreichung erheblich behindern und zu einem unnötigen Ressourcenverbrauch führen. Gerade bei der Strategie M+G, wo von einer komplexen Problemdefinition ausgegangen wird und eine Vielzahl von Zielsetzungen auf mehreren Ebenen sowie diverse Interventionsbereiche mit je mehreren Massnahmen vorhanden sind, die durch eine Vielzahl von Akteuren umgesetzt werden sollen, ist die Frage nach der Kohärenz entscheidend.

5.1 Vorgehensweise

Die Intrapolicy-Kohärenz wird in zwei Schritten bewertet: Erstens werden die verschiedenen Bestandteile des Programmkonzepts je einzeln betrachtet und es wird untersucht, ob sie in sich stimmig sind. Dieser erste Schritt entspricht den gestrichelten Pfeilen in Abbildung 8.

Abbildung 8: Intrapolicy-Kohärenz der Strategie M+G



Zweitens wird beurteilt, ob die verschiedenen konstitutiven Elemente des Strategiepapiers in einem logischen Zusammenhang stehen. Dabei wird von hierarchischen Beziehungen zwischen den Elementen ausgegangen: Zuerst steht die Problemdefinition. Dieses bestimmt die Zieldefinitionen, aus welchen sich dann die operativen Vorgaben ableiten, welche schliesslich die organisatorischen Vorgaben beeinflussen. Bewertet wird, inwiefern die Beziehungen zwischen den verschiedenen Bestandteilen der Strategie M+G dieser hierarchi-

schen Abstimmung entsprechen, die in Abbildung 8 mittels der ausgezogenen Pfeile dargestellt ist.

Die Beurteilung der Kohärenz stützt sich stark auf die qualitative Inhaltsanalyse des Strategiepapiers (M+G 2002) und des Projektantrags (BAG 2003). Ausgehend von der systematischen Beschreibung der einzelnen Konzeptbestandteile (vgl. Kapitel 3) wurden die Zusammenhänge innerhalb sowie zwischen diesen Bestandteilen untersucht. Die vorhandenen Bezüge wurden dann auf ihre logische und inhaltliche Kohärenz hin beurteilt. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse wurden schliesslich im Rahmen von Expertengesprächen mit der strategischen Leitung der Strategie M+G, d.h. mit der Programmleitung sowie mit den Personen aus der Planungsgruppe Ämter, validiert. Die entsprechenden Gespräche wurden nach einem Leitfaden geführt (vgl. Anhang 9.2), aufgezeichnet und mithilfe eines Rasters protokolliert.⁴⁹

Zuerst werden in der Folge die Bestandteile des Politikkonzepts einzeln auf ihre Kohärenz hin beurteilt. Anschliessend wird die Kohärenz zwischen den konstitutiven Elementen betrachtet. Zum Schluss erfolgt eine Gesamtbeurteilung der Intrapolicy-Kohärenz.

5.2 Interne Kohärenz der einzelnen konstitutiven Elemente

Die Beurteilung der inneren Stimmigkeit der einzelnen Bestandteile des Programmkonzepts setzt voraus, dass die Elemente überhaupt erst vorhanden und erkennbar sind. Die Beurteilung erfolgt deshalb in drei Schritten:

- *Vollständigkeit*: Sind sämtliche Teile, die ein Element ausmachen, vorhanden?⁵⁰
- *Klarheit*: Ist das Element in der Strategie eindeutig erkennbar und klar dargestellt?
- *Innere Kohärenz*: Sind die verschiedenen Teile, die zu einem Element gehören, logisch und inhaltlich aufeinander abgestimmt?

Die Reihenfolge der einzelnen Bestandteile entspricht der Hierarchie in Abbildung 8.

5.2.1 Problemdefinition

Die Problemdefinition bezieht sich darauf, wie das zugrunde liegende Problem, das mit der Strategie M+G angegangen werden soll, beschrieben wird.

⁴⁹ Die Protokolle zu den Interviews sind vertraulich und werden vom Evaluationsteam nicht herausgegeben.

⁵⁰ Das Kriterium der Vollständigkeit wird auch bei Knoepfel et al. (1997: 84) erwähnt, allerdings in Bezug auf das gesamte Policy-Design und nicht auf die einzelnen Bestandteile.

Vollständigkeit

Dieser Bestandteil des Programmkonzepts besteht idealerweise aus drei Teilen:

- Intensitätsgrad: Angaben zur Schwere des Problems;
- Prävalenz: Angaben zur Verbreitung des Problems;
- Problemursachen: Angaben zu den Ursachen des Problems.

Der Intensitätsgrad der Probleme im Bereich M+G wird nicht genau angegeben; es wird nur sehr allgemein von „Defiziten“ und der Häufung von Gesundheitsrisiken gesprochen. Auch die Prävalenz wird nur in groben Zügen angegeben. Es werden geschlechtsspezifische Differenzen sowie Unterschiede zwischen Arbeitsmigrantinnen und -migranten einerseits und Asylsuchenden andererseits angenommen, doch wird die Verbreitung der Probleme nicht näher angegeben. Hingegen liefert das Strategiepapier eine ziemlich umfassende Analyse der Problemursachen.

Insgesamt wird die Vollständigkeit als mittel eingeschätzt. Während die Problemursachen im Strategiepapier eher ausführlich dargestellt werden, sind die Angaben zum Intensitätsgrad und zur Prävalenz begrenzt.

Klarheit

Die Darstellung von Intensitätsgrad und Prävalenz ist eher unklar. Die Angaben dazu, welcher Teil der Migrationsbevölkerung von Problemen im Gesundheitsbereich betroffen ist und welche Beeinträchtigungen diese Probleme mit sich bringen, sind vage. Die Problemursachen werden zwar besprochen, jedoch gibt es kein Wirkungsmodell und eine Gesamtsicht fehlt. Die Aussagen zu den Problemursachen sind nicht ausdrücklich als solche gekennzeichnet, sondern weitestgehend implizit. Eine systematische Inhaltsanalyse war notwendig, um die Fülle der Überlegungen zu den Gründen überhaupt erkennbar zu machen.

Die Problemdefinition bleibt im Strategiepapier M+G alles in allem eher unklar.

Interne Kohärenz

Mittels einer Inhaltsanalyse des Strategiepapiers wurden die impliziten Ursache-Wirkungsketten, von denen die Strategie ausgeht, rekonstruiert. Das Problemgefüge, das daraus resultierte, ist in Abbildung 2 dargestellt. Es geht von den Auswirkungen der Migrationspolitik einerseits und jenen der Migrationserfahrung andererseits aus und gelangt über verschiedene Zwischenschritte zum Hauptproblem der gesundheitlichen Defizite bei der Migrationsbevölkerung sowie zu den migrationsbedingten Kostensteigerungen im Gesundheitssystem.

Die Problemdefinition, auf der die Strategie basiert und die mit dem rekonstruierten Ursache-Wirkungsgefüge illustriert wurde, ist zwar relativ komplex, aber logisch in sich stimmig. Die interne Kohärenz der Problemdefinition kann somit insgesamt als gegeben betrachtet werden.

5.2.2 Zielvorgaben

Die Zielvorgaben legen fest, welcher gesellschaftliche Zustand im Problemfeld angestrebt werden soll. Sie beschreiben somit die substanziellen Wirkungen, die mit der Strategie M+G erzielt werden sollen.

Vollständigkeit

Kapitel 3.3 erläutert die vorhandenen Zielvorgaben. Es gibt Impactziele, die den angestrebten Endzustand beschreiben. Sie werden durch Outcomeziele ergänzt, die die beabsichtigten Veränderungen definieren, die veranlasst werden müssen, damit der Endzustand erreicht werden kann. Tabelle 13 gibt einen Überblick über die vorhandenen Ziele.

Tabelle 13: Übersicht zu den Zielvorgaben

Ebene	Impactziele		Outcomeziele	
	langfristig	mittelfristig	übergeordnet	massnahmenbezogen
Strategieübergreifend	V	→ V	→ V	
Interventionsbereiche			(V)	
Massnahmen		(V)		V

Legende: V = Zielvorgaben vorhanden; (V) = Definition des Zielbeitrags zu strategieübergreifenden Zielen vorhanden.

Eine Konkretisierung der Ziele kann einerseits in horizontaler und andererseits in vertikaler Richtung stattfinden. In *horizontaler* Richtung lässt sich auf der Ebene der Impactziele findet eine Konkretisierung feststellen: Zuerst wird als längerfristige Vorgabe die Verwirklichung der Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung bzw. für die gesamte Bevölkerung im Gesundheitsbereich gefordert. In einem zweiten Schritt wird im Strategiepapier dann festgelegt, dass mittelfristig – also während der Laufzeit der Strategie – nicht die Chancengleichheit verwirklicht, aber zumindest eine Verbesserung des Gesundheitszustands bei der Migrationsbevölkerung und womöglich bei weiteren Bevölkerungsteilen erreicht werden soll. Diese mittelfristige Wirkung soll mittels der Verfolgung der drei übergeordneten Outcomeziele erreicht werden (vgl. Abbildung 3).

In *vertikaler* Hinsicht ist die Konkretisierung beschränkt. Die strategieübergreifenden Zielsetzungen werden auf den beiden Interventionsebenen kaum näher bestimmt. So wird bei den einzelnen Massnahmen der Zielbeitrag im Hinblick auf die übergeordneten mittelfristigen Impactziele als hoch, mittel oder unklar eingestuft (vgl. je zweite Doppelspalte in Tabelle 4 bis Tabelle 8, S. 36-42), ohne dass jedoch genauer beschrieben würde, worin dieser Zielbeitrag besteht. Zudem wird bei den einzelnen Interventionsbereichen festgelegt, an welchen der drei Prinzipien, die die übergeordneten Outcomeziele beschreiben, sie sich je orientieren. Auch hier wird jedoch nicht näher konkretisiert, wie die grundsätzliche Stossrichtung umgesetzt werden soll. Es findet somit lediglich eine Zuordnung der strategieüber-

greifenden Zielsetzungen, nicht aber eine Konkretisierung statt. Bei den Outcomezielen werden einerseits übergeordnete und andererseits massnahmenbezogene Ziele festgelegt, doch fehlt die Verbindung zwischen den beiden Zielebenen.

Zielsetzungen im Bereich der Gesundheitsförderung werden häufig danach beurteilt, ob sie „smart“, d.h. spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch und terminiert sind (Gesundheitsförderung Schweiz 2004). Die Zielsetzungen der Strategie M+G erfüllen diese Kriterien nicht:

- *Spezifisch* bedeutet, dass Zielsetzungen klar festlegen, was genau sich bei wem verändern soll. Die Zielvorgaben der Strategie M+G spezifizieren jedoch weder die Art der angestrebten Veränderungen noch die Adressaten und Begünstigten näher. Sie verlangen z.B. nur sehr allgemein eine „Verbesserung des Gesundheitszustands bei der Migrationsbevölkerung“ oder eine „Verbesserung der Verständigung im Gesundheitswesen“. Die Zielvorgaben der Strategie sind auf allen Ebenen sehr unspezifisch.
- *Messbar* bedeutet, dass Zielsetzungen so formuliert sind, dass entscheidbar ist, ob sie erreicht worden sind oder nicht. Laut der Evaluation des Vorgängerprogramms lag im Fehlen von Zielen und Prioritäten eine Hauptursache für die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Programms. Deshalb wurde die Definition genauer Zielsetzungen sowie die Erhebung von Wirkungsindikatoren empfohlen (Efionayi-Mäder et al. 2001: 10). Dennoch sind die Zielvorgaben der Strategie M+G unspezifisch, und es fehlen Indikatoren, die angeben würden, wie die Zielerreichung gemessen werden soll (sog. evaluative Elemente).
- *Anspruchsvoll* bedeutet, dass Anstrengungen nötig sind, um das Ziel zu erreichen. Die Zielvorgaben der Strategie M+G sind insofern anspruchsvoll, als durchwegs eine Verbesserung gegenüber dem Status quo gefordert wird und somit eine Veränderung angestrebt wird. Das Ausmass der Veränderung wird allerdings nicht näher spezifiziert.
- *Realistisch* bedeutet, dass Zielvorgaben mit den vorhandenen Ressourcen und in der zur Verfügung stehenden Zeit erreichbar sein sollten. Da die Zielsetzungen in der Strategie M+G unspezifisch und damit sehr breit sind, ist ihre Erreichung eher unrealistisch. So ist kaum zu erwarten, dass mit der Strategie eine generelle „Verbesserung der Verständigung im Gesundheitswesen“ erreicht wird; vielmehr wird eine solche Verbesserung mit den vorhandenen Ressourcen nur in Teilbereichen des Gesundheitswesens erreicht.
- *Terminiert* bedeutet, dass ein Zeitpunkt festgelegt wird, bis zu dem die Zielsetzungen erreicht sein sollten. Eine solche Terminierung der Ziele fehlt in der Strategie M+G weitgehend. Immerhin wird bei den Impactzielen präzisiert, dass die längerfristigen nicht, die mittelfristigen Impactziele jedoch bis zum Ende der Laufzeit des Programms erreicht werden sollen.

Insgesamt ist das Zielsystem, auf dem die Strategie M+G beruht, lückenhaft. Ansatzweise lässt sich zwar in horizontaler Hinsicht auf strategieübergeordneter Ebene eine Konkretisierung feststellen, in vertikaler Hinsicht findet jedoch lediglich eine Zuordnung statt. Die vorhandenen Zielvorgaben sind zudem „unsmart“. Deshalb ist die Vollständigkeit des Zielsystems als mittel einzustufen.

Klarheit

Die Darstellung der Ziele in der Strategie ist unübersichtlich. Die Zielsetzungen sind an keiner Stelle systematisch aufgelistet, sondern werden quer durch den Text hindurch genannt. Eine klare Auflistung gibt es lediglich bezüglich der operativen Zielgrößen, nicht aber bei den substantiellen Zielen. Die einzige Ausnahme hierbei stellt die Einschätzung der Zielbeiträge der verschiedenen Massnahmen in Bezug auf die Impactziele der Effizienz und der Verbesserung des Gesundheitszustands dar (M+G 2002: 27, Tabelle 3). Diese beiden Ziele werden klar aufgelistet. Explizit genannt werden zudem die massnahmenbezogenen Outcomeziele.

Sonst werden fast nur implizite Zielvorgaben gemacht, indem festgelegt wird, welche Veränderungen mit der Strategie M+G angestrebt werden. Diese angestrebten Veränderungen werden jedoch nicht ausdrücklich als Ziele kenntlich gemacht. Die übergeordneten Outcomeziele ihrerseits sind in Form von Werten formuliert, an welchen sich die Strategie „orientiert“. Implizit handelt es sich jedoch um Zielvorgaben.

Nicht nur fehlt im Strategiepapier eine Auflistung, sondern auch eine weitere Unterteilung der Ziele. So fehlt insbesondere eine Prioritätenordnung. Auch wird weder eindeutig zwischen lang- und mittelfristigen Zielen, noch wird zwischen Outcome- und Impactzielen, noch schliesslich zwischen den Zielvorgaben für die verschiedenen Interventionsebenen unterschieden.

Aufgrund der fehlenden Übersicht über die substantiellen Ziele und ihrer teilweise ungenügenden Differenzierung sind die Zielvorgaben im Strategiepapier insgesamt als eher unklar zu bezeichnen.

Interne Kohärenz

Bei der internen Kohärenz wird nach den Beziehungen zwischen den verschiedenen Zielvorgaben gefragt. Es sind drei Arten von Beziehungen möglich: Die Erreichung eines Ziels

- führt gleichzeitig zur Erreichung eines anderen Ziels (*Zielharmonie*);
- führt gleichzeitig zur Abweichung von einem anderen Ziel (*Zielkonflikt*);
- hat keine Auswirkung auf die Erreichung eines anderen Ziels (*Zielneutralität*).

Zwischen lang- und mittelfristigen Impactzielen besteht eine Zielharmonie. So ist die Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung und weiterer benachteiligter

Bevölkerungsteile eine logische Voraussetzung für die Verwirklichung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich.

Auch bei den mittelfristigen Impactzielvorgaben sind Zielharmonien ersichtlich. Namentlich soll die Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung gleichzeitig auch zu einer Stärkung der Integration sowie zu einer Milderung der negativen Auswirkungen der Migrationserfahrung führen. Hingegen fehlt in Abbildung 3 ein Bezug zwischen dem Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustands und jenem der Kosteneffizienz. Diese beiden Ziele können durchaus zueinander in Widerspruch stehen, nämlich dann, wenn zur Verbesserung der Gesundheit ein Leistungsausbau notwendig ist. Dieser mögliche Widerspruch wird in der Strategie dadurch abgeschwächt, dass für die Verbesserung der Gesundheit nicht mehr, sondern gezieltere und koordiniertere Leistungen gefordert werden. Zudem wird die Effizienzsteigerung als Folge der Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit verstanden.

Wie Abbildung 3 verdeutlicht, wird auch von einer Zielharmonie zwischen den übergeordneten Outcomezielen ausgegangen: Die Stärkung der Selbstverantwortung soll zu einer besseren Berücksichtigung der Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten und dies wiederum zu einer Öffnung des Gesundheitssystems führen.

Zwischen Outcome- und Impactzielen wird per Definition eine Zielharmonie angenommen: Die Outcomeziele stellen die Voraussetzung für die Erreichung der Impactziele dar. Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, wird davon ausgegangen, dass die drei übergeordneten Outcomeziele zusammenwirken und je zur Erreichung der mittelfristigen Impactziele beitragen.

Die massnahmenbezogenen Outcomeziele werden weder untereinander noch mit den übrigen Zielsetzungen verknüpft, was an sich ein Hinweis für eine geringe Kohärenz ist. Werden sie jedoch mit der zugrunde liegenden Problemanalyse in Verbindung gebracht, kann gezeigt werden, dass sie mit den Ansatzpunkten der übergeordneten Outcomeziele übereinstimmen.

Die interne Kohärenz des Zielsystems der Strategie M+G ist eher hoch. Auf strategieübergeordneter Ebene bestehen Zielharmonien. Schwachstellen stellen allenfalls die fehlenden Verbindungen zwischen den zwei hauptsächlichen Impactzielen (Verbesserung des Gesundheitszustands und Effizienzsteigerung) sowie die fehlende Verknüpfung der massnahmenbezogenen Outcomeziele dar.

5.2.3 Operative Vorgaben

Als operative Vorgaben werden Anweisungen zu den Aktivitäten verstanden, die im Rahmen der Durchführung der Strategie M+G unternommen werden sollen.

Vollständigkeit

Die operativen Vorgaben definieren die Aktivitäten, die unternommen werden sollen, um die substanziellen Ziele zu erreichen. Ein wesentlicher Punkt dabei ist die Definition der Adres-

saten, die durch die Massnahme zu einer Verhaltensänderung veranlasst werden sollen (Knoepfel et al. 2001: 179-80).

Im Strategiepapier findet eine Konkretisierung der operativen Vorgaben über mehrere Ebenen statt. Als erste Ebene werden fünf Interventionsbereiche definiert, innerhalb derer Aktivitäten umgesetzt werden sollen. Zu diesen Interventionsbereichen werden auch die relevanten Akteure definiert (M+G 2002: 31-35), wobei aber unklar bleibt, ob es sich dabei um die Adressaten oder um die Akteure handelt, die die Massnahme umsetzen sollen. Zudem wird eine Prioritätenordnung zwischen diesen Bereichen festgelegt, die bei der Finanzierung und Umsetzung zu beachten ist. Allerdings wird nicht weiter präzisiert, welche Unterschiede sich daraus bei der Umsetzung und Finanzierung konkret ergeben.

Zweitens werden für jeden Interventionsbereich zwei bis drei Massnahmen mit Leistungszielen festgelegt. Im Bereich Bildung wird als eine von drei Massnahmen die „Aus- und Fortbildung ikÜ“ (B1) festgelegt. Das Leistungsziel dazu lautet: „In der Schweiz existiert eine professionelle Aus- und Fortbildung für Dolmetschen [bzw. ikÜ] im Gesundheitsbereich.“ Dieses Leistungsziel wird dann noch näher präzisiert durch Angaben zur inhaltlichen bzw. regionalen Ausrichtung. Auch werden bei den einzelnen Massnahmen wiederum die relevanten Akteure festgelegt (M+G 2002: 42-43, Tabelle 4), wobei auch hier unklar bleibt, ob es sich um die Adressaten oder um die für die Umsetzung beauftragten Akteure handelt.

Wie die Massnahmen konkret realisiert werden sollen, um das Leistungsziel zu erreichen, lässt das Programmkonzept offen. Bei der Massnahme „Aus- und Fortbildung ikÜ“ (B1) könnte zum Beispiel das entsprechende Unterrichtsmaterial erarbeitet oder aber eine Ausbildungsstätte finanziert werden. Die Instrumentenwahl hat einen entscheidenden Einfluss auf den Charakter einer Massnahme, da sie die Interventionsintensität und die Rechte und Pflichten der Adressaten wesentlich bestimmt (Knoepfel et al. 1997: 87). Im Strategiepapier wird die Art des Instrumentes zur Erreichung des Outputziels jedoch nicht präzisiert.

Die operativen Vorgaben der Strategie M+G werden von den Interventionsbereichen zu den Massnahmen zunehmend konkret, doch fehlen namentlich eine klare Definition der Adressaten sowie Angaben dazu, wie die Prioritätenordnung bei den Interventionsbereichen umgesetzt werden soll. Zudem fehlt die Definition des Instrumentes, das zur Erreichung der Leistungsziele führen soll. Die Vollständigkeit wird deshalb als mittel eingestuft.

Klarheit

Die Klarheit der Darstellung der operativen Elemente variiert je nach Ebene. Die Interventionsbereiche und ihre Prioritäten sind im Strategiepapier grundsätzlich klar angegeben. Auch bei den Massnahmen sind die operativen Zielgrössen klar aufgelistet (vgl. M+G 2002: 48, Tabelle 5). Lediglich bei den Massnahmen zum Bereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich werden statt Outputzielen an dieser Stelle Outcomeziele genannt. Verwirrend ist, dass in den vorhergehenden Kapiteln 4 und 5 (M+G 2002: 25-35) je auch noch explizit

Ziele zu den einzelnen Massnahmen definiert werden, bei welchen es sich zumindest zum Teil (vor allem in Kapitel 5) auch um operative Zielgrössen handelt. Zusätzlich werden in den Ausführungen zu den einzelnen Massnahmen weitere operative Vorgaben gemacht, die in erster Linie die inhaltliche oder geografische Ausrichtung der Massnahmen betreffen. Abgesehen von den klar definierten Outputzielen enthält das Strategiepapier weitere zum Teil explizite operative Ziele, zum Teil implizite operative Vorgaben. Dies führt zu einer unübersichtlichen Vielzahl operativer Vorgaben.

Sowohl auf der Ebene der Interventionsbereiche als auch auf der Ebene der Massnahmen besteht neben einer grundsätzlich klaren Liste eine unübersichtliche Fülle weiterer operativer Vorgaben, deren jeweilige Bedeutung unklar ist. Insgesamt werden die operativen Vorgaben im Strategiepapier deshalb als mittel eingestuft.

Interne Kohärenz

Die interne Kohärenz wird dann als gegeben betrachtet, wenn die operativen Vorgaben auf den verschiedenen operativen Ebenen sowohl vertikal als auch horizontal aufeinander abgestimmt sind.

Vertikale Kohärenz zwischen Interventionsbereichen und Massnahmen

Im Strategiepapier sind Vorgaben auf zwei Ebenen vorhanden: Interventionsbereiche und Massnahmen. In vertikaler Hinsicht ist die Kohärenz thematisch zwischen diesen beiden Ebenen gegeben. Dies bedeutet, dass die Massnahmen – betrachtet man ihre hauptsächlichen Outputziele – inhaltlich klar in den jeweiligen Bereich gehören. Die drei Massnahmen Aus- und Fortbildung ikÜ (B1) und ikV (B2) sowie Fort- und Weiterbildung Gesundheitsberufe (B3) fallen z.B. eindeutig in den Bereich Bildung.

Betrachtet man die Anzahl Massnahmen pro Interventionsbereich, so enthält der wichtigste Bereich der Bildung gleich viele Massnahmen wie der unwichtigste Bereich der Forschung (nämlich deren drei), während der zweitwichtigste Bereich der Information, Prävention und Gesundheitsförderung lediglich zwei Massnahmen umfasst (vgl. Tabelle 14). Die Prioritäten der Interventionsbereiche kommen bei der Zahl der Massnahmen nicht zum Ausdruck. Ob sie bei der Finanzierung beachtet werden, ist aus dem Strategiepapier und dem Projektantrag nicht ersichtlich, da nur globale finanzielle Vorgaben gemacht werden. Das Aussprachepapier an den Bundesrat, in dem eine Aufschlüsselung der finanziellen Mittel gemacht wird, liegt dem Evaluationsteam nicht vor (vgl. Kapitel 3.5.2). Im Programmkonzept scheint die vertikale Kohärenz diesbezüglich nicht gegeben zu sein.

Tabelle 14: Anzahl Massnahmen pro Interventionsbereich

<i>Interventionsbereich</i>	<i>Anzahl Massnahmen</i>
1. Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung)	3
2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung	2
3. Gesundheitsversorgung	3
4. Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich	2
5. Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring)	3

Horizontale Kohärenz der Interventionsbereiche und Massnahmen

Der Anspruch auf horizontale Kohärenz wird im Strategiepapier selber erhoben. Die verschiedenen Interventionsbereiche und Massnahmen sollen einander laut der Strategie gegenseitig stützen. So heisst es, „die einzelnen Elemente der Strategie [führen] nur in ihrer Kombination und gegenseitigen Wechselwirkung zu einer erfolgreichen Umsetzung des Programms“ (M+G 2002: 25).

Synergien sind aus der Liste der Massnahmen klar ersichtlich. So sollen z.B. mit Massnahme B1 interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer ausgebildet werden, deren Einsatz im Rahmen von Massnahme V3 geregelt werden soll. Im Strategiepapier selbst wird die Verbindung zwischen diesen beiden Massnahmen hergestellt, indem es heisst, ikÜ bzw. Dolmetschen solle nicht nur gelehrt, sondern dann auch praktiziert werden (M+G 2002: 34). Die Koordinationsstellen, die eingerichtet werden sollen (Massnahme V2), dienen unter anderem auch der Vermittlung von ikÜ-Diensten, und die Sensibilisierung der Gesundheitsdienste für Migrationsthemen (Massnahme I2) soll den Boden für den Einsatz solcher Dienste ebnet. Es sind also klar Wechselwirkungen ersichtlich. Systematisch werden sie in Kapitel 4.4 untersucht, wo der Bezug zwischen den Interventionsbereichen bzw. Massnahmen und den zugrunde liegenden Problemen geschaffen wird.

Während die vertikale Kohärenz zwar thematisch, nicht aber in Bezug auf die Prioritäten gegeben ist, ist die horizontale Kohärenz der operativen Vorgaben hoch. Insgesamt wird die interne Kohärenz der operativen Vorgaben deshalb als eher hoch eingeschätzt.

5.2.4 Organisatorische Vorgaben

Die organisatorischen Vorgaben bestimmen die Strukturen und Verfahren zur Umsetzung der Strategie M+G. Die strukturellen Vorgaben regeln die Zuständigkeiten und die Ressourcenausstattung; die prozeduralen Vorgaben legen die internen und externen Abläufe der Zusammenarbeit und des Austauschs fest.

Vollständigkeit

Die Vollständigkeit der organisatorischen Vorgaben ist dann gegeben, wenn die verschiedenen Aspekte der Organisation auf den verschiedenen operativen Ebenen geklärt sind, so dass die im Rahmen der operativen Vorgaben definierten Aktivitäten tatsächlich umgesetzt werden können.

Beim vorher gehenden Gesamtprogramm M+G war die Organisation vergleichsweise unklar. Die Evaluation (Efonayi-Mäder et al. 2001: 10) empfahl deshalb, genaue Organisationsabläufe zu definieren und die Zusammenarbeit mit externen Partnern vertraglich zu regeln. Die von der Evaluation empfohlene Aufgabenteilung wird im Strategiepapier übernommen: Der Bund soll mit den verschiedenen föderalen Staatsebenen und mit privaten Akteuren zusammenarbeiten und dabei die Funktion des Promotors und Koordinators übernehmen, während die anderen Akteure für die Umsetzung zuständig sein sollen. Die von der Evaluation geforderte Konkretisierung der Aufgaben fehlt hingegen. Im Strategiepapier ist einzig die Bildung einer interinstitutionellen Projektgruppe und einer wissenschaftlichen Begleitgruppe vorgesehen.

Im Projektantrag wird die Organisation dann allerdings konkretisiert. Tabelle 15 gibt einen Überblick zu den organisatorischen Vorgaben, die auf verschiedenen Ebenen gemacht werden.

Tabelle 15: Übersicht zu den organisatorischen Vorgaben

<i>Ebene</i>	<i>Strukturelle Vorgaben</i>		<i>Prozedurale Vorgaben</i>	
	<i>Zuständigkeiten</i>	<i>Ressourcen</i>	<i>interne Abläufe</i>	<i>externe Abläufe</i>
Strategieübergreifend	V	V	V	XX
Interventionsbereiche	V	(V)	(V)	XX
Massnahmen	(V)	F	F	(V)

Legende: V = organisatorische Vorgaben vorhanden; (V) = organisatorische Vorgaben teilweise vorhanden; F = organisatorische Vorgaben fehlen; XX = keine Bewertung.

Auf *strategieübergreifender Ebene*, d.h. zur Organisation der Gesamtleitung, sind sowohl die strukturellen als auch die prozeduralen Vorgaben vorhanden (vgl. Tabelle 10, S. 49). Im Projektantrag werden die Zuständigkeiten und die personellen Ressourcen geklärt. Zudem sind die Informationsprozesse und Abläufe zwischen den verschiedenen Leitungsgremien, wie namentlich dem Auftraggeber, der Steuerungsgruppe und der Programmleitung festgelegt. Da die Gesamtleitung eine interne Funktion darstellt, ist es nicht notwendig, dass die Verfahren in Bezug auf externe Partner geregelt werden.

Auf der *Ebene der Interventionsbereiche* sind die Zuständigkeiten geklärt. Es werden in Tabelle 10 (S. 49) Teilprogrammleitungen definiert. Die Zuständigkeit für den Interventionsbereich der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich wird dem BFF zugesprochen

und die entsprechende Teilprogrammleitung der Organisation als externe Einheit zugeordnet und durch die Vernetzungsplattformen (KMFG) eingebunden. Nur teilweise geklärt sind die personellen Ressourcen für die Leitung der einzelnen Programmteile. Zwar sind die Ressourcen beim BAG aufgeführt, doch fehlten dem BAG laut Projektantrag (BAG 2003a: 13) zum damaligen Zeitpunkt die Angaben zu den Ressourcen des BFF. Nicht geklärt sind in den beiden betrachteten Dokumenten die finanziellen Ressourcen, die den einzelnen Interventionsbereichen zur Verfügung stehen sollen, denn die gesamten Mittel werden nicht auf diese Ebene hinunter gebrochen. Nur teilweise geregelt sind zudem die Abläufe. Es ist nicht ganz klar, wie der Informationsfluss nach oben stattfinden soll. Es wird zwar in Bezug auf das BAG ein Programmteam definiert, doch werden zu diesem weder die Aufgaben noch die Sitzungsperiodizität näher festgelegt. In horizontaler Hinsicht heisst es, der Austausch solle im Rahmen des KMFG stattfinden, doch fehlen Angaben zu dessen Zusammensetzung. Die externen Abläufe brauchen auf dieser Stufe nicht festgelegt werden, weil die Teilprogrammleitung eine interne Funktion darstellt.

Auf der *Ebene der Massnahmen* weisen die organisatorischen Vorgaben Lücken auf. Die Zuständigkeiten sind nur teilweise geklärt. So sind in Tabelle 11 (S. 52) zwar die Hauptakteure für die Umsetzung genannt, doch sind diese Angaben zum Teil sehr allgemeiner Art (z.B. „Bildungsinstitute“). Dort, wo zahlreiche Akteure aufgeführt sind, fehlen zudem Angaben zu ihren jeweiligen Aufgaben. Auf der Ebene der Massnahmen werden auch weder die personellen noch die finanziellen Ressourcen festgelegt. Einzig die möglichen Finanzierungsquellen werden genannt. Auch bei den prozeduralen Vorgaben bestehen Unklarheiten. So fehlen namentlich generelle Vorgaben zu den internen Abläufen zwischen den Mandatsträgern und der Teilprogrammleitung. (Die Mandatsträger, – obwohl faktisch externe Partner –, werden zu den Umsetzungsstrukturen gezählt, da sie die Massnahmen im Auftrag von BAG bzw. BFF ausführen und damit Realisierungsaufgaben wahrnehmen.) Auch die externen Beziehungen zu den Adressaten und Begünstigten der Massnahmen werden nur punktuell im Rahmen der weiteren Leistungsvorgaben festgelegt.

Die Vollständigkeit des Programmkonzepts, bestehend aus dem Strategiepapier und dem Projektantrag, nimmt ab, je konkreter die operative Ebene. Auf strategieübergreifender Ebene sind die organisatorischen Vorgaben vollständig. Bei der Ebene der Interventionsbereiche gibt es Unklarheiten bezüglich der finanziellen Ressourcen und der Abläufe. Auf der Ebene der Massnahmen schliesslich gibt es etliche Lücken, wobei diese im Verlauf der Umsetzung geklärt werden können. Die Vollständigkeit der organisatorischen Vorgaben wird insgesamt als eher hoch eingestuft.

Klarheit

Das Strategiepapier geht nur sehr kurz explizit auf die Organisation der Umsetzung der Strategie ein (v.a. M+G 2002: 39-40). Die Darstellung bleibt sehr allgemein. Es fehlt eine

klare Festlegung der Leitungsstrukturen und der Zuständigkeiten. Bei der Finanzierung werden verschiedene Zahlen im Text genannt, doch fehlen auch hier die Angaben, die zu einer systematischen Darstellung des Budgets notwendig wären. Unklar sind im Strategiepapier namentlich die strukturellen Vorgaben zu den Massnahmen. So stimmt die Liste der für die Umsetzung und Finanzierung zuständigen Akteure bei den Interventionsbereichen (M+G 2002: 31-35) zum Teil nicht mit den in Tabelle 4 (M+G 2002: 42-43) bei den einzelnen Massnahmen genannten Akteuren überein. Missverständlich ist zudem die Auflistung der Akteure in drei verschiedenen Spalten von besagter Tabelle. Gewisse Akteure, die in den beiden Spalten zur Massnahmenumsetzung und Finanzierung aufgeführt sind, fehlen bei den „relevanten Akteuren“, womit namentlich die Bedeutung dieser Spalte unverständlich bleibt.

Klarer sind die organisatorischen Vorgaben im Projektantrag, zumindest, was die verschiedenen Stellen und Gremien sowie die Darstellung ihrer Aufgaben angeht. Diese sind übersichtlich aufgeführt. Weniger klar ist hingegen die Aufstellung der personellen und finanziellen Ressourcen. Diese werden an verschiedenen Stellen im Dokument behandelt (BAG 2003a: 6, 11, 14) und es fehlt eine klare Aufstellung des Budgets.

Die organisatorischen Vorgaben sind im Strategiepapier weitgehend unklar, im Projektantrag dann aber ziemlich geordnet dargestellt. Sehr übersichtlich ist vor allem die Definition der Zuständigkeiten, weniger hingegen jene der Ressourcen. Deshalb wird die Klarheit der organisatorischen Vorgaben gesamthaft als mittel bewertet.

Interne Kohärenz

Die Organisation der Umsetzung der Strategie M+G basiert auf dem Ansatz der interinstitutionellen Zusammenarbeit. So sollen verschiedene Institutionen nicht nur bei der Umsetzung, sondern konsequenterweise auch bei der Leitung der Strategie einbezogen werden. Darüber hinaus wird ein finanzielles Engagement von Dritten gefordert. Wie die angestrebte „Ressourcengemeinschaft“ verwirklicht werden soll, wird jedoch nicht weiter konkretisiert.

Die Finanzierung wird lediglich in Bezug auf den Bund näher dargestellt. Zahlen zum Budget liegen nur in Bezug auf die Mittel aus dem Präventionskredit sowie zu den grenzsanitären Massnahmen vor. Das Engagement von BFF, IMES und EKA bleibt hingegen offen. Bei den vorhandenen Zahlen sind zudem Widersprüche zwischen dem Strategiepapier und dem Projektantrag vorhanden. Die Mittel aus dem Präventionskredit wurden für 2006 um rund eine Million Franken auf vier Millionen Franken herabgesetzt. Dies ist eine erhebliche Reduktion, die im Projektantrag allerdings nicht angesprochen wird.

Auch bezüglich der Leitungsstrukturen sind zwischen dem Strategiepapier und dem Projektantrag Unterschiede festzustellen. So wird im Strategiepapier die Bildung einer Projektgruppe vorgeschlagen, die als Umsetzungsplattform dienen sollte und in der sowohl die verschiedenen Bundesstellen als auch zahlreiche weitere Akteure vertreten sein sollten. Diese Projektgruppe sollte umfassende strategische und operative Kompetenzen erhalten. Zudem

heisst es, „Die Projektgruppe soll die Kohärenz dieser Strategie garantieren“ (M+G 2002: 39). Daneben wird die Schaffung einer wissenschaftlichen Begleitgruppe angeregt. Weder die Projektgruppe noch die wissenschaftliche Begleitgruppe ist im Projektantrag jedoch vorgesehen. Die umfassenden Kompetenzen der Projektgruppe werden stattdessen BAG-intern bei der Steuergruppe und der Programmleitung angesiedelt. Daneben wird die Bildung einer Planungsgruppe Ämter für die Koordination unter den an der Strategie beteiligten Bundesstellen festgelegt. Als Umsetzungsplattform ist die interinstitutionelle Begleitgruppe vorgesehen, die auch die Kohärenz mit den weiteren Akteuren zu gewährleisten hat. Die Funktionen der ursprünglich vorgesehenen Projektgruppe werden somit auf mehrere Gremien verteilt. Statt einer wissenschaftlichen Begleitgruppe steht im Projektantrag das Sounding-Board Migration als Reflexionsinstrument, das jedoch statt einer wissenschaftlichen eher eine fachliche Perspektive sowie die Optik der Betroffenen einbringen sollte. Das Organ ist somit nicht ganz funktional äquivalent.

Die Idee der Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Bundesämter wird bei den Leitungsstrukturen nicht konsequent umgesetzt. Namentlich besteht die Steuerungsgruppe, die der Programmleitung gegenüber das einzige weisungsbefugte Gremium ist, ausschliesslich aus Personen aus dem BAG. Die Planungsgruppe stellt lediglich ein Beratungsgremium dar. Sie kann zwar auf Widersprüche zwischen den verschiedenen Ämtern hinweisen, diese aber nicht beheben. In Bezug auf den Interventionsbereich der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich, der vom BFF geleitet wird, ist die Programmleitung nicht weisungsbefugt.

Gewisse Inkohärenzen sind schliesslich auf der Ebene der Interventionsbereiche und Massnahmen bereits im Strategiepapier vorhanden. So bestehen zwischen den Akteuren für die Finanzierung und Umsetzung, die zu den Interventionsbereichen genannt werden, und denjenigen, die bei den Massnahmen aufgeführt sind, gewisse Abweichungen. Zudem ist bei den Massnahmen in Tabelle 4 (M+G 2002: 42-43), welche die Akteure in drei verschiedenen Spalten aufführt, die Bedeutung der „relevanten“ Akteure nicht klar.

*Die organisatorischen Vorgaben weisen verschiedentlich Inkohärenzen auf. Es bestehen Unstimmigkeiten zwischen Strategiepapier und Projektantrag in Bezug auf die finanziellen Mittel sowie bezüglich der Organisation der Umsetzung. Die umfassenden Kompetenzen, die ursprünglich einer heterogenen Projektgruppe zugesprochen wurden, wurden auf verschiedene Gremien verteilt. Dadurch konnte eine bessere inhaltliche Gliederung des Aufgabengefüges erreicht werden. Allerdings fehlt bei den Leitungsstrukturen der konsequente Einbezug des Interventionsbereichs der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich. Schliesslich sind die Zuständigkeiten der Akteure im Strategiepapier unstim-
mig. Deshalb wird die gesamte Kohärenz der organisatorischen Vorgaben als mittel beurteilt.*

In diesem Abschnitt wurde die Vollständigkeit und Klarheit der einzelnen Bestandteile des Programmkonzepts bewertet und ausgehend davon deren interne Kohärenz bewertet.

Es zeigte sich bei der *Problemdefinition*, dass sie aus dem Strategiepapier nur mit Mühe erkennbar ist. Es wird nicht eindeutig festgestellt, worin das Problem besteht und wer davon betroffen ist. Hingegen werden die komplexen Ursachen zwar nicht systematisch, so aber doch relativ umfassend aufgezeigt. Die Kohärenz ist bei der Problemdefinition – soweit sie sich rekonstruieren lässt – gegeben.

Die *Zielvorgaben* sind quer durch das Strategiepapier verstreut und es fehlt eine klare Übersicht. Zwar werden miteinander verbundene lang- und mittelfristige Zielsetzungen gemacht, diese bleiben jedoch auf sehr allgemeiner Ebene. Auf Ebene der Massnahmen sind konkretere Zielvorgaben vorhanden, doch werden diese nicht mit den allgemeinen Zielen verknüpft, was der internen Kohärenz etwas abträglich ist.

Bei den *operativen Vorgaben* existieren eine klare Anzahl Interventionsbereiche und pro Bereich eindeutig definierte, thematisch passende Massnahmen. Zwischen den Bereichen und Massnahmen lassen sich zudem Synergien erkennen, was für eine hohe Kohärenz spricht. Hingegen stimmt die Anzahl Massnahmen pro Bereich auf den ersten Blick nicht mit deren Priorität überein. Trotz einer Fülle von Vorgaben zu den Massnahmen, deren Bedeutung im Einzelnen unklar bleibt, fehlen zudem Angaben zu den Instrumenten und Adressaten, womit die operativen Vorgaben nicht als ganz vollständig betrachtet werden können.

In Bezug auf die *organisatorischen Vorgaben* bestehen zwischen dem Strategiepapier und dem Projektantrag Unstimmigkeiten. Die wenigen, allgemeinen Angaben, die im Strategiepapier zur Organisation gemacht werden, werden im Projektantrag über den Haufen geworfen. Dieser enthält dafür insgesamt sehr klare Vorgaben, was die Leitung der Programmumsetzung anbelangt. Nur auf der Ebene der Massnahmen bestehen Lücken, wobei hier im Laufe der Umsetzung eine Klärung stattfinden kann.

Die einzelnen Bestandteile des Programmkonzepts sind alles in allem zwar nicht klar und übersichtlich dargestellt und auch nicht ganz vollständig, die erkennbaren und vorhandenen Teile sind aber mit Ausnahme der organisatorischen Vorgaben in sich durchaus stimmig.

5.3 Kohärenz zwischen den konstitutiven Elementen

Nachdem die innere Kohärenz der einzelnen Bestandteile des Politikkonzepts untersucht worden ist, wird in diesem zweiten Teil des Kapitels betrachtet, ob die verschiedenen konstitutiven Elemente des Strategiepapiers in einem logischen Zusammenhang stehen.

Wie in Abbildung 8 dargestellt, wird von hierarchischen Beziehungen zwischen den verschiedenen Bestandteilen ausgegangen. Die Kohärenz wird danach beurteilt, wie gut die einzelnen konstitutiven Elemente auf die höher gelegenen Elemente abgestimmt sind. In der Folge wird deshalb zuerst die vertikale Kohärenz der Zielvorgaben, dann der operativen und zum Schluss der organisatorischen Vorgaben bewertet.

5.3.1 Vertikale Kohärenz der Zielvorgaben

Einen Überblick zu den Zielvorgaben vermittelt Abbildung 3. Die vertikale Kohärenz dieser Zielvorgaben wird in Bezug auf ihre Abstimmung auf die Problemdefinition beurteilt. Zuerst wird die Kohärenz der Impact- und anschliessend der Outcomeziele betrachtet.

Impactzielvorgaben

Die Impactziele sind in Kapitel 3.3.1 beschrieben. Dort wird zwischen lang- und mittelfristigen Impactzielen unterschieden. Das langfristige Impactziel liegt in der Herstellung von Chancengleichheit für die Migrationsbevölkerung im Gesundheitsbereich als Schritt in Richtung einer allgemeinen Chancengleichheit. Dieses langfristige Ziel stimmt mit der Problemanalyse überein, die auf der Grundannahme ruht, dass die gesundheitliche Chancengleichheit derzeit in der Schweiz namentlich in Bezug auf die Migrantinnen und Migranten nicht gewährleistet ist (vgl. Kapitel 3.2.1).

Mittelfristig lautet das wichtigste Impactziel, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung erreicht werden soll. Dieses Hauptziel ist auf das diagnostizierte Hauptproblem abgestimmt, dass bei der Migrationsbevölkerung gesundheitliche Defizite bestehen. Wie bei der Problemanalyse die gesundheitlichen Defizite nicht spezifiziert werden, so wird auch die zu erreichende Verbesserung des Gesundheitszustands nicht näher definiert. Die vertikale Kohärenz des Hauptimpactziels ist allerdings gegeben.

Neben diesem Hauptimpactziel verfolgt die Strategie als zweitwichtigste Wirkung eine Erhöhung der Effizienz im Gesundheitssystem. Auch dieses Impactziel passt zur Problemdefinition, gemäss der die migrationsbedingten Kostensteigerungen neben den gesundheitlichen Defiziten eine Hauptschwierigkeit darstellen (vgl. Problemanalyse in Abbildung 2).

Die nachgelagerten Impactziele, welche davon ausgehen, dass mit der Verbesserung der Gesundheit der Migrationsbevölkerung auch deren Integration gestärkt und die negativen Auswirkungen der Migration gemildert werden, basieren auf der Annahme, dass zwischen Gesundheit und Integration Wechselwirkungen bestehen. Diese Wechselwirkungen sind bereits im Problemgefüge vorhanden (vgl. Abbildung 2).

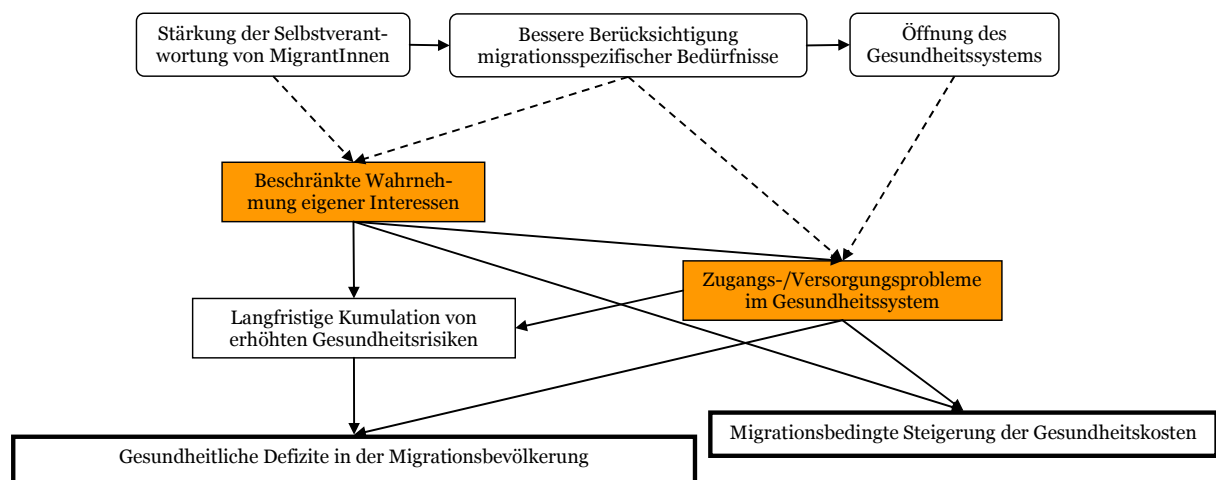
Ingesamt passen die Impactziele der Strategie M+G sehr gut zur Problemdefinition, auf der die Strategie basiert. Die Kohärenz ist somit hoch.

Outcomezielvorgaben

Bei den Outcomezielen (vgl. Kapitel 3.3.2) sind zwei Ebenen vorhanden. Erstens werden drei übergeordnete Outcomeziele formuliert. Sie lauten: Öffnung des Gesundheitssystems, bessere Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse und Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten. Zweitens werden Outcomeziele zu den einzelnen Massnahmen festgelegt, die aber nicht mit den drei übergeordneten Outcomezielen in Verbindung gebracht werden. Es fehlt somit die Kohärenz innerhalb der Outcomeziele. In diesem Abschnitt werden ausschliesslich die übergeordneten Outcomeziele betrachtet. Die massnahmenbezogenen Outcomeziele werden im nächsten Abschnitt zu den operativen Vorgaben bewertet.

In Bezug auf die vertikale Kohärenz der übergeordneten Outcomeziele stellt sich die Frage, ob der Bezug zu den zugrunde liegenden Problemen gegeben ist. Die Stellen im Problemgefüge, an welchen gemäss den drei übergeordneten Outcomezielen für die Problemlösung anzusetzen ist, sind in Abbildung 9 dargestellt, die einem Ausschnitt des gesamten Problemgefüges aus Abbildung 2 entspricht.⁵¹

Abbildung 9: Ansatzpunkte der Problemlösung gemäss übergeordneten Outcomezielen



Wie Abbildung 9 zeigt, setzt die Strategie mit dem Outcomeziel der Öffnung des Gesundheitssystems in erster Linie beim Abbau von Zugangsbarrieren an. Beim gleichen Problembe- reich setzt auch die stärkere Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse an, wobei hier die Probleme bei der Leistungserbringung, also der Versorgung, im Vordergrund stehen. Die Ausrichtung auf zielgruppenspezifische Bedürfnisse dient gleichzeitig auch dem wirkungsvolleren Einbezug der in der Migrationsbevölkerung vorhandenen Ressourcen. Insofern soll mit diesem Outcomeziel somit auch ein Beitrag zur verstärkten Wahrnehmung der

⁵¹ Da die Problemdefinition im Strategiepapier oft nur implizit ist, basiert die folgende Verknüpfung mit den übergeordneten Zielen gleichfalls weitgehend auf impliziten Angaben.

eigenen Interessen geleistet werden. Das Problem der beschränkten Interessenwahrnehmung steht schliesslich auch im Zentrum des Ziels der Stärkung der Selbstverantwortung. Insgesamt lässt sich jedenfalls feststellen, dass der Problembezug, und damit die vertikale Kohärenz gegeben sind.

Die drei übergeordneten Outcomeziele weisen einen Bezug zu den Problemannahmen auf. Zwei Teilprobleme werden ins Zentrum der Problembearbeitung gestellt, nämlich die Zugangs- und Versorgungsprobleme sowie die beschränkte Interessenwahrnehmung. Die übergeordneten Outcomeziele sind damit kohärent zur Problemdefinition der Strategie.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sowohl die Impact- als auch die übergeordneten Outcomeziele gut auf die Annahmen zur Art und zu den Ursachen der Probleme im Bereich M+G abgestimmt sind.

5.3.2 Vertikale Kohärenz der operativen Vorgaben

Operative Vorgaben sind einerseits auf der Ebene der Interventionsbereiche und andererseits auf der Ebene der Massnahmen zu finden (vgl. Kapitel 3.4). Ihre vertikale Kohärenz wird danach beurteilt, ob sie zu den Outcome- und Impactzielen beitragen. Zuerst wird die Kohärenz auf Interventionsbereichsebene und anschliessend auf Massnahmenebene betrachtet.

Interventionsbereiche

Auf der Ebene der Interventionsbereiche wird lediglich definiert, an welchen der drei übergeordneten Outcomeziele sich die Bereiche je orientieren. Zudem wird eine Prioritätenordnung festgelegt.

Tabelle 3 zeigt die Zuordnung der Interventionsbereiche zu den drei übergeordneten Outcomezielen. Diese Zuordnung ist insofern kohärent, als dass alle Ziele mindestens in einem Bereich verfolgt werden. Betrachtet man die Zahl der Interventionsbereiche, die sich nach den drei Outcomezielen ausrichten, werden jedoch Schwergewichte erkennbar: Sämtliche fünf Interventionsbereiche sind darauf ausgerichtet, dass zielgruppenspezifische Bedürfnisse besser berücksichtigt werden. Auch orientieren sich alle Bereiche mit Ausnahme der Forschung, die ohnehin die geringste Priorität besitzt, an einer Öffnung des Gesundheitssystems. Nur mit dem Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung wird hingegen explizit eine Stärkung der Selbstverantwortung angestrebt. In Anbetracht der Teilprobleme, auf die sich die einzelnen Outcomeziele beziehen (vgl. Abbildung 9), rücken damit die Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten insgesamt in den Vordergrund der Problembearbeitung, während die Interventionsbereiche nur in zweiter Linie darauf ausgerichtet sind, die Interessenwahrnehmung der Migrationsbevölkerung zu verbessern.

Jedes der drei übergeordneten Outcomeziele wird mit mindestens einem Interventionsbereich verfolgt. Die vertikale Kohärenz ist somit gegeben. Die Ausrichtung der verschiedenen Interventionsbereiche macht jedoch deutlich, dass die Strategie weniger die Stärkung der Interessenwahrnehmung als insbesondere die Lösung der Probleme des Zugangs und der Versorgung ins Zentrum stellt.

Massnahmen

Auf der Ebene der Massnahmen enthält das Programmkonzept vergleichsweise viele Vorgaben (vgl. Kapitel 3.4.2). Erstens wird definiert, welchen Beitrag die einzelnen Massnahmen zur Erreichung der beiden Impactziele leisten sollen. Zweitens werden Outcomeziele im Sinne der mit den Massnahmen unmittelbar angestrebten Veränderungen im Problemfeld festgelegt. Drittens sind Outputziele vorhanden, die beschreiben, welche Massnahmen durchgeführt bzw. welche Angebote aufgebaut werden sollen. Daneben gibt es auch noch ergänzende Leistungsvorgaben. Die Bewertung der vertikalen Kohärenz beschränkt sich darauf, den Bezug der Massnahmen zu den Impactzielen sowie zu den übergeordneten Outcomezielen zu überprüfen.

Die Kohärenz zwischen den Massnahmen und den *Impactzielvorgaben* wird danach beurteilt, ob die angestrebten Verbesserungen mit den vorgeschlagenen Massnahmen zu erwarten sind. Tabelle 16 stellt die Angaben zur Wirksamkeit der einzelnen Massnahmen, die im Strategiepapier gemacht werden (vgl. auch zweite Doppelspalte in Tabelle 4 bis Tabelle 8, S. 36-42), zusammen. Daraus wird ersichtlich, welche Wirkung bezüglich der Gesundheit der Migrationsbevölkerung bzw. der Effizienz im Gesundheitswesen erhofft wird.

Tabelle 16: Zusammenstellung der Massnahmen nach ihrem jeweiligem Impactzielbeitrag

<i>Zielbeitrag</i>	<i>Verbesserung des Gesundheitszustands</i>	<i>Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen</i>
hoch	B1, B2, V1, V3, T1, T2	V2, V3, F3
mittel	B3, V2, I1, I2, F1, F3	B1, B2, B3, I2, V1
unklar	F2	I1, T1, T2, F1, F2

Legende: Die Kürzel der Massnahmen sind aus Tabelle 4 bis Tabelle 8, S. 36-42, ersichtlich.

Die Zusammenstellung in Tabelle 15, S. 98, zeigt, dass der Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten bei je sechs Massnahmen als hoch und mittel eingestuft wird. Lediglich bei einer Massnahme (F2: Problemorientierte Grundlagenforschung) scheint unklar, ob sie diesbezüglich eine Wirkung entfalten wird. Von den Massnahmen ist somit insgesamt gemäss dem Programmkonzept eine erhebliche Wirkung auf den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung zu erwarten.

Weniger stark sind hingegen die Effizienzerhöhungen, die von den Massnahmen erhofft werden. Nur drei Massnahmen weisen hier einen hohen Zielbeitrag aus. Bei fünf Massnah-

men wird eine mittlere Wirkung erwartet und bei gleich vielen ist unbekannt, ob sie überhaupt zu einer Verbesserung der Effizienz beitragen. Dass dieses Impactziel weniger wichtig ist als die gesundheitsbezogenen Wirkungen, entspricht der festgelegten Zielhierarchie.

Um die vertikale Kohärenz der Massnahmen zu den *übergeordneten Outcomezielen* zu überprüfen, wird auf Abbildung 6 zurückgegriffen, die verdeutlicht, wo die Interventionsbereiche gemäss den massnahmenbezogenen Outcomezielen zur Problemlösung ansetzen wollen. Die Abbildung erlaubt auf der Ebene der Ansatzpunkte der Problembearbeitung, welche die operativen Vorgaben implizieren, einen Überblick zu den Verknüpfungen, die zwischen den verschiedenen Interventionsbereichen bestehen. Damit kann überprüft werden, ob – wie im Strategiepapier (M+G 2002: 25-26) bekräftigt – die verschiedenen Interventionsbereiche und Massnahmen zusammenhängen und sich tatsächlich gegenseitig stützen.

Die Abbildung verdeutlicht, dass die bestehenden Probleme je mit mehreren Massnahmen angegangen werden sollen. Mit Ausnahme der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich, bei der beide Massnahmen auf die migrationsspezifischen Pathologien ausgerichtet sind, stehen bei den Massnahmen innerhalb eines Bereichs je unterschiedliche Probleme im Zentrum. Die konzeptuellen Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Interventionsbereichen sind somit zahlreich.

Entsprechend den übergeordneten Outcomezielen, setzen die Massnahmen bei den Schwierigkeiten des Zugangs und der Versorgung und der beschränkten Wahrnehmung der eigenen Interessen an. Zusätzlich sind die Massnahmen auf drei vorgelagerte Probleme ausgerichtet. Namentlich soll auch etwas zur Verringerung der Verständigungsprobleme und zur Sensibilisierung sowie zur Behandlung migrationsspezifischer Pathologien unternommen werden, was sich dann, dem Kausalgefüge folgend, auch positiv auf Zugang, Versorgung und Interessenwahrnehmung auswirken sollte.

Die Massnahmen sind nicht nur auf die übergeordneten Ansatzpunkte abgestimmt, sondern auch auf deren Prioritäten. Das heisst, der Hauptansatzpunkt liegt auch auf Massnahmenebene bei den Zugangs- und Versorgungsproblemen. Zur deren Minderung sind direkt zwei Massnahmen vorgesehen. Indirekt tragen zudem auch alle übrigen Massnahmen zu diesem Ziel bei. Das Problem der beschränkten Interessenwahrnehmung durch Migrantinnen und Migranten ist hingegen lediglich bei einer bzw. bei zwei Massnahmen direkt das Thema, und auch indirekt tragen die vorgesehenen Massnahmen weniger dazu bei. In Übereinstimmung mit der Ebene der Interventionsbereiche wird das Hauptgewicht nicht auf die Nachfrage-, sondern auf die Angebotsseite im Gesundheitssystem gelegt.

Die vertikale Kohärenz zwischen den Massnahmen und den übergeordneten Vorgaben ist gewährleistet. Die Ansatzpunkte der Massnahmen entsprechen den übergeordneten Out-

comezielen und widerspiegeln den Schwerpunkt, der auf die Verminderung der Zugangs- und Versorgungsprobleme gesetzt worden ist.

Die vertikale Kohärenz zwischen operativen und übergeordneten Vorgaben ist gewährleistet. Die bestehenden Probleme werden je mit mehreren Massnahmen angegangen, wobei Aktivitäten zur Verringerung der Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten im Gesundheitssystem Priorität haben. Die vorgesehenen Massnahmen lassen dabei in erster Linie Verbesserungen beim Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung und erst in zweiter Linie Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen erwarten. Die operativen Vorgaben stehen somit in Einklang mit der Priorität des gesundheitsbezogenen Impactziels gegenüber dem Kostenziel.

5.3.3 Vertikale Kohärenz der organisatorischen Vorgaben

Die organisatorischen Vorgaben legen einerseits grundsätzlich fest, dass bei der Umsetzung und Finanzierung der Strategie eine Vielzahl von Akteuren einbezogen werden soll. Weiter werden Vorgaben zur Organisation der Umsetzung gemacht. Die vertikale Kohärenz wird danach beurteilt, inwiefern die organisatorischen Vorgaben mit den Zielsetzungen und Ansatzpunkten der Strategie übereinstimmen. Zuerst wird der generelle Ansatz der Umsetzung betrachtet und anschliessend werden die geplanten Umsetzungsstrukturen untersucht.

Partnerschaftlicher Ansatz

Die grundsätzlichen Vorgaben zur Organisation der Strategieumsetzung gehen davon aus, dass sich verschiedene Akteure daran beteiligen. Der Bund soll die Rolle des Promotors und Koordinators übernehmen, während die eigentliche Umsetzung externen feld- oder problemnahen Partnern überlassen werden soll.

Dieser partnerschaftliche Ansatz der Umsetzung wird im Strategiepapier mit dem interinstitutionellen Charakter des Bereichs M+G begründet (M+G 2002: 39) und entspricht den Empfehlungen der Evaluation des Vorgängerprogramms (Efionayi-Mäder et al. 2001: 10, 88). Der Bund erreiche durch die basisnahe Arbeit Anerkennung in der Migrationsbevölkerung und Öffentlichkeit, während die Partner durch die Bundesunterstützung an Schlagkraft und Legitimation gewannen. Dabei sei jedoch eine klare Aufgabenteilung zwischen Bund und Partnerinstitutionen wichtig. Wie in der Evaluation gefordert wird, werden dem BAG vor allem konzeptionell-strategische Aufgaben sowie die Koordination der Aktivitäten zugewiesen, während die Umsetzung der Interventionen externen Partnern überlassen werden soll.

Der partnerschaftliche Ansatz, wie er im Strategiepapier dargestellt ist, passt zu den Ansatzpunkten zur Problemlösung und den Zielvorgaben der Strategie: Ein Problem, das mit der Strategie angegangen werden soll, ist die Tatsache, dass Migrantinnen und Migranten ihre Interessen nur ungenügend selber wahrnehmen. Ein übergeordnetes Outcomeziel besteht deshalb in der Stärkung der Selbstverantwortung (vgl. Abbildung 9). Ein Mittel ist der ver-

stärkte Einbezug der Migrationsbevölkerung bei gesundheitsfördernden Massnahmen. Das vorgeschlagene dezentrale Vorgehen unter Einbezug von Netzwerken, Multiplikatoren und Migrantenorganisationen steht in Übereinstimmung mit dem angestrebten Leitwert der Stärkung der Selbstverantwortung.

Ein weiteres Problem, das mit der Strategie angegangen werden soll, ist die fehlende Sensibilisierung des Gesundheitssystems für migrationsspezifische Bedürfnisse (vgl. Abbildung 6). Die Sensibilisierung ist zudem die Voraussetzung, dass sich auch andere Akteure an der Finanzierung von Massnahmen im Bereich M+G beteiligen. Ein Weg, die Sensibilisierung zu stärken, stellt der Einbezug der Gesundheitsdienste in die Konzeption und Umsetzung von Massnahmen dar. Auch für die Sensibilisierung ist der partnerschaftliche Ansatz zur Umsetzung der Strategie deshalb sinnvoll.

Der partnerschaftliche Ansatz und die Rolle des Bundes bei der Umsetzung sind somit kohärent mit den Zielvorgaben und den Ansatzpunkten zur Problemlösung der Strategie M+G.

Organisation der Umsetzung

Nicht nur der partnerschaftliche Ansatz, sondern auch die Ausgestaltung der Umsetzungsstrukturen steht im Einklang mit den Zielvorgaben und Ansatzpunkten der Strategie, was sich namentlich in Bezug auf vier Punkte zeigen kann.

Erstens geht die Strategie, wie oben erwähnt, von einer ungenügenden Interessenwahrnehmung der Migrationsbevölkerung aus und verfolgt deshalb das übergeordnete Outcomeziel der Stärkung der Selbstverantwortung. Zu diesem Zweck soll der Einbezug der Migrationsbevölkerung in die Strategie gefördert werden. Über das Sounding-Board Migration soll die Betroffenenperspektive auch bei der Umsetzung berücksichtigt werden. Dieses Gremium kann somit grundsätzlich als Mittel zum Empowerment betrachtet werden. Das Sounding-Board ist zudem vor dem Hintergrund der Empfehlung zu betrachten, auf strategischer Ebene Strukturen einzurichten, die eine gezielte Konsultation der Migrantinnen und Migranten und laufende Rückmeldungen aus den Gemeinschaften ermöglichen (Efionayi-Mäder et al. 2001: 88, 90).

Zweitens will die Strategie M+G bei der fehlenden Sensibilisierung der Gesundheitsdienste ansetzen. Über die interinstitutionelle Begleitgruppe sollen die verschiedenen betroffenen Akteure des Gesundheitswesens in die Umsetzung der Strategie einbezogen werden. Damit sollen die Koordination von Aktivitäten und die Unterstützung der Strategie gefördert sowie bei den jeweiligen Organisationen eine Sensibilisierung erreicht werden. Die interinstitutionelle Begleitgruppe steht also im Einklang mit dem Ziel der besseren Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse.

Drittens hat die Kohärenzanalyse der operativen Vorgaben gezeigt, dass die Strategie M+G die bestehenden Probleme mittels Massnahmen aus jeweils unterschiedlichen Interventionsbereichen angehen will. Die Umsetzung des Vorgängerprogramms hat dabei gezeigt, dass einzelne nach ihrer Herkunft ausgewählte Expertinnen und Experten nur eine beschränkte thematische Auswahl bearbeiten können (Efionayi-Mäder et al. 2001: 9-10). Wie empfohlen, wurden die Teilprogrammleitungen bei der Strategie M+G deshalb nicht nach dem Kriterium der Herkunft, sondern nach thematischen Schwerpunkten strukturiert.⁵²

Die Umsetzungsstrukturen der Strategie sehen mit dem Kleinen und dem Grossen Migrationsforum Gesundheit (KMFG und GMFG) zwei Gefässe für den Informationsaustausch vor. Das KMFG soll der Zusammenarbeit auf der Ebene der Interventionsbereiche dienen; das GMFG bezweckt seinerseits die Vernetzung der Mandatsträger, d.h. jener Akteure, die Massnahmen konkret umsetzen. Diese Austauschgremien können als Antwort verstanden werden auf den Koordinationsbedarf, der sich aus den Wechselwirkungen ergibt, die zwischen den verschiedenen Interventionsbereichen und Massnahmen erwartet werden (vgl. Abschnitt 5.2).

Die Organisation der Umsetzung der Strategie M+G ist kohärent zu den übergeordneten Vorgaben. Namentlich kann die Schaffung des Sounding-Board Migration und der interinstitutionellen Begleitgruppe, die thematische Gliederung der Teilprogrammleitungen sowie die Bildung der zwei Migrationsforen mit Bezug auf die Zielsetzungen und Ansatzpunkte der Strategie begründet werden.

Die vertikale Kohärenz der organisatorischen Vorgaben ist hoch. Sowohl der partnerschaftliche Ansatz als auch die Ausgestaltung der Organisationsstrukturen sind konzeptuell darauf angelegt, die Massnahmen zur stärkeren Interessenwahrnehmung der Migrantinnen und Migranten sowie zur Sensibilisierung der Gesundheitsdienste zu unterstützen. Damit stimmen die organisatorischen Vorgaben mit den Outcomezielen der Stärkung der Eigenverantwortung der Migrationsbevölkerung einerseits und der besseren Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Bedürfnisse andererseits überein.

5.4 Gesamtbeurteilung der Intrapolicy-Kohärenz

Für die Bewertung der Intrapolicy-Kohärenz wurde einerseits die Vollständigkeit, Klarheit und innere Stimmigkeit der einzelnen Bestandteile des Programmkonzepts untersucht; andererseits wurde die Kohärenz der konstitutiven Elemente zu den jeweils übergeordneten Vorgaben beurteilt. In Tabelle 17 sind sämtliche Bewertungen zusammengestellt.

⁵² Die Evaluation empfahl ausserdem, die thematischen Schwerpunkten sollten von Fachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen geleitet werden, wobei möglichst Migranten und Migrantinnen unterschiedlicher Herkunft zu wählen wären (Efionayi-Mäder et al. 2001: 89).

Tabelle 17: Zusammenfassung Intrapolicy-Kohärenz

<i>Konstitutives Element</i>	<i>Grad an Klarheit</i>	<i>Grad an Vollständigkeit</i>	<i>Interne Kohärenz des Elements</i>	<i>Kohärenz zu übergeordneten Vorgaben</i>
Problemdefinition	(-)	+/-	+	XX
Zielvorgaben	(-)	+/-	(+)	+
Operative Vorgaben	+/-	+/-	(+)	+
Organisatorische Vorgaben	+/-	(+)	+/-	+

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

Aus der Zusammenstellung geht hervor, dass die Kohärenz, die in den zwei letzten Spalten dargestellt ist, insgesamt gut ist. Die verschiedenen Bestandteile sind in sich stimmig und kohärent zu den jeweils übergeordneten Vorgaben. 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. Zudem wird der Interventionsbereich der Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich in der vorgesehenen Organisationsstruktur nur unzureichend eingebunden. Insgesamt jedoch ist die Intrapolicy-Kohärenz gewährleistet.

Weniger gut bewertet wurde hingegen die Vollständigkeit, die bei drei Bestandteilen lediglich als mittel und nur bei einem als eher gut eingestuft wurde. Die vergleichsweise tiefen Bewertungen sind unter Umständen auch die Folge davon, dass die Problemdefinition, die dem Programm zugrunde liegt, verschwommen ist. Auf dieser vagen Grundlage können weder die Ziele noch die Massnahmen systematisch entwickelt werden. Einige Gründe für die Unbestimmtheit wurden in Kapitel 4 zur empirischen Evidenz näher beleuchtet.

Die fehlende Vollständigkeit ist auch charakteristisch für die Art des Programms, das die Strategie M+G darstellt. Namentlich handelt es sich dabei um ein Programm mit einer ausgeprägten Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld. Verschiedene staatliche und private Institutionen und Organisationen sollen relativ intensiv und auf allen Stufen in die Umsetzung des Programms einbezogen werden. Dadurch verschwimmt die Abgrenzung zwischen öffentlichen und privaten Akteuren. Die Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld bedingt, dass den gesellschaftlichen Akteuren ein gewisser Handlungsspielraum zugestanden wird. Das Programm kann aus diesem Grunde nicht bis ins Detail alles vorgeben. Vielmehr handelt es sich bei der Strategie M+G deshalb um ein Rahmenprogramm, das gewisse Leitplanken setzt, daneben aber einen grossen Handlungsspielraum für die Umsetzung offen lässt. Es ist darum bezeichnend, dass bei den operativen und organisatorischen Vorgaben zum Teil die Konkretisierung fehlt. Offen lässt das Programmkonzept sowohl, welche konkreten Umsetzungsschritte gewählt, als auch durch welche Akteure diese dann tatsächlich getätigt werden sollen.

Am tiefsten sind die Bewertungen bei der Klarheit, die in zwei Fällen als eher ungenügend und bei zwei Bestandteilen als mittel ausfiel. Die einzelnen Bestandteile des Politikkonzepts sind wenig systematisch dargestellt. Beim Strategiepapier M+G handelt es sich um eine Publikumsbroschüre, die zwar gut leserlich ist, die aber zum Teil als Grundlage für die operative Umsetzung und Evaluation des Programms weniger geeignet ist.

6 Interpolicy-Kohärenz

Die Strategie M+G betrifft nicht einen einzelnen, in sich abgeschlossenen Politikbereich, sondern tangiert gleichermassen sowohl die Gesundheits- als auch die Migrationspolitik. Zum einen bestehen inhaltliche Berührungspunkte zwischen diesen beiden Politikfeldern, die sich vor allem im Impactziel „Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung“ und den sekundären Wirkungen „Verbesserung der Integration der Migrationsbevölkerung“ und „Minderung unerwünschter Nebenwirkungen migrationsbedingter Stresssituationen“ (vgl. Kapitel 3.3.1) äussern. Zum anderen richtet sich die primär gesundheitspolitisch motivierte Strategie M+G hauptsächlich an die – in der Strategie nicht näher abgegrenzte (vgl. Kapitel 4.4.2) – „Migrationsbevölkerung“, welche zugleich die prinzipielle Zielgruppe der schweizerischen Migrationspolitik darstellt.

Die Strategie M+G bettet sich somit in einen Kontext ein, der sowohl ihre inhaltliche Ausgestaltung als insbesondere auch ihre Wirkungen mit beeinflusst. Nehmen sich verschiedene politische Programme ähnlichen oder denselben Problemen an und/oder richten sie sich ganz oder teilweise an dieselben Zielgruppen, können die Massnahmen eines Programms die Erreichung von Zielen anderer Programme fördern oder beeinträchtigen. So können z.B. migrationspolitische Massnahmen gesundheitspolitisch motivierten Vorhaben im Rahmen der Strategie M+G entgegenlaufen oder ihnen entsprechen. Deshalb ist der Interpolicy-Kohärenz, d.h. der Abstimmung zwischen den Zielen und Tätigkeiten der Strategie M+G und den Zielen und Tätigkeiten anderer Politikprogramme hinsichtlich der Beurteilung der Leistungen und der Zielerreichung der Strategie M+G entsprechende Beachtung zu schenken.

Bereits die Evaluation des Vorgängerprogramms betonte die Notwendigkeit der inhaltlichen Koordination innerhalb der Gesundheitspolitik: „Die Festlegung der generellen Schwerpunkt-Themen sollte im BAG möglichst mit den Verantwortlichen der anderen Abteilungen (Aids, Drogen, Tabak usw.) abgesprochen ... werden“ (Efionayi-Mäder et al. 2001: 87). Die Strategie M+G geht in ihrem Anspruch auf Kohärenz darüber hinaus, indem sie sich an gesundheitsspezifischen Problemsituationen unabhängig vom Aufenthaltsstatus orientiert und die Koordination ihrer Massnahmen mit „migrationspolitisch relevanten Akteuren sowohl auf Bundesebene als auch in den Kantonen und Gemeinden“ anstrebt (BAG 2002a: 6).

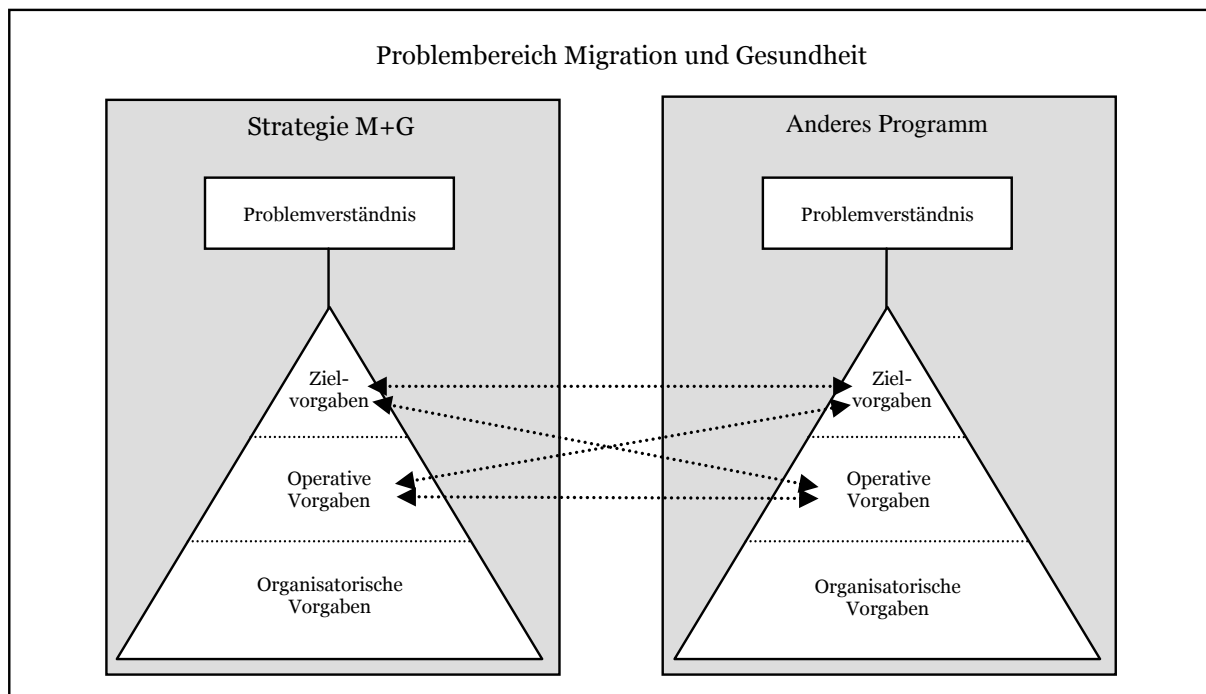
6.1 Vorgehensweise

Zur Beurteilung der Interpolicy-Kohärenz ist die Abstimmung zwischen der Strategie M+G und ihrem Kontext, d.h. anderen Politikprogrammen zu untersuchen. Ausgangspunkt dafür stellen die in den vorangehenden Kapiteln herausgearbeiteten Konzeptelemente der Strategie dar. Dazu wurden in einem ersten Schritt zunächst die relevanten Politikprogramme des

Bundes identifiziert, deren Ziele und Massnahmen in einem direkten inhaltlichen Zusammenhang mit der Strategie M+G stehen. Anschliessend wurden analog zu den Kapiteln 3.3 und 3.4 die Ziele und operativen Vorgaben dieser Programme ermittelt.⁵³ Dies erfolgte mittels der Auswertung der gesetzlichen Grundlagen der interessierenden Politikbereiche, verschiedener, primär auf dem Internet zugänglicher amtlicher Unterlagen, bestehender Politikfeldanalysen sowie anhand von Expertengesprächen mit Personen aus der interinstitutionellen Begleitgruppe, der Planungsgruppe Ämter und dem Programmteam beim BAG. Die Analyse beschränkte sich zumeist auf diejenigen Ziele und operativen Vorgaben, die einen direkten inhaltlichen oder formellen Bezug zur Strategie M+G aufweisen. In einem dritten Schritt erfolgte eine Einschätzung der Kohärenz zwischen diesen Vorgaben und denjenigen der Strategie M+G. Dabei wurde sowohl der horizontalen als auch der diagonalen⁵⁴ Kohärenz Rechnung getragen (vgl. Abbildung 10).

Da die Evaluation des Programmkonzepts im Vordergrund steht, wurde die Kohärenz nur auf der Ebene der Konzeption der untersuchten Programme beurteilt, nicht auf der Ebene ihrer tatsächlichen Umsetzung. Je nach konkreter Ausgestaltung der verschiedenen Massnahmen können jedoch bei der Umsetzung durchaus Widersprüche auftreten. Die vorgenommene Kohärenzanalyse weist auf mögliche derartige Konstellationen hin.

Abbildung 10: Interpolicy-Kohärenz der Strategie M+G



⁵³ Die Zielvorgaben und operativen Vorgaben der kontextrelevanten Politikbereiche auf Bundesebene konnten aus nahe liegenden Gründen nicht in derselben Tiefe rekonstruiert werden, wie dies im vorliegenden Bericht für die Strategie M+G erfolgte.

⁵⁴ Mit der diagonalen Kohärenz ist die programmübergreifende vertikale Kohärenz (vgl. Kapitel 5) gemeint.

Die Beurteilung der verschiedenen Dimensionen der Interpolicy-Kohärenz orientiert sich an den folgenden Fragestellungen:

- *Horizontale Kohärenz der Zielvorgaben:* Wie verhalten sich die Ziele der Strategie M+G zu den Zielen der anderen Programme? Besteht Zielharmonie, Zielkonflikt oder Zielneutralität (vgl. Kapitel 5.2)?
- *Diagonale Kohärenz zwischen Zielvorgaben und operativen Vorgaben:* Wie verhalten sich die operativen Vorgaben der anderen Programme zu den Zielen der Strategie M+G? Tragen sie zur Erreichung ihrer Outcome- und Impactziele bei? Wie verhalten sich die operativen Vorgaben der Strategie M+G zu den Zielen der anderen Programme? Tragen sie zu deren Zielen bei?
- *Horizontale Kohärenz zwischen operativen Vorgaben:* Wie verhalten sich die operativen Vorgaben von M+G zu denjenigen der anderen Programme? Stützen sie sich gegenseitig oder widersprechen sie sich?

Zur Beurteilung dieser vier Fragestellungen stehen jeweils die folgenden Ausprägungen von Interpolicy-Kohärenz zur Verfügung:

- Sind direkte Synergien zwischen den beiden Programmen feststellbar, d.h. fördern die Vorgaben eines Programms das andere Programm in konkreter Weise, besteht *gegenseitige Unterstützung (+)*.
- Weisen die beiden Programme bzw. ihre Vorgaben keine Verbindungen untereinander auf oder stehen sie widerspruchsfrei zueinander, ohne dass sie sich jedoch gegenseitig unterstützen, wird ihnen *Neutralität (o)* zugeschrieben.
- Werden Zielkonflikte zwischen den beiden Programmen identifiziert oder beinhaltet ein Programm konkrete Restriktionen für das andere, bestehen *Widersprüche (-)* zwischen ihnen.

Ist keine eindeutige Beurteilung möglich, wird die Beziehung als *ambivalent (+/-)* bezeichnet.

6.2 Identifizierung der relevanten Politikprogramme

Der Anspruch auf Kohärenz bzw. gegenseitige Abstimmung von Bundesprogrammen kann theoretisch beliebig weit ausgedehnt werden und sich nicht nur auf die Gesamtheit aller staatlichen Massnahmen des Bundes, sondern auch auf die Massnahmen von Kantonen, Gemeinden und privaten Akteuren beziehen. Im Rahmen dieser Evaluation war es allerdings nicht möglich, eine derart umfassende Analyse der Interpolicy-Kohärenz vorzunehmen, weshalb eine sinnvolle Einschränkung vorzunehmen war. Da es sich bei der Strategie M+G um ein Programm des Bundes handelt, bezieht sich die vorliegende Beurteilung prioritär auf die Bundesebene (vgl. Sager und Ledermann 2004: 22). Kantonale, kommunale oder private

Programme wurden nicht systematisch berücksichtigt, sondern nur punktuell, wenn sich aus den geführten Expertengesprächen oder aus der Dokumentenanalyse konkrete Hinweise auf Bezüge zur Strategie M+G ergaben.

Die Auswahl der zu untersuchenden Politikprogramme orientiert sich an inhaltlichen Gemeinsamkeiten auf der Ebene der Ziele und der operativen Vorgaben und erfolgte über zwei Wege: Zum einen wurde danach gefragt, in welche Bundespolitiken die Ziele und Massnahmen der Strategie M+G hineinwirken. Diesbezüglich dienen das Impactziel „Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung“ (vgl. Kapitel 3.3.1) und die Massnahmen in den fünf Interventionsbereichen mit ihren jeweils spezifischen Output- und Outcomezielen (vgl. Kapitel 3.4 und Tabelle 4 bis Tabelle 8, S. 36–42) als Ausgangspunkte für die Beurteilung der Interpolicy-Kohärenz. Diese Programme sind in Tabelle 18 aufgelistet.

Zum anderen wurde danach gefragt, welche weiteren Bundespolitiken entweder konkret den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung zum Gegenstand haben oder mit den genannten Interventionsbereichen der Strategie M+G in Zusammenhang stehen, d.h. welche Programme auf die Strategie M+G einwirken. Es handelt sich dabei primär um die allgemeinen Aktivitäten des Bundes in der Gesundheits- und in der Migrationspolitik, welche spezifisch die Gesundheit und/oder die Stellung der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zum Inhalt haben. Tabelle 19 und Tabelle 20 führen diese auf.

Tabelle 18: Von der Strategie M+G betroffene Politikbereiche auf Bundesebene

<i>Massnahme</i>	<i>Bezug zu anderen Politikbereichen (Outputziele) (vgl. Tabelle 4-Tabelle 8, S. 36-42)</i>	<i>Direkt betroffene Politikbereiche (zuständige Akteure auf Bundesebene)</i>
B1: Aus- und Fortbildung ikÜ	In der Schweiz existiert eine professionelle Aus- und Fortbildung für ikÜ im Gesundheitsbereich. Es existiert diesbezüglich eine staatliche Zertifizierung.	Berufsbildung: Zertifizierung von Berufsausbildungen und Weiterbildungen (BBT)
B2: Aus- und Fortbildung ikV	In der Schweiz existieren eine professionelle Aus- und Fortbildung sowie eine anerkannte Zertifizierung für ikV.	
B3: Fort- und Weiterbildung Gesundheitsberufe	Es existieren für alle Gesundheitsberufe regelmässige Fort- und/oder Weiterbildungsangebote im Bereich M+G. (Überprüfung, ob und wie migrationspezifische Fragestellungen in Grundausbildung bzw. Fortbildung für Gesundheitsberufe integriert werden könnten)	Berufsbildung: Zertifizierung von Berufsausbildungen und Weiterbildungen (BBT) Gesetzgebung über Aus- und Weiterbildung der universitären Gesundheitsberufe (BAG)
I1: Prävention und Gesundheitsförderung	Bei den verschiedenen Gruppen in der Migrationsbevölkerung finden systematisch gezielte präventive Interventionen statt. Die Interventionen betreffen nicht nur die Prävention, sondern auch die Gesundheitsförderung und die Informationsvermittlung über das Gesundheitssystem. Gelungene Projekte werden als Modelle („best practices“) gefördert.	Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen (BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, seco) Krankenversicherung: Kostenübernahme von Leistungen der medizinischen Prävention (BAG)
I2: Sensibilisierung Leistungserbringer	Bei den wichtigsten leistungserbringenden Diensten in der Schweiz wurden zum Thema M+G Sensibilisierungsbemühungen unternommen.	Berufsbildung: Zertifizierung von Berufsausbildungen und Weiterbildungen (BBT) Gesetzgebung über Aus- und Weiterbildung der universitären Gesundheitsberufe (BAG)
V1: Leicht zugängliche Angebote	In allen grossen Agglomerationen existieren leicht zugängliche Angebote, die unbürokratisch Hilfe bei Gesundheitsproblemen anbieten und gezielt Dienste vermitteln.	Integrationsförderung: Finanzierung Vermittlungsstellen (EKA/BFM)
V2: Vermittlungs- und Koordinationsdienste	In allen Regionen der Schweiz existieren Vermittlungsdienste für den Gesundheits- und wenn möglich auch für den Sozialbereich. Es existiert auch ein Vermittlungs- und Koordinationsdienst auf nationaler Ebene.	Integrationsförderung: Finanzierung Vermittlungsstellen (EKA/BFM)

<i>Massnahme</i>	<i>Bezug zu anderen Politikbereichen (Outputziele)</i> <i>(vgl. Tabelle 4-Tabelle 8, S. 36-42)</i>	<i>Direkt betroffene Politikbereiche</i> <i>(zuständige Akteure auf Bundesebene)</i>
V3: Einsatz von ikÜ	In allen Regionen der Schweiz werden professionelle ikÜ-Dienste angeboten, deren Finanzierung geklärt ist. Dazu müssen in allen Regionen Vermittlungs- und Koordinationsstellen für ikÜ-Dienste aufgebaut werden.	Integrationsförderung: Finanzierung Vermittlungsstellen (EKA/BFM) Krankenversicherung: Finanzierung von medizinischen Leistungen (BAG)
T1: Differenzierung bestehendes Angebot	Verbesserung des bestehenden Angebots, insbesondere für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive	Asylpolitik: Beiträge an Einrichtungen für traumatisierte Personen (BFM)
T2: Aufbau niederschwelliger Angebote	Aufbau leicht zugänglicher, dezentralisierter Angebote, insbesondere für Traumatisierte mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive (Überprüfung der Unterstützung von bedürfnisgerechten Projekten zur Traumabehandlung im Rahmen von Rückkehrhilfeprogrammen in bestimmten Herkunftsstaaten)	Asylpolitik: Beiträge an Einrichtungen für traumatisierte Personen (BFM), Rückkehrhilfeprogramme (DEZA)
F1: Gesundheitsmonitoring	In der Schweiz existiert ein Gesundheitsmonitoring in Bezug auf die Migrationsbevölkerung. Das Monitoringsystem erfasst den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung.	Schweizerische Gesundheitsbefragung (BFS) ⁵⁵
F2: Problemorientierte Grundlagenforschung	Es werden Forschungsprojekte im Bereich M+G durchgeführt.	Forschungspolitik: Ressortforschung Gesundheit (BAG), Nationale Forschungsprogramme 45 und 51 (SNF)
F3: Evaluation	Die Strategie M+G und ihre wichtigsten Massnahmen werden evaluiert.	Ressortforschung Gesundheit (BAG)

⁵⁵ Da Kapitel 4.2 des vorliegenden Zwischenberichtes bereits ausführlich auf die Schweizerische Gesundheitsbefragung eingeht, wird sie für die Beurteilung der Interpolicy-Kohärenz nicht mehr vertieft behandelt.

Tabelle 19: Auf die Strategie M+G einwirkende Bereiche der Gesundheitspolitik des Bundes

Politikbereich	Aktivitäten auf Bundesebene	Bezug zur Strategie M+G
Gesundheitsförderung und Prävention ⁵⁶	– Gesundheitsförderung gemäss Art. 19 KVG (Gesundheitsförderung Schweiz)	– Impactziel „Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung“ – Massnahme I1
	– Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung bei Arbeitnehmenden (seco/SUVA)	
	– Medizinische Präventionsmassnahmen im Rahmen von Art. 26 KVG (BAG)	
	Prävention und Krankheitsbekämpfung (BAG) ⁵⁷ – Suchtprävention (Tabak, Alkohol, illegale Drogen, Jugendarbeit) – Krankheitsbekämpfung (Infektionskrankheiten, Aids, Impfungen)	
Drogenpolitik	– Schadenminderung und Therapie (BAG)	– Impactziel „Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung“
Medizinische Versorgung	– Krankenversicherungspolitik (BAG)	– Regelung der Anspruchsberechtigung von Migrantinnen und Migranten auf KVG-Leistungen – Festlegung des KVG-Pflichtleistungskatalogs (Finanzierung von Leistungen der Gesundheitsversorgung)
Gesundheitspolitik ⁵⁸	Strategieentwicklung im Bereich „Public Health“ (BAG) – Gender Health – Psychische Gesundheit	– Impactziel „Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung“ – Massnahme I1

⁵⁶ Eine umfassende Übersicht über diesen Bereich liefert Ita (2005).

⁵⁷ Unter diesem Oberbegriff werden die Aktivitäten des Direktionsbereichs Öffentliche Gesundheit des BAG zusammengefasst. Es werden nur diejenigen Tätigkeitsfelder aufgeführt, die in operativer Hinsicht einen konkreten inhaltlichen Bezug zu den Zielen und Massnahmen der Strategie M+G aufweisen. Die Aktivitäten der Abteilung Biomedizin werden aus diesem Grund nicht in die Untersuchung einbezogen.

⁵⁸ Dieser Bereich bezieht sich auf die Aktivitäten des Direktionsbereichs Gesundheitspolitik des BAG, der auch für die Strategie M+G zuständig ist. Es werden nur diejenigen Tätigkeitsfelder aufgeführt, die in operativer Hinsicht einen konkreten inhaltlichen Bezug zu den Zielen und Massnahmen der Strategie M+G aufweisen. Die auf der Homepage des

Tabelle 20: Auf die Strategie M+G einwirkende Bereiche der Migrationspolitik⁵⁹ des Bundes

Politikbereich	Aktivitäten auf Bundesebene	Bezug zur Strategie M+G
Zulassungspolitik	<ul style="list-style-type: none"> – Regelung der Rahmenbedingungen des Aufenthalts und der Integration der Migrationsbevölkerung (BFM) 	<ul style="list-style-type: none"> – Migrantinnen und Migranten als Adressaten und Begünstigte der Strategie M+G – Impactziel „Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung“ – sekundäres Impactziel „Verbesserung der Integration“
Asylpolitik	<p>Asylgesetzgebung (BFM):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prüfung der Flüchtlingseigenschaften, Regelung des Aufenthaltsstatus (Asylverfahren) – Beiträge an Fürsorge- und Betreuungskosten (inkl. medizinische Versorgung) – Förderung von Beschäftigungs- und Ausbildungsprogrammen – Beiträge an Einrichtungen für traumatisierte Personen (Forschung und Lehre) – Beiträge an die Integrationsförderung für anerkannte Flüchtlinge – Rückkehrhilfeprogramme (DEZA) 	<ul style="list-style-type: none"> – Personen des Asylbereichs als Adressaten und Begünstigte der Strategie M+G – Impactziel „Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung“ – sekundäres Impactziel „Verbesserung der Integration“ – Massnahmen T1 und T2
Integrationspolitik	<ul style="list-style-type: none"> – Schwerpunktprogramm 2004–2007 des Bundes zur Integrationsförderung (BFM/EKA) – Förderung der sozialen, beruflichen und kulturellen Integration von Flüchtlingen (BFM/SFH) 	<ul style="list-style-type: none"> – Migrantinnen und Migranten als Adressaten und Begünstigte der Strategie M+G – sekundäres Impactziel „Verbesserung der Integration“

BAG genannten Bereiche „Altern und Gesundheit“, „Gesundheit und Umwelt“, „Osteoporose und Stürze im Alter“ sowie „Suizidprävention“ werden aus diesem Grund nicht in die Untersuchung einbezogen.

⁵⁹ Für eine Auslegeordnung der Migrationspolitik vgl. Bundesrat (2002a) und M+G (2002: 13). Es ist festzuhalten, dass sich die schweizerische Migrationspolitik zurzeit in einer ausgeprägten Umbruchsphase befindet. Ihre zentrale gesetzliche Grundlage, das Ausländergesetz, befindet sich in der parlamentarischen Beratung, während im Asylbereich zwischen 2002 und 2005 verschiedene Revisionen vorgenommen wurden. Eine Übersicht bietet die Homepage des Bundesamts für Migration, www.bfm.admin.ch.

6.3 Interpolicy-Kohärenz mit einzelnen Politikbereichen

Die folgenden Abschnitte erläutern jeweils kurz den Bezug der in Tabelle 18 bis Tabelle 20 aufgeführten Bundespolitiken zur Strategie M+G, beschreiben ihre Zielsetzungen und operativen Vorgaben und nehmen eine Beurteilung der Interpolicy-Kohärenz mit der Strategie M+G vor. Die Reihenfolge der Politikbereiche folgt im Wesentlichen derjenigen der Interventionsbereiche der Strategie M+G, wobei allerdings zugunsten der inhaltlichen Stringenz die verschiedenen Teilbereiche der Gesundheits- und der Migrationspolitik entsprechend Tabelle 19 bzw. Tabelle 20 gegliedert sind.

6.3.1 Berufsbildungspolitik

Die Strategie M+G tangiert die Berufsbildungspolitik insofern, als dass sie die Schaffung von eidgenössischen Fachausweisen für ikÜ im Gesundheitsbereich und für ikV anstrebt (vgl. Interpret' 2002: 26), die durch eine eidgenössische Berufsprüfung erworben werden. Diese ist auf der Tertiärstufe der höheren Berufsbildung angesiedelt, welche durch das neue Berufsbildungsgesetz von 2002 (BBG; SR 412.10) neu geschaffen wurde. Auf dieser Stufe beschränkt sich die Zuständigkeit des Bundes darauf, den Inhalt und die Durchführung der eidgenössischen Berufsprüfungen zu reglementieren. Die Festlegung der Prüfungsinhalte und die Durchführung der Prüfung erfolgt durch die Berufsverbände (Bundesrat 2000a: 5723). Der Bund nimmt hier somit eine formale Aufgabe wahr, die von inhaltlichen gesundheits- oder migrationspolitischen Erwägungen weitgehend unabhängig ist. Es ist ausserdem zu beachten, dass die Berufe im Gesundheits- und Sozialbereich erst seit dem 1. Januar 2004 in die Regelungskompetenz des Bundes fallen, und dass die fünfjährige Übergangsphase für die Integration dieser Berufe ins eidgenössische Berufsbildungssystem noch bis Ende 2008 läuft. Im Bereich der beruflichen Weiterbildung beschränkt sich der Bund darauf, die Koordination, die Qualität und die Transparenz des berufsorientierten Weiterbildungsangebotes auf nationaler oder sprachregionaler Ebene zu fördern (Art. 29 Abs. 1 BBV⁶⁰).

Die auf die höhere Berufsbildung bezogenen *Zielsetzungen* des neuen Berufsbildungsgesetzes lauten, den in diesem Bereich zuständigen Trägern einen Rahmen für eine selbst verantwortete Definition der Lehrinhalte zu bieten und eine bessere Transparenz und Durchlässigkeit innerhalb des Gesamtsystems zu ermöglichen (Bundesrat 2000b: 5724). Als *operative Vorgaben* für die Gewährleistung von Transparenz und Durchlässigkeit können die Ermöglichung modularer Ausbildungsgänge im Baukastensystem und die Schaffung flexibler Qualifikationsverfahren angesehen werden, welche beide im Rahmen des BBG erfolgten. Der Bund will mit diesen Massnahmen der Zunahme von so genannten „Patchwork“-Biographien, insbesondere auch in Zusammenhang mit Migration, Rechnung tragen (vgl. Bundesrat

⁶⁰ Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung; SR 412.101)

2000b: 5736f.). Der Bund kann ausserdem an die Kantone oder an die Organisationen der Arbeitswelt finanzielle Beiträge an Vorbereitungskurse für Berufsprüfungen (Art. 53 Abs. 2 BBG) oder an die Durchführung von eidgenössischen höheren Fachprüfungen (Art. 56 BBG) ausrichten. Zur Förderung der Weiterbildung kann der Bund Subventionen leisten oder als Auftraggeber auftreten. Davon können nur Institutionen profitieren, die mit dem Qualitätslabel eduQua ausgezeichnet sind.⁶¹

Obwohl die vom Bund angestrebte erhöhte Durchlässigkeit des Bildungssystems die Rahmenbedingungen für die Integration der Migrationsbevölkerung verbessert und indirekt auch einen Beitrag an die Erreichung der Outcomeziele der Strategie M+G leistet, wird die Beziehung zwischen den Zielsetzungen der Berufsbildungspolitik und der Strategie M+G als neutral beurteilt, da die Berufsbildungspolitik kaum einen direkten Einfluss auf die Gesundheit der Migrationsbevölkerung hat. Ihre operativen Vorgaben beziehen sich hauptsächlich auf die Definition und Überprüfung formaler Kriterien, unabhängig von inhaltlichen Fragen. Indem der Bund in der höheren Berufsbildung flexible Qualifikationsverfahren ermöglicht und entsprechende Anerkennungsrichtlinien⁶² erarbeitet hat, unterstützt er jedoch im Wesentlichen die Ziele der Strategie M+G auch auf operativer Ebene. Die Massnahmen im Bereich der Weiterbildung stehen in keinem direkten Bezug zu den Zielen der Strategie M+G. Die Massnahmen der Strategie M+G sind mit den berufsbildungspolitischen Zielen des Bundes konform, tragen jedoch nicht spezifisch zu deren Verwirklichung bei, da die Durchlässigkeit des Bildungssystem unabhängig von der Anerkennung dieses konkreten eidgenössischen Fachausweises erhöht werden kann. Die Beziehung zwischen diesen beiden Ebenen wird deshalb als neutral charakterisiert. Operativ sind keine Widersprüche zwischen den beiden Politikfeldern auszumachen. Die Massnahmen stehen miteinander in Einklang, wobei mangels feststellbarer Synergien von einer neutralen Beziehung ausgegangen wird.

6.3.2 Gesetzgebung über universitäre Gesundheitsberufe

Im Bereich der universitären Gesundheitsberufe legt der Bund die Ziele und Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme fest und nimmt die Akkreditierung dieser Programme vor. Aktuell erfolgt dies im Rahmen des Bundesgesetzes betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (FPMG; SR 811.11).⁶³ Der Bezug zur Strategie M+G besteht darin, dass Änderungen der Aus- und Weiterbildungsprogramme, z.B. die Ergänzung mit migrationsspezifischen Aspekten, vom Bund zu

⁶¹ Homepage des BBT, www.bbt.admin.ch/berufsbi/projekte/eduqua/d/index.htm (04.01.2006)

⁶² Homepage des BBT, www.bbt.admin.ch/berufsbi/hoehere/bhf/d/leitfaden_mod_de.pdf (04.01.2006)

⁶³ Das 1877 in Kraft getretene FPMG soll in den nächsten Jahren durch zwei neue Gesetze, das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) und das Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG), abgelöst werden (vgl. Homepage des BAG, www.bag.admin.ch/berufe/projektmed/d/index.htm (04.01.2006).

genehmigen sind. Die Bestimmungen beziehen sich auf die eidgenössischen Diplome und Weiterbildungstitel; andere Fort- oder Weiterbildungsprogramme sind nicht auf Bundesebene geregelt.

Eine zentrale *Zielsetzung* der erwähnten Gesetzgebung ist es, sicherzustellen, dass in der Schweiz praktizierende Medizinalpersonen die zur Gewährleistung einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufweisen (Bundesrat 2004: 4). Die relevanten *operativen Vorgaben* bestehen in der Festlegung der erforderlichen Fertigkeiten (Art. 33 Abs. 2 AMV⁶⁴) und der Weiterbildungsziele für eidgenössische Fachtitel (Art. 7 Abs. 4 FPMG), in der Anerkennung ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel (Art. 2b und Art. 10 FPMG), der Akkreditierung von Weiterbildungsprogrammen (Art. 12-15 FPMG) und einer Fortbildungspflicht (Art. 18 FPMG). Die eigentlichen Ausbildungsinhalte werden von der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission festgelegt (Bundesrat 2004: 13).

Bezüglich der Ziele ist grundlegende Kompatibilität mit der Strategie M+G festzustellen. Deren Outcomeziele beziehen sich implizit auf die Qualität der medizinischen Versorgung, welche auch im Zentrum der Gesundheitsberufspolitik steht. Die Massnahmen zur Förderung der Kompetenzen von Medizinalpersonen unterstützen im Ansatz das Ziel, den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung zu verbessern und können auch einen Beitrag an die Effizienz des Gesundheitswesens leisten. Die von der Strategie M+G vorgesehenen Massnahmen im Interventionsbereich Bildung sind mit den Zielen der Gesetzgebung über universitäre Gesundheitsberufe konform und können zu deren Erreichung beitragen. Bei den operativen Vorgaben bestehen hingegen kaum direkte Bezüge zwischen den beiden Bereichen, da der Bund lediglich die grundsätzlichen inhaltlichen und formalen Anforderungen an die Vergabe von medizinischen Diplomen und Fachtiteln regelt und deren Einhaltung überprüft, aber keinen Einfluss auf die konkreten Ausbildungsinhalte nimmt. Die Bundesregelungen beziehen sich ausserdem auf die medizinischen Fachtitel, deren Erwerb primär von medizinisch-fachlichen Anforderungen abhängig ist, und nicht von zielgruppenspezifischen Kompetenzen.

6.3.3 Gesundheitsförderung gemäss Art. 19 KVG

Die unter Aufsicht des Bundes stehende, operativ jedoch selbständige Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz regt auf Grundlage von Art. 19 KVG auf nationaler Ebene Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten an und koordiniert und evaluiert diese.

⁶⁴ Allgemeine Medizinalprüfungsverordnung (SR 811.112.1); vgl. auch die Verordnung über die Prüfungen für Ärzte (SR 811.112.2).

Übergeordnetes *Ziel* dieser Politik ist es, „persönliche und soziale Ressourcen für Gesundheit zu stärken (...) [und] gesellschaftliche Verhältnisse (...) zu schaffen, welche die Individuen und Gruppen befähigen, die eigene Lebensweise so zu gestalten, dass sie der Gesundheit und dem Wohlbefinden förderlich ist und zu erhöhter Lebensqualität führt“ (GFS 2001: 3). Dieses allgemeine Ziel wird in den diversen spezifischen Massnahmen der Stiftung jeweils näher konkretisiert. Die kontextrelevanten *operativen Vorgaben* bestehen im Wesentlichen in der Finanzierung und Unterstützung diverser Projekte (drei Schwerpunktprogramme⁶⁵, Projekte mit Kantonen und Gemeinden sowie Einzelprojekte)⁶⁶. Diese sind vor allem dem Grundsatz des Empowerment verpflichtet und zumeist themenspezifisch konzipiert. Ein Schwerpunkt und einzelne Projekte richten sich an spezifische Zielgruppen, wobei sich lediglich ein Einzelprojekt explizit der Migrationsbevölkerung annimmt.

Hinsichtlich der Ziele ist breite Übereinstimmung zwischen der Gesundheitsförderung und der Strategie M+G festzustellen. Die Massnahmen in den beiden Politikbereichen unterstützen die jeweiligen Ziele gegenseitig, hier besteht bezüglich ihrer Konzeption ebenfalls hohe Kohärenz. Auch zwischen den operativen Vorgaben bestehen weit reichende Gemeinsamkeiten, womit hinsichtlich des Grundansatzes grosses Potenzial für Synergien besteht. Die laufenden Aktivitäten von Gesundheitsförderung Schweiz beinhalten allerdings kaum auf die Migrationsbevölkerung bezogene Massnahmen, sondern richten sich allgemein an die ganze Bevölkerung. Durch ihre themenspezifische Ausrichtung können sie durchaus eine Ergänzung zu den zielgruppenspezifischen Massnahmen der Strategie M+G darstellen. Aufgrund der fehlenden konkreten Ausrichtung auf die Migrationsbevölkerung wird die Beziehung auf der operativen Ebene jedoch als neutral beurteilt. Wegen der starken Überschneidungen bezüglich der operativen Vorgehensweisen ist in der konkreten Umsetzung zudem Abstimmungsbedarf gegeben.

6.3.4 Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung bei Arbeitnehmenden

Das Ressort „Grundlagen Arbeit und Gesundheit“ und die Eidgenössische Arbeitsinspektion des Staatssekretariats für Wirtschaft (seco) bearbeiten Fragestellungen im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz und befassen sich somit mit der Gesundheitsförderung in einem Bereich, in dem Migrantinnen und Migranten erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind (vgl. Kapitel 3.2.3).

Die übergeordnete Zielsetzung der Bundespolitik in diesem Politikbereich ist der Schutz der Gesundheit aller Arbeitnehmenden. Konkret sind Arbeitgeber gemäss Art. 2 der Verord-

⁶⁵ Die drei Schwerpunktprogramme sind „Bewegung, Ernährung, Entspannung“ „Gesundheit und Arbeit“ sowie „Jugendliche und jugendliche Erwachsene“.

⁶⁶ Homepage von Gesundheitsförderung Schweiz, www.gesundheitsfoerderung.ch (29.12.2005).

nung 3 zum Arbeitsgesetz (SR 822.113) dazu verpflichtet, dafür zu sorgen, dass „a) ergonomisch und hygienisch gute Arbeitsbedingungen herrschen; b) die Gesundheit nicht durch schädliche und belästigende physikalische, chemische und biologische Einflüsse beeinträchtigt wird; c) eine übermässig starke oder allzu einseitige Beanspruchung vermieden wird; d) die Arbeit geeignet organisiert wird.“ Die *operativen Vorgaben* an die zuständigen Bundesakteure umfassen die Aufsicht über den Vollzug der Arbeitnehmerschutzvorschriften, die Beratung und Information zur Optimierung der Arbeitsbedingungen, die Bereitstellung von Forschungsergebnissen, das Erarbeiten von Schutzmassnahmen, auch im Rahmen eigener Projekte (z.B. im Bereich Stress) und die internationale Zusammenarbeit. Das seco beteiligt sich zudem am Aufbau eines schweizerischen Forums für Betriebliche Gesundheitsförderung.⁶⁷ Konkrete Präventionsprogramme werden von der selbständigen Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) durchgeführt.

Die allgemeinen Ziele der Bundespolitik zur Gesundheit am Arbeitsplatz entsprechen den Impactzielen der Strategie M+G. Die verschiedenen Massnahmen des Bundes im Bereich Arbeit und Gesundheit sind nicht spezifisch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet und tangieren die Outcomeziele der Strategie M+G nicht, tragen jedoch allgemein zur Erreichung der Impactziele bei. Die operativen Vorgaben der Strategie M+G im Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung und die problemorientierte Grundlagenforschung (Massnahme F2) können ihrerseits die Zielvorgaben zur Gesundheitsförderung bei Arbeitnehmenden in allgemeiner Hinsicht unterstützen. Diesbezüglich sind die beiden Bereiche untereinander kohärent. Zwischen den operativen Vorgaben besteht Synergiepotenzial, da die vorhandenen Forschungsergebnisse zu arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsproblemen von Migrantinnen und Migranten eine Grundlage für die gezielte Ausrichtung von Massnahmen im Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung darstellen sowie die problemorientierte Grundlagenforschung (Massnahme F2) ergänzen können.

6.3.5 Massnahmen der medizinischen Prävention

Der Bund legt in Art. 12 KLV⁶⁸ fest, welche Leistungen der individuellen medizinischen Prävention gemäss Art. 26 KVG von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden. *Zielsetzung* dieser Regelungen ist die Gleichbehandlung aller nach KVG versicherten Personen bezüglich der Kostenübernahme von Massnahmen der individuellen Prävention (Bundesrat 1992: 154), d.h. die Herstellung von Chancengleichheit im Zugang zu diesen Leistungen. Die *operative Vorgabe* in diesem Bereich besteht in der Verpflichtung zur Kostenübernahme durch die OKP. Es handelt sich dabei um eine Rahmenrege-

⁶⁷ Homepage des seco, www.seco.admin.ch/themen/arbeit/gesundheit/index.html (30.12.2005)

⁶⁸ Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31)

lung, da die Bezeichnung der kassenpflichtigen Leistungen nicht gewährleistet, dass auch ein entsprechendes Leistungsangebot zur Verfügung steht (vgl. Rüefli und Sager 2004).

Die Rahmenregelung im KVG zur individuellen medizinischen Prävention steht hinsichtlich ihrer Zielsetzung in Einklang mit der Strategie M+G. Die Herstellung von prinzipieller Versorgungsgerechtigkeit ist Ausdruck des Solidaritätsprinzips und soll Chancengleichheit gewährleisten. Dasselbe gilt für die Verpflichtung zur Kostenübernahme als operative Vorgabe, welche die gesundheitsbezogenen Ziele der Strategie M+G unterstützt. Die operativen Vorgaben der Strategie M+G stehen nicht in direktem Bezug zum Ziel von Art. 26 KVG, da die Gleichbehandlung bezüglich der Kostenübernahme bereits aufgrund der geltenden Regelungen grundsätzlich gewährleistet ist. Die im Rahmen des Interventionsbereichs Information, Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehenen Massnahmen der Strategie M+G können allerdings die effektive Inanspruchnahme der fraglichen Präventionsleistungen durch Migrantinnen und Migranten fördern. In diesem Sinne ergänzen sich die operativen Vorgaben in den beiden Bereichen gegenseitig.

6.3.6 Suchtprävention (Tabak, Alkohol, illegale Drogen)

Die Präventionspolitik des Bundes umfasst auch verschiedene Tätigkeiten des BAG in der Suchtprävention, insbesondere in den Bereichen Tabak, Alkohol und illegale Drogen⁶⁹. Diese sektorale Prävention wird ergänzt durch substanzunabhängige Aktivitäten in den Bereichen Schule, Jugendheime, Gemeinden und Jugendarbeit.⁷⁰ Der Bezug zur Strategie M+G besteht darin, dass einige Gruppen der Migrationsbevölkerung ein besonders problematisches Suchtverhalten zeigen (M+G 2002: 33). Dementsprechend befasste sich bereits das Vorgängerprogramm der Strategie M+G, das PMG, mit der Suchtprävention (vgl. Kapitel 2.1).

Die zentralen *Zielsetzungen* der Suchtprävention sind gemäss der Gesamtstrategie des BAG (BAG 2001: 24) die Senkung des Suchtmittelkonsums und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Die *operativen Vorgaben* sind programmspezifisch und dementsprechend vielfältig. Es bestehen verschiedene Interventionsachsen, die unter anderem Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen (Kampagnen), Massnahmen zum Empowerment spezifischer Zielgruppen, die Schaffung oder Unterstützung von Bildungsangeboten, die Unterstützung von konkreten Projekten und von Institutionen sowie die Forschung umfassen.⁷¹

Hinsichtlich der Ziele besteht in der angestrebten Verbesserung des Gesundheitszustandes ein Berührungspunkt zur Strategie M+G. Insofern kann Zielkonformität attestiert werden.

⁶⁹ Die Prävention ist eine der vier Säulen der schweizerischen Drogenpolitik (vgl. Spinatsch 2004).

⁷⁰ Homepage des BAG, www.suchtundaid.s.ch/admin.ch/themen/sucht/praevention (05.01.2006). Der dort ebenfalls aufgeführte Bereich „Ernährung und Bewegung“ betrifft das Programm SuisseBalance, welches im Rahmen des Schwerpunktprogramms „Bewegung, Ernährung, Entspannung“ von Gesundheitsförderung Schweiz abgehandelt wird (vgl. Abschnitt 6.3.15).

⁷¹ Für einen Überblick vgl. Spinatsch (2004) und die Homepage des BAG.

Die Massnahmen der Suchtprävention tragen auf allgemeiner Ebene zur Verbesserung der Gesundheit und damit zur Erreichung eines wichtigen Impactziels der Strategie M+G bei. Sie sind allerdings nicht spezifisch auf Migrantinnen und Migranten ausgerichtet. Ähnliches gilt für den operativen Beitrag der Strategie M+G an die Ziele der Suchtprävention. Auch wenn im Strategiepapier keine explizit darauf ausgerichteten Massnahmen enthalten sind, können die Bemühungen um Empowerment und die Förderung der Gesundheit der Migrationsbevölkerung im Rahmen des Interventionsbereichs Information, Prävention und Gesundheitsförderung durchaus auch Verhaltensänderungen im Sinne der Suchtprävention bewirken. Zwischen den operativen Vorgaben der beiden Bereiche bestehen gewisse konzeptionelle Parallelen. Weil jedoch weder die Suchtprävention gezielt die Migrationsbevölkerung anspricht noch die im Strategiepapier M+G vorgesehenen Massnahmen suchtspezifische Elemente enthalten, verhalten sich die beiden Bereiche operativ neutral zueinander. Aufgrund der Gemeinsamkeiten in der operativen Vorgehensweisen ist zudem bei der konkreten Umsetzung von gewissem Abstimmungsbedarf auszugehen.

6.3.7 Krankheitsbekämpfung (Infektionskrankheiten, Aids, Impfungen)

Gestützt auf das Epidemiengesetz⁷² ist das BAG im Bereich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten tätig. Diese Aufgabe fällt in den Bereich des Gesundheitsschutzes und weist insofern Berührungspunkte zur Strategie M+G auf, als dass insbesondere bei der Migrationsbevölkerung jüngerer Einreisedatums häufiger übertragbare Krankheiten diagnostiziert werden (M+G 2002: 20). Ein wichtiger Schwerpunkt in der Krankheitsbekämpfung ist die Aids-Prävention, welche mit rund 10 Millionen Franken auch knapp einen Drittel der Präventionsaufwendungen des BAG ausmacht (Ita 2005: 14). Weitere Aktivitäten des BAG in diesem Bereich umfassen den Unterhalt eines Meldesystems, die Überwachung des Auftretens von Infektionskrankheiten und die regelmässige Berichterstattung darüber, die Erarbeitung und Verbreitung von Impfeempfehlungen sowie die grenzsanitarische Untersuchung.⁷³

Die allgemeine *Zielsetzung* der Krankheitsbekämpfung ist die Senkung der Zahl der Krankheiten, Komplikationen und Todesfälle im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten (BAG 2001: 23). Zur Erreichung dieses Ziels bestehen verschiedene *operative Vorgaben*, von denen hier diejenigen aufgeführt werden, die einen inhaltlichen Bezug zur Strategie M+G aufweisen. Eine Massnahme besteht darin, dass Migrantinnen und Migranten, die erstmals zur Arbeitsaufnahme in die Schweiz einreisen, sowie Flüchtlinge und Asylbewerber⁷⁴ auf

⁷² Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101).

⁷³ Übersicht gemäss der Homepage des BAG, www.bag.admin.ch/infekt/d/index.htm (05.01.2006). Die Strategie M+G wird unter anderem aus dem Kredit für grenzsanitarische Massnahmen finanziert (vgl. Kapitel 3.5.2).

⁷⁴ Aus Spargründen ersetzte das BAG per 1. Januar 2006 die grenzsanitarischen Untersuchungen von Asylsuchenden durch medizinische Befragungen („Der Bund“, 30.07.2005).

Lungentuberkulose und in dringenden Fällen auf Anordnung des BAG auf weitere Infektionskrankheiten untersucht werden (vgl. Verordnung über grenzsanitätsdienstliche Massnahmen; SR 818.125.11). Diese Vorgabe betrifft nur einen bestimmten Kreis von Migrantinnen und Migranten.⁷⁵ Die Aids-Prävention (vgl. BAG 2003b) agiert auf drei Interventions-ebenen: die „STOP AIDS“-Kampagne richtet sich an die Gesamtbevölkerung, während zielgruppenspezifische Informationsmassnahmen (z.B. Broschüren und Filme in verschiedenen Sprachen) und individuelle Beratungsangebote explizit auch auf Migrantinnen und Migranten ausgerichtet sind. Das Aids-Programm sieht vor, dass das BAG gemeinsam mit dem BFM und der EKA ein Konzept zur Beratung von Migrantinnen und Migranten ausarbeitet (BAG 2003b: 69). Weitere operative Vorgaben mit einem potenziellen Bezug zur Strategie M+G sind ein Monitoring der Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen, darunter von Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, und ihres Zugangs zu Beratung, Betreuung, Therapie und Pflege (BAG 2003b: 71), sowie die Forschung und das Wissensmanagement. Das Präventionsprogramm „Impf-Information Schweiz 2002–2008“ schliesslich ergänzt den nationalen Impfplan und die krankheitsspezifischen Empfehlungen des BAG und soll zu einem hohen Durchimpfungsgrad der Bevölkerung beitragen. Es sieht unter anderem die Schaffung von Informationsunterlagen in 19 Sprachen zuhanden der Migrationsbevölkerung vor (BAG 2004b: 9).

Zwischen den Zielen der Krankheitsbekämpfung und der Strategie M+G besteht breite Übereinstimmung, indem beide die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung und weiterer Bevölkerungsteile anstreben. Die Massnahmen der Krankheitsbekämpfung entsprechen nicht nur diesen Impactzielen der Strategie M+G, sondern tragen durch ihre gezielte Ausrichtung in bestimmten Bereichen auch zur Erreichung ihrer Outcomeziele bei. Eine gewisse Lücke besteht allerdings bei der grenzsanitarischen Untersuchung, der sich einzelne Gruppen, die erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, namentlich Personen mit befristetem Aufenthaltsrecht (vgl. M+G 2002: 16), explizit nicht zu unterziehen haben. Die operativen Vorgaben der Strategie M+G ihrerseits sind nicht spezifisch auf das Ziel der Bekämpfung von Infektionskrankheiten ausgerichtet, insbesondere die Massnahme I1 kann aber dazu beitragen. Die operativen Vorgaben ergänzen sich gegenseitig, zumal im Rahmen der Impfkampagne und der Aids-Prävention Massnahmen vorgesehen sind, die sich explizit an die Migrationsbevölkerung richten. Auch hier ist bei der Umsetzung allerdings eine gute Koordination sicherzustellen. Weitere Synergien können im Bereich der Forschung und des Wissensmanagements gefunden werden.

⁷⁵ Art. 2 Abs. 2 der Verordnung über grenzsanitätsdienstliche Massnahmen bezeichnet die Personengruppen, die nicht untersucht werden, darunter namentlich „die Staatsangehörigen von Australien, Kanada, Neuseeland, der Vereinigten Staaten von Amerika sowie der Mitgliedstaaten der EG und der EFTA“ und Personen, deren Aufenthaltsdauer in der Schweiz weniger als drei Monate beträgt.

6.3.8 Drogenpolitik (Schadenminderung, Therapie)

Die Politik des Bundes gegenüber den illegalen Drogen umfasst die vier Säulen Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression. Gesundheitspolitisch relevant sind die ersten drei dieser Säulen, die entsprechend in die Zuständigkeit des BAG fallen (Spinatsch 2004: 55f.). Seit der Terminierung des Massnahmenpakets zur Verminderung der Drogenprobleme 1997–2002 richtet sich die Drogenpolitik des BAG nicht mehr an einem konkreten Programm aus, sondern umfasst eine Reihe von Einzelprojekten in verschiedenen Bereichen.⁷⁶ Nachdem die Prävention bereits in Abschnitt 6.3.6 thematisiert wurde, stehen hier die Aktivitäten des BAG in den Bereichen Schadenminderung und Therapie im Vordergrund.

Zielsetzungen dieser beiden Säulen der Drogenpolitik sind die Verringerung des Drogenkonsums sowie die Verminderung der Folgen des Drogenkonsums für die Konsumierenden und die Gesellschaft. Die *operativen Vorgaben* umfassen namentlich Tätigkeiten zur Bereitstellung von wissenschaftlichen Grundlagen, zur beruflichen Weiterbildung im Suchtbereich, zur Qualitätsförderung in der Suchthilfe, zur Information und Koordination sowie zur internationalen Zusammenarbeit. Berührungspunkte mit der Thematik M+G bestehen einerseits in der Qualitätsförderung, wo das BAG ein Zertifizierungssystem fördert, das unter anderem auch Kriterien für eine migrationsgerechte Suchtarbeit enthält. Damit werden eine Öffnung der Suchthilfeeinrichtungen und der gezielte Abbau von Zugangsbarrieren sowie die Stärkung der Handlungskompetenzen der Migrationsbevölkerung im Umgang mit Drogen beabsichtigt. Andererseits wird vom BAG eine Koordinations- und Fachstelle gefördert, die Institutionen der Therapie und Schadenminderung unter anderem bei Fragen im Bereich Migration und Sucht Beratung anbietet und Einzelprojekten in diesem Bereich finanzielle Unterstützung gewährleistet.

Indem die Schadenminderung und die Therapie grundsätzlich gesundheitspolitisch motiviert sind, stehen ihre Ziele mit den Impactzielen der Strategie M+G in Einklang. Die erwähnten drogenpolitischen Massnahmen tragen zudem auch zur Erreichung der Outcomeziele der Strategie M+G bei, da sie unter anderem die Migrationsbevölkerung als spezifische begünstigte Gruppe anvisieren. Die operativen Vorgaben der Strategie M+G dagegen beziehen sich nicht explizit auf drogenpolitische Ziele. Dennoch können die im Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehenen Massnahmen unter Umständen auch zur Verminderung des Drogenkonsums und zur Schadenminderung beitragen. Die operativen Vorgaben untereinander weisen gewisse Parallelen auf und können sich durchaus gegenseitig unterstützen. Hier besteht Synergiepotenzial und entsprechender Abstimmungsbedarf.

⁷⁶ Ein Massnahmenpaket zur Weiterführung der Aktivitäten ist gegenwärtig in Erarbeitung. Der Entwurf, der Fachkreisen zur Stellungnahme unterbreitet wurde (Ledermann und Sager 2005), wird in der Folge als Grundlage für die Darstellung der aktuellen drogenpolitischen Aktivitäten verwendet.

6.3.9 Krankenversicherungspolitik

Über das KVG nimmt der Bund Einfluss auf den Zugang zu und den Umfang der medizinischen Versorgung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Der Bezug zur Strategie M+G besteht in der Abgrenzung des Kreises der Anspruchsberechtigten und des durch die OKP mitfinanzierten Leistungsumfangs.

Die übergeordneten *Ziele* dieses Politikbereichs sind die Stärkung der Solidarität unter den Versicherten, die Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden Versorgung und die Kostendämpfung (BSV 2001: 1). Von den verschiedenen *operativen Vorgaben* des KVG (vgl. BSV 2001: 6ff.) sind im vorliegenden Kontext das Versicherungsobligatorium für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, die volle Freizügigkeit zwischen Krankenversicherern sowie die Festlegung des Leistungsbereichs der OKP relevant. Dieser umfasst unter anderem allgemeine Leistungen bei Krankheit, die medizinische Prävention (vgl. Abschnitt 6.3.3) sowie gewisse Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Mutterschaft (vgl. Art. 25-31 KVG), wobei die Kostenübernahme an bestimmte Bedingungen (Art. 32-34 KVG) geknüpft ist.

Bezüglich der Zielvorgaben ist Konformität mit der Strategie M+G festzustellen, wobei hinsichtlich des Impactziels der Kostendämpfung gar Deckungsgleichheit besteht. Indem sich das Versicherungsobligatorium mit wenigen Ausnahmen (vgl. Art. 2 KVV⁷⁷) praktisch auf die gesamte Migrationsbevölkerung bezieht (auch auf Personen mit illegalem Aufenthaltsstatus, vgl. Kreisschreiben 02/10 des BSV vom 19. Dezember 2002), ist den betreffenden Personen der uneingeschränkte Zugang zu den Versorgungsleistungen der OKP gewährleistet.⁷⁸ Diese operative Vorgabe des KVG garantiert somit eine wesentliche Rahmenbedingung für die Erreichung der Ziele der Strategie M+G. Gewisse Zugangsbeschränkungen bestehen allerdings bei Personen des Asylbereichs mit Aufenthaltsstatus N, F oder S, für welche die vom KVG gewährte freie Wahl der Krankenversicherer (wie auch der Leistungserbringer) in Abhängigkeit kantonaler Bestimmungen eingeschränkt ist (Chimienti et al. 2001: 28).⁷⁹ Auch die Festlegung eines für alle Versicherten einheitlichen Leistungskataloges der OKP durch den Bund unterstützt die Ziele der Strategie M+G. Hier besteht allerdings die Einschränkung, dass die Leistungspflicht der OKP relativ eng gefasst ist, sich vorwiegend an medizinischen Gesichtspunkten ausrichtet und aufgrund der bestehenden Voraussetzungen kaum mit zielgruppenspezifischen Angeboten wie ikÜ ergänzt werden kann. Dieser Umstand kann eine Restriktion für die Umsetzung der Leistungsziele der Strategie M+G darstellen. Demgegenüber stehen die operativen Vorgaben der Strategie M+G mit den Zielen der Krankenversiche-

⁷⁷ Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102).

⁷⁸ Gemäss den unabhängig voneinander gemachten Interviewaussagen von zwei Personen vertritt die Abteilung Krankenversicherung im BAG heute diesbezüglich eine andere, der Strategie M+G widersprechende Haltung.

⁷⁹ Im Rahmen der Teilrevision des Asylgesetzes im Dezember 2005 wurde die Stellung von Asylsuchenden und Schutzbedürftigen ohne Aufenthaltsbewilligung in der Krankenversicherung neu geregelt (vgl. Bundesrat 2002b).

rungepolitik im Wesentlichen in Einklang, mit der Einschränkung, dass unklar ist, inwiefern die verschiedenen Massnahmen tatsächlich eine Kostendämpfung ermöglichen. Theoretisch ist durchaus denkbar, dass die Öffnung des Gesundheitssystems zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und somit zu einer Kostensteigerung führt (vgl. auch Kapitel 5.2). Zwischen den operativen Vorgaben der Krankenversicherungspolitik und der Strategie M+G sind keine direkten Bezüge erkennbar.

6.3.10 Gender Health

In der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG befasst sich der Fachbereich Gender Health mit geschlechtsbezogenen Fragen der Gesundheitspolitik. Da bezüglich der Gesundheit der Migrationsbevölkerung geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen (vgl. Kapitel 3.2.2) und die Massnahmen der Strategie M+G teilweise auch geschlechtsbezogene Komponenten enthalten (vgl. Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 8, S. 36, 38 und 42), bestehen Berührungspunkte zwischen diesen beiden Tätigkeitsbereichen des BAG.

Der Fachbereich Gender Health verfolgt als *Zielsetzung*, zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit von Frauen und Männern in der Schweiz beizutragen. Gesundheitliche Bedürfnisse, Risiken und Ressourcen von Frauen und Männern sollen systematisch in allen Bereichen der Gesundheit und auch in anderen Politikbereichen berücksichtigt werden.⁸⁰ Die *operativen Vorgaben* des Fachbereichs umfassen Tätigkeiten in den Bereichen Information und Dokumentation, Koordination und Networking, Wissensgenerierung und -promotion sowie das Schwerpunktprogramm „Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit“ (Jahresbericht 2004 der Fachstelle Gesundheit von Frau und Mann). Letzteres beinhaltet die Entwicklung und Unterstützung gesundheitsfördernder Angebote, die Erarbeitung eines Forschungsmoduls und eines Praxishandbuches sowie die Verbreitung dieser Produkte.⁸¹

Hinsichtlich der Zielvorgaben besteht insofern Konformität zwischen den Tätigkeiten des Fachbereichs Gender Health und der Strategie M+G, als dass beide grundsätzlich die Förderung der Gesundheit anstreben. Der Unterschied besteht bezüglich der zielgruppenspezifischen Perspektive. Die Massnahmen im Bereich Gender Health können, sofern sie Migrantinnen und Migranten zugute kommen, durchaus zur Erreichung der Impactziele der Strategie M+G beitragen. In allgemeiner Hinsicht tragen sie zudem zur Öffnung des Gesundheitssystems und zum Empowerment bei. Indem einzelne Interventionen in den Bereichen B, I und F auch die Geschlechterdimension thematisieren, leistet die Strategie M+G auch einen gewissen Beitrag zur Erreichung von Gender-Health-Zielen. Zwischen den operativen Vorgaben bestehen einige Parallelen, indem beide Programmen Forschungsaktivitäten beinhalten

⁸⁰ Homepage des Fachbereichs Gender Health, www.bag.admin.ch/gender/d/index.htm (04.01.2006).

⁸¹ Homepage des Fachbereichs Gender Health, www.bag.admin.ch/gender/forschung/forschungsthemen/d/spp_armut.htm (04.01.2006).

und gesundheitsfördernde Angebote unterstützen. Da Migrantinnen besonders häufig von Armut betroffen sind und im Bereich reproduktive Gesundheit grössere Probleme aufweisen (vgl. Kapitel 3.2.2), ist diesbezüglich von einem beträchtlichen Synergiepotenzial auszugehen, das mit einem entsprechenden Koordinationsbedarf verbunden ist.

6.3.11 Psychische Gesundheit

Im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz wurde von Bund und Kantonen gemeinsam ein Entwurf für eine Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit erarbeitet (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz 2004). Die Strategie zeigt den diesbezüglichen Handlungsbedarf und Lösungsansätze auf, schlägt einen Aktionsplan vor und skizziert ein Umsetzungskonzept. Im April 2005 entschieden Bund und Kantone im Rahmen des „Gesundheitspolitischen Dialogs“, dass die psychische Gesundheit auf nationaler Ebene ein gemeinsames Thema darstellen und ein regelmässiger Austausch über die aktuellen Entwicklungen stattfinden soll.⁸²

Die Strategie psychische Gesundheit formuliert die folgenden *Zielsetzungen*: Zunahme der psychischen Vitalität in der Wohnbevölkerung der Schweiz; verbessertes Bewusstsein über positive Aspekte psychischer Gesundheit; Erleichterung des Zugangs zu angemessener Behandlung; Verbesserung der Kooperation von Betroffenen und Angehörigen; Abnahme der Chronizität von psychischen Störungen und Abnahme des Bedarfs an IV-Berentungen; Abnahme der Suizidalität; grössere Zufriedenheit bei Patientinnen und Patienten und weniger Burnout bei den Fachleuten sowie erhöhte Attraktivität der Arbeit mit psychisch Kranken (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz 2004: 7). Zur Erreichung dieser Ziele sieht sie verschiedene *operative Vorgaben* vor, von denen die folgenden einen direkten Bezug zur Strategie M+G aufweisen: intersektorale Massnahmen (Familie, Schule, Arbeit) zur Stärkung der psycho-sozialen und sozioökonomischen Ressourcen; kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten über psychische Krankheit; Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit, insbesondere auch bei Migrantinnen und Migranten; Qualitätsentwicklung in der Versorgung, unter anderem durch die Verbreitung erfolgreicher Konzepte interkultureller Kommunikation; Forschung und Entwicklung (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz 2004).

Zwischen den Zielen der beiden Strategien besteht dort, wo sie Berührungspunkte aufweisen, weit reichende Kohärenz. Beide streben allgemein die Verbesserung des Gesundheitszustandes an und verfolgen Ziele wie Empowerment und die Verbesserung des Zugangs zu einer angemessenen Versorgung. Auch die Massnahmen der beiden Strategien unterstützen die jeweiligen Ziele wechselseitig. Zwischen den Massnahmen ist ebenfalls Synergiepotenzial

⁸² Homepage Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, [www.nationalegesundheitspolitik.ch/main/Show\\$Id=1316.html](http://www.nationalegesundheitspolitik.ch/main/Show$Id=1316.html) (04.01.2006).

festzustellen, da beide Strategien zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungsprojekte in verschiedenen Bereichen, problemorientierte Forschung und Monitoring und gezielte Massnahmen im Bereich der Versorgung vorsehen. In Bezug auf Aktivitäten in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten können sie sich somit gegenseitig ergänzen.

6.3.12 Zulassungspolitik

Die Zulassungspolitik ist historisch betrachtet ein Instrument zur Steuerung des Arbeitsmarktes. Sie umfasst die Regelung der Aufenthaltsberechtigung von Ausländerinnen und Ausländern, welche zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in die Schweiz einreisen, und ihrer Familienangehörigen. Seit Inkrafttreten des Abkommens über die Personenfreizügigkeit mit der EU am 1. Juni 2002 und dessen Ausdehnung auf die EFTA-Staaten bezieht sich die Zulassungspolitik nur noch auf so genannte Drittstaatsangehörige (Bundesrat 2002a: 3713). Indem sie sich auf den Aufenthaltsstatus und die sozioökonomische Stellung von Migrantinnen und Migranten auswirkt, beeinflusst sie die Rahmenbedingungen ihrer Integration und ihren Gesundheitszustand (vgl. Abbildung 2, S. 20) und tangiert so wesentliche Faktoren der Grundproblematik, der sich die Strategie M+G annimmt. Ein weiterer Bezug ergibt sich aus dem Umstand, dass die Migrationsbevölkerung der Schweiz neben den Personen mit geregelter Aufenthaltsstatus auch illegal anwesende Personen („Sans Papiers“) umfasst, deren Zahl auf rund 90 000 geschätzt wird (Longchamp et al. 2005). Für die Strategie M+G sind diese insofern von Bedeutung, als dass sie hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes eine besondere Risikogruppe darstellen (vgl. Longchamp et al. 2005: 42; M+G 2002: 9).

Die grundlegenden *Zielsetzungen* der aktuellen Zulassungspolitik sind in Art. 1 der Verordnung über die Begrenzung der Zahl der Ausländer (BVO; SR 823.21) festgehalten. Sie bezweckt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Bestand der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung, die Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für die Integration der erwerbstätigen Migrantinnen und Migranten sowie die Verbesserung der Arbeitsmarktstruktur und eine möglichst ausgeglichene Beschäftigung. Die *operativen Vorgaben* umfassen die verschiedenen Kategorien von Aufenthalts- und Arbeitsbewilligungen, Höchstzahlen für diese Bewilligungen, die Bewilligung von Stellen-, Berufs- und Kantonswechsell, die diversen Bedingungen, unter denen diese verschiedenen Bewilligungen erteilt werden, und Vorgaben für den Familiennachzug. Gestützt auf Art. 13 Buchstabe f BVO kann der Bund ausserdem in schwer wiegenden persönlichen Härtefällen individuelle Gesuche von Sans Papiers um Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung näher prüfen. Dabei stellen

gesundheitliche Probleme⁸³ eines von verschiedenen Beurteilungskriterien dar (vgl. Rundschreiben des IMES vom 17. September 2004).

Die Ziele der Zulassungspolitik und der Strategie M+G weisen als Berührungspunkt die Verbesserung der Integration der zur Erwerbstätigkeit zugelassenen Migrantinnen und Migranten auf. Hier besteht Zielkonformität, ansonsten verhalten sich die beiden Bereiche neutral zueinander. Die operativen Vorgaben der Zulassungspolitik können unter Umständen gewisse Restriktionen für die Erreichung der Ziele der Strategie M+G darstellen, z.B. indem sie Migrantinnen und Migranten möglicherweise daran hindern, durch berufliche und/oder geografische Mobilität ihre sozioökonomische Stellung zu verbessern oder ihre Familienangehörigen nachzuziehen, was ihre Gesundheit und ihre Integrationschancen negativ beeinflussen kann. Andererseits fordert Art. 9 Abs. 1 BVO für Migrantinnen und Migranten explizit dieselben Lohn- und Arbeitsbedingungen, wie sie für die Schweizer Bevölkerung gelten, einschliesslich die Absicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit. Dem Arbeitsmarkt kommt eine wichtige Integrationsfunktion zu (Expertenkommission Migration 1997: 77). Deshalb schafft die Voraussetzung einer Erwerbstätigkeit für die Erteilung einer Aufenthaltsbewilligung eine Ausgangslage, welche die Integration von Migrantinnen und Migranten begünstigen sollte (vgl. Bundesrat 2002a: 3728). Im weitesten Sinn unterstützt zudem die Härtefallregelung im Einzelfall die Impactziele „Stärkung der Integration“ und „Milderung negativer Auswirkungen der Migrationserfahrung“ der Strategie M+G. Die Kohärenz zwischen den zulassungspolitischen Massnahmen und den Zielen der Strategie M+G wird deshalb ambivalent eingeschätzt. Indem sie die Integration der Migrationsbevölkerung fördern, unterstützen die Massnahmen der Strategie M+G das entsprechende Ziel der Zulassungspolitik in allgemeiner Hinsicht. Zwischen den operativen Vorgaben der beiden Bereiche bestehen hingegen keine Berührungspunkte.

6.3.13 Asylpolitik

Die Asylpolitik des Bundes beruht auf der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 und dem Asylgesetz (AsylG; SR 143.20) und umfasst im Wesentlichen die Aufnahme, Fürsorge, Integration und Rückkehr bzw. Wegweisung von Flüchtlingen und Schutzbedürftigen in der Schweiz. Diese Teilgruppen der Migrationsbevölkerung „stellen eine besondere gesundheitliche Herausforderung im präventiven und im kurativen Bereich für das Gesundheitswesen dar“ (M+G 2002: 9). Dementsprechend beinhaltet die Asylpolitik neben dem Asylverfahren, das sich auf die die Gewährung von Asyl und vorläufigem Schutz und somit auf den Aufenthaltsstatus der betreffenden Personen bezieht, auch verschiedene Vorkehrungen, die die

⁸³ Konkret stellen „[a]ndauernde und schwerwiegende Krankheiten des Gesuchstellers oder eines seiner Familienmitglieder, die im Herkunftsstaat nicht ausreichend behandelt werden können (...) (chronische Krankheiten, nachgewiesene Suizidgefahr, Kriegstraumatisierung, schwerer Unfall usw.)“ Härtefälle dar (Rundschreiben IMES).

Gesundheit zum Gegenstand haben. So vergütet der Bund den Kantonen z.B. einen Teil der Gesundheitskosten von Asylsuchenden und vorläufig Aufgenommenen, unterstützt Projekte zur Integrationsförderung (vgl. Abschnitt 6.3.14), die auch gesundheitsbezogen sein können, und leistet Beiträge an Einrichtungen zur Behandlung von traumatisierten Personen (vgl. M+G 2002: 39f.). Eine Auswahl der diesbezüglich relevanten gesetzlichen Bestimmungen findet sich im Anhang des Strategiepapiers (M+G 2002: 55ff.).

Den offiziellen Dokumenten zur Asylpolitik des Bundes lässt sich keine eindeutig ausformulierte *Zielsetzung* entnehmen. Der Bund richtet sich jedoch am Grundsatz aus, denjenigen Personen, die in ihrem Heimatstaat nach den völkerrechtlich anerkannten Kriterien bedroht oder verfolgt werden, Asyl zu gewähren⁸⁴ und Schutzbedürftigen vorläufigen Schutz zu bieten (Art. 4 AsylG). Das Asylgesetz dient primär dazu, die Asylgewährung und die Rechtsstellung sowie den vorübergehenden Schutz von Schutzbedürftigen und deren Rückkehr zu regeln (Art. 1 AsylG). Die in Zusammenhang mit der Strategie M+G relevanten *operativen Vorgaben* der Asylpolitik umfassen unter anderem das Asylverfahren, welches bis zum 31. Dezember 2005 auch eine grenzsanitarische Untersuchung vorsah (vgl. Abschnitt 6.3.7), die Abgeltung eines Teils der Kosten für die Fürsorge, einschliesslich der medizinischen Versorgung (Art. 26–28 AsylV 2), Beiträge an Einrichtungen für traumatisierte Personen (Art. 91 Abs. 3 AsylG) und für die soziale, berufliche und kulturelle Integration von Flüchtlingen und Schutzbedürftigen mit Anspruch auf eine Aufenthaltsbewilligung (Art. 91 Abs. 4 AsylG; vgl. Abschnitt 6.3.14) sowie die Rückkehrhilfe, die auch Beiträge an die medizinische Versorgung im Ausland beinhalten kann (Art. 75 AsylV 2).

Auf der Ebene der Zielsetzungen weist die Asylpolitik keine direkten Berührungspunkte zur Strategie M+G auf, da sie sich weder ausdrücklich an der Gesundheit noch an der Integration von Asylsuchenden und Schutzbedürftigen ausrichtet. Insofern besteht an sich Zielneutralität. Einige der operativen Vorgaben der Asylpolitik unterstützen die Ziele der Strategie M+G zumindest im Grundsatz, indem der Zugang der Personen des Asylbereichs zur Gesundheitsversorgung sichergestellt⁸⁵ und die Integration der anerkannten Flüchtlinge gefördert wird. Die Förderung der Lehr- und Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der speziellen Betreuung traumatisierter Personen (Art. 44 Abs. 2 AsylV 2) ist zudem spezifisch auf die Impactziele der Strategie M+G, Verbesserung der Gesundheit und Milderung negativer Auswirkungen der Migrationserfahrung, ausgerichtet. Andererseits besteht für Asylsuchende während des Asylverfahrens eine gewisse Unsicherheit über ihren Aufenthaltsstatus, was bei ihnen gesundheitliche Probleme verursachen bzw. verstärken kann. Die zunehmend restriktive Handhabung der Asylpraxis (vgl. Bundesrat 2002b) trägt nicht zu einer Verbesserung dieses

⁸⁴ Homepage des BFM, www.bfm.admin.ch/index.php (09.01.2006).

⁸⁵ Die Kantone können allerdings die freie Wahl der Krankenversicherer und der Leistungserbringer für Personen mit Aufenthaltsstatus N, F oder S einschränken (vgl. Abschnitt 6.3.8).

Umstandes bei. Die Beziehung zwischen den Zielen der Strategie M+G und den Massnahmen der Asylpolitik wird deshalb ambivalent beurteilt. Die operativen Vorgaben der Strategie M+G enthalten die Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich als eigenständigen Interventionsbereich. Die darin vorgesehenen Massnahmen unterstützen das asylpolitische Ziel, Asylsuchende und Schutzbedürftige auf ihre Rückkehr vorzubereiten, gehen ansonsten aber über die oben formulierte Zielsetzung der Asylpolitik hinaus. Die übrigen Massnahmen weisen keinen direkten Zusammenhang mit dieser Zielsetzung auf bzw. stehen in der Tendenz sogar in einem gewissen Widerspruch zur Asylpolitik, da sie die Attraktivität der Schweiz als Aufnahmeland erhöhen. Die von der Strategie M+G vorgesehene Massnahme I1 der gezielten Prävention und Gesundheitsförderung, die Asylsuchenden in den Vorgaben als Zielgruppe aufführt, stellt dagegen eine sinnvolle Ergänzung der operativen Vorgaben der Asylpolitik dar, welche zwar den Zugang zur Versorgung gewährleisten, jedoch – im Unterschied zur Förderung der Integration der anerkannten Flüchtlinge – nicht explizit die Förderung der Gesundheit von Asylsuchenden zum Gegenstand haben. Trotz dieser potenziellen Synergien ist wiederum auf das bestehende grundsätzliche Spannungsfeld zwischen den statusunabhängigen gesundheitsbezogenen Bemühungen der Strategie M+G und dem Asylverfahren, das prinzipiell auf die Prüfung der Flüchtlingseigenschaft⁸⁶ und auf die Bekämpfung von Missbräuchen ausgerichtet ist (vgl. M+G 2002: 5) und zunehmend restriktiv gehandhabt wird (vgl. Bundesrat 2002b), hinzuweisen. Die Beziehung zwischen den operativen Vorgaben der beiden Bereiche ist deshalb ambivalent.

6.3.14 Integrationspolitik

Die Integration von Migrantinnen und Migranten stellt eine Querschnittsaufgabe dar, die zahlreiche Politikbereiche tangiert (vgl. EJPD 2003: 2; Schoch und Cottet 2001: 10). Auf Bundesebene beinhaltet die Integrationspolitik im engeren Sinne die von der EKA betreute Integrationsförderung im Rahmen der Verordnung über die Integration der Ausländerinnen und Ausländer (VIntA; SR 142.205)⁸⁷ sowie die Unterstützung der sozialen, beruflichen und kulturellen Integration von anerkannten Flüchtlingen und Schutzbedürftigen mit Anspruch auf eine Aufenthaltsbewilligung im Rahmen von Art. 91 Abs. 4 AsylG, für welche die Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH) im Auftrag des Bundesamtes für Migration (BFM) zuständig ist (Bundesrat 2002a: 3732f.).

Zielsetzung der Integrationsförderung der EKA ist es gemäss Art. 3 Abs. 2 VIntA, das gegenseitige Verständnis zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung zu

⁸⁶ „Aufgabe des Asylverfahrens ist es, unter den neu eintreffenden Asylsuchenden jene zu erkennen, die nach den [im Asylgesetz] beschriebenen Kriterien Anspruch auf Schutz haben“ (Bundesrat 2002a: 3729).

⁸⁷ Die Integrationsförderung im Rahmen der VIntA bezieht sich auf Ausländerinnen und Ausländer mit einer dauerhaften Aufenthaltsbewilligung oder einer Niederlassungsbewilligung sowie neu auch auf Personen mit einer vorläufigen Aufenthaltsbewilligung (Art. 2 Abs. 1 VIntA).

fördern, das Zusammenleben auf der Basis gemeinsamer Grundwerte und Verhaltensweisen zu erleichtern, Ausländerinnen und Ausländer mit dem Aufbau des Staates, den gesellschaftlichen Verhältnissen sowie den Lebensbedingungen in der Schweiz vertraut zu machen sowie günstige Rahmenbedingungen für die Chancengleichheit und die Teilnahme der ausländischen Bevölkerung am gesellschaftlichen Leben zu schaffen. Im Asylbereich zielt die Unterstützung darauf ab, „der besonderen Lage von Flüchtlingen und Schutzbedürftigen, die Anspruch auf eine Aufenthaltsbewilligung haben, (...) Rechnung zu tragen“ sowie die berufliche, soziale und kulturelle Integration zu erleichtern (Art. 82 Abs. 3 AsylG). Die *operativen Vorgaben* bestehen in beiden Bereichen aus der finanziellen Unterstützung einzelner Projekte. Die EKA und die SFH haben jeweils Förderungsschwerpunkte bezeichnet, welchen die Projekte zu entsprechen haben. Die EKA unterstützte und unterstützt Projekte in den Bereichen Sprache, Aus- und Weiterbildung von Schlüsselpersonen, Förderung der Partizipation, Öffnung von Institutionen, Erleichterung des Zusammenlebens, Aufbau von Ausländerdiensten und Vermittlungsstellen sowie Qualitätssicherung und Innovation (EJPD 2003)⁸⁸, während die SFH primär die berufliche Aus- und Weiterbildung, Kommunikationskompetenzen, die Sozialisierung und Einschulung sowie psychosoziale Beratung und aktive Lebenshilfe bei der Flüchtlingsintegration fördert.⁸⁹

Die Strategie M+G und die Integrationspolitik ergänzen sich bezüglich ihrer Zielsetzungen weitgehend. Die verschiedenen Integrationsmassnahmen tragen sowohl auf der Outcome- als auch auf der Impactebene zur Erreichung der diversen Ziele der Strategie M+G bei, insbesondere zur Verbesserung der Integration. Die Massnahmen der Strategie M+G können ihrerseits auf verschiedenen Ebenen einen Beitrag an die Zielerreichung der Integrationspolitik leisten. In operativer Hinsicht bestehen zahlreiche Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Bereichen, so dass insbesondere mit der Integrationsförderung der EKA ein grosses Synergiepotenzial gegeben ist. Aufgrund verschiedener Überlappungen in den Förderbereichen (z.B. ikÜ und ikV) ist bei der Umsetzung allerdings Koordinationsbedarf gegeben, um Doppelpurigkeiten oder Zuständigkeitskonflikte zu vermeiden.

6.3.15 Forschungspolitik

Die Forschungspolitik des Bundes beinhaltet die Ressortforschung⁹⁰ der Bundesverwaltung, die Finanzierung des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) sowie die Förderung zahlreicher

⁸⁸ Art. 16 VIntA sieht auch Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Ausländerinnen und Ausländern als möglichen Förderbereich vor; in den Schwerpunkteprogrammen 2001–2003 und 2004–2007 der EKA wurde dieser Bereich jedoch nicht berücksichtigt (vgl. EJPD 2003).

⁸⁹ Homepage der SFH, www.osar.ch/integration/projects (09.01.2006).

⁹⁰ Bei der Ressortforschung des Bundes handelt es sich um die Forschungsaktivitäten, die von der Bundesverwaltung betrieben oder in Auftrag gegeben werden (GWF 2003).

weiterer Forschungsinstitutionen.⁹¹ Einen inhaltlichen Bezug zur Strategie M+G weisen vor allem die Ressortforschung des BAG (vgl. BAG 2002b) sowie die vom SNF durchgeführten Nationalen Forschungsprogramme (NFP) 45 (Probleme des Sozialstaats) und 51 (Integration und Ausschluss) auf.⁹²

Die allgemeine *Zielsetzung* dieser Elemente der Forschungspolitik ist es, wissenschaftliche Erkenntnisse für die Konzeption, Umsetzung und Evaluation politischer Strategien bzw. zur Lösung dringender gesellschaftlicher oder wirtschaftlicher Probleme zu liefern.⁹³ Die relevanten *operativen Vorgaben* ergeben sich im Falle der Ressortforschung aus dem Forschungskonzept Gesundheit des BAG (BAG 2002b) und bei der Grundlagenforschung aus den Ausführungsplänen der erwähnten NFP⁹⁴. Sie bestehen im Wesentlichen aus der Finanzierung und Durchführung von Forschungsprojekten, beinhalten aber auch Information und Kommunikation, Forschungsmanagement, Kooperation und Evaluation (vgl. BAG 2002b: 22). Das Forschungskonzept Gesundheit bezeichnet das Thema Migration, konkret die problemorientierte Grundlagenforschung und Evaluation der Massnahmen im Rahmen der Umsetzung der Strategie M+G und den Aufbau eines Monitoringsystems, als Priorität (BAG 2002b: 16). Das NFP 51 beinhaltet insgesamt 37 Projekte zum Themenbereich „Integration und Ausschluss“, von denen sich zwei konkret mit Fragestellungen auseinandersetzen, die einen direkten Bezug zur Strategie M+G aufweisen.⁹⁵ Im NFP 45 befasste sich ein Projekt⁹⁶ im Modul „Gesundheitswesen“ mit einer direkt für die Strategie M+G relevanten Fragestellung.

Die Zielsetzungen der Forschungspolitik und der Strategie M+G verhalten sich neutral zueinander, da sie keine direkten inhaltlichen Berührungspunkte aufweisen, sich aber auch nicht widersprechen. Die Massnahmen der Forschungspolitik können hingegen die Zielerreichung der Strategie M+G unterstützen, indem sie wichtiges Grundlagenwissen für die Strategieformulierung und -umsetzung zur Verfügung stellen. Indem die Strategie M+G die Forschung als Interventionsbereich vorsieht, bettet sie sich in die Forschungspolitik ein und unterstützt

⁹¹ Homepage des Staatssekretariats für Bildung und Forschung, www.sbf.admin.ch/htm/forschung/ffb-d.html (06.01.2006).

⁹² Das NFP 39 (Migration und interkulturelle Beziehungen), das einen Schwerpunkt „Gesundheit und Sozialarbeit“ beinhaltete, wurde im Jahr 2000, d.h. vor Erarbeitung der Strategie M+G, abgeschlossen und wird aus diesem Grund hier nicht berücksichtigt. Der SNF finanziert auch Einzelprojekte, unter denen sich durchaus auch einige mit dem Themenbereich „Migration und Gesundheit“ auseinandersetzen dürften. Aus Kapazitätsgründen konnte jedoch keine Bestandesaufnahme solcher Forschungsprojekte erfolgen.

⁹³ Homepage des Staatssekretariats für Bildung und Forschung, www.sbf.admin.ch (06.01.2006).

⁹⁴ Homepages des NFP 45, www.sozialstaat.ch (06.01.2006) und des NFP 51, www.nfp51.ch (06.01.2006).

⁹⁵ „Gesundheitskulturen in der Schweiz: Vergleichende Analysen gesundheitsbezogener Werte und Normen und ihre Bedeutung für soziale Integrations- und Ausschlussprozesse in der Deutsch- und Westschweiz“ und „Zugangsschranken zum Gesundheitssystem und Ausgrenzung – eine vergleichende Studie zu den Strategien zur Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen und zur Bekämpfung der sozialen Benachteiligung in europäischen Städten“, Homepage des NFP 51, www.nfp51.ch/d_module.cfm (06.01.2006).

⁹⁶ „Individuelle (sozio-ökonomische, kulturelle und regionale) und strukturelle Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweiz: Bestandesaufnahme“, Homepage des NFP 45, www.sozialstaat.ch/d/gesundheit/projekte_gesundheit.html (06.01.2006).

deren Zielsetzungen. Da die migrationsbezogene Ressortforschung sich mit dem Interventionsbereich Forschung der Strategie M+G deckt, sind die operativen Vorgaben untereinander kohärent. Dies gilt auch für die vom SNF unterstützte Forschungstätigkeit im Rahmen der beiden NFP oder der Grundlagenforschung, welche die Ressortforschung unterstützen kann.

6.4 Gesamtbeurteilung der Interpolicy-Kohärenz

Die Beurteilung der Abstimmung zwischen der Strategie M+G und denjenigen Bereichen der Bundespolitik, mit der sie direkte inhaltliche oder Berührungspunkte aufweist, ist in Tabelle 21 zusammengefasst.

Die Gesamtübersicht in Tabelle 21 attestiert dem Programmkonzept der Strategie M+G grundsätzlich eine hohe Kohärenz mit anderen relevanten Bundespolitiken. Gewisse Widersprüche sind in Bezug auf die Asyl- und Zulassungspolitik vorhanden, 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 der Asyl- und Zulassungspolitik 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, für die öffentliche Gesundheit zu sorgen. 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.

Die Konsequenz dieser unterschiedlichen Ansätze ist, dass Migrantinnen und Migranten, die sich nur vorübergehend, d.h. als Kurzaufenthalter, Asylsuchende oder vorläufig Aufgenommene, oder illegal in der Schweiz aufhalten, aufgrund der bestehenden migrationspolitischen Rahmenbedingungen von gesundheitspolitischen Interventionen nur beschränkt erreicht werden können. Gerade gewisse Angehörige dieser Gruppen, vor allem Asylsuchende und Tänzerinnen mit Ausweis L, sind laut dem Strategiepapier (M+G 2002: 16) jedoch aufgrund ihres unsicheren Aufenthaltsstatus erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Dies betrifft mit rund 141 000 Personen⁹⁷ zirka 8% der gesamten Migrationsbevölkerung bzw. knapp 2% der

⁹⁷ Diese Zahl setzt sich aus 49 610 Personen des Asylbereichs und 1509 Tänzerinnen mit Ausweis L (Ausländerstatistik des BFM Ende August 2005, www.bfm.admin.ch/fileadmin/user_upload/Themen_deutsch/Statistik)

gesamten Wohnbevölkerung in der Schweiz (jeweils inklusive die geschätzte Anzahl Sans Papiers). Insbesondere für die Massnahmen im Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung bestehen deshalb gewisse Restriktionen, welche den Wirkungsgrad der Strategie M+G beeinträchtigen können.

Tabelle 21: Zusammenfassende Beurteilung der 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

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 Migrati-

tik/ aktuelle_ergebnisse/1C-2005_08_d.pdf, 12.01.2006) sowie geschätzten 90 000 Sans Papiers (Longchamp et al. 2005) zusammen.

onsbevölkerung 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 festzuhalten, dass die Strategie M+G insbesondere im Interventionsbereich Gesundheitsversorgung sowie mit der Massnahme zur Sensibilisierung der Leistungserbringer (I2) sowie den Angeboten zur Therapie von Traumatisierten im Asylbereich in Politikbereiche hineinwirkt, für welche vorwiegend die Kantone (oder die Gemeinden) zuständig sind und in denen der Bund nur beschränkt über Kompetenzen verfügt bzw. Aufgaben übernimmt. Im Interventionsbereich Bildung spielen ausserdem die Berufsverbände eine wichtige Rolle. Zwar wurden die Beziehungen der Strategie M+G zur Kantons- und Gemeindeebene sowie zu den Aktivitäten von privaten Akteuren im Rahmen dieser Evaluation nicht systematisch untersucht, aus den geführten Expertengesprächen resultierten aber immerhin keine konkreten Hinweise darauf, dass die Strategie M+G in Widerspruch zu ihren Aktivitäten stünde.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Das Programmkonzept enthält die Vorgaben, an denen sich die Umsetzung der Strategie M+G zu orientieren hat. Es definiert somit das Soll, das für die Evaluation als Vergleichsmaßstab gilt. Die Evaluation des Programmkonzepts dient dazu, dieses Soll systematisch zu erheben. Die Bewertung der Intrapolicy-Kohärenz erlaubt ausserdem ein Urteil darüber, wie gut sich das vorliegende Programmkonzept als Grundlage für die Umsetzung und Evaluation der Strategie M+G eignet.

Hauptziel der Evaluation des Programmkonzepts ist es jedoch, die Frage nach der Relevanz der Strategie zu beurteilen. Auf diese Frage wird in diesem Kapitel eine Antwort gegeben, indem die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und daraus Empfehlungen abgeleitet werden. Ausserdem konnten durch die Untersuchung der Delphi-Studie wichtige Erkenntnisse in Bezug auf den Prozess der Strategieentwicklung gewonnen werden, die auch im Hinblick auf die Entwicklung einer Nachfolgestrategie von Bedeutung sind.

7.1 Programmkonzept als Grundlage für die Umsetzung und Evaluation der Strategie M+G

Das Programmkonzept definiert das Problem, das mit der Strategie M+G angegangen werden soll, sowie die Art und Weise, wie dies geschehen soll. Namentlich macht das Programmkonzept Vorgaben zu den beabsichtigten Veränderungen (Zielvorgaben), zu den Massnahmen, mit welchen diese Veränderungen erreicht werden sollen (operative Vorgaben) sowie zur Organisation und den Ressourcen, die dafür notwendig sind (organisatorische Vorgaben). Wie die Analyse der Intrapolicy-Kohärenz gezeigt hat, sind bei der Strategie M+G sämtliche Arten von Vorgaben vorhanden. Positiv zu bewerten ist ausserdem, dass die bestehenden Angaben grösstenteils in sich stimmig sind. Allerdings ist ihre Darstellung im Allgemeinen weder klar noch ganz vollständig (vgl. Kapitel 5). Das Strategiepapier ist zwar gut verständlich und optisch ansprechend gestaltet, jedoch eher unsystematisch und wenig konkret in seinen Aussagen. Es handelt sich mehr um eine Publikumsbroschüre als um eine Grundlage für die Umsetzung eines politischen Programms.

Die fehlende Vollständigkeit kann einerseits darauf zurückgeführt werden, dass die Darstellung des zugrunde liegenden Problems, zu dessen Lösung die Strategie beitragen will, vage ist. Wenn die Problemdefinition undeutlich ist, erschwert dies die Definition von eindeutigen Zielsetzungen und operativen sowie organisatorischen Anweisungen. Andererseits ist die fehlende Vollständigkeit zumindest zum Teil auf den Charakter der Strategie M+G als offenes Programm zurückzuführen, das gesellschaftliche Akteure in die Umsetzung einbeziehen will. Die Konkretisierung des Programms muss deshalb in Zusammenarbeit mit diesen Akteuren geschehen. Damit ihnen die vorhandenen Vorgaben als Orientierungspunkte dienen können, ist es jedoch umso wichtiger, dass sie klar und systematisch dargestellt sind.

Die fehlende Klarheit und Konkretisierung der Vorgaben stellt auch bei der Evaluation der Strategie M+G eine Schwierigkeit dar. Indem das Soll nicht klar definiert ist, fehlen eindeutige Messlatten. Das unklare und unkonkrete Programmkonzept setzt den Möglichkeiten der Evaluation der Strategie M+G gewisse Grenzen. Dies trifft namentlich auch auf die Beurteilung der Relevanz der Strategie zu.

Empfehlung

Im Hinblick auf eine Nachfolgestrategie ist klar zu definieren, worin das Problem besteht, das angegangen werden soll, und welche Gruppen davon betroffen sind. Eine eindeutige Problemdefinition ist die Voraussetzung für die Definition von klaren Vorgaben. Die Vorgaben sind für die spätere Umsetzung systematisch zu erarbeiten. Dabei empfiehlt sich unter Umständen eine Trennung von Publikumsbroschüre einerseits und Umsetzungsgrundlage andererseits. Letztere ist jedoch nicht als internes Dokument zu konzipieren, sondern sollte auch den an der Umsetzung beteiligten Akteuren als Orientierung dienen.

7.2 Relevanz der Strategie M+G

Die Globalevaluation der Strategie M+G hat die Frage zu beantworten, ob die Strategie M+G relevant ist (Sager und Ledermann 2004: 4, Frage 1.1). Relevanz definiert sich darüber, ob das Programmkonzept dazu geeignet ist, die angestrebten Wirkungen zu erreichen. Zu beurteilen sind dabei verschiedene Teilaspekte, nämlich die Eignung der Ansätze, der Zielgruppen sowie der Themen und Prioritäten. In der Folge werden die Ergebnisse der Untersuchung der empirischen Evidenz und der Interpolicy-Kohärenz unter diesen Aspekten zusammengefasst und daraus Empfehlungen abgeleitet.

7.2.1 Eignung der Ansätze

Die Eignung der Ansätze kann erstens danach beurteilt werden, ob die Strategie M+G die richtigen Veränderungen anstrebt. Zweitens kann die Frage gestellt werden, ob sie mit ihren Massnahmen bei den richtigen Ursachen ansetzt. Und drittens kann gefragt werden, ob die richtigen Vorgehensweisen gewählt wurden.

Die Zielsetzungen der Strategie M+G drücken aus, welche Veränderungen bewirkt werden sollen. Die Strategie M+G strebt dann die richtigen Zielsetzungen an, wenn tatsächlich ein Bedarf für Veränderungen, wenn also effektiv ein Problem besteht. Wie aus Tabelle 22 ersichtlich ist, besteht für die wichtigsten Ziele der Strategie M+G, soweit dies festgestellt werden konnte, tatsächlich ein Bedarf. Sowohl die mittelfristigen Impactziele als auch die wesentlichen Outcomeziele lassen sich mit Verweis auf vorhandene empirische Evidenz begründen und sind problemadäquat. Die Strategie M+G strebt somit im Grossen und Gan-

zen die richtigen Veränderungen an. Wie bereits oben erwähnt, fehlt aber eine Konkretisierung der Ziele.

Tabelle 22: Problemadäquatheit der Zielvorgaben

<i>Zielvorgaben</i>	<i>Angestrebte Veränderungen</i>	<i>Problemadäquatheit</i>	<i>Erläuterung</i>
Mittelfristige Impactziele	Verbesserung des Gesundheitszustands der Migrationsbevölkerung	Gut	Objektive und subjektive Indikatoren weisen auf einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung hin.
	Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen	Offen	Es fehlen empirische Studien zu migrationsbedingten Kosten im Gesundheitswesen.
Übergeordnete Outcomeziele	Öffnung des Gesundheitssystems	Gut	Die generell schlechtere sozioökonomische Lage der Migrationsbevölkerung ist ein Hauptfaktor für deren gesundheitliche Defizite.
	Bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse	Gut	Neben der sozialen Lage gibt es auch migrationsspezifische Faktoren, welche für die gesundheitlichen Defizite der Migrationsbevölkerung verantwortlich sind.
	Stärkung der Selbstverantwortung der MigrantInnen	Eher gut	Es gibt gewisse Hinweise für eine geringere Fähigkeit zur Problemlösung der Migrationsbevölkerung und eine ungenügende Wahrnehmung der eigenen Interessen im präventiven Bereich.

Die zweite Frage, ob die Strategie M+G bei den richtigen Ursachen ansetzt, muss in einem breiteren Kontext beantwortet werden. Die Strategie M+G setzt, wie in Kapitel 4.4.2 und Abbildung 6 (S. 4) dargelegt, nicht bei den generellen Problemursachen wie der Migrationspolitik und den durch sie miterzeugten suboptimalen Rahmenbedingungen für die Integration an, sondern bei spezifischeren, gesundheitsbezogenen Ursachen. Die Analyse der Interpolicy-Kohärenz (Kapitel 6) hat gezeigt, dass zur Strategie M+G namentlich im Bereich der Migrationspolitik Widersprüche und Ambivalenzen bestehen, während sich die übrigen tangierten Politikbereiche zur Strategie M+G neutral verhalten oder in einer sich gegenseitig unterstützenden Beziehung zu ihr stehen. Eine Veränderung der Migrationspolitik wäre vielleicht am wirkungsvollsten und würde auch dem Ideal einer multisektoralen „Public Health“-Strategie entsprechen, wie sie von der WHO in der Ottawa-Charta gefordert wird. Diesem Ideal entsprechen gesundheitspolitische Programme kaum jemals. Auch die Strategie M+G entspricht ihm nicht (vgl. Kapitel 4.4.2). Multisektorale Programme scheitern oft an strukturellen Hindernissen (Departementalisierung, Ausdifferenzierung der Verwaltung) und einer grossen thematischen Komplexität. Gerade für ein Verwaltungsprogramm wie die Strategie M+G ist die Beschränkung auf einen Politikbereich deshalb angemessen. Die Lösung, dass im Strategiepapier der breitere Kontext thematisiert wird, sich die operativen

Vorgaben dann aber auf gesundheitsbezogene Problemursachen konzentrieren, wird in dieser Evaluation deshalb als richtig erachtet.

Der dritte Aspekt zur Eignung der Ansätze betrifft die Problematik der richtigen Vorgehensweisen. Die Beurteilung der empirischen Evidenz der Interventionsstrategie hat gezeigt, dass die das BAG im Bereich M+G zunächst einen segregativen, speziell auf die Migrationsbevölkerung konzentrierten Interventionsansatz verfolgte und dann immer stärker auch einen integrativen Ansatz wählte, bei dem es darum geht, die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung stärker ins Regelsystem einzubringen. Dieses zweigleisige Vorgehen wurde nicht nur in der Evaluation der bisherigen Tätigkeiten (Efionayi-Mäder et al. 2001) als richtig befunden, es drängt sich auch aufgrund der – empirisch begründeten (vgl. oben) – Zielsetzungen der Strategie auf. Für das übergeordnete Outcomeziel der Öffnung des Gesundheitssystems steht eindeutig der integrative Ansatz im Vordergrund, während das Outcomeziel der Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten klar einen segregativen Ansatz erfordert. Beim Outcomeziel der besseren Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse sind beide Vorgehensweisen angemessen.

Zusammenfassend kann die Eignung der Ansätze bejaht werden. Die Strategie M+G will Veränderungen bewirken, die tatsächlich notwendig sind, setzt dafür bei den richtigen Ursachen an und wählt die richtigen Interventionsansätze.

Empfehlung

Auch eine Nachfolgestrategie sollte sich als Verwaltungsprogramm (im Gegensatz zu einem politischen Programm) auf den Gesundheitsbereich konzentrieren, wobei im Rahmen des Möglichen durchaus die Abstimmung mit anderen Politikbereichen, namentlich auch mit der Migrationspolitik, zu suchen ist. Die Fokussierung auf den Gesundheitsbereich könnte allenfalls durch eine Umbenennung in „Strategie Gesundheit und Migration“ deutlicher gemacht werden.

Die Interventionsansätze sind im Lichte der Zielsetzungen zu überprüfen. Sollte das Empowerment-Ziel (Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten) für die Strategie M+G noch weiter in den Hintergrund rücken, ist eine Konzentration auf den integrativen Ansatz in Betracht zu ziehen.

7.2.2 Eignung der Zielgruppen

Im Gegensatz zum Vorgängerprojekt, dem „Projekt Migration und Gesundheit“, das fünf Herkunftsgruppen als Zielgruppen definierte, werden in der Strategie M+G keine spezifischen Gruppen genannt. Dies erlaubt einerseits eine grössere Flexibilität. Andererseits bleibt die Strategie M+G wegen dieser Offenheit auch vage. So fehlen transparente Kriterien für die

Auswahl der Begünstigten, wie sie die Evaluation des Vorgängerprogramms (Efionayi-Mäder et al. 2001) verlangt hatte.

Im Gegensatz zur Zulassungs- und Asylpolitik, die den Zugang zu staatlichen Leistungen vom Aufenthaltsstatus abhängig macht, orientiert sich die Strategie M+G an der Problemsituation und verwendet eine breite Definition der Migrationsbevölkerung (vgl. Glossar), die auch Kurzaufenthalter und -aufenthalterinnen, Asylsuchende und vorübergehend Aufgenommene sowie sich illegal in der Schweiz aufhaltende Personen umfasst. Im Hinblick auf die Zielsetzungen der Strategie M+G erscheint diese problemorientierte Definition der *Begünstigten* grundsätzlich als angemessen. Die migrationspolitischen Rahmenbedingungen erschweren jedoch die Erreichbarkeit bestimmter Gruppen (vgl. Kapitel 6.4.).

Bei der Problemerkörterung wird von erheblichen Unterschieden innerhalb der Migrationsbevölkerung gesprochen, insbesondere in Bezug auf das Geschlecht (Migrantinnen sind von gewissen Problemen stärker betroffen als Migranten) und auf das Migrationsmotiv (Unterschiede zwischen Asylsuchenden und Arbeitsmigrantinnen). Diese Unterschiede werden bei den operativen Vorgaben punktuell berücksichtigt (Erwähnung von geschlechtsspezifischen Aspekten bei verschiedenen Massnahmen; Interventionsbereich Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich). Der Kreis der Begünstigten wird jedoch nicht systematisch genauer definiert. Verschiedene Kriterien finden bei den operativen Vorgaben überhaupt keine Erwähnung, so etwa Alter und Herkunft sowie namentlich das Kriterium der sozialen Schicht, obwohl implizit deutlich wird, dass die Massnahmen der Strategie M+G insbesondere sozial benachteiligten Migrantinnen und Migranten zugute kommen sollten.

Betrachtet man die einzelnen Massnahmen, wird deutlich, dass sich diese sowohl an leistungserbringende Dienste, an vermittelnde Personen (ikÜ, ikV) als auch an Migrantinnen und Migranten selber richten. Es gibt somit verschiedene, massnahmenspezifische, jedoch keine generell definierten *Adressaten*. Die Darstellung der Adressaten ist im Strategiepapier auch wenig klar (vgl. Kapitel 5.2.3).

Soweit sich die Adressaten und Begünstigten der Strategie M+G aus dem Programmkonzept rekonstruieren lassen, kann ihre Eignung weitgehend als gegeben betrachtet werden. In Bezug auf die Begünstigten ist eindeutige empirische Evidenz für geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden. Deren Berücksichtigung ist deshalb sinnvoll. Zum Asylbereich fehlen bisher statistische Daten. Angesichts der empirischen Evidenz, dass sozioökonomische Faktoren einen Grossteil der gesundheitlichen Defizite der Migrationsbevölkerung erklären, ist zudem die implizite Ausrichtung auf sozial benachteiligte Personengruppen besonders zu begrüssen. Die Adressaten sind im Strategiepapier nicht klar definiert und je nach Massnahme unterschiedlich, weshalb sich hier keine Aussagen zu ihrer Eignung machen lassen.

Empfehlung

Die problemorientierte Wahl der Begünstigten und Adressaten sollte bei der Nachfolgestrategie beibehalten werden und sich unbedingt auf eine differenzierte Analyse der vorhandenen Daten (unter Einbezug des Gesundheitsmonitorings und der weiteren Grundlagenforschung) stützen. Faktoren, die sich in der Analyse als aussagekräftig erweisen (z.B. sozioökonomische Lage, Geschlecht und Alter), sollten explizit als Kriterien für die Auswahl der Begünstigten verwendet werden. Ausgehend davon können die Massnahmen entwickelt und die Adressaten bestimmt werden.

7.2.3 Eignung der Themen

Die Eignung der Themen wird erstens anhand der Kontextanalyse bewertet, indem untersucht wird, wie sich die Interventionsbereiche der Strategie M+G zu den Politikbereichen verhalten, mit welchen sie Berührungspunkte aufweisen. Zweitens wird die Eignung der Themen anhand der empirischen Evidenz für die einzelnen Massnahmen beurteilt.

Die Analyse der Interpolicy-Kohärenz hat ergeben, dass es zwischen der Strategie M+G und den Politikbereichen, zu denen sie Bezüge aufweist, auf operativer Ebene kaum Widersprüche gibt. Insgesamt fügt sich die Strategie M+G gut in die Aktivitäten des Bundes, zu denen sie Berührungspunkte aufweist, ein. Die grössten Schnittstellen bestehen innerhalb des BAG mit dessen gesundheitspolitischen Aktivitäten. Diese sind mehrheitlich universalistisch ausgerichtet, d.h. sie richten sich an die Gesamtbevölkerung, während die Strategie M+G speziell die Migrationsbevölkerung ansprechen will. Die universalistischen Massnahmen werden somit durch bedürfnisorientierte, partikularistische Aktivitäten für die Migrationsbevölkerung ergänzt. Bei der Umsetzung hat sich bei einzelnen Massnahmen durchaus ein Koordinationsbedarf ergeben. Dies gilt auch für die Integrationsförderung des Bundes, zu der ebenfalls wichtige Bezüge bestehen (vgl. Ledermann und Sager 2006).

Bei den meisten Interventionsbereichen und Massnahmen (Bildung, Gesundheitsversorgung inkl. Sensibilisierung, Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich) verfügt der Bund ausserdem nur über beschränkte Kompetenzen, während in erster Linie die Kantone, Gemeinden oder private Verbände für die Umsetzung zuständig sind. Auch hier fehlen konkrete Hinweise auf Widersprüche.

Tabelle 23: Problemadäquatheit der Massnahmen

Massnahme	Ansatzpunkt (Problemursache)	Problemadäquatheit	Erläuterung
B1: Aus- und Fortbildung ikÜ	Sprachliche/interkulturelle Verständigungsprobleme	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz für Verständigungsprobleme vorhanden, aber Notwendigkeit für <i>professionelle</i> ikÜ im Vergleich zur Laienübersetzung z.T. in Frage gestellt.
B2: Aus- und Fortbildung ikV	Sprachliche/interkulturelle Verständigungsprobleme	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz für Verständigungsprobleme vorhanden und generell schlechteres Gesundheitsverhalten zeigt Bedarf für zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung, u.a. mit Abstützung auf ikV, aber Notwendigkeit für <i>professionelle</i> ikV z.T. in Frage gestellt.
	Beschränkte Wahrnehmung eigener Interessen		
B1: Aus- und Fortbildung ikÜ	Fehlende Sensibilisierung für Migrationsproblematik	Offen	Empirische Evidenz konnte nicht direkt überprüft werden.
I1: Prävention und Gesundheitsförderung	Beschränkte Wahrnehmung eigener Interessen	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für generell schlechteres Gesundheitsverhalten zeigt Bedarf für zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei sind bereichsspezifische protektive Faktoren bei der Ausgestaltung von Massnahmen zu beachten.
I2: Sensibilisierung Leistungserbringer	Fehlende Sensibilisierung für Migrationsproblematik	Offen	Empirische Evidenz konnte nicht direkt überprüft werden.
V1: Leicht zugängliche Angebote	Zugangs-/Versorgungsprobleme im Gesundheitssystem	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Bedeutung der Niederschwelligkeit im Migrationskontext empirisch belegt. Unterversorgung ist allerdings nur im präventiven und psychosozialen Bereich empirisch nachgewiesen.
V2: Vermittlungs- und Koordinationsdienste	Zugangs-/Versorgungsprobleme im Gesundheitssystem	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für Schnittstellenprobleme vorhanden, vor allem zwischen Allgemeinmedizin und spezialärztlichen Leistungen.
V3: Einsatz von ikÜ	Sprachliche/interkulturelle Verständigungsprobleme	Teilweise umstritten	Vgl. Erläuterungen zu Massnahme B1.
T1: Differenzierung bestehendes Angebot	Migrationsspezifische Pathologien	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für Bedarf an spezialisierte Leistungen bei einem Teil der Flüchtlinge gegeben. Differenzierter Umgang mit Traumaproblematik erforderlich.
T2: Aufbau niederschwelliger Angebote	Migrationsspezifische Pathologien	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz zeigt Gefahr eines undifferenzierten Gebrauchs der Trauma-diagnose und der Medikalisierung von Asylverfahren.

Die Eignung der Themen lässt sich zweitens auch danach beurteilen, ob die Massnahmen bei einer Problemursache ansetzen, die empirisch belegt ist, und ob ihre Ausgestaltung die vorhandene empirische Evidenz berücksichtigt. Tabelle 23 fasst die in Kapitel 4.4.2 diskutierten Resultate zur Problemadäquatheit der Massnahmen (ohne den Interventionsbereich der Forschung) zusammen. Bei vier der insgesamt zehn Massnahmen ist eindeutig empirische Evidenz vorhanden. Die empirische Evidenz liefert dabei Hinweise dafür, wie die entsprechenden Massnahmen ausgestaltet werden sollten. Bei weiteren vier Massnahmen ist ebenfalls gewisse empirische Evidenz vorhanden, doch gibt es auch wissenschaftliche Studien, die gegen die entsprechenden Massnahmen sprechen. Die Evidenzlage ist somit teilweise etwas widersprüchlich. Dies trifft namentlich auf die professionelle interkulturelle Übersetzung und Vermittlung sowie auf die Therapieangebote für traumatisierte Asylsuchende zu. Bei weiteren zwei Massnahmen, welche von der Notwendigkeit einer Sensibilisierung der Angebotsseite im Gesundheitswesen ausgehen, konnte die empirische Evidenz nicht beurteilt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Themen der Strategie M+G relativ geeignet erscheinen. Sie gliedern sich zum Grossteil gut in die Aktivitäten des Bundes in den tangierten Politikbereichen ein, und auch zu den Tätigkeiten von weiteren Akteuren wie Kantonen, Gemeinden und privaten Verbänden wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung keine Widersprüche festgestellt. Für alle acht Massnahmen, die näher untersucht worden sind, lässt sich bis zu einem bestimmten Grade empirische Evidenz nachweisen. Allerdings ist bei der Hälfte aufgrund der vorhandenen empirischen Evidenz eine bestimmte Ausrichtung angezeigt, während bei der anderen Hälfte widersprüchliche wissenschaftliche Grundlagen vorliegen, weshalb die Evidenzlage bei diesen Massnahmen als teilweise umstritten gelten muss.

Empfehlung

Bei der Entwicklung einer Nachfolgestrategie ist in erster Linie auf die BAG-internen Schnittstellen sowie auf die Berührungspunkte mit der EKA zu achten. Diese Beziehungen sind noch vermehrt synergetisch statt komplementär auszugestalten.

Beim Entscheid über einzelne Massnahmen und deren Ausrichtung ist die vorhandene empirische Evidenz zu beachten und kritisch zu hinterfragen.

7.2.4 Eignung der Prioritäten

Die Strategie M+G setzt einerseits implizit Prioritäten bei den Zielsetzungen, die sie verfolgt. Andererseits wird explizit eine Prioritätenordnung bei den Interventionsbereichen festgelegt. In diesem Abschnitt werden diese Prioritäten anhand der Erkenntnisse aus den Analysen zur empirischen Evidenz sowie zur Intrapolicy- und Interpolicy-Kohärenz beurteilt.

Mit der Strategie M+G werden drei übergeordnete Outcomeziele verfolgt:

- Öffnung des Gesundheitssystems
- Bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse
- Stärkung der Selbstverantwortung der Migrantinnen und Migranten.

Diese drei Ziele werden implizit unterschiedlich gewichtet. So zielen zwar sämtliche Interventionsbereiche auf eine stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten sowie, mit Ausnahme der Forschung, auf eine Öffnung des Gesundheitssystems ab, hingegen hat lediglich der Interventionsbereich Information, Prävention und Gesundheitsförderung die Stärkung der Selbstverantwortung zum Ziel (vgl. Tabelle 3, S. 33 sowie Kapitel 5.3.2). Die Ausrichtung der verschiedenen Interventionsbereiche macht somit deutlich, dass die Strategie M+G die ersten beiden Ziele stärker betont als die Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten (Empowerment).

Diese Gewichtung der Ziele ist aufgrund der vorhandenen empirischen Evidenz sinnvoll: Wissenschaftliche Studien zeigen, dass sich ein Empowerment umso schwieriger gestaltet, je stärker die soziale Benachteiligung einer Gruppe ist. Bei Teilen der Migrationsbevölkerung zeigt sich gerade eine solche starke Benachteiligung, weshalb sie mit Massnahmen zur Stärkung der Selbstverantwortung nur schwer zu erreichen sein werden. Die Verfolgung der zwei anderen Outcomeziele, die auf der Angebotsseite ansetzen und damit auf dem Bring- anstatt auf dem Holprinzip basieren, ist deshalb wichtig. Durch eine bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse und eine Öffnung des Gesundheitssystems kann die gesundheitliche Benachteiligung reduziert werden, was wiederum zum Ziel des Empowerments beiträgt. Die Schwerpunktsetzung bei den Zielen der Strategie M+G ist aus dieser Sicht zu begrüssen.

Eine explizite Prioritätenordnung legt die Strategie M+G bei den Interventionsbereichen fest:

1. Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) (B)
2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung (I)
3. Gesundheitsversorgung (V)
4. Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (T)
5. Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring) (F)

Diese Reihenfolge der Bereiche entspricht gemäss dem Strategiepapier einer Prioritätenordnung bei der Finanzierung und Umsetzung. Aus dem Programmkonzept geht nicht näher hervor, wie sich die Prioritätenordnung konkret äussern soll. In der Anzahl der Massnahmen pro Interventionsbereich kommt sie jedenfalls nicht zum Ausdruck; die Bildung als wichtigster Bereich hat wie die Forschung als unwichtigster Bereich drei Massnahmen, während der zweitwichtigste Bereich der Information, Prävention und Gesundheitsförderung zum Beispiel nur zwei Massnahmen umfasst (vgl. Kapitel 5.2.3). Inwiefern der festgelegten Prioritäten-

ordnung Rechnung getragen wurde, hat die Evaluation der Umsetzung (Ledermann und Sager 2006) untersucht.

Die Eignung der festgelegten Prioritäten kann einerseits in Bezug auf die Kompetenzen des Bundes in den einzelnen Bereichen beurteilt werden. Diesbezüglich hat die Analyse der Interpolicy-Kohärenz gezeigt, dass die Strategie M+G bei den vier wichtigsten Bereichen (Interventionsbereiche Bildung und Gesundheitsversorgung sowie Teile des Bereichs Information, Prävention und Gesundheitsförderung und Therapieangebote für traumatisierte Asylsuchende) in Politikfelder hineinwirkt, für die in erster Linie die Kantone zuständig sind oder private Verbände eine wichtige Rolle spielen. Der Einbezug dieser Akteure bei der Umsetzung stellt eine Herausforderung dar, der sich die Strategie M+G aufgrund der Bedeutung der betroffenen Interventionsbereiche stellen muss. Ob der Einbezug gelungen ist, ist im Rahmen der Evaluation der Umsetzung (Ledermann und Sager 2006) betrachtet worden. Hinsichtlich des Programmkonzepts kann grundsätzlich festgestellt werden, dass die organisatorischen Vorgaben allgemein einen solchen Einbezug vorsehen (Kapitel 3.5.1) und die Kantone, Städte sowie verschiedene Institutionen in der interinstitutionellen Begleitgruppe vertreten sein sollen (Kapitel 3.5.3).

Bezüglich der empirischen Evidenz, die für die einzelnen Massnahmen innerhalb der verschiedenen Bereiche vorhanden ist (vgl. Tabelle 23 oben), kann kritisch bemerkt werden, dass sie bei zwei Massnahmen im prioritären Bildungsbereich teilweise umstritten ist, während sie für die dritte Massnahme nicht überprüft werden konnte. Dabei muss allerdings erwähnt werden, dass sich zwischen Massnahmen aus verschiedenen Interventionsbereichen eindeutig Wechselwirkungen erkennen lassen. So sollen z.B. mit Massnahme B1 interkulturelle Übersetzende ausgebildet werden, deren Einsatz im Rahmen von Massnahme V3 geregelt werden soll. Die Problemursachen werden jeweils mit Massnahmen aus verschiedenen Interventionsbereichen angegangen (vgl. Abbildung 9, S. 104, Kapitel 4.4.2 und 5.2.3). Die Interventionsbereiche können aufgrund dieser Interdependenzen nicht losgelöst voneinander bewertet werden.

Im Grossen und Ganzen lässt sich festhalten, dass die Zielsetzungen der Strategie M+G sinnvoll gewichtet werden, während keine klaren Aussagen zu den Prioritäten der Interventionsbereiche möglich sind. Bei den Zielen ist es aufgrund der Schwierigkeiten, die beim Empowerment zu erwarten sind, richtig, die Öffnung des Gesundheitssystems und die bessere Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse stärker zu betonen als die Stärkung der Selbstverantwortung von Migrantinnen und Migranten. Bei den Interventionsbereichen ist hingegen nicht klar, wie die festgelegte Prioritätenordnung konkret umgesetzt werden soll. Kritisch anzumerken ist, dass die empirische Evidenz im prioritären Bereich der Bildung teilweise umstritten ist. Aufgrund der zu erwartenden Wechselwirkungen können einzelne Bereiche aber kaum losgelöst voneinander bewertet werden. Dass in

den drei wichtigsten Interventionsbereichen der Strategie M+G nicht in erster Linie der Bund, sondern Kantone, Gemeinden und Verbände zuständig sind, unterstreicht die Bedeutung der Zusammenarbeit mit diesen Akteuren bei der Umsetzung der Strategie M+G.

Empfehlung

Die Zielsetzungen der Strategie M+G und ihre impliziten Prioritäten sind empirisch begründet und können weiterverfolgt werden. Zudem empfiehlt es sich im Hinblick auf eine Nachfolgestrategie, eine Konkretisierung der Ziele im Sinne einer Prioritätenordnung vorzunehmen. Ausgehend von den Kenntnissen der Problemlage sollte somit klar und konkret definiert werden, was mit der Strategie bewirkt werden soll. In Abhängigkeit davon sind anschliessend die Interventionsbereiche und Massnahmen zu gewichten. Statt einer losgelösten Prioritätenordnung der operativen Vorgaben sind diese folglich mit den Zielsetzungen zu verknüpfen.

7.3 Delphi-Methode als Grundlage für die Strategieentwicklung

Als Grundlage für die Entwicklung der Strategie M+G wurde eine Delphi-Studie, d.h. eine strukturierte Expertenbefragung durchgeführt. Diese Studie ist im Rahmen der Evaluation des Programmkonzepts dahingehend beurteilt worden, ob sie geeignet war, um die vorhandene empirische Evidenz zusammenzutragen. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Anlage der Studie aus mehreren Gründen nur beschränkt diesem Zweck dienen konnte.

Erstens wurde eine so genannte Decision-Delphi-Methode gewählt, deren Zielsetzung die Herstellung von Konsens ist. Damit war die Studie von Beginn weg nicht in erster Linie auf eine Bedarfsabklärung im Sinne einer Problemanalyse angelegt.

Zweitens wurden die Teilnehmenden der Studie ausgehend vom Ziel des Konsenses auf der Basis des Kriteriums der Tätigkeit im Feld Migration und Gesundheit ausgewählt. Die meisten Teilnehmenden vertraten deshalb Organisationen oder Institutionen mit je eigenen Interessen an der Strategie M+G. Eine unabhängige Aussenperspektive hingegen konnte auf diese Weise nicht erreicht werden.

Drittens wurden die Themen, zu welchen die Expertinnen und Experten befragt wurden, durch ein Gremium ausgewählt, in dem in erster Linie die Verwaltung und nicht die Wissenschaft vertreten war. Da die offenen Fragen in der Studie nicht systematisch ausgewertet wurden, bestand im weiteren Verlauf der Studie zudem keine Möglichkeit, wichtige Themen später noch einzubringen.

Während die Studie somit gar nie auf die Abklärung des Problembedarfs ausgerichtet war, ist die Abklärung der *Bedürfnisse* der Migrationsbevölkerung ihrerseits an der geringen Beteili-

gung der Migrantenorganisationen gescheitert. Dazu wären im Rahmen der schriftlichen Befragung zusätzliche Anstrengungen notwendig gewesen.

Die Evaluation kommt deshalb zum Schluss, dass die Delphi-Studie durch den Konsens, der durch sie unter den im Feld Migration und Gesundheit tätigen Akteuren geschaffen werden konnte, durchaus zur Abstützung der Strategie M+G beigetragen hat. Sie hat jedoch nicht unbedingt zu ihrer *wissenschaftlichen* Abstützung beigetragen.

Empfehlung

Im Hinblick auf eine Nachfolgestrategie scheint die Durchführung einer Delphi-Studie nur bedingt angezeigt, um die wissenschaftliche Abstützung zu verbessern. Es gilt in erster Linie, auf die mittlerweile zahlreicheren wissenschaftlichen Studien zurückzugreifen.

Sollte eine Delphi-Studie durchgeführt werden, ist für die Einschätzung des Problembedarfs wichtig, dass die wissenschaftliche Perspektive stärker berücksichtigt wird. Die Themenwahl könnte z.B. durch eine wissenschaftliche Begleitgruppe der Delphi-Studie vorgenommen werden. Auch unter den Teilnehmenden könnte die Gruppe von Personen aus der Wissenschaft, die nicht direkt in Projekte involviert sind, zahlreicher vertreten sein.

Soll die Delphi-Studie zudem der Bedürfnisabklärung dienen, ist die Befragung so auszugestalten, dass die Hürden für die Teilnahme von Migrantinnen und Migranten gesenkt werden. Dazu gehört, dass der Fragebogen einfach verständlich sein muss. Zu prüfen sind in dem Fall auch zusätzliche Unterstützungsmassnahmen. Hier kann allenfalls auf die Erfahrungen aus der Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitorings zurückgegriffen werden.

In jedem Fall gilt, dass eine Delphi-Studie durch weitere Verfahren sicherlich sinnvoll ergänzt werden könnte (Methodentriangulation).

ANHANG

8 Quellenverzeichnis

8.1 Literatur

- BAG (1997). „Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation“. Bern: Fachbereich Evaluation, Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2001). „Gesamtstrategie BAG: Inhaltlich definitive Version gemäss Beschluss der BAG-Leitungssitzung vom 5.11.2001“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2002a). „Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2002b). „Forschungskonzept Gesundheit 2004–2007“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2002c). „Projekt Migration und Gesundheit: Schlussbericht 2000–2002“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Dienst Migration.
- BAG (2003a). „Projektantrag Umsetzung Strategie Migration und Gesundheit 2002–2006“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2003b). „Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008“. 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). „Teil-Evaluation des nationalen Präventionsprogramms „Impf-Information Schweiz“ (2002–2008): Pflichtenheft der Evaluation“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Berg, G. (1995). „Ausländische Frauen und Gesundheit: Migration und Gesundheit“, *Bundesgesundheitsblatt* (2): 46-51.
- BFS (1998). „Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz: Detailliergebnisse 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, A. (1995). *Migration and Health in Switzerland*. Genève: Unité de médecine des voyages et des migrations, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).
- Bischoff, A. und P. Wanner (2003). „Ein Gesundheitsmonitoring von MigrantInnen: Sinnvoll? Machbar? Realistisch?“. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM).
- Bisig, B., F. Paccaud und F. Gutzwiller (2004). „Brustkrebsfrüherkennung“, in: Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Detailresultate*. Zürich, Chur: Rüegger: 11-38.
- Blöchlinger, C., C. Hatz, R. Weiss, C. Herzog, M. Tanner, P.-A. Raeber, L. Loutan und T. Jung-hans (1994). *Gesundheitsprobleme und allgemeinmedizinische Versorgung von Asyl-suchenden und Flüchtlingen in der Schweiz aus hausärztlicher Sicht*. Basel: Medizinische Abteilung und Abteilung für Gesundheitswesen und Epidemiologie des Schweizerischen Tropeninstitutes.

- Bollini, P. (1992). „Health Policies for Immigrant Populations in the 1990s: A Comparative Study in Seven Receiving Countries“, *Migration XXX*(Special Issue ‘Migration and Health in the 1990s’): Geneva: International Organization for Migration.
- Bollini, P. und H. Siem (1995). „No Real Progress Towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000“, *Social Science & Medicine* 41(6): 819-28.
- Bolzmann, C., R. Fibbi und M. Vial (2000). „Migranten im Pensionsalter: Lebensbedingungen und Gesundheitszustand“, *Soziale Medizin* (1): 32-35.
- Bouchardy, C., P. Wanner und L. Raymond (1999). „Mortalité des étrangers en Suisse: Résultats d’une analyse des décès par cause (1989-1992)“. Bern: Office Fédéral de la Statistique (BFS).
- BSV (2001). „Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz - Synthesebericht“. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung (BSV).
- Bucher, H. und F. Gutzwiller (1987). „Gesundheitsverhalten und soziale Ungleichheit in der Schweizer Bevölkerung: Ergebnisse aus der SOMIPOPS-Studie“, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* (124): 1660-65.
- Bundesrat (1992). „Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991“. 93-292.
- Bundesrat (2000a). „Botschaft zu einem neuen Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 6. September 2000“. 5686-774.
- Bundesrat (2000b). „Botschaft zu einem neuen Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 6. September 2000“.
- Bundesrat (2002a). „Botschaft zum Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer vom 8. März 2002“. 3709-850.
- Bundesrat (2002b). „Botschaft zur Änderung des Asylgesetzes, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung sowie zur Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 4. September 2002“. BBl: 6845-937.
- Bundesrat (2004). „Botschaft zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) vom 3. Dezember 2004“. 173-250.
- Büro Vatter, INFRAS und IDHEAP (2004). „Evaluation der ‘Strategie Migration und Gesundheit 2002–2006’: Offerte“. Bern.
- 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.
- Carballo, M. (1994). *Scientific Consultations on Social and Health Impact of Migration: Priorities for Research. Final Report*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).
- Carballo, M., J. J. Divino und D. Zeric (1998). „Migration and Health in the European Union“, *Tropical Medicine and International Health* 3(12): 936-44.
- Cattacin, S., M. Chimienti, S. Losa und M. Niederberger (2000). „Delphi ‘Migration und Gesundheit’: Kurzauswertung der ersten Runde“. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM).
- Chenau, F. (2005). „‘Evaluation der Strategie Migration und Gesundheit 2002–2006’, Rapport intermédiaire, version du 14 septembre 2005: Méta-évaluation“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Sektion Forschung, Evaluation und Berichterstattung (FEB).

- 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, B., A. Spörri-Fahrni, B. Spencer, U. Broesskamp, B. Ruckstuhl und G. Ackermann (2004). „Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz: Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Dahinden, J., C. Delli und W. Grisenti (2004). „Nationale Machbarkeitsstudie Projekmodell 'Migration und Sucht' „. Neuchâtel, Basel: SFM.
- Domenig, D. (2001). *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Bern: Huber.
- Efionayi-Mäder, D. und C. Achermann (2003). „Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz“. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung (BSV).
- Efionayi-Mäder, D., M. Chimienti, S. Losa und S. Cattacin (2001). „Evaluation des Gesamtprogrammes „Migration und Gesundheit“ des Bundesamts für Gesundheit“, *Forschungsbericht 17/2001*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien (SFM).
- Egger, M., C. E. Minder und G. D. Smith (1990). „Health Inequalities and Migrant Workers in Switzerland“, *Lancet* (29 September 1990): 816.
- EJPD (2003). „Förderung der Integration von Ausländerinnen und Ausländern. Schwerpunktprogramm für die Jahre 2004 bis 2007. Prioritätenordnung.“ Bern: Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD).
- Expertenkommission Migration (1997). „Integrationspolitik - Bericht der Arbeitsgruppe Integration“, in: Expertenkommission Migration (Hg.). *Ein neues Konzept der Migrationspolitik, Materialienband*. Bern: Bundesamt für Flüchtlinge: 76-101.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2004). „quint-essenz“. Gesundheitsförderung Schweiz. www.quint-essenz.ch (2005/04/06).
- GFS (2001). „Leitbild“: Gesundheitsförderung Schweiz (GFS).
- Gilgen, D., D. Maeusezahl, C. S. Gross, E. Battegay, P. Flubacher, M. Tanner, M. G. Weiss und C. Hatz (2005). „Impact of Migration on Illness Experience and Help-seeking Strategies of Patients from Turkey and Bosnia in Primary Health Care in Basel“, *Health & Place* (11): 261-73.
- GWF (2003). „Ressortforschung des Bundes, Konzepte 2004-2007. Forschung im Dienste der Gesellschaft“. Bern: Gruppe für Wissenschaft und Forschung (GWF).
- Hammer, S., J. Trageser und S. Ledermann (2006). „Evaluation der Strategie 'Migration und Gesundheit 2002–2006': Ergebnisse der Projektevaluationen (Beilagenband 3)“. Zürich: INFRAS.
- Höpflinger, F. (2000). *Demographische Alterung und individuelles Altern*. Zürich: Seismo.
- Interpret' (2002). „Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Schlussbericht“. Bern: Interpret'.
- Ita, M. (2005). Rechtsgrundlagen, Strukturen und öffentliche Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene, an Bern, Lausanne:
- Knoepfel, P., C. Larrue und F. Varone (2001). *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Genève, Bâle, Munich: Helbing & Lichtenhahn.
- Knoepfel, P., F. Varone, W. Bussmann und L. Mader (1997). „Evaluationsgegenstände und Evaluationskriterien“, in: Peter Knoepfel (Hg.). *Einführung in die Politikevaluation*. Basel, Frankfurt a.M.: Helbing & Lichtenhahn: 78-118.

- Ledermann, S. und F. Sager (2005). „Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2010. Entwurf.“ Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
- Ledermann, S. und F. Sager (2006). „Evaluation der Strategie ‘Migration und Gesundheit 2002–2006’: Evaluation der Programmumsetzung (Beilagenband 2, überarbeitete Fassung)“. Bern: Büro Vatter.
- Ledermann, S., F. Sager, S. Hammer und P. Zeyen Bernasconi (2005). „Evaluation der Strategie ‘Migration und Gesundheit 2002–2006’: Erster Zwischenbericht“. Bern.
- Ledermann, S., C. Rüefli, F. Sager und P. Zeyen Bernasconi (2006). „Evaluation der Strategie ‘Migration und Gesundheit 2002–2006’: Evaluation des Programmkonzepts: Erster Zwischenbericht, überarbeitete Fassung“. Bern: Büro Vatter.
- Leu, R. E., S. Burri und P. Aregger (1998). „Armut und Lebensbedingungen im Alter: Spezialauswertung im Rahmen des NFP 29 ‘Wandel der Lebensformen und Soziale Sicherheit’“. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).
- Longchamp, C., M. Aebersold, B. Rousselot und S. Ratelband-Pally (2005). „Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend“. Bern: gfs.bern.
- M+G (2002). „Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Marie Meierhofer-Institut für das Kind (1998). „Startbedingungen für Familien“. Zürich: pro juventute.
- Martikainen, P., A. Aromaa, M. Heliövaara und et al. (1999). „Reliability of Perceived Health by Sex and Age“, *Social Science & Medicine* 48(8): 1117-22.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Meyer, B. (2002). „Mehrsprachigkeit in deutschen Krankenhäusern“, *Mitteilungen für Dolmetscher und Übersetzer (MDÜ)* (1).
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004). „Psychische Gesundheit - Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Pammer, C. (2000). „Möglichkeiten für MigrantInnen zur gesundheitlichen Versorgung“. Steiermark: Akademie für Sozialarbeit.
- Rommel, A., C. Weilandt und J. Eckert (2006). „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung: Endbericht (rev. Fassung vom Mai 2006)“. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).
- Rüefli, C. und F. Sager (2004). „Public Health, Prävention und Föderalismus: Erkenntnisse aus der Umsetzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung“, *Sozial- und Präventivmedizin* 49: 216-23.
- Rütten, A., v. G. Lüschen, T. Lengerke, T. Abel, L. Kannas, J. A. R. Kiaz, J. Vink und J. v. d. Zee (2000). *Health Promotion Policy in Europe. Rationality, Impact, and Evaluation*. München: Oldenbourg.
- Rywalski, A. (2004). „Stratégie Migration et santé 2002–2006: Cahier des charges pour une évaluation de la Stratégie“. Berne: Bundesamt für Gesundheit (BAG), CCE.
- Sager, F. und S. Ledermann (2004). „Evaluation der Strategie ‘Migration und Gesundheit 2002–2006’: Detailkonzept“. Bern: Büro Vatter.
- Salis Gross, C. (2004). „Struggling with Imaginaries of Trauma and Trust: The Refugee Experience in Switzerland“, *Culture, Medicine and Psychiatry* (28): 151-67.
- Schoch, S. und B. Cottet (2001). „Integration der anerkannten Flüchtlinge“. Bern: Schweizerische Flüchtlingshilfe.

- Schwartz, F. (2000). „Erwartungen an ein Qualitätsmanagement der Prävention durch die Gesetzliche Krankenversicherung“. Hannover.
- Spang, T. (2002). „Strategie Migration und Gesundheit: Massnahmenplan 2002–2006“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Spang, T. und V. Hanselmann (2004). „Bundesstrategie ‚Migration und Gesundheit 2002-2006‘: Struktureller Ansatz unter Berücksichtigung der Zielgruppen“, *FORUM Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM)*(3): 21-26.
- Spinatsch, M. (2004). „Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz? Grundlagen und Materialien für eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Aktivitäten des Bundes“. Bern: Dr. Markus Spinatsch - Beratung für Politik und Verwaltung.
- Strub, S., S. Spycher und T. Egger (2004). „Dokumentation ‘Inventar der Schweizer Gesundheitsdatenbanken’“, *Forschungsprotokoll Nr. 2*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tomatis, L. (1990). *Cancer, Causes, Occurrence and Control*. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC).
- Tonnere, C., A. Bischoff und L. Loutan (1997). „The Need for Medical Interpreters: A Survey in Medical Services in Switzerland“, *Fifth International Conference on Travel Medicine*, Geneva.
- Vranjes, N., B. E. Bisig und F. Gutzwiller (1996). „Gesundheit der Ausländer in der Schweiz“. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Facheinheit Sucht und Aids.
- Wanner, P., C. Bouchardy und L. Raymond (1998). „Verhalten der in der Schweiz wohnhaften Ausländer in den Bereichen Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum sowie Gesundheitsvorsorge“, *DEMOS 2*: 3-20.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Weiss, R. und R. Stuker (1998). „Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem: Grundlagenbericht“. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM).
- WHO (1998). „Gesundheit21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert: Eine Einführung“, *Schriftenreihe „Gesundheit für alle“*, Nr. 5. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa.
- Wicker, H.-R. (1993). *Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Bern: Institut für Ethnologie.
- Zeyen Bernasconi, P., B. Cloetta und T. Abel (2001). *Prävention und Gesundheitsförderung: National koordinierte Programme in den Bereichen Brustkrebs, Zigarettenrauchen, Sport und körperliche Aktivität sowie gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen*. Muri/Bern: Verlag Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP).

8.2 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

Mandat Begleitgruppe „Strategiepapier Migration und Gesundheit“.

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

Pflichtenheft Teilprogrammleitung (Wissenschaftlicher Mitarbeiter) vom 07.04.2002.

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.

8.3 Zusätzliche Literatur zur Beurteilung der empirischen Evidenz

- Aahmad, W.I.U. (Hg.) (1993) *The Policies of 'Race' and Health*. Bradford: Race Relations Unit, University of Bradford and Illkely Community College.
- Abel, Th. (1999) „Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung“, in: Maeder, Ch. et al. (Hg.) *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft: Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zürich: Seismo: 43-61.
- Agkün, L. (1998) „Therapie im interkulturellen Kontext unter Berücksichtigung unterschiedlicher Selbstkonzepte“, in: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hg.) *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag: 44-53.
- Badura, B. und P. Strodtholz (1998) „Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften“, in: K. Hurrelmann und U. Laaser (Hg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Berlin: Springer: 145-174.
- Bischoff, A. und L. Loutan (2000) „Mit anderen Worten: Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege“. Bern und Genf: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).
- Bolliger, A. (1989) *Santé et recours aux soins des étrangers établis en Suisse: Résultats de l'enquête SOMIPOPS*, Dissertation. Lausanne: Institut de Médecine Sociale et Préventive.
- Bolzmann, C., J. El-Sonbati, R. Fibbi und M. Vial (1999) „Liens intergénérationnelles et formes de solidarité chez les immigrés: quelles implications pour le travail social?“, in: Bolzmann, C. und J.-P. Tabin (Hg.) *Populations immigrées: Quel insertion? Quel travail social?* Genève: Editions IES: 77-90.
- Borde, D.M. und H. Kentenich (Hg.) (1999) *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibungen und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a.M.: Mabuse, 2. Aufl.
- Borde, D.M. und H. Kentenich (Hg.) (2000) *Migration – Frauen – Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt a.M.: Mabuse, 2. Aufl.
- Buchmann, M. (1991) „Soziale Schichtung im Wandel: Zur Differenzierung sozialer Ungleichheit in der Schweiz“, in: V. Bornischier (Hg.) *Das Ende der sozialen Schichtung?* Zürich: Seismo.
- Cattacin, S., D. Efiouyi und Ph. Wanner (2001). „Etat social et migration“. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations (SFM).
- Coulon, A. de und Y. Flückiger (1994) „Intégration de la main d'œuvre étrangère sur le marché du travail suisse: une analyse des données ESPA 1993“. Genève: Université de Genève, Faculté de sciences économiques et sociales.
- Domenig, D., C. Salis Gross und H.-R. Wicker (2000) *Migration und Drogen: Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft*. Bern: Huber.
- Dunn, J.R., I. Dyck (2000) „Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey“, *Social Science & Medicine* 51/11, 1573-1593.
- Efiouyi, D. (1999) „Sozialhilfe für Asylsuchende im europäischen Vergleich“. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM).
- Eidg. Büro für Gleichstellung und Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (1997) *Geschlecht und Gesundheit ab 40: Die Gesundheit von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte*. Bern: Huber

- EKA (1999) „Die Integration der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Fakten – Handlungsbereiche – Postulate“. Bern: Eidgenössische Ausländerkommission (EKA).
- EKF (1999) „Schwerpunkt Migration“, *f-Frauenfragen* Nr. 2. Bern: Eidgenössische Kommission für Frauenfragen (EKF).
- Hälg, R., G. Wallimann, C. Salis Gross und M. Wick Marcoli (2004) „Migration und reproduktive Gesundheit: Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz“. Universität Bern, Arbeitsblatt Nr. 27.
- Frei, R. (2004) „Von der Beglückung zum Empowerment: Prävention bei einer ‚schwierigen Zielgruppe‘“ *Suchtmagazin* 30/2, Interkulturelle Vermittlung in Suchtprävention und -beratung: 28-30.
- Haour-Knipe, M. und R. Rector (1996) (Hg.) *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor and Francis.
- Haug, W. (1995). *Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Gesellschaft: Grundlagen für eine schweizerische Migrationpolitik*. Bern: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Henley, A. und J. Schott (1999) *Culture, Religion and Patient Care in Multi-ethnic Society: Handbook for Professionals*. London: Age Concern.
- Hornung, R. (2004) „Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten“, in: K. Hurrelmann, T. Klotz und J. Haisch (Hg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber: 329-337.
- Hradil, S. (1987) *Sozialstrukturanalysen einer fortgeschrittenen Gesellschaft: Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus*. Opladen: Leske und Budrich.
- Hradil, S. (1993) „Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie“, in: A. Mielck (Hg.) *Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozial-epidemiologische Forschungen in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich, 375-392.
- Kälin, W. (2000) *Grundrechte im Kulturkonflikt: Freiheit und Gleichheit in der Einwanderungsgesellschaft*. Zürich: NZZ-Verlag.
- Kunst, A.E., A.E.J. Cavelaars, F. Groenhof, J.J.M. Geurts, J.P. Mackenbach (1996) *Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Europe: A Comparative Study*. Vol. 1, Main Report. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Department of Public Health.
- Lamprecht, M., und H. Stamm (1999) „Individualisiertes Gesundheitshandeln und Gesellschaft“, in: Ch. Maeder, C. Burton-Jeangros, M. Haour-Knipe (Hg.) *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft: Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zürich: Seismo, 62-85.
- Lehmann, P., C. Mamboury, C. Minder (1990) „Health and Social Inequities in Switzerland“, *Social Science & Medicine* 31: 369-86.
- Leu, R., S. Burri und T. Priester (1997) *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern: Haupt.
- Linstone, H.A., und M. Turoff (1979) *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Reading Mass.: Addison-Wesley.
- Loutan, L., und L. Subilia (1995) „Torture et violence organisée: Leur conséquences sur les requérants d’asile et les réfugiés“, *Médecine et Hygiène* 53 : 1942-1950.
- Mahnig, H. (1999) „La question de ‘l’intégration’ ou Comment les immigrés deviennent un enjeu politique: une comparaison entre la France, l’Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse“, *Sociétés contemporaines* 33/34: 15-38.
- Marmot, M. (1999) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

- Moser, C., D. Nyfeler und M. Verwey (Hg.) (2001) *Traumatisierung von Flüchtlingen und Asylsuchenden*. Zürich: Seismo.
- Niederberger, J.M. (1982) „Die politisch-administrative Regelung von Einwanderung und Aufenthalt von Ausländern in der Schweiz: Strukturen, Prozesse, Wirkungen“, in H.J. Hoffmann-Nowotny und K.-O. Hondrich (Hg.) *Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz – Segregation und Integration: Eine vergleichende Untersuchung*. Frankfurt a.M.: Campus: 11-123.
- Piguët, E. und Ph. Wanner (2000) *Naturalisierungen in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Salis Gross, C., C. Blöchlinger, C. Moser und B. Zuppinger (1997) „Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen“, Schlussbericht. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut.
- Schweizerischer Nationalfonds (1995). „Migration und interkulturelle Beziehungen: Nationales Forschungsprogramm 39, Ausführungen“. Bern: Schweizerischer Nationalfonds (SNF).
- Stark, W. (2003) „Empowerment“, in: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Steinkamp, G. (1993) „Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung“, *Sozial- und Präventivmedizin*, 38, 11-122.
- Tabin, J.-P. (1999) *Les paradoxes de l'intégration*. Lausanne: Ecole d'études sociales et pédagogiques (EESP).
- Ünal, A. (1998) „Gesundheitsversorgung von MigrantInnen und Chancen einer interkulturellen Öffnung der Regeldienste“, in: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.) *Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige*. Berlin: Deutsche Aidshilfe e.V.: 157-173.
- Weiss, R. (1994) *Therapie mit gefolterten Flüchtlingen: Schwierigkeiten und Chancen*. Zürich.
- Weiss, R. (2002) *Gesundheit und Migration: Psychosoziale Aspekte*. Zürich: Seismo.

8.4 Interviews

8.4.1 Wissenschaft

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.

8.4.2 Programmteam BAG

Thomas Spang; Leiter Sektion C+G, Programmleitung; 4. April 2005, 1 h 40.

Fokusgruppe 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

8.4.3 Planungsgruppe Ämter

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

Beatrice Reusser; BFM, Sektion Subventionsaufsicht; 18. April 2005, 2 h.

8.4.4 Interinstitutionelle Begleitgruppe

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

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

8.4.5 Sounding-Board Migration

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.

9 Gesprächsleitfäden

9.1 Leitfaden zur empirischen Evidenz

Einleitung

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

Problemdefinition

2. 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? [Tabelle 2 vorlegen]
3. Wie beurteilen Sie die Annahmen zu den Problemursachen? [Abbildung 2 vorlegen]
 - Welche Probleme und Kausalzusammenhänge sind wissenschaftlich abgestützt?
 - Welches sind die wichtigsten Problemursachen?
 - Fehlen wichtige Probleme oder Kausalzusammenhänge?

Interventionsstrategie

4. Wie beurteilen Sie die Ziele der Strategie M+G? [Abbildung 3 vorlegen]
 - Welche Ziele sind aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Problemlage prioritär zu verfolgen?
5. Wie beurteilen Sie die Ansatzpunkte zur Problemlösung, die in der Strategie gewählt werden? [Abbildung 9 vorlegen]
 - 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?
6. 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?
7. [Präzisierung von Frage 5, 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

8. 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

9. [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?

9.2 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 (s. 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?

10 Evidenzbeitrag des Gesundheitsmonitoring

Der Beitrag des GMM zur empirischen Evidenz im Bereich M+G wird in zwei Schritten dargestellt: Zuerst wird der Beitrag zur Verbesserung der epidemiologischen Datenlage betrachtet. Dann wird untersucht, inwieweit sich die Beurteilung der empirischen Evidenz der Strategie M+G, wie sie im Rahmen der Programmevaluation (Ledermann et al. 2006) vorgenommen wurde, durch das GMM verändert.⁹⁸

10.1 Beitrag zur Verbesserung der epidemiologischen Datenlage

Das Gesundheitsmonitoring als quantitative Datenerhebung kann namentlich zur Verbesserung der epidemiologischen Evidenz beitragen. In der Evaluation wurde bei der Beurteilung der vorhandenen Datengrundlage festgestellt, dass zwar eine Vielzahl von Datenbanken besteht, dass sich aus diesen jedoch kein umfassendes und repräsentatives Bild der Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung rekonstruieren lässt (Ledermann et al. 2005: 55-59). Die Befunde der Evaluation stehen damit im Einklang mit den Erkenntnissen der Machbarkeitsstudie für ein Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (Bischoff und Wanner 2003), gemäss welcher eine migrationsspezifische Auswertung von vorhandenen Daten zwar gewisse Einsichten bringen kann, jedoch nicht ein Gesamtbild der Situation zulässt und daher eher eine begleitende Massnahme zu einem eigentlichen Gesundheitsmonitoring darstellt.

Beim GMM wurden einerseits die Daten der SGB 2002 migrationsspezifisch ausgewertet, indem die Personen nicht schweizerischer Staatsbürgerschaft, die als Erstsprache eine schweizerische Landessprache sprechen, näher untersucht wurden. Dabei konnten von der Grösse her einerseits die Personen italienischer Herkunft als gesonderte Gruppe betrachtet werden, andererseits die Personen deutscher, österreichischer und französischer Staatsbürgerschaft zusammengefasst in einer Gruppe. Andererseits wurden beim GMM vier Herkunftsgruppen der ständigen Wohnbevölkerung (ehemaliges Jugoslawien, Portugal, Türkei, Sri Lanka) sowie zwei Herkunftsgruppen aus dem Asylbereich (Kosovo, Sri Lanka) in ihrer Herkunftssprache befragt.

Eine repräsentative Erfassung aller Migrantinnen und Migranten ist aus pragmatischen Gründen (Sprachenvielfalt, z.T. geringe Gruppengrössen) nicht machbar. Mit dem GMM konnten aber zu einem wichtigen Teil der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung repräsentative Daten, die sich mit der schweizerischen Bevölkerung vergleichen lassen, erhoben werden. Zudem konnten erstmals zu Personen aus dem Asylbereich wichtige Gesundheitsin-

⁹⁸ Die folgenden Ausführungen entsprechen weitgehend einem Ausschnitt aus Anhang 2 zur Kurzevaluation des Projekts „Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung“ (GMM) (überarbeitete Fassung vom 14. Juli 2006). Allerdings wurden noch gewisse Informationen ergänzt.

formationen erfasst werden, die allerdings nicht im gleichen Masse einen Repräsentativitätsanspruch erfüllen können.

In Bezug auf die Datengrundlage stellte die Evaluation insbesondere folgende Lücken fest:

- Fehlende Erfassung migrationsspezifischer Variablen (z.B. Aufenthaltsstatus, Migrationsmotiv usw.);
- Nichtberücksichtigung gewisser Teile der Migrationsbevölkerung (z.B. Personen, die keine Landessprache beherrschen, Personen ohne ständigen Aufenthalt);
- Fehlende Möglichkeit der Differenzierung der Gesundheitssituation für einzelne Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung.

Diese bei der Evaluation festgestellten Lücken werden bei Weiss (2003: 278-81) weiter differenziert. In ihren Forschungsempfehlungen listet sie Faktoren und Zielgruppen auf, nach welchen die Gesundheit der Migrationsbevölkerung untersucht werden sollte.

Tabelle 24: Beitrag zur Datengrundlage bezüglich bestimmter Gesundheitsdeterminanten

<i>Determinanten</i>	<i>Einbezug GMM</i>	<i>Variablen</i>
Geschlecht	ja	Nach Geschlecht geschichtete Stichproben Nach Geschlecht differenzierte, deskriptive Auswertung der Variablen zur gesundheitlichen Lage und zum Gesundheitsverhalten
Alter	ja	Nach 5 Alterssegmenten geschichtete Stichproben Nach Alter differenzierte, deskriptive Auswertung der Variablen zur gesundheitlichen Lage und zum Gesundheitsverhalten
Aufenthaltsstatus	ja	Art der Aufenthaltsbewilligung
Aufenthaltsdauer	ja	Aufenthaltsdauer Einwanderungsgeneration
Migrationsmotiv	ja	Gründe für die Migration Opfer politischer Verfolgung oder Gewalt
Sozioökonomischer Status	ja	8 Bildungsvariablen (Differenzierung nach Ort, Dauer, Art des Abschlusses) 4 Erwerbsvariablen (inkl. berufliche Stellung, Branchen) Äquivalenzeinkommen (Einkommen unter Berücksichtigung der Haushaltsgrösse und -struktur) Zusammenfassender Schichtindikator
Soziale Netzwerkstrukturen	eher ja	Kontakte zu Verwandten und Bekannten im Herkunftsland der Familie Kontakte mit Verwandten in der Schweiz (differenziert nach Verwandtschaftsformen) Feste Lebens- oder Ehepartnerschaft in der Schweiz (inkl. Nationalität) Keine Variable zur systematischen Erhebung von nachbarschaftlichen Beziehungen
Prä-, trans- und postmigratorische Stressoren	eher nein	Opfer politischer Verfolgung und Gewalt Bewusster Verzicht auf weitere Variablen

In Tabelle 24 wird bewertet, welche von Weiss genannten Faktoren sich anhand der Daten des GMM untersuchen lassen. Dabei wird deutlich, dass fast alle Faktoren über bestimmte Variablen erfasst worden sind. Eine Ausnahme stellen die migrationsspezifischen Stressoren dar, die gemäss der Projektträgerschaft zu heikel und zu komplex sind, als dass sie über eine telefonische Befragung erhoben werden könnten.

Die nachfolgende Tabelle 25 stellt ihrerseits dar, zu welchen von Weiss genannten Zielgruppen dank des GMM Aussagen gemacht werden können. Der Hauptverdienst des GMM ist wohl der Einbezug von Personen, die keiner Landessprache mächtig sind. Auch sind mit dem GMM geschlechtsspezifische Aussagen möglich. Hingegen war die Stichprobe des GMM vom Alterssegment her so konzipiert, dass Kinder sowie zum Teil auch Jugendliche wegfallen. Auch Hochaltrige wurden aus der untersuchten Grundgesamtheit ausgeschlossen. Hochmobile Personen, die in der Regel als Kurzaufenthalterinnen und Kurzaufenthalter angemeldet sind, wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Dagegen sind mit den Daten des GMM Aussagen zu Personen aus dem Asylbereich möglich. Weitere Aspekte wie das Familiensystem können mit den erhobenen Daten nur beschränkt untersucht werden.

Durch das GMM wurde die psychische und körperliche Gesundheit über eine Reihe von Faktoren erfasst. Auch ist eine Analyse nach verschiedenen Faktoren möglich, die laut Weiss (Weiss 2003: 278-81) die Gesundheit beeinflussen (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, migrationsspezifische Variablen wie Aufenthaltsstatus und -dauer). Das GMM erlaubt erstmals differenzierte Analysen, welche den internen Unterschieden in der Migrationsbevölkerung Rechnung tragen.

Tabelle 25: Beitrag zur Datenlage bezüglich bestimmter Zielgruppen

Zielgruppen	Einbezug GMM	Erläuterung
Kinder	nein	Stichprobe von Personen zwischen 15 und 74 Jahren
Jugendliche	eher ja	Stichprobe von Personen zwischen 15 und 74 Jahren; erstes Alterssegment zwischen 15 und 26 Jahren
Ältere MigrantInnen	eher ja	Stichprobe von Personen bis 74 Jahre, allerdings im Gegensatz zur SGB Verzicht auf die Face-to-Face-Befragung Hochaltriger
Hochmobile ArbeitsmigrantInnen	nein	Ausschluss von KurzaufenthalterInnen (Ausweis L, Aufenthalt < 12 Monate) und GrenzgängerInnen (Ausweis G) sowie internationalen Beamten und deren Familienangehörigen aus der Grundgesamtheit von Modul II.
Asylsuchende	ja	Stichprobe von Personen aus dem Asylbereich, Ausweise F (vorläufig Aufgenommene) und N (Asylsuchende) aus zwei Herkunftsgruppen: je 259 aus Kosovo (albanische Volksgruppe) und aus Sri Lanka (tamilische Volksgruppe) in Modul III.
Anerkannte Flüchtlinge	Eher ja	Anerkannte Flüchtlinge mit Aufenthaltsbewilligungen B und C sind Teil der Stichprobe von Modul II. Das Merkmal der Flucht wird im ZAR als „Aufenthaltszweck“ geführt und ist im Befragungsdatensatz des GMM enthalten. (Die Grösse der entsprechenden Gruppe ist nicht bekannt, weshalb hier keine Aussage darüber gemacht werden kann, ob eine gesonderte Untersuchung dieser Zielgruppe möglich ist.) Ausserdem können Flüchtlinge sowohl in der Stichprobe von Modul II als auch von Modul III über die Variable Migrationsgrund, die im GMM enthalten ist, identifiziert werden.
MigrantInnen aus mittelgrossen und kleinen Herkunftsgruppen	eher ja	TamilInnen aus Sri Lanka als kleine Herkunftsgruppe in Stichprobe von Modul II berücksichtigt.
Personen mit geringen Kenntnissen der Landessprache	ja	Interviewdurchführung in sieben Befragungssprachen, d.h. Möglichkeit, Interview in Herkunftssprache durchzuführen. Optimierungen in Bezug auf Sprachwahl im Verlaufe der Erhebung.
Frauen	ja	Schichtung der Stichprobe nach Geschlecht gewährt Möglichkeit geschlechtsspezifischer Analysen.
Familien(sub)systeme	eher nein	Erhebung der Gesundheitsvariablen nur für Einzelpersonen. Einfluss von sozialen Netzwerkstrukturen auf Gesundheit dank Erhebung der entsprechenden Variablen (vgl. Tabelle 24) jedoch möglich.
Alleinstehende MigrantInnen	eher nein	Untersuchung über Variable Haushaltgrösse im Prinzip möglich. Anteil von höchstens 5% Ein-Personen-Haushalten in Modul II schränkt Möglichkeit von Aussagen jedoch stark ein.
Behinderte MigrantInnen	nein	Keine entsprechende Variable zur Identifikation von Betroffenen vorhanden.

10.2 Beitrag zur empirischen Abstützung der Strategie M+G

Im Rahmen der Evaluation des Programmkonzepts der Strategie M+G (Ledermann et al. 2006) wurde unter anderem dessen empirische Abstützung anhand der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse bewertet. Das GMM liefert Daten, die frühere wissenschaftliche Studien bestätigen, teilweise aber auch neue Erkenntnisse bringen, die zu einer Veränderung der Einschätzung der empirischen Evidenz führen. In der Folge werden die Erkenntnisse aus dem GMM, die einen Bezug zur Strategie M+G aufweisen, dargestellt. Aufgrund der Fülle von Daten geschieht dies allerdings nicht in einer abschliessenden Art und Weise. Vielmehr werden jene Punkte, die bei der Evaluation des Programmkonzepts hervorgehoben worden sind, abermals betrachtet. Die Darstellung folgt denn auch der Struktur von Kapitel 4 der Evaluation des Programmkonzepts (Ledermann et al. 2006). Es wird untersucht, ob das GMM erstens in Bezug auf die Problemdefinition und zweitens bezüglich der Interventionsstrategie zur empirischen Fundierung der Strategie M+G beiträgt.

10.2.1 Empirische Evidenz der Problemdefinition

In Anlehnung an die Evaluation des Programmkonzepts (Ledermann et al. 2006) wird die empirische Fundierung der Problemdefinition in drei Schritten betrachtet, indem zuerst auf den Intensitätsgrad (worin besteht das Problem?), anschliessend auf die Prävalenz (wer ist vom Problem betroffen?) und zum Schluss auf die Problemursachen eingegangen wird.

Intensitätsgrad

In Bezug auf die vorhandenen Gesundheitsprobleme in der Migrationsbevölkerung liefert das GMM eine Reihe von Indikatoren zur selbst wahrgenommenen körperlichen und psychischen Gesundheit (Rommel et al. 2006: Kap. 5). Die deskriptiven Auswertungen zeigen, dass Migrantinnen und Migranten im Schnitt ihre momentane Gesundheit schlechter einschätzen als die Schweizer Bevölkerung. Die generell schlechtere Selbsteinschätzung der Gesundheit durch Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung wurde damit bestätigt. Je nach betrachteten Gesundheitsindikatoren bestehen allerdings erhebliche Unterschiede. Eine differenziertere Analyse der Probleme nach den verschiedenen Gesundheitsindikatoren ist möglich.

Prävalenz

Die Daten des GMM ermöglichen eine genauere Differenzierung in Bezug auf die Gruppen innerhalb der Migrationsbevölkerung, die von den verschiedenen Gesundheitsproblemen betroffen sind. In Bezug auf körperliche Beschwerden weisen Schweizerinnen und Schweizer gemeinsam mit den in der Schweiz lebenden deutschen, österreichischen und französischen Staatangehörigen die niedrigsten Prävalenzen auf. Auch in Bezug auf die psychische Gesundheit haben diese Gruppen die besten Werte. Insgesamt lassen sich bei den Indikatoren zur

Gesundheitslage ausgeprägte Unterschiede nach Geschlecht, Herkunft und Aufenthaltsstatus feststellen.

In Bezug auf die im Rahmen der Programmevaluation betrachteten Aspekte (Ledermann et al. 2006: 61-62) lassen sich folgende Bemerkungen festhalten:

- *Geschlechtsspezifische Unterschiede:* Die deskriptiven Auswertungen bestätigen, dass sich Frauen generell gesundheitlich etwas weniger gut fühlen, doch sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede nur bei der italienischen, tamilischen und türkischen Gruppe bedeutsam. Die Annahme von geschlechtsspezifischen Unterschieden muss somit etwas relativiert werden.
- *Unterschiede zwischen ArbeitsmigrantInnen und Asylsuchenden:* Für diese im Strategiepapier erwähnten Unterschiede fehlte bisher die empirische Evidenz. Indem das GMM auch Personen aus dem Asylbereich einbezieht, sind nun Daten vorhanden, doch wird auf den Vergleich zu Gruppen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung aus technischen Gründen im Schlussbericht verzichtet (Rommel et al. 2006: 18). Dennoch lässt sich generell feststellen, dass Asylsuchende bei der Einschätzung ihrer Gesundheit im Schnitt deutlich schlechtere Werte aufweisen. Die empirische Evidenz für vorhandene Unterschiede nach Migrationsmotiven konnte durch das GMM somit verbessert werden.
- *Altersbedingte Unterschiede:* wurden, trotz bereits vorhandener empirischer Evidenz, im Strategiepapier nicht berücksichtigt. Dank nach Alter geschichteter Stichprobe lassen sich diese Unterschiede für die untersuchten Gruppen der ständigen Wohnbevölkerung näher untersuchen. Die im Schlussbericht vorhandenen Auswertungen zeigen generell, dass die Einschätzung der Gesundheit je nach Alter klar variiert. Die Personen zwischen 51 und 62 Jahren schätzten ihre Gesundheit durchschnittlich am schlechtesten ein, während ältere Migrantinnen und Migranten (63 bis 74 Jahre) wiederum etwas bessere Werte aufwiesen. Dieser Verlauf weist darauf hin, dass die altersbedingten Unterschiede genau untersucht werden müssen.

Das GMM erlaubt erstmals eine differenzierte Analyse. Diese zeigte in Bezug auf das Geschlecht und das Alter, dass die Unterschiede differenziert betrachtet werden müssen. In Bezug auf die Unterschiede nach Migrationsmotiv (Arbeit vs. Asyl) sind erstmals breit abgestützte Erkenntnisse vorhanden, die allerdings unter Bezug weiterer migrationspezifischer Variablen (Aufenthaltsdauer usw.) noch näher untersucht werden müssen.

Problemursachen

Die Strategie M+G geht von einem relativ komplexen Ursachengefüge aus, das den Gesundheitsproblemen der Migrationsbevölkerung zugrunde liegt. Verschiedene Teilprobleme führen gemäss dieser Problembetrachtung über mehrere Kausalstufen zu den gesundheitlichen Defiziten. Die empirische Evidenz der Annahmen wurde im Rahmen der Evaluation des

Programmkonzepts ebenfalls untersucht (Ledermann et al. 2006: 62-69). Da der Schlussbericht noch keine Aussagen über Zusammenhänge macht, leistete das GMM bis jetzt keinen Beitrag zur empirischen Abstützung der Kausalhypothesen. Hingegen sind gewisse neue Erkenntnisse zu einzelnen Teilproblemen vorhanden, die hier kurz erläutert werden.

- *Sozioökonomische Benachteiligung:* Gemäss den Ergebnissen des GMM ist die deutsche, österreichische und französische Bevölkerung besser positioniert als die durchschnittliche schweizerische Bevölkerung. Alle übrigen untersuchten Herkunftsgruppen liegen in folgender Rangfolge darunter: Italien, ehemaliges Jugoslawien, Portugal, Türkei, Sri Lanka, albanische Asylsuchende, tamilische Asylsuchende. Das GMM zeigt somit eindeutig, dass innerhalb der Migrationsbevölkerung bezüglich der sozioökonomischen Stellung grosse Unterschiede bestehen, die nicht verallgemeinert werden können.
- *Sprachliche und interkulturelle Verständigungsprobleme:* Erstmals wurde im Rahmen des Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (Rommel et al. 2006) auch Migrantinnen und Migranten selber befragt. Gemäss den Ergebnissen finden Arztkonsultationen bei den befragten Migrationsgemeinschaften der ständigen Wohnbevölkerung bis zu über 80% in einer der schweizerischen Landessprachen statt. Ein deutlich geringerer Anteil der Migrantinnen und Migranten gab dagegen an, eine der Landessprachen gut oder sehr gut aktiv zu beherrschen. Daraus folgert die Studie, dass die Arzt-Patient-Kommunikation bei vielen Migrantinnen und Migranten beschränkt ist.⁹⁹ Im Rahmen des GMM wurde jedoch nicht direkt nach Verständigungsproblemen gefragt.
- *Beschränkte Wahrnehmung eigener Interessen:* Die Auswertungen der ersten SGB (Vranjes et al. 1996) ergaben, dass die ausländische Bevölkerung über eine geringere Fähigkeit zur Bewältigung von Problemen verfügt. Insbesondere in Bezug auf die Prävention ist empirische Evidenz vorhanden, dass die Migrationsbevölkerung ihre Interessen weniger wahrnimmt. Migrantinnen und Migranten weisen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf (BFS 2004: 72-73; Vranjes et al. 1996). So sind ausländische Personen eher übergewichtig und achten weniger auf ihre Ernährung. Das Gesundheitsmonitoring (Rommel et al. 2006) ergab, dass der Anteil Normalgewichtiger bei der in der Schweiz wohnhaften Migrationsbevölkerung mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich höher ist als bei der einheimischen Bevölkerung. Gleichzeitig ist der Anteil der Personen mit Adipositas bei diesen Gruppen (zusätzlich mit Ausnahme der Personen aus Sri Lanka) grösser. Das Ernährungsverhalten ist damit insgesamt ungünstiger. Ausserdem bewegt sich die Migrationsbevölkerung gemäss SGB in ihrer Freizeit weniger, weist jedoch bei der Arbeit und der Bewältigung der täglichen Wegstrecken

⁹⁹ Die Stärke des Zusammenhangs zwischen Sprachkenntnissen und der Bewältigung der Arzt-Patient-Kommunikation in einer Landessprache wird im Bericht zum Gesundheitsmonitoring allerdings nicht ausgewiesen.

mehr körperliche Aktivität aus als Schweizerinnen und Schweizer. Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitoring zeigten dabei, dass die geringe Bewegung in erster Linie ein Problem der Frauen aus der Migrationsbevölkerung darstellt. Die SGB ergab weiter, dass der Tabakkonsum bei ausländischen Personen verbreiteter ist. Demgegenüber ergab das Gesundheitsmonitoring ähnliche Raucherquoten wie bei der schweizerischen Bevölkerung. Nur bei den türkischen Befragten war die Quote aussergewöhnlich hoch, während sie bei den tamilischen Personen ausgesprochen tief war. Beim Alkoholkonsum ergab das Gesundheitsmonitoring bei der Migrationsbevölkerung hingegen durchwegs höhere Abstinenzquoten. Mit Ausnahme der italienischen und portugiesischen Befragten, die gleichzeitig die höchsten Anteile an Personen aufweisen, die täglich Alkohol trinken, wies die Migrationsbevölkerung insgesamt ein günstigeres Konsumverhalten auf als die einheimische Bevölkerung. In bestimmten Gruppen ist zudem die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen geringer (vgl. weiter unten). Deutlich geringer als unter Schweizerinnen ist der Anteil an Migrantinnen, die angegeben haben, von ihrem Frauenarzt praktische Anleitungen oder anderweitige Informationen zur Brustuntersuchung erhalten zu haben. Die Kompetenz zur Selbstvorsorge ist gemessen an diesem Indikator unter Migrantinnen schwächer ausgeprägt. Insgesamt sind somit gerade in Bezug auf die Prävention in einigen Bereichen Hinweise vorhanden, dass bei Migrantinnen und Migranten ein Defizit besteht.

- *Langfristige Kumulation von Gesundheitsrisiken:* Bisherige Ergebnisse zeigten, dass Migrantinnen und Migranten grösseren Unfallrisiken ausgesetzt und häufiger arbeitsunfähig sind. Das GMM enthält keine Aussagen zur Häufigkeit von Unfällen, immerhin aber zur Nichterwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen. Im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung liegt der Anteil derer, die aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig sind, in allen Gruppen höher. Besonders hoch war ihr Anteil unter türkischen Befragten, erhöht ebenfalls bei Personen aus Portugal, dem ehemaligen Jugoslawien sowie Asylsuchenden aus dem Kosovo. Diese Personengruppen erhalten auch deutlich häufiger als Schweizerinnen und Schweizer aus gesundheitlichen Gründen bereits im Erwerbsalter eine Rente. Diese Ergebnisse könnten eine Folge einer Kumulation von gesundheitlichen Risiken darstellen, doch müsste dies noch unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer untersucht werden.
- *Migrationsspezifische Pathologien:* Das GMM enthält keine Aussagen zu migrationsspezifischen Krankheitsbildern.
- *Zugangs- und Versorgungsprobleme:* Bisher gab es vor allem für Frauen empirische Evidenz, dass in Bezug auf Vorsorgeleistungen bei Migrantinnen eine geringere Inanspruchnahme besteht. Die Daten des GMM zeigen hingegen, dass das Vorsorgeverhalten der Befragten je nach Indikator stark variiert. Die geringeren Anteile der Migrantinnen und Migranten bei der Blutdruck-, Blutzucker- oder Cholesterinmessung erweisen sich

als Funktion eines deutlich geringeren Altersmittels; altersspezifisch nähern sich die Vorsorgequoten in den höheren und damit vorsorgebedürftigeren Altersgruppen stark an. Bei den Indikatoren zur Krebsvorsorge ist das Bild uneinheitlich. Eine vergleichsweise sehr niedrige Quote an Prostatauntersuchungen in den zwölf Monaten vor der Befragung wiesen vor allem tamilische und etwas weniger auch Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien auf. Ähnlich nahmen Tamilinnen nur sehr wenige Leistungen der Krebsvorsorge in Anspruch. Auch das Vorsorgeverhalten der Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkinnen kann als vergleichsweise zurückhaltend bewertet werden. Weniger verbreitet ist in der Migrationsbevölkerung darüber hinaus auch die Durchführung von HIV-Tests. Besonders deutlich trifft dies wiederum auf tamilische Befragte zu, die zu einem ganz überwiegenden Teil noch nie einen solchen Test durchgeführt haben. In Bezug auf den Anteil der Befragten, die in den zwölf Monaten vor der Befragung bei einem niedergelassenen Arzt waren, unterscheiden sich Migrantinnen und Migranten nicht allzu stark von der einheimischen Bevölkerung. Ähnlich stellt sich das Bild beim Anteil an Frauen mit Frauenarztbesuchen in den zwölf Monaten vor der Erhebung dar. Hingegen ist die Zahl an Arztbesuchen sowie ambulanten Spitalbesuchen unter Migrantinnen und Migranten erhöht; die Anzahl Spitaltage war dagegen durchschnittlich niedriger. Je nach Herkunftsgruppe zeigte sich die Inanspruchnahmesituation jedoch unterschiedlich. Diese Zahlen weisen nicht generell auf Zugangsschwierigkeiten hin. Auf Versorgungsprobleme könnte dagegen die im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizer geringere Zufriedenheit mit dem letzten Spitalaufenthalt hindeuten, die besonders bei italienischen, portugiesischen und türkischen Befragten festgestellt wurde. Insgesamt bestätigen die Daten des GMM die Annahme einer Unterversorgung; sie beschränken sich allerdings auf bestimmte präventive Bereiche.

- *Spezifische Ressourcen von MigrantInnen:* Die Annahme, dass vergleichsweise gesundheitlich robuste Personen auswandern („Healthy-Migrant-Phänomen“), lässt sich mit Blick auf die festgestellten Gesundheitsprobleme in der Migrationsbevölkerung nicht generell bestätigen, doch müsste hierzu unbedingt die Aufenthaltsdauer berücksichtigt werden. Dasselbe gilt für die Gegenthese, dass es in der Migrationsbevölkerung besonders viele Personen gibt, die aufgrund der grossen gesundheitlichen Belastungen ausgelaugt sind. Einen Hinweis auf die mögliche Richtigkeit dieser These liefert allerdings die altersspezifische Betrachtung der Symptombelastung: Während sie bei der schweizerischen Bevölkerung sowie Migrantinnen und Migranten aus Deutschland, Österreich und Frankreich über die Jahre nur moderat ansteigt, nimmt sie bei den übrigen Gruppen immer weiter zu und sinkt erst im Rentenalter wieder ab. Dieser Verlauf könnte auf eine besonders hohe Gesundheitsbelastung im Erwerbsalter hinweisen.

10.2.2 Empirische Evidenz der Interventionsstrategie

Ausgehend von der empirischen Evidenz der Problemdefinition wurde im Rahmen der Evaluation des Programmkonzepts untersucht, inwiefern sich die Ziele und Massnahmen der Strategie M+G auf empirisch begründete Sachverhalte beziehen. In der Folge wird geprüft, inwiefern sich die Erkenntnisse der Evaluation durch die Ergebnisse des GMM stützen lassen bzw. wo Veränderungen bei der Beurteilung der empirischen Evidenz eingetreten sind.

Ausrichtung der Ziele auf die vorhandene empirische Evidenz

In Bezug auf die Zielsetzungen liefert das GMM kaum neue Erkenntnisse. Indem es das Vorhandensein von gesundheitlichen Benachteiligungen bei der Migrationsbevölkerung bestätigt (vgl. Intensitätsgrad), untermauert es die Notwendigkeit einer Verbesserung der Gesundheitssituation (Hauptimpactziel der Strategie M+G). Es ermöglicht allerdings auch eine Differenzierung, welche Gruppen von welchen Benachteiligungen betroffen sind.

Die Outcomeziele der Öffnung und der Berücksichtigung migrationspezifischer Bedürfnisse im Gesundheitssystem beziehen sich auf den Einfluss der sozialen Lage und der Migrationserfahrung auf die Gesundheitssituation. Da im Schlussbericht zum GMM noch keine Zusammenhänge untersucht wurden, gibt es diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse.

In Bezug auf das Ziel der Stärkung der Selbstverantwortung, das sich auf die Problematik der beschränkten Interessenwahrnehmung bezieht, bestätigten die Daten, dass in gewissen präventiven Bereichen (z.B. Ernährung, evtl. Bewegung und Tabakkonsum bei bestimmten Gruppen) ein Bedarf besteht.

Ausrichtung der Massnahmen auf die vorhandene empirische Evidenz

Die einzelnen Massnahmen der Strategie M+G wurden im Rahmen der Evaluation des Programmkonzepts bezüglich ihrer empirischen Evidenz beurteilt. Bei vier der insgesamt zehn Massnahmen lieferte die vorhandene empirische Evidenz Hinweise dafür, wie die entsprechenden Massnahmen ausgestaltet werden sollten. Bei weiteren vier Massnahmen war die Evidenzlage etwas widersprüchlich. Dies traf namentlich auf die professionelle interkulturelle Übersetzung und Vermittlung sowie auf die Therapieangebote für traumatisierte Asylsuchende zu. Bei den zwei Massnahmen zur Sensibilisierung der Angebotsseite im Gesundheitswesen konnte die empirische Evidenz nicht beurteilt werden.

Tabelle 23 gibt die Ergebnisse der Evaluation in Kürze wieder und stellt den Beitrag des GMM zur empirischen Evidenz dar. Indem beim GMM Migrantinnen und Migranten selber befragt wurden, konnte in einigen Bereichen das vorhandene *Bedürfnis* für bestimmte Massnahmen erfasst werden. So wurden die Personen danach gefragt, die Wichtigkeit verschiedener migrationspezifischer Massnahmen zur Verbesserung der Versorgung einzuschätzen und darüber hinaus anzugeben, ob sie die entsprechenden Massnahmen auch schon konkret

vermisst haben. Generell war dabei eine sehr hohe Zustimmungstendenz festzustellen, doch lassen die Unterschiede zwischen verschiedenen Massnahmen dennoch Aussagen zu ihrer relativen Bedeutung zu.

Bei gewissen Massnahmen zeigen die Daten, in welchen Bereichen ein *Bedarf* besteht oder eben gerade nicht. In Bezug auf die Prävention weisen sie beispielsweise darauf hin, dass der Tabakkonsum nicht generell ein besonders grosses Problem darstellt, sondern nur bei bestimmten Zielgruppen. Ausgehend von diesen Erkenntnissen ist eine weitere Differenzierung der Ausrichtung der Massnahmen angezeigt.

In Bezug auf die Massnahmen zur professionellen interkulturellen Übersetzung (ikÜ) lässt sich aus dem GMM Folgendes feststellen: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Arztkonsultationen auch bei Personen, die nur ungenügende Sprachkenntnisse haben, häufig in einer Landessprache erfolgen. Zwischen 12% und 40% der Personen aus den befragten Migrationsgemeinschaften der ständigen Wohnbevölkerung gaben an, mindestens einmal bereits eine Person für die Übersetzung herangezogen zu haben. In 40% bis 66% der Fälle handelte es sich um den Ehe- oder Lebenspartner. Häufig wurden zudem auch die Kinder sowie andere Verwandte als Übersetzer eingesetzt. Personen aus Portugal griffen daneben für die Übersetzung manchmal auch auf medizinisches wie auch nicht-medizinisches Personal zurück. Professionelle Übersetzerinnen und Übersetzer spielten insgesamt eine sehr geringe Rolle. Einzig die türkischen und portugiesischen Befragten haben professionelle Übersetzungsdienste zu einem erwähnenswerten Anteil (10% bzw. 6%) mindestens einmal bereits eingesetzt. Der Einsatz von Laien für Übersetzungszwecke ist somit als sehr weit verbreitet.

Obwohl professionelle Übersetzende erst von wenigen Personen in Anspruch genommen wurden, stuften rund 80% der Migrantinnen und Migranten, die im Rahmen des Gesundheitsmonitoring befragt wurden, professionelle Übersetzungsdienste als wichtig ein. Die Zustimmungsrate war damit unter acht möglichen Massnahmen bei der professionellen Übersetzung am konstantesten auf einem hohen Niveau.¹⁰⁰ Konkret vermisst wurde eine professionelle Übersetzung allerdings lediglich von 17% bis 43% der befragten Migrantinnen und Migranten aus der ständigen Wohnbevölkerung. Es gibt somit Hinweise dafür, dass professionelle Übersetzungsdienste dem Wunsch der Migrationsbevölkerung entsprechen, doch entspringt dieser Wunsch nur bei einer Minderheit der Personen einem konkreten Bedürfnis. Die empirische Evidenz für die Massnahmen zur Ausbildung und zum Einsatz von professionellen interkulturellen Übersetzenden (B1 und V3) ist insgesamt somit umstritten, kann tendenziell aber als gegeben betrachtet werden.

¹⁰⁰ Einzig bei der Gruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien wurden professionelle Übersetzungsdienste nur von 67% der Befragten als wichtig eingeordnet.

Tabelle 26: Empirische Evidenz der Massnahmen

Massnahme	Beurteilung der Evidenz	Erläuterung der Beurteilung der Evidenz	Beitrag des GMM	Erläuterung zum Beitrag des GMM
B1: Aus- und Fortbildung ikÜ	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz für Verständigungsprobleme vorhanden, aber Notwendigkeit für <i>professionelle</i> ikÜ z.T. in Frage gestellt.	Gewisser Bedürfnis- nachweis	Professionelle ikÜ ist bisher kaum in Anspruch genommen worden, sondern es übernehmen vor allem Verwandte die Funktion der Sprachmittlung. Keine Bewertung dieser Situation durch die Befragten im Rahmen des GMM, jedoch vergleichsweise hoher Prozentsatz (67–81%) von Personen, die professionelle ikÜ als wichtig einschätzen, wobei nur die Mehrheit der tamilischen Befragten, die ikÜ für wichtig halten, diese Dienstleistung bereits konkret vermisst hat. Bei den übrigen Gruppen haben nur 17 bis 30% der Personen eine professionelle ikÜ konkret vermisst.
B2: Aus- und Fortbildung ikV	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz für Verständigungsprobleme vorhanden und schlechteres Gesundheitsverhalten zeigt Bedarf für zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung, u.a. mit Abstützung auf ikV, aber Notwendigkeit für <i>professionelle</i> ikV z.T. in Frage gestellt.	–	Keine Fragen zu ikV.
B3: Fort- und Weiterbildung Gesundheitsbe- rufe	Offen	Empirische Evidenz konnte nicht überprüft werden.	Gewisser Bedarfs- und Bedürfnis- nachweis	Geringere Zufriedenheit von Personen italienischer, portugiesischer und türkischer Herkunft mit dem Pflegepersonal und der ärztlichen Behandlung während des letzten Spitalaufenthalts als möglicher Hinweis auf vorhandenen Weiterbildungsbedarf in den Gesundheitsberufen. Gute Mehrheit von Befragten, die transkulturell geschultes schweizerisches Personal für wichtig hält, und 26 bis 49 Prozent, die solches bereits konkret vermisst haben. Im Vergleich zu anderen Massnahmen wie ikÜ (vgl. oben) entspricht dies einer tieferen Einschätzung der Wichtigkeit, jedoch gleichzeitig einem höheren konkreten Bedarf.
I1: Prävention und Gesundheits- förderung	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für generell schlechteres Gesundheitsverhalten zeigt Bedarf an zielgruppenspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei sind bereichsspezifische protektive	Weitere Differenzie- rung der Ausrichtung, Bedürfnis- nachweis	Hinweise für prioritäre Bereiche (z.B. Ernährung, evtl. Bewegung) und Zielgruppen (z.B. Tabakkonsum unter türkischen MigrantInnen). Muttersprachliche Informationen zu verschiedenen Aspekten (v.a. Funktionsweise der Krankenversicherung, Vorsorgeuntersuchungen, Behandlungen, muttersprachliche ÄrztInnen) wurden von allen Befragtengruppen als wichtig eingestuft und auch bereits konkret vermisst.

Massnahme	Beurteilung der Evidenz	Erläuterung der Beurteilung der Evidenz	Beitrag des GMM	Erläuterung zum Beitrag des GMM
		Faktoren bei der Ausgestaltung von Massnahmen zu beachten.	Information	
I2: Sensibilisierung Leistungserbringer	Offen	Empirische Evidenz konnte nicht überprüft werden.	Gewisser Bedarfsnachweis	Geringere Zufriedenheit von Personen italienischer, portugiesischer und türkischer Herkunft mit dem Pflegepersonal und der ärztlichen Behandlung während des letzten Spitalaufenthalts als möglicher Hinweis auf vorhandenen Sensibilisierungsbedarf bei den Leistungserbringern.
V1: Leicht zugängliche Angebote	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Bedeutung der Niederschwelligkeit im Migrationskontext empirisch belegt. Unterversorgung ist allerdings nur im präventiven und psychosozialen Bereich empirisch nachgewiesen.	Weitere Differenzierung der Ausrichtung	Keine generelle Unterversorgung, aber bei bestimmten Gruppen (Sri Lanka, Türkei, ehemaliges Jugoslawien) vergleichsweise geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, die in die Intimsphäre der Personen eingreifen (Krebsvorsorge, HIV-Test), nicht hingegen von anderen Vorsorgeleistungen. Mit Ausnahme von tamilischen, deutschen, österreichischen und französischen Befragten haben MigrantInnen deutlich stärkere ambulante, z.T. auch stationäre Spitalinanspruchnahme, jedoch auch erhöhte Zahl an Hausarztbesuchen.
V2: Vermittlungs- und Koordinationsdienste	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für Schnittstellenprobleme vorhanden, vor allem zwischen Allgemeinmedizin und spezialärztlichen Leistungen.	Weitere Differenzierung der Ausrichtung, evtl. Bedürfnisnachweis	Inanspruchnahme von spezialärztlichen Leistungen variiert: Portugiesinnen sowie Deutsche, Österreicherinnen und Französischen waren häufiger bei Frauenarzt als Schweizerinnen, Tamilinnen dagegen deutlich weniger. Wichtigkeit von Beratungsdiensten wurde von den befragten MigrantInnen als vergleichsweise hoch eingestuft.
V3: Einsatz von ikÜ	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz für Verständigungsprobleme vorhanden, aber Notwendigkeit für <i>professionelle</i> ikÜ z.T. in Frage gestellt.	Gewisser Bedürfnisnachweis	Vgl. Bemerkungen zu Massnahme B1.
T1: Differenzierung bestehendes Angebot	Bestimmte Ausrichtung angezeigt	Empirische Evidenz für Bedarf an spezialisierten Leistungen bei einem Teil der Flüchtlinge gegeben. Differenzierter Umgang mit Traumaprobematik erforderlich.	–	Abgesehen von Variablen „Opfer politischer Verfolgung und Gewalt“ bewusst keine Fragen zu Traumatisierungsthematik.
T2: Aufbau niederschwelliger Angebote	Teilweise umstritten	Empirische Evidenz zeigt Gefahr eines undifferenzierten Gebrauchs der Traumadiagnose und der Medikalisierung von Asylverfahren.	–	Abgesehen von Variablen „Opfer politischer Verfolgung und Gewalt“ bewusst keine Fragen zu Traumatisierungsthematik.