

Swiss
Schweizerisches

Forum

for Migration and Population Studies
für Migrations- und Bevölkerungsstudien
suisse pour l'étude des migrations et de la population
svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione



Janine Dahinden, Denise Efionayi-Mäder, Sandro Cattacin

Forschungsbericht
23 / 2002

Kurzevaluation der Fachstelle "Migration und Gesundheit" des Schweizerischen Roten Kreuzes

(Neu: Bereich Bildung und Gesundheitsförderung)

Neuchâtel
12. März 2002

Bericht zuhanden des Schweizerischen Roten Kreuzes
und des Bundesamts für Gesundheit

Inhalt

EXECUTIVE SUMMARY	6
RÉSUMÉ.....	10
SINTESI.....	14
EINFÜHRUNG.....	18
GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN	19
HAUPTFRAGEN DER EVALUATION UND METHODISCHES VORGEHEN.....	21
GRENZEN UND PROBLEME DER EVALUATION.....	25
1. DIE FACHSTELLE "MIGRATION UND GESUNDHEIT" UND IHRE PRODUKTE.....	27
1.1 HINTERGRÜNDE UND ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DER FACHSTELLE	27
1.1.1 <i>Konzept Fachstelle Migration und Gesundheit und dessen Umsetzung</i>	28
1.2 DIENSTLEISTUNGEN UND PRODUKTE DER FACHSTELLE	31
1.2.1 <i>Exkurs: Der transkulturelle Ansatz der Fachstelle.....</i>	<i>31</i>
1.2.2 <i>Angebote für Fachpersonen der Pflege: Indirekte Leistungen</i>	<i>36</i>
1.2.2.1 <i>Vermittlung TKK am Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G.....</i>	<i>36</i>
1.2.2.2 <i>Grundlagenkurse mit den Kantonalverbänden des SRK....</i>	<i>38</i>
1.2.2.3 <i>Andere Fortbildungen und Tagungen.....</i>	<i>39</i>
1.2.2.4 <i>Implementierung TKK in der Romandie</i>	<i>39</i>
1.2.3 <i>Angebot für MigrantInnen: Direkte Leistungen.....</i>	<i>40</i>
1.2.3.1 <i>Gesundheitswegweiser.....</i>	<i>41</i>
1.2.3.2 <i>Gesundheitskurse "Luana"</i>	<i>42</i>
1.2.3.3 <i>Community Health Worker.....</i>	<i>46</i>
1.2.4 <i>Bereichsübergreifende Angebote</i>	<i>47</i>
1.3 PERSONELLE RESSOURCEN UND FINANZIERUNG DER FACHSTELLE ..	48
2. BEURTEILUNG DER FACHSTELLE „MIGRATION UND GESUNDHEIT“.....	51
2.1 DIE EINZELNEN PRODUKTE	51
2.1.1 <i>Transkulturelle Kompetenzerhöhung bei den Pflegenden.....</i>	<i>51</i>
2.1.2 <i>Professionalisierung und Sensibilisierung der MigrantInnen</i>	<i>54</i>
2.2 ORGANISATION DER FACHSTELLE.....	59
2.2.1 <i>Kostenmanagement.....</i>	<i>59</i>

2.2.2	<i>Ressourceneinsatz</i>	60
2.2.3	<i>Wissensmanagement</i>	62
2.3	STRUKTURELLE EINBETTUNG DER FACHSTELLE IM SRK.....	64
2.4	ABSTIMMUNG MIT EXTERNEN AKTEURINNEN.....	68
2.4.1	<i>Interessen und Strategie des Bundesamtes für Gesundheit</i>	68
2.4.1.1	Zusammenarbeit	70
2.4.2	<i>Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G</i>	71
2.4.2.1	Potentielle Problemfelder	72
2.4.3	<i>Kantonalverbände</i>	74
2.5	PROFIL UND STRATEGIE DER FACHSTELLE.....	77
2.6	QUALITÄTSMANAGEMENT.....	81
2.6.1	<i>Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement: Geschichte eines Begriffes</i>	83
2.6.2	<i>Indikatoren, Ziele und Standards</i>	85
2.6.2.1	Indikator typ Ressource	89
2.6.2.2	Indikator typ Realisierung	90
2.6.2.3	Indikator typ Resultat	91
2.6.2.4	Indikator typ spezifische Wirkung	92
2.6.2.5	Indikator typ globale Wirkung	94
3.	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN: HAUPTERGEBNISSE IN KURZFORM	96
	TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	117
	BIBLIOGRAPHIE	118

Executive summary

Das Verhältnis zwischen Migration und Gesundheit ist ein komplexes und MigrantInnen befinden sich oft in gesundheitlich prekären Situationen. Ein Einblick in die Fachliteratur legt den Schluss nahe, dass sich ein Grossteil der beobachteten Mängel und Probleme nicht nur auf spezifische Gesundheitsdefizite von MigrantInnen bezieht, sondern ebenso auf ihren erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem und auf die Interaktion mit den medizinischen Fachpersonen. In diesem Zusammenhang ist die Fachstelle *Migration und Gesundheit* des SRK eine wichtige Akteurin, da sie eine zweifache Strategie verfolgt: Mit ihren Dienstleistungen und Produkten sollen nicht nur die transkulturellen Kompetenzen der Fachpersonen im Gesundheitsbereich erhöht, sondern ebenfalls die MigrantInnen in ihren Handlungskompetenzen gestärkt werden.

Seit dem 1. Juli 2000 wird die Fachstelle aufgebaut und ihr Angebot ist in einem Abgeltungsvertrag zwischen dem BAG und dem SRK geregelt. In die Leistungsvereinbarung eingeschlossen war der Auftrag des BAG, die Massnahmen, den Verlauf des Aufbaus sowie die Produkte der Fachstelle über eine Kurzevaluation einzuschätzen. Das SRK beauftragte deshalb im Mai/Juni 2001 das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (FSM/SFM) mit diesem Mandat für ein *short assessment*. Die kurze Periode, in der die Evaluation stattfand, aber auch die relativ kurze Zeitspanne, seit der die Fachstelle in Funktion ist, erlaubte es nicht, weitgehende Wirkungsanalysen durchzuführen. Die Evaluation setzte deshalb vor allem auf der Prozessebene an. Nach einer relativ knappen Deskription der Projekte und Dienstleistungen konzentrierte sich die Analyse auf die laufenden Entwicklungen und die strategische Ausrichtung. Zudem war es ein erklärtes Ziel im Rahmen dieser Evaluation mit Vorschlägen für die Implementierung einer zukünftigen Wirkungsmessung resp. einer Qualitätssicherung aufzuwarten. Im folgenden werden einige übergreifende Aspekte aus der Analyse festgehalten, wobei wir im Rahmen dieser Kurzzusammenfassung nicht immer explizit zwischen Ergebnissen und Empfehlungen trennten

Die Fachstelle *Migration und Gesundheit* entwickelte innerhalb kurzer Zeit eine *breite Palette dynamischer Aktivitäten und Dienstleistungen*. Mit ihren innovativen Angeboten wie den Gesundheitskursen oder auch den Inhalten zu transkultureller Pflege leistet sie zweifelsohne Pionierarbeit. Die Angebote, insbesondere was die Ausbildung von Fachpersonen im Pflegebereich betrifft, ent-

sprechen offensichtlich einer seit länger bestehenden Nachfrage. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der transkulturelle Ansatz der Fachstelle, der allseits auf ein positives Echo stößt.

Die *Interventionen der Fachstelle* unterliegen einer doppelten Logik: Durch Massnahmen, welche auf eine Entwicklung von transkulturellen Kompetenzen im Gesundheitswesen abzielen und solchen, welche eine Sensibilisierung und ein Empowerment von MigrantInnen fokussieren, möchte man dem Ziel „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ näher kommen. Man zielt also gleichzeitig darauf ab, einerseits die Zugangsbarrieren im Gesundheitsbereich für MigrantInnen abzubauen und andererseits deren Handlungskompetenzen zu stärken. Diese *doppelgleisige* Interventionslogik (Pflegepersonen des Gesundheitsbereiches einerseits und MigrantInnen andererseits) wurde vielfach als positiv hervorgehoben. Trotzdem konnte festgestellt werden, dass die Einbindung der Tätigkeiten in eine konsolidierte Gesamtstrategie weitgehendst fehlt und längerfristig zu entscheiden bleibt, ob man die zweigleisige Priorität auf Fachpersonen und MigrantInnen beibehalten oder sich vielleicht auf einen der beiden Bereiche konzentrieren möchte. In Hinsicht auf die Interventionslogik der Fachstelle ist im weiteren festzuhalten, dass sie sich zu den Zielsetzungen und Strategien des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit durchaus kongruent verhält. Einzig für den sich noch in der Konzeptphase befindenden Bereich der *Community Health Workers* sind weitere Abklärungen und eine detailliertere Abstimmung notwendig.

Was den *Aufbau und die Organisation* betrifft, so wurde durch die unmittelbare Implementierung der in einem Konzept von Loncarevic und Domenig (2000) formulierten Ideen eine solide Organisationsentwicklung und eine konsolidierte Gesamtstrategie vernachlässigt. Mit anderen Worten, die relativ rasche Umsetzung und Entwicklung der Produkte ging teilweise auf Kosten einer fundierten Konzeptualisierung und mittelfristigen Planung (z.B. eine Überprüfung der internen Ressourcen anhand des Aufwandes für die verschiedenen Tätigkeiten) und wichtige Zwischenschritte und Etappierungen auf dem Weg zur Zielerreichung bleiben noch auszuformulieren. Konsequenz dieser Sachverhalte ist, dass die Profilierung der Fachstelle bis anhin etwas vage bleibt. In nächster Zukunft werden deshalb Grundsatzentscheide auf verschiedenen Ebenen (betreffend Finanzierung, Angebotspalette und Stringenz) zu treffen sein, die ihrerseits wiederum eine Auswirkung auf das Profil der Fachstelle zeigen werden.

Die Fachstelle eignet sich aufgrund ihres Angebots und durch ihre Einbettung im SRK ausgezeichnet als *potentielle Multiplikatorin* für die vermittelten

Inhalte, da sie Zugang zu verschiedenen Kanälen hat (WE'G, Kantonalverbände), die zur Erreichung dieser Breitenwirkung mobilisiert werden können. Ausserdem trifft die Fachstelle mit ihren Dienstleistungen in hohem Grade die Kernkompetenzen des SRK. Momentan bietet die Fachstelle viele Leistungen selbst an und es ist zu überlegen, ob unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Breitenwirkung längerfristig nicht die direkten Angebote (eigene Durchführung von Gesundheitskursen, direkte Weiterbildungstätigkeiten) einzuschränken und die Tätigkeiten auf die indirekten Angebote zu konzentrieren sind. Schritte in diese Richtung wurden im Rahmen der Gesundheitskurse bereits eingeleitet. Diese Strategie bedingt eine verstärkte Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen im Sinne von ImplementierungspartnerInnen (bspw. die institutionelle Einbindung der Gesundheitskurse inkl. neuer Potentiale für Rekrutierung), ermöglicht zugleich aber auch eine Ausweitung der Zielgruppen.

Hinsichtlich einer *Qualitätssicherung* ist festzuhalten, dass in verschiedenen Bereichen der Fachstelle Qualitätsinstrumente existieren, die in der alltäglichen Arbeit denn auch routinemässig eingesetzt werden. Zu erwähnen sind hier insbesondere die Meilensteine oder die Evaluationsbogen für die Module. Auszumachen ist im weiteren eine gewisse Fähigkeit zur Reflexivität der Fachstelle, und zwar im Sinne einer institutionellen bzw. institutionalisierten Fähigkeit, Fehlerentwicklungen zu erkennen und entsprechende Verbesserungsschritte einzuleiten. Hingegen erschweren die teilweise vagen Zielvorgaben der einzelnen Produkte die Definition von Indikatoren und Standards erheblich. Die Bestimmung von spezifischen Wirkungsindikatoren ist gerade bei innovativen Produkten sehr anspruchsvoll, aber vor allem in Hinblick auf die Legitimation von Massnahmen, die noch nicht als etabliert gelten können, umso wichtiger. Wir legen deshalb nahe, in einem ersten Schritt detaillierte und *smarte* Zielvorgaben für die verschiedenen Interventionsebenen zu Papier zu bringen. In einem zweiten Schritt ist zu entscheiden, ob und bis zu welchem Grad es in den Kompetenz- und Aufgabenbereich der Fachstelle fallen soll, die spezifischen Wirkungen ihrer Tätigkeiten selbst zu analysieren. Unter Umständen wäre eine externe Begleitung zum Aufbau eines Qualitätssystems zu erwägen.

Die Fachstelle befindet sich in einem *Umfeld von verschiedenen AkteurInnen* mit denen sie sich abstimmen muss: Einer der wichtigsten externen Akteure ist das WE'G (Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe). Die bisherige Zusammenarbeit zwischen den zwei Partnerorganisationen ist als *win-win-Situation* einzuschätzen: Die fachliche Expertise der Fachstelle und das Umsetzungspotential des WE'G ergänzten sich bislang hervorragend. Die Ablösung des WE'G vom SRK stellt deshalb umso mehr eine Herausforderung dar, die

eine sorgfältige Absprache und Koordination bedingt. Insbesondere sind detaillierte Ausdifferenzierungen der Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Aufgaben sowie der Finanzierungsmodalitäten zwischen den zwei Partnern unabdinglich. In Hinsicht auf *die Kantonalverbände* des SRK legen wir nahe, die Bemühungen für eine Zusammenarbeit zu verstärken, da ein hohes Synergiepotential existiert. Das fachliche Wissen und die Angebote der Fachstelle sind für die Kantonalverbände von grossem Interesse, da sie deren Kernbereiche betreffen. ExpertInnen schätzen denn auch, dass die Nachfrage seitens der Kantonalverbände nach den Dienstleistungen der Fachstelle in naher Zukunft steigen werden. Andererseits sind die Kantonalverbände potente Partner für die Fachstelle in Hinblick auf einen erwünschten Multiplikatoreneffekt. Eine optimale Zusammenarbeit bedingt aber, dass der Koordinationsaufwand einbezogen und die Implementierung eines klaren Finanzierungsmodells vorangetrieben wird.

Neben dem WE'G und den Kantonalverbänden spielt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine wichtige Rolle: Die Fachstelle ist für das BAG eine ideale Ansprechpartnerin innerhalb des SRK für Belange im Rahmen von Migration und Gesundheit ist. Gerade deshalb besteht ein Gefahrenpotential, dass seitens des BAG zu viele Ansprüche an die Fachstelle formuliert und zu viele Aufgaben abdelegiert werden könnten. Wir empfehlen deshalb, aufgrund von detaillierten Kosten- und Ressourcenrechnungen zu prüfen, welche Dienstleistungen im Abgeltungsvertrag eingeschlossen werden sollen und welche nicht. Das BAG hat zusätzlich die wichtige Funktion eine Komplementarität und Abstimmung zwischen den Aktivitäten der Fachstelle und anderen im Bereich Migration und Gesundheit tätigen (und vom BAG finanzierten) AkteurInnen anzustreben.

Résumé

La relation entre migration et santé est de nature complexe et souvent les migrant/es se trouvent dans des situations de santé précaires. Un aperçu de la littérature spécialisée amène à la conclusion qu'une grande partie des manques et problèmes observés ne se rapportent pas simplement à des déficits de santé des migrant/es, mais aussi aux difficultés d'accès au système de soins et aux interactions avec le personnel médical spécialisé. A cet égard, le service spécialisé (Fachstelle) « migration et santé » de la Croix Rouge Suisse (CRS) joue un rôle important, puisqu'il poursuit une double stratégie : grâce à son offre, il vise non seulement une amélioration des compétences transculturelles des personnes spécialisées dans le domaine de la santé, mais également un renforcement des ressources propres des migrants/tes. La "Fachstelle" est opérationnelle depuis le 1er juillet 2000, et son offre est réglementée par un contrat de prestation avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Dans cet accord avec l'OFSP, figurait le mandat pour une évaluation du développement et des produits ou projets du service en question. Par conséquent, en mai 2001, la CRS a chargé le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM/SFM) d'effectuer un short assessment.

La courte période durant laquelle l'évaluation a eu lieu, tout comme le laps de temps relativement bref qui s'est écoulé depuis l'entrée en fonction de la "Fachstelle", ne permirent pas, bien sûr, d'effectuer une véritable étude d'impact, mais plutôt de procéder à une évaluation du développement organisationnel et stratégique du service. Après une description relativement concise des projets et des services, l'analyse s'est concentrée sur l'évolution récente et sur l'organisation stratégique. En outre, un objectif de cette évaluation concernait la gestion de la qualité avec des propositions pour l'implémentation d'un système de promotion de la qualité. Le résumé suivant passe en revue les aspects principaux de l'analyse, en présentant conjointement les résultats et recommandations qui en découlent.

Le service spécialisé « migration et santé » a développé une large palette d'activités et de services dynamiques en peu de temps. Avec ses offres innovatrices, comme les cours sur la santé ou également celui sur les soins transculturels, il effectue sans aucun doute un travail de pionnier. Les offres, en particulier celles qui concernent la formation du personnel spécialisé dans le secteur des soins, correspondent manifestement à une demande existant depuis longtemps.

A cet égard, l'approche transculturelle adoptée par la Fachstelle, dont des échos positifs se font entendre de toutes parts, doit être particulièrement soulignée.

Les interventions du service spécialisé obéissent à une double logique : par les mesures qui visent un développement des compétences transculturelles du personnel de la santé publique, mais aussi par des mesures qui se focalisent sur la sensibilisation et l'empowerment des migrants/tes, on voudrait se rapprocher de l'objectif « Santé pour tous au 21e siècle ». On cherche ainsi à supprimer en même temps les barrières d'accès au système de soins pour les migrants/tes et à renforcer leurs propres ressources. Cette double logique d'intervention (personnel soignant du domaine de la santé et migrants/tes) a souvent été relevée comme positive. Néanmoins, on a pu constater que la fusion des activités ne dispose pas d'une stratégie globale consolidée et il reste à décider, pour le long terme, si l'on veut maintenir cette double approche ou se concentrer sur l'une des deux. Dans tous les cas, la logique d'intervention de la "Fachstelle" s'intègre parfaitement bien dans la stratégie globale de la Confédération en matière de migration et santé. Seul pour le champ d'activité des *Community Health Workers*, se trouvant encore dans une phase de conceptualisation, de plus amples clarifications et une coordination plus détaillée sont nécessaires.

En ce qui concerne l'organisation et la consolidation du service spécialisé, la mise en œuvre immédiate des idées formulées dans un concept de Loncarevic et Domenig (2000) n'a pas permis un développement structurel solide sur la base d'une stratégie globale. En d'autres termes, le développement relativement rapide des produits et projets s'est fait, en partie, aux dépens d'une conceptualisation fondée et d'une planification à moyen terme (p. ex. un examen des ressources internes en fonction des dépenses prévisibles pour les différentes activités); des étapes intermédiaires restent encore à déterminer par rapport aux objectifs fixés à long terme. La conséquence de ces circonstances est que le profil du service spécialisé est resté jusque-là un peu vague. Ainsi, dans un avenir proche, des décisions cruciales devront être prises à différents niveaux (concernant le financement, la palette des services offerts et la cohérence des approches), ce qui aura des répercussions sur l'orientation future du service spécialisé.

La "Fachstelle", en raison de ses prestations et par son intégration au sein de la CRS, est particulièrement bien placée dans son rôle de multiplicateur, puisqu'elle dispose d'un accès privilégié à différents canaux (WE'G, associations cantonales) pour la diffusion du savoir-(faire). En outre, les prestations du service se situent dans le domaine des compétences traditionnellement privilégiées par la CRS. Actuellement, le service intervient directement dans un grand nom-

bre de prestations et il faudrait examiner si, sous l'aspect d'un effet optimal à long terme, les offres directes (mise en œuvre des cours de santé, interventions dans la formation continue) ne devraient pas être limitées à une offre indirecte en amont. Des efforts ont d'ailleurs déjà été entrepris dans ce sens par la délégation des activités d'enseignement à des tiers. Cette stratégie exige une coopération renforcée avec les différentes institutions qui sont partenaires dans la mise en œuvre (p. ex. par l'intégration institutionnelle des cours de santé, ce qui ouvre de nouveaux potentiels de recrutement au sein des institutions partenaires), mais elle permet aussi un élargissement des groupes cibles.

En ce qui concerne la promotion de la qualité, il faut retenir que dans plusieurs domaines ou projets de la "Fachstelle", des instruments de qualité existent et qu'ils sont appelés à être couramment utilisés dans le travail quotidien. Il faut mentionner ici en particulier les objectifs intermédiaires fixés dans le contrat de prestation avec l'OFSP (Meilensteine) ou les éléments d'évaluation pour les modules de formation. D'une manière générale, nous avons pu constater une bonne réflexivité du service, dans le sens d'une capacité institutionnelle et/ou institutionnalisée à reconnaître des lacunes dans le développement des projets et à entreprendre les améliorations nécessaires. Le fait que les objectifs des différents produits restent parfois assez vagues complique toutefois la définition d'indicateurs appropriés et de standards de qualité. Il est vrai que la détermination des indicateurs d'impact spécifiques est précisément très exigeante dans le cas de prestations innovatrices, mais elle est particulièrement importante pour légitimer des mesures qui ne peuvent pas encore être considérées comme établies. Nous suggérons par conséquent, dans une première étape, de formuler par écrit des objectifs détaillés et smart pour les différents niveaux d'intervention. Dans une deuxième étape, il faut décider si et jusqu'à quel degré l'analyse spécifique des activités doit être de la compétence et du domaine du service spécialisé. Si les circonstances s'y prêtent, un encadrement externe de la mise en place du système de qualité devrait éventuellement être envisagé.

Le service se trouve dans un environnement où interviennent différents acteurs avec lesquels il doit s'accorder : un des partenaires externes des plus importants est le WE'G (Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe). La coopération actuelle entre les deux organisations peut être considérée comme une situation de type win-win : l'expertise professionnelle de la "Fachstelle" et le potentiel de mise en œuvre du WE'G se sont remarquablement complétés jusqu'ici. La séparation entre le WE'G et la CRS représente, par conséquent, un défi qui demande une entente et une coordination soigneuses. En particulier, la distinction des responsabilités, des compétences, des tâches tout comme des

modes de financement entre les deux partenaires doit être clairement établie. Par rapport aux associations cantonales de la CRS, nous suggérons de renforcer les efforts dans le sens de la coopération, vu l'existence d'un potentiel de synergies élevées. Le savoir professionnel et les prestations du service spécialisé sont d'un grand intérêt pour les associations cantonales, puisque ces éléments concernent directement les compétences centrales. D'une part, les experts estiment aussi que la demande de prestations de la part des sections cantonales au service spécialisé augmentera dans un avenir proche. D'autre part, en ce qui concerne l'effet multiplicateur souhaité, les associations cantonales sont des partenaires importants pour le service spécialisé. Un travail en commun optimal exige toutefois l'inclusion des dépenses de coordination et la mise en œuvre d'un modèle de financement clair.

Outre le WE'G et les associations cantonales, l'OFSP joue aussi un rôle important : le service spécialisé est un partenaire de discussion privilégié pour l'OFSP dans le domaine migration et santé. Le fait, de la part de l'OFSP, de formuler trop d'exigences et de déléguer trop de tâches au service spécialisé, pourrait constituer un risque. Nous recommandons par conséquent d'examiner, sur la base des coûts détaillés et des ressources disponibles, quels services doivent être ou non compris dans le contrat de prestation. L'OFSP est aussi amené à promouvoir la complémentarité et la coordination entre les activités du service spécialisé et les autres activités dans le domaine migration et santé, tout comme entre les différents acteurs (financés par l'OFSP).

Sintesi

La relazione tra migrazione e salute è di natura complessa e spesso le migranti e i migranti si trovano in precarie condizioni di salute. Una rassegna della letteratura specializzata in materia ci porta a concludere che gran parte dei problemi osservati non sono da collegare semplicemente a delle deficienze nella salute delle migranti e dei migranti, ma derivano anche dalle difficoltà d'accesso al sistema della salute da un lato e dalle interazioni non semplici con il personale medico dall'altro. A questo proposito, il servizio specializzato (Fachstelle) « migrazione e salute » della Croce Rossa Svizzera (CRS) assume un ruolo importante attraverso la doppia strategia che persegue: da un lato, grazie alla sua offerta, cerca di migliorare le competenze transculturali dei professionisti della salute, e dall'altro opera per rafforzare le risorse proprie delle migranti e dei migranti. La Fachstelle è stata sviluppata a partire dal primo luglio 2000 e il suo operato è regolato da un contratto di prestazione con l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Nell'accordo con l'UFSP era compreso il mandato per una valutazione dello sviluppo e dei risultati o dei progetti del servizio in questione. La CRS, nel maggio 2001, ha incaricato il Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione (FSM/SFM) di effettuare un short assessment.

La breve durata della valutazione insieme al periodo di tempo relativamente corto che è trascorso dalla messa in funzione della Fachstelle non hanno evidentemente permesso di realizzare un reale studio dell'impatto della struttura, ma piuttosto una valutazione dello sviluppo organizzativo e strategico del servizio. Dopo una descrizione relativamente concisa dei progetti e dei servizi, l'analisi si è concentrata sull'evoluzione più recente e sull'organizzazione strategica. Oltre a ciò, un obiettivo della valutazione riguardava la gestione della qualità e le proposte conseguenti per l'implementazione di un sistema di promozione della qualità. La sintesi che segue elenca gli aspetti principali dell'analisi presentandone i risultati e le raccomandazioni che ne derivano.

Il servizio specializzato « migrazione e salute » ha sviluppato, in poco tempo, un grande ventaglio di attività e di servizi dinamici. Con le sue proposte innovative, come i corsi sulla salute o sulle cure transculturali, ha realizzato, senza alcun dubbio, un'opera da pioniere. In particolare, le offerte che riguardano la formazione del personale specializzato nel settore della cura corrispondono chiaramente a una domanda esistente già da molto tempo. A questo proposito,

l'approccio transculturale adottato dalla Fachstelle, i cui echi positivi si fanno sentire da tutte le parti, deve essere particolarmente sottolineato.

Gli interventi del servizio seguono una duplice logica : attraverso le misure che tendono a sviluppare delle competenze transculturali del personale sanitario, ma anche attraverso altre misure che si concentrano sulla sensibilizzazione e sull'empowerment delle migranti e dei migranti, ci si vorrebbe avvicinare all'obiettivo «Salute per tutti nel XXI secolo ». Si tende quindi, nello stesso tempo, ad abbattere le barriere d'accesso al sistema della sanità per le migranti e i migranti e a rafforzare le loro risorse proprie. Questa doppia logica d'intervento (personale di cura nell'ambito della salute e migranti) è stata spesso considerata positivamente. Ciononostante, si è potuto constatare che questa fusione delle attività manca di una strategia globale consolidata e resta da decidere se, nel lungo periodo, si voglia mantenere questo duplice approccio o se si preferisca concentrarsi su uno dei due. In ogni caso, la logica di intervento della Fachstelle si integra perfettamente nella strategia globale della Confederazione nell'ambito migrazione e salute. Solamente per quanto riguarda l'ambito di attività dei Community Health Workers, che è ancora in fase di elaborazione concettuale, delle più ampie chiarificazioni e un coordinamento più dettagliato saranno necessari.

Per quanto riguarda l'organizzazione ed il consolidamento del servizio, la realizzazione immediata delle idee formulate in un concetto di Loncarevic e Domenig (2000) non ha permesso uno sviluppo strutturale solido sulla base di una strategia globale. In altri termini, lo sviluppo relativamente rapido dei prodotti e progetti si è fatto a scapito, in parte, di una elaborazione concettuale fondata e di una pianificazione a medio termine (p.e. un esame delle risorse interne in funzione delle spese ipotizzate per le diverse attività) e delle tappe intermedie devono ancora essere formulate in relazione agli obiettivi prefissati a lungo termine. La conseguenza di queste circostanze è che il profilo del servizio è rimasto, fino ad ora, un po' vago. Conseguentemente, in un prossimo futuro, dovranno essere prese delle decisioni cruciali a diversi livelli (riguardo il finanziamento, il ventaglio dei servizi offerti e la coerenza degli approcci), decisioni che avranno delle ripercussioni sull'orientamento del futuro servizio.

La Fachstelle, sulla base delle sue prestazioni e grazie alla sua integrazione nella CRS, è particolarmente ben situata per concretizzare il suo ruolo di moltiplicatore dato che può disporre di un accesso privilegiato a diversi canali (WE'G, associazioni cantonali) per la diffusione delle sue competenze. Inoltre, le prestazioni del servizio sono contenute nell'ambito delle competenze tradi-

zionalmente privilegiate dalla CRS. Attualmente, il servizio interviene direttamente in un gran numero di prestazioni e bisognerebbe esaminare se, rispetto ad un ritorno ottimale di lungo periodo, le offerte dirette (realizzazione di corsi sulla salute, interventi di formazione continua) non dovrebbero essere limitate in favore di un'offerta indiretta a monte. In questa direzione, sono già stati fatti degli sforzi attraverso la delega a terzi delle attività di insegnamento. Questa strategia esige un rafforzamento della cooperazione con le diverse istituzioni che contribuiscono alla realizzazione degli interventi (p.e. attraverso l'integrazione istituzionale dei corsi sulla salute, cosa che permette l'accesso a nuovi potenziali di reclutamento presso le istituzioni partner), ma porta anche ad un allargamento dei gruppi obiettivo.

Per quanto riguarda la promozione della qualità, bisogna tenere presente che, in diversi ambiti di intervento della Fachstelle, esistono degli strumenti di qualità che sempre più diventeranno di uso corrente nel lavoro quotidiano. Si ricordano qui in particolare gli obiettivi intermedi fissati nel contratto di prestazione con l'UFSP o gli elementi di valutazione per i moduli di formazione. In generale, abbiamo potuto constatare una buona "riflessività" del servizio, intesa come la capacità istituzionale e/o istituzionalizzata di riconoscere le lacune nello sviluppo dei progetti ed avviare i miglioramenti necessari. Il fatto che gli obiettivi dei diversi prodotti restino talora abbastanza vaghi complica comunque in modo considerabile la definizione di indicatori appropriati e di standards di qualità. E' vero che la determinazione di indicatori specifici di impatto è molto esigente nel caso di prestazioni innovatrici, ma, nel contempo, è particolarmente importante per legittimare delle misure che non possono ancora essere considerate consolidate. Conseguentemente, noi suggeriamo di formulare per iscritto, in una prima fase, gli obiettivi dettagliati e smart per i diversi livelli di intervento. Successivamente, in una seconda fase, bisogna decidere se e fino a che punto l'analisi specifica delle attività debba rientrare nelle competenze e nell'ambito di un servizio specializzato. Se le circostanze lo permettono, si dovrebbe anche eventualmente immaginare un accompagnamento esterno della realizzazione del sistema di qualità.

Il servizio si trova in un ambiente nel quale diversi attori/attrici intervengono e con questi esso si deve accordare: uno dei partner esterni più importanti è il WE'G (Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe). La cooperazione attuale tra i due organismi può considerarsi come una situazione del tipo win-win: la capacità professionale della Fachstelle e il potenziale di realizzazione del WE'G si sono completati in modo straordinario fino ad ora. Conseguentemente, la separazione tra il WE'G e la CRS rappresenta una sfida che richiede un'intesa

e un coordinamento particolarmente curati. In particolare, deve essere chiaramente definita la distinzione delle responsabilità, delle competenze, dei compiti come anche dei modi di finanziamento tra i due partners. Riguardo alle associazioni cantonali della CRS, suggeriamo di intensificare gli sforzi verso la cooperazione, data l'esistenza di un elevato potenziale di sinergie. Le competenze professionali e le prestazioni del servizio specializzato sono di grande interesse per le sezioni cantonali della Croce rossa, dato che riguardano direttamente i campi d'intervento centrali di queste antenne. Da una parte esperti ritengono anche che le domande d'intervento rivolto alla Fachstelle da parte delle sezioni cantonali aumenteranno in un prossimo futuro e, d'altra parte, le antenne cantonali sono dei partners importanti per il servizio per quanto riguarda l'effetto moltiplicatore sperato. Comunque, un lavoro sinergico esige anche che le spese di coordinamento siano incluse e che un modello di finanziamento chiaro sia realizzato.

Oltre al WE'G ed alle associazioni cantonali, anche l'UFSP ha un ruolo importante da giocare: la Fachstelle è un partner di discussione privilegiato per l'UFSP sul tema salute e migrazione. Da parte dell'UFSP, ci potrebbe essere il rischio di manifestare troppe esigenze e delegare troppi compiti al servizio. Conseguentemente, noi raccomandiamo di esaminare, sulla base dei costi dettagliati e delle risorse disponibili, quali servizi debbano essere o meno compresi nel contratto di prestazione. Toccherà infatti all'UFSP a promuovere la complementarietà e il coordinamento tra le attività della Fachstelle e gli altri interventi nell'ambito migrazione salute eseguiti da diversi attori (finanziati dall'UFSP).

Einführung

In Fachkreisen hat sich die Erkenntnis verbreitet, dass das Verhältnis zwischen Migration und Gesundheit ein komplexes ist und sich die MigrantInnen oft in gesundheitlich prekären Situationen befinden (Chimienti und Cattacin 2001). Ein Einblick in die einschlägige Literatur über die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in der Schweiz legt den Schluss nahe, dass sich ein Grossteil der beobachteten Schwierigkeiten nicht nur auf spezifische Gesundheitsdefizite von MigrantInnen bezieht, sondern genauso auf ihren erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem und auf die Interaktionen mit den medizinischen Fachpersonen (Pedrina und al. 1999; Wanner et al. 1998; Weiss und Stucker 1998).

Genau an diesem Punkt setzt die Fachstelle "Migration und Gesundheit" an (Loncarevic und Domenig 2000): Mit den Aktivitäten der Fachstelle soll eine zweifache Strategie verfolgt werden, indem nicht nur die transkulturellen Kompetenzen der Fachpersonen im Gesundheitswesen erhöht, sondern ebenfalls MigrantInnen in ihren Handlungskompetenzen gestärkt werden.

Seit dem 1. Juli 2000 – damals trat der Abgeltungsvertrag zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) in Kraft – wird die Fachstelle aufgebaut und in Form eines Pilotprojektes vertraglich bis Ende 2001 resp. 2003 geführt. In dieser Zeitspanne sollen die verschiedenen Massnahmen konkretisiert und eine Vielzahl Projekte von der Fachstelle aus realisiert werden.

In der Leistungsvereinbarung eingeschlossen war ein Auftrag des BAG, die Massnahmen, den Verlauf des Aufbaus sowie die Produkte der Fachstelle über eine Kurzevaluation einzuschätzen. Das SRK beauftragte im Mai/Juni 2001 das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (FSM) mit diesem Mandat für ein *short assessment*. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse aus dieser Kurzevaluation synthetisiert, die Resultate detailliert dargestellt und Empfehlungen formuliert.

Konkret werden in einem ersten Schritt die Ziele, Fragestellungen sowie das methodische Vorgehen der Evaluation kurz dargestellt. Anschliessend wird in einem ersten Teil auf den Hintergrund und die Entstehung der Fachstelle Migration und Gesundheit eingegangen. Neben einer kurzen historischen Aufarbei-

tung und einem Überblick über die Produkte und Dienstleistungen der Fachstelle wird ebenfalls deren personelle und finanzielle Situation kurz skizziert.

In einem zweiten Teil werden anschliessend die Produkte der Fachstelle, aber auch der Aufbau und die Organisation sowie das Profil und die Beziehungen mit anderen Akteuren beurteilt.

Ein letztes Kapitel hat zum Ziel, die Hauptergebnisse zusammenzufassen und einige Empfehlungen abzugeben. Wir greifen in tabellarischer Form und auf der Grundlage des bis anhin erarbeiteten Materials wichtige Punkte auf und betrachten diese unter verschiedenen Blickwinkeln.

Glossar und Abkürzungen

Das SRK und insbesondere die Abteilung Migration und Gesundheit waren vor und während dieser Kurzevaluation von einem Restrukturierungs- und Organisationsprozess geprägt, der auch die Terminologie resp. die Namensfestlegung der einzelnen Einheiten betraf. Dieser Prozess ist noch immer nicht gänzlich abgeschlossen. Um Missverständnissen vorzugreifen, möchten wir kurz festlegen, welche Terminologien wir im Rahmen dieses Berichts verwenden: Insbesondere ist zwischen Fachstelle, Fachbereich und Teilbereich zu unterscheiden.

Fachstelle und Fachbereich: Der Name *Fachstelle "Migration und Gesundheit"* hat einen temporären Charakter, da es sich um eine provisorische Terminologie für die zu untersuchende Einheit handelt. Der Terminus *Fachstelle* dient einer SRK externen Bezeichnung der Einheit, intern wird auch vom *Fachbereich Bildung und Gesundheitsförderung* gesprochen.

Teilbereich: Im Abgeltungsvertrag zwischen dem Bundesamt für Gesundheit und dem SRK werden die Aktivitäten und Projekte der Fachstelle in zwei Teilbereiche aufgegliedert: Transkulturelle Kompetenzentwicklung im Gesundheitswesen und Sensibilisierung und Professionalisierung von MigrantInnen. Die Teilbereiche wiederum gliedern sich auf in Projekte oder Teilprojekte.

Produkte, Projekte und Teilprojekte: Die Aktivitäten der Fachstelle bezeichnen wir auch als Produkte, Projekte oder Teilprojekte.

Darüber hinaus, wimmelt es in diesem Themengebiet von verschiedensten Abkürzungen. Im folgenden möchten wir einige der häufigsten kurz erwähnen:

BAG:	Bundesamt für Gesundheit
CHW:	Community Health Workers
GK:	Gesundheitskurse "Luana"
KV:	Kantonalverband des Schweizerischen Roten Kreuzes
NDK:	Nachdiplomkurs
SRK:	Schweizerisches Rotes Kreuz
TKK:	Transkulturelle Kompetenz
WE'G:	Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe

Hauptfragen der Evaluation und methodisches Vorgehen

Die vorliegende Kurzevaluation – oder *rapid assessment* – steht in der Tradition von evaluativen Forschungen, die zum Ziel haben, innerhalb kurzer Zeit mittels evaluativen Fragestellungen und Teilanalysen zu Ergebnissen zu kommen, die vor allem der Entscheidungsfindung nützlich sind. Angestrebt wurde eine zeitlich schnelle Beurteilung durch eine methodisch qualitativ angesetzte Vorgehensweise, die insbesondere auf ExpertInneneinschätzungen, Fokusgruppengesprächen und Dokumentationsstudium beruhte.

Die Kurzevaluation zielte vor allem auf eine fünffache Bestimmung der bisherigen und gegenwärtigen Arbeit der Fachstelle "Migration und Gesundheit": Dies sind die Produkte, die Interventionslogik resp. die Strategie und das Profil, die Organisation und die Struktur, die Selbstevaluationskapazität sowie die Orientierungskonformität mit den Zielsetzungen der generellen Strategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit.

Diese mehrfache Herangehensweise ermöglicht es, Vorschläge für eine Verbesserung der internen Kohärenz und Performance vorzulegen und die Ausrichtung der Aktivitäten mit der generellen Politik des Bundes in diesem Bereiche abzustimmen.

Das BAG formulierte in der Evaluations-Ausschreibung folgende sechs Fragen, auf die die Evaluation schlüssige Antworten zu geben hat:

- « 1. Quel est le cadre logique (stratégie, mesures, moyens) dans lequel se déroule le projet ?
2. Quelles sont les forces et les faiblesses des moyens mis en œuvre dans ce cadre là?
3. Dans quelle mesure les réactions et les besoins des destinataires sont-ils transmis aux responsables du projet ?
4. Comment ces réactions et besoins sont-ils transmis et pris en compte, autrement dit de quelle manière les responsables du projet s'adaptent à ces réactions et besoins ?
5. Jusqu'à quel point la structure du cadre logique doit être remise en cause ou non, en fonction de la stratégie Migration et Santé de l'OFSP?
6. Quel système de qualité est mis sur pied ? Selon quels critères ce système est-il mis sur pied ? Jusqu'à quel point répond-il au contrôle de qualité ? » (Rywalski 2001).

Wir reduzierten diese Detailfragen in einem ersten Schritt auf folgende zwei Fragenkomplexe: Wie ist die interne Aktion gestaltet und wie bezieht sich diese auf die externe Umwelt? In einem zweiten Schritt fächerten wir diese Bereiche

auf einige Schwerpunkte auf. Im folgenden setzte die Evaluation ihren Fokus auf diese Schwerpunkte, die folgendermassen umschrieben werden könnten:

1. *Outputbeschreibung*: Welche Produkte wurden und werden auf welche Art und Weise und für wen erzeugt? Wie haben sich die Dienstleistungen entwickelt?
2. *Interventionslogik resp. Strategie und Profil der Fachstelle*: Welche Programmlogik unterliegt der Fachstelle und welche Strategie verfolgt die Fachstelle? Welches Profil lässt sich für die Fachstelle eruieren?
3. *Abstimmung mit externen AkteurInnen*: Welches sind die wichtigsten externen AkteurInnen der Fachstelle und sind die Nahtstellen zu diesen geklärt? Besteht zwischen dem Programm des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit und den subventionierten Aktivitäten der Fachstelle eine Kongruenz?
4. *Organisation und Struktur*: Wie gestalten sich Organisation, Struktur und Abläufe der Fachstelle, als auch der Aktivitäten innerhalb der Teilbereiche?
5. *Qualitätsmanagement*: Sind Leistungs- und Wirkungsindikatoren definiert und sind Instrumente eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses implementiert?

Die kurze Periode, in der die Evaluation stattfand, aber auch die relativ kurze Zeitspanne, seit der die Fachstelle in Funktion ist, erlaubte es jedoch nicht, weitgehende *outcome* und insbesondere Wirkungsanalysen durchzuführen. Wir setzten deshalb in der Evaluation in einem ersten Schritt vor allem auf der output-Ebene (relativ knappe Deskription der Projekte und Dienstleistungen), der Prozessebene und der strategischen Ebene an.¹ Allerdings war es unter anderem ein erklärtes Ziel, im Rahmen dieser Evaluation, Instrumente für eine zukünftige Wirkungsmessung zu entwickeln, die zu einem späteren Zeitpunkt ihre Verwendung finden würden.

¹ In Absprache mit dem Mandanten wurde am 5.6.01 beschlossen, einen stärkeren Akzent auf die Analyse der laufenden Prozesse und zwar auf Kosten der rückblickenden Output-Darstellung zu setzen. Damit können die gegenwärtige Lage der Fachstelle und insbesondere die jüngsten strukturellen und personellen Änderungen in der neuen Abteilung Migration und Gesundheit besser berücksichtigt werden.

Die Evaluationsdaten wurden zwischen August und Dezember 2001 erhoben. Die Nachforschungen basierten einerseits auf schriftlichem Material und Dokumentationsunterlagen und andererseits auf einer Reihe von ausführlichen Interviews und Fokusgruppengesprächen.

Beim Vorgehen liessen wir uns von zwei methodischen Prinzipien leiten:

1. *Theoretisches Sampling* (Glaser und Strauss 1998): Das heisst, wir erhoben und analysierten unsere Daten parallel und entschieden prozesshaft darüber, welche Daten als nächstes erhoben resp. analysiert werden sollten und wo diese zu finden waren. In dieser Logik fand eine fortlaufende Inklusion von für die Fachstelle zentralen AkteurInnen statt (vgl. Lamnek 1995).
2. Auswahl von geeigneten InterviewpartnerInnen nach dem Schneeballprinzip: Wir liessen uns von jedem/jeder InterviewpartnerIn seiner/ihrer Meinung nach geeignete Schlüsselpersonen für weitere Interviews nennen.

Eine detaillierte Übersicht über die Evaluationsunterlagen gibt Tabelle 1.

Der Grossteil der verwendeten Dokumente wurden dem Mandanten von der Fachstelle zur Verfügung gestellt. Die Sekundäranalyse stützte sich auf drei verschiedene Kategorien von Dokumenten.

- Grundlegendokumente der Fachstelle und der Teilbereiche,
- Strategiedokumente des SRK und des Bundes
- Vor- und Teilevaluationen der Produkte der Fachstelle

Neben der Analyse der Dokumente führten wir insgesamt 14 Einzelgespräche durch, teils persönlich, teils telefonisch. Die Fragen waren im übrigen vorgängig mit dem Mandanten abgesprochen worden. Um qualitativ hochstehende Interviews zu gewährleisten, liessen wir den GesprächspartnerInnen jeweils vor den Gesprächen einen Fragekatalog zukommen. Auf diese Art und Weise waren die Gespräche bestmöglichst vorbereitet. Anzuführen ist, dass sich alle von uns angefragten Personen für ein Interview einverstanden erklärten.

Tabelle 1: Wichtigste Evaluationsunterlagen

Materialien für Sekundäranalysen

- *Grundlagendokumente Fachstelle:*
Loncarevic, Maja & Domenig, Dagmar (2000) Fachstelle Migration und Gesundheit – Konzept, Netzwerk Interkulturelle Kompetenz, SRK Bern / Abgeltungsvertrag BAG/SRK 2002/03 / Meilensteine: Aktualisierter Entwurf nach 1. Sitzung BAG-FS, November 2001 / Fachstelle Migration und Gesundheit, Jahresziele und Budget 2002 / Organigramme der Fachstelle sowie der Abteilung Migration und Gesundheit / Entwurf des Schlussberichts der Fachstelle zuhanden des BAG vom Dezember 2001 / Statistisches Porträt der Kantonalverbände des Roten Kreuzes 1997-2000.
- *Grundlagendokumente der Teilprojekte:*
Konzept-Entwurf *Community Health Workers*, Fallbeispiel Luana (Comics), Gesundheitswegweiser, Arbeitspapier für die Vorbesprechung mit MediatorInnen.
- *Strategiedokumente:*
Leitlinien SRK 2001 / SRK Department Migration Strategie, Bereich Migration und Gesundheit / Strategie 2007 des SRK erste Phase / Stellungnahme SRK zum Strategiepapier BAG / Strategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit
- *Vor- und Teilevaluationen resp. Auswertungen der Produkte*
Expertengutachten Evaluation "Gesundheitskurse SRK", Evaluation Kursmodule, Auswertungen verschiedener Module, Evaluationsraster für die Gesundheitskurse, Berichte aus Gesundheitskursen.

Gesprächsprotokolle aus Interviews

- 14 Einzelgespräche (Face-to-Face Interviews oder Telefoninterviews)
- 5 Gespräche mit gegenwärtigen oder ehemaligen Mitarbeitenden der Fachstelle
- 4 Gespräche mit verschiedenen ExpertInnen des SRK aus den Departementen Berufsbildung, Migration sowie dem Zentralsekretariat der Kantonalverbände
- 1 Gespräch mit einer Verantwortlichen eines Kantonalverbandes
- 1 Gespräch mit einem Evaluator
- 2 Gespräche mit Verantwortlichen am WE'G
- 1 Gespräch mit einer Pflegefachfrau und Berufsschullehrerin

Fokusgruppengespräche

- 1 Fokusgruppe mit den Mitarbeitenden der Fachstelle (ohne Leitung)
 - 1 reflexive Strategie-Feedbackgruppe mit verschiedenen ExpertInnen des SRK und BAG
 - 1 Fokusgruppe mit den Mitarbeitenden der Fachstelle, inkl. Leitung Fachstelle und sowie Leitung Abteilung Migration und Gesundheit
-

Zusätzlich führten wir verschiedene Fokusgruppengespräche. Während im ersten die Mitarbeitenden der Fachstelle zu Wort kamen, nahmen am zweiten ExpertInnen aus der Abteilung Migration und Gesundheit des SRK, sowie aus dem BAG teil. Ein drittes Gruppengespräch fand mit Mitarbeitenden der Fachstelle, inklusive der Leitung der Fachstelle sowie der Abteilungsleitung statt. Die Zusammensetzung der Fokusgruppen richtete sich nach den thematischen Schwerpunkten und dem entsprechenden ExpertInnenwissen.

Neben dem Dokumentenstudium und den zahlreichen Gesprächen halfen verschiedene Sitzungen und Nebengespräche, die Ergebnisse inhaltlich zu festigen. Erste Evaluationsergebnisse wurden mit den AuftraggeberInnen und den

HauptinteressentInnen, sowie dem Forschungsteam besprochen. An dieser Sitzung wurden der Fachstelle und dem SRK Gelegenheit gegeben Fehleinschätzungen einzubringen und Unklarheiten zu klären. Im Schlussbericht (vorliegendes Paper) sind denn die wichtigsten Anmerkungen und Rückmeldungen mit einbezogen worden.

An dieser Stelle möchten wir uns für das bereitwillige zur Verfügung stellen zahlreicher Unterlagen und für die Auskunftsbereitschaft der Mitarbeitenden der Fachstelle sowie der Abteilung Migration und Gesundheit herzlich bedanken. Die Kurzevaluation verdankt ihre Ergebnisse wohl zuerst all jenen Personen, die an Interviews und Gesprächen teilnahmen, uns ihre Ansichten, Meinungen, Erfahrungen und Ideen kundtaten und sich bereit erklärten, mit uns ihr Wissen teilen.

Grenzen und Probleme der Evaluation

Die folgenden Ergebnisse müssen in verschiedener Hinsicht relativiert werden. Wir konnten, wie oben bereits kurz erwähnt, aufgrund des kurzen Bestehens der Fachstelle, die Wirkungen ihrer Aktivitäten nicht erheben. Wir unternahmen in diesem Sinne keine Befragungen grösseren Stils und Ausmasses. Allerdings wird es immer ein sehr schwieriges – wenn überhaupt zu bewältigendes - Unternehmen bleiben, direkte Beziehungen zwischen den Interventionen der Fachstelle und zum Beispiel Veränderungen im Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung auszumachen.

Die Prozesshaftigkeit der Fachstelle – sie war während der Zeitdauer der Evaluation noch immer im Aufbau begriffen – erschwerte die Evaluation insofern, als dass sich aktuelle Resultate bei einem Folgetreffen manchmal bereits als überholt erwiesen. Wir waren aber stets bemüht, laufenden Entwicklungstendenzen Rechnung zu tragen, indem sowohl entsprechende Potentiale als gerade auch Problemquellen antizipiert wurden. Dies mag gewissen Aussagen einen etwas spekulativen Charakter verleihen, der bei (klassischen) Wirkungsevaluationen nicht üblich ist. Es gilt deshalb zu betonen, dass die betreffenden Erkenntnisse weniger als abschliessende Urteile denn als konstruktive Hinweise für den weiteren Ausbau der Fachstelle zu betrachten sind. In diesem Sinn schien uns der Zeitpunkt der Evaluation durchaus opportun, auch wenn sich die Analyse möglicherweise in einer späteren Entwicklungsphase als einfacher erwiesen hätte. Dann soll auf die Schwierigkeiten hingewiesen werden, die aus dem Umstand erwachsen, dass sich die gesamte Abteilung Migration und Gesundheit und das

SRK insgesamt in einem Wandel und Restrukturierungsprozess befand. Die Fachstelle als eine Einheit im Herzen des SRK war von diesen grösseren strukturellen Unwälzungen immer mitbetroffen, die Evaluation als solches konnte hingegen diese Prozesse nicht in ihre Analyse mit einschliessen, da dies den Rahmen gesprengt hätte.

Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass es sich um eine Kurzevaluation handelte: Das heisst, wir konnten einige Aspekte detaillierter behandeln, während andere nur ansatzweise untersucht wurden. Wir mussten also im Laufe der Evaluation immer wieder die Schwerpunkte festlegen.

1. Die Fachstelle "Migration und Gesundheit" und ihre Produkte

In diesem ersten Kapitel stehen die Hintergründe und der Werdegang der Fachstelle im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Zusätzlich werden wir die Ansätze der Fachstelle und die Entwicklung ihrer Tätigkeiten resp. Produkte kurz skizzieren.

1.1 Hintergründe und Entstehungsgeschichte der Fachstelle

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) ist aufgrund seiner Entstehungsgeschichte schwerpunktmässig seit jeher mit Gesundheitsfragen beschäftigt und wird als Institution auch als solche mit Gesundheit assoziiert. Allerdings stellte es selbst für das SRK eine Neuheit dar, als mit dem Teilprojekt Gesundheit im Rahmen des Pilotprojektes "Netzwerk interkulturelle Kompetenz (NIK)" erstmalig spezifisch inter- resp. transkulturellen Fragestellungen innerhalb der Gesundheitsversorgung nachgegangen wurden. Mit dem Pilotprojekt NIK wurde im Departement Migration ein Grundstein für eine Neupositionierung seiner Tätigkeitsfelder entlang bestehender spezifischer SRK Kompetenzen und entsprechend sich abzeichnender Bedürfnissen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Handlungsbereichen gelegt (vgl. Loncarevic und Domenig 2000:3). Die heutige Fachstelle "Migration und Gesundheit" des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) hat denn ihre Wurzeln im *Netzwerk interkulturelle Kompetenz (NIK)*.

Die Verantwortlichen des Teilprojekts Gesundheit des NIK wurden 1999 beauftragt, eine Gesamtstrategie für den Bereich Migration und Gesundheit mit dem Ziel einer zukünftigen und längerfristigen Positionierung des Departements Migration zu entwickeln. In diesem Zusammenhang begann man, eine theorie- und praxisgeleitete Bedürfnisabklärung im Gesundheitsbereich durchzuführen (Literaturstudium, Spitalanalyse, Umfrage in Bildungseinrichtungen, Projektreisen). Im Rahmen dieser Bedarfsabklärungen zeigte sich ein grosses Informationsdefizit seitens der MigrantInnen bezüglich des Gesundheitsbereiches, das ein Zurechtfinden im Gesundheitswesen als problematisch darstellt. Als zweiter Be-

reich liess sich ein immenses Bedürfnis nach Weiterbildungen für Fachpersonen des Gesundheitsbereiches in Hinblick auf den Erwerb von transkulturellen Kompetenzen eruieren (vgl. Anhang zum Konzept, April 2000). Aufgrund dieser Ergebnisse wurden erste Ideen wie ein Entwurf für einen Gesundheitswegweiser, aber auch Angebote für Fachpersonen im Sinne von Weiterbildungsmodulen skizziert und teilweise bereits umgesetzt.

Diese Grundlagen sowie die Erfahrungen und Erkenntnisse der damaligen Teilprojektleiterin und der extern beauftragten Expertin mündeten in einer zweiten Phase im April 2000 in ein auf den ersten Blick ambitioniertes Konzept mit dem Titel *Fachstelle Migration und Gesundheit*. Die Idee war entstanden, eine Fachstelle „Migration und Gesundheit“ innerhalb des Departements Migration aufzubauen.

1.1.1 Konzept Fachstelle Migration und Gesundheit und dessen Umsetzung

Im Konzept wurde einsichtig dargelegt, wie einerseits transkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen erhöht und andererseits das Empowerment von MigrantInnen vorangetrieben werden könnten. Der Ansatz entspricht einem integrationspolitischen Verständnis, das nicht nur eine Integration von MigrantInnen (Abbau von Zugangsbarrieren, Erhöhung von Kompetenzen, Empowerment) anstrebt, sondern gleichzeitig eine transkulturelle Öffnung der Institutionen bewirken soll (vgl. Loncarevic und Domenig 2000).²

Zu diesem Zeitpunkt liefen zwischen dem SRK und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) Verhandlungen, ob und in welcher Form der bis anhin vom Bund ausbezahlte SRK-Sitzbeitrag an ein Projekt zu binden wäre. Das Konzept für eine Fachstelle kam hier wie gerufen: Das Projekt dieser Fachstelle stiess nämlich nicht nur beim BAG, sondern insbesondere auch beim Direktor des Departements Berufsbildung SRK auf offene Ohren und viel Unterstützung. Die Umsetzung wurde beschlossen. Folge war, dass ein Anteil des ehemaligen Sitzbeitrages für die Fachstelle eingesetzt wurde.

² Rückblickend lässt sich feststellen, dass die klare und komplementäre Zweiteilung, die die Fachstelle noch heute prägt, bereits damals Gestalt angenommen hatte: Angebote für Fachpersonen im Gesundheitswesen einerseits und Angebote für MigrantInnen andererseits.

Die beschriebenen Prozesse waren von einem Umstrukturierungs- und Reorganisationsprozess innerhalb des übergeordneten Departements Migration begleitet, der an dieser Stelle allerdings nicht im Detail nachgezeichnet wird. Festzuhalten ist, dass unterdessen „Gesundheit“ als Schwerpunktthema innerhalb des Departements Migration definiert wurde, dass das NIK aufgelöst wurde und Teile von diesem den drei neuen Fachbereichen Diagnostik und Therapie, Beratung und Soziales, Bildung und Gesundheitsförderung (interne Bezeichnung für die Fachstelle) in die Abteilung Migration und Gesundheit überführt wurden.

Mit dem Leistungsauftrag des BAG löste sich die unsichere Lage des Teilprojektes Gesundheit des NIK³ innerhalb des Departements vorerst auf, da die Existenz nun fürs erste gesichert war.

Das von Loncarevic und Domenig (2000) erarbeitete Konzept "Fachstelle Migration und Gesundheit" wurde in seiner Umsetzung im Abgeltungsvertrag vom 1. Juli 2000 zwischen dem BAG und dem SRK konkret zum Leben erweckt. Mit der Leistungsvereinbarung beauftragte das BAG das SRK das Produkt "Fachstelle Migration und Gesundheit" zu realisieren mit den Teilbereichen

- transkulturelle Kompetenzentwicklung im Gesundheitswesen
- Sensibilisierung und Professionalisierung von MigrantInnen.

Insgesamt wurden über das Errichten und Betreiben der Fachstelle "Migration und Gesundheit" hinaus folgende Zielsetzungen vereinbart (vgl. Abgeltungsvertrag, S. 2):

- "Fachpersonen im Gesundheitswesen verfügen über erweiterte transkulturelle Kompetenzen und setzen diese bewusst ein.
- MigrantInnen sind in ihren gesundheitlichen Handlungskompetenzen gestärkt. Sie verfügen über einen Überblick über die bestehenden Institutionen im Gesundheitsbereich, kennen einzelne Stellen mit ihrem Tätigkeitsfeld und mögliche Zugangswege.

³ Als Ausdruck dieser unsicheren Position des NIK kann sicherlich der Sachverhalt gewertet werden, dass den Mitarbeitenden immer nur kurzfristige Anstellungsverträge ausgestellt wurden.

- MigrantInnen-Schlüsselpersonen verfügen über vertiefte transkulturelle und migrationsspezifische Kompetenzen, welche im Gesundheits- sowie Sozialbereich themenspezifisch eingesetzt werden können".

Im Abgeltungsvertrag wurden in Form von 22 Meilensteinen die einzelnen Zielvereinbarungen resp. die Endprodukte und –leistungen (output) inhaltlich und zeitlich detailliert festgehalten und den zwei Teilbereichen zugeordnet. Dabei entsprachen die nun im Abgeltungsvertrag festgelegten Tätigkeiten ziemlich exakt den Ideen und Visionen des von Loncarevic und Domenig (2000) erarbeiteten Konzepts.

Zum Zeitpunkt der Evaluation erfolgten bereits zwei Überprüfungen der Meilensteine, die erste fand im Februar, die zweite im August 2001 statt. Der Abgeltungsvertrag gliedert sich in zwei Teile, wobei der zweite Vertrag Ende Dezember 2001 ausgearbeitet werden wird. Für den zweiten Teil werden die Ergebnisse dieser Evaluation mit einbezogen werden.

1.2 Dienstleistungen und Produkte der Fachstelle

Die Fachstelle entwickelte seit ihrem Bestehen zahlreiche Angebote in den zwei Teilbereichen sowie teilbereichsübergreifende Dienstleistungen. Es handelt sich dabei sowohl um direkte als auch um indirekte Dienstleistungen.⁴

Bevor wir aber im folgenden die Aktivitäten der Fachstelle kurz skizzieren, möchten wir den transkulturellen Ansatz, der die Produkte und Dienstleistungen der Fachstelle in hohem Masse prägt, in Form eines Exkurses kurz darstellen.

1.2.1 *Exkurs: Der transkulturelle Ansatz der Fachstelle*

Die Fachstelle hat sich in ihrer Arbeit und ihren Projekten einem sogenannten *transkulturellen Ansatz* verpflichtet (vgl. Loncarevic und Domenig 2000). Elemente dieses theoriegeleiteten Paradigmas zeigen sich etwa darin, dass eine transkulturelle Pflegekompetenz im Umgang mit MigrantInnen die einzelne Lebensbiographie und nicht die Herkunft ins Zentrum stellt, d.h. in der Interaktion zwischen PatientIn und PflegerIn *„das Transzendente bzw. das über das Kulturelle Hinausgehende und somit auch das Verbindende betont“* (Domenig 1999:363) wird. Im weiteren wird aus ähnlichen Gründen eine Fokussierung auf Ethnizität, Nationalität und Herkunft bei der Auswahl der Teilnehmenden für die Gesundheitskurse abgelehnt. Es wird im folgenden darum gehen, diese Perspektive auf den Umgang mit MigrantInnen in der Pflege kurz zu skizzieren und in die allgemeine Theoriengeschichte einzubetten.

Die Debatten darüber, wie eine Gesellschaft mit ihren MigrantInnen umgehen soll, sind immer von den jeweils vorherrschenden Ideologien, Sichtweisen und auch von den aktuellen wissenschaftlichen Theorieansätzen mitgeprägt. In den siebziger und achtziger Jahren wurde bspw. in der Pflege das Prinzip der „kulturkongruenten“ Pflege resp. Fürsorge (cultural care) (Leininger 1978) propagiert und in den Erziehungswissenschaften sprach man von der multikulturellen oder interkulturellen Pädagogik (Steiner-Khamsi 1995). Zentrales Element

⁴ Das SRK definiert in einer Strategie für den Bereich Migration und Gesundheit direkte Dienstleistungen als solche, die sich direkt an Flüchtlinge oder MigrantInnen richten, indirekte Dienstleistungen hingegen werden Institutionen angeboten, die ihrerseits Flüchtlinge oder MigrantInnen betreuen (vgl. Strategie Departement Migration 2001:4).

war zu jener Zeit, dass man im Sozial- und auch im Pflegebereich mit kulturellen Erklärungsmustern auf soziale Probleme im Umgang mit MigrantInnen antwortete. So meint Leininger (1998:38): „PflegerInnen benötigen kulturbezogenes Wissen und eine Theorie, damit entsprechendes Wissen erarbeitet werden kann, das als Orientierung für Pflegepraktiken dient“.

Wie kam es aber zu diesen Gedanken und Ansätzen und warum erfahren heute exakt solche Vorgehen vehemente Kritik und werden von vielen WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen abgelehnt?

Die Wurzeln dieser Diskussionen lassen sich bis auf die amerikanischen Assimilationstheorien, resp. auf die Arbeiten von Gordon (1964) zurückverfolgen. Die frühen AssimilationstheoretikerInnen erachteten das Ergreifen von spezifischen Massnahmen im Umgang mit MigrantInnen als nicht notwendig, da man davon ausging, dass alle Einwanderer sich mit der Zeit quasi automatisch in die Strukturen der Gastgesellschaft integrieren und die Normen und Werte der Aufnahmegesellschaft annehmen würden. Diese Prozesse erfolgen zwar, so die Annahme, nicht von einem Tag auf den anderen, sondern erstrecken sich über verschiedene Stufen und Generationenabfolgen hinweg, sind aber in ihrer Essenz unausweichlich. Wir können in diesen Ideen die unterdessen wohl sprichwörtlich gewordene amerikanische Melting-Pot Ideologie wiedererkennen.

Das Wiederaufleben ethnischer Gemeinschaftsbildungen in Gestalt von *communities* in den USA im Kontext der Bürgerrechtsbewegung und die Renaissance des Begriffs *Ethnicity* (Glazer und Moynihan 1975) läuteten in den sechziger Jahren das Ende des amerikanischen Schmelztiegelgedenkens ein. Die Versprechen der AssimilationstheoretikerInnen hatten sich nämlich nicht eingelöst: Angesichts massiver Integrationsprobleme, die sich auch über Generationen hinweg nicht auflösten, sah man nun in den strukturellen Barrieren, wie Diskriminierung, den Grund für die Integrationsprobleme. KritikerInnen postulierten, dass ethnische Hierarchisierungen stattgefunden hätten, die systematisch den Zugang zu sozialen Ressourcen wie Jobs, Wohnung oder Bildung limitieren können und deshalb Integrationsprozesse wenn nicht für eine gewisse Zeit gänzlich verhindern, so mindestens erschweren (Anthias und Yuval-Davis 1992). Als Folge dieser Diskussionen war eine Neudefinition von Integrationsprogrammen sowie ein neuer Umgang mit MigrantInnen auszumachen. Vor allem die USA und ehemalige Kolonialländer begannen Gleichstellungspolitiken auf der Basis von *equal-opportunity* und *affirmative action* einzuführen. Der ethnische Zusammenschluss schuf somit eine neue Form der Interessensartikulation sozial benachteiligter Gruppen, die nun als *umgekehrte Diskriminierung* (Taylor 1993)

verstanden wurde. Mit auf einen Ausgleich zielenden, zeitlich beschränkten Massnahmen (wie Quotenregelungen) wollte man Benachteiligungen aus der Welt räumen. Mit anderen Worten forderten Minoritäten und Randgruppen angesichts von Rassismus und Diskriminierung auf der Basis von Ethnizität spezielle Rechte zu haben (Radtke 1990).

Auch für die Wissenschaft hatte dieser Paradigmenwechsel – metaphorisch spricht man vom Wechsel vom *Melting-Pot* zur *Salad-Bowl* – weitreichende Konsequenzen: Konzepte wie kulturelle Identität, kulturelle Herkunft oder ethnische Gemeinschaften rückten plötzlich in den Vordergrund. Jede spezifische Gruppe hatte nun ihre eigene Kultur und ihre eigenen Integrationsprobleme, diese galt es zu untersuchen und dann zu beheben (Radtke 1996; Vertovec 1999). Wir erkennen hier Elemente der „*kulturkongruenten Pflege*“ des Modells von Leininger (1978) wieder, die forderte, dass jede Kultur aus einer emischen Perspektive heraus verstanden werden muss, damit eine adäquate Pflege überhaupt möglich ist. Diesem Programm ging sie in der Folge selbst nach: Sie erarbeitete in zahlreichen Forschungen die wichtigsten Eigenschaften von verschiedenen Kulturen (wie z.B. der angloamerikanischen, der mexikanisch-amerikanischen oder der afrikanisch-amerikanischen Kultur) und listete deren kulturspezifischen Werte sowie Bedeutungen der Fürsorge und Handlungsweisen tabellarisch auf (Leininger 1998:213-227). Dieses kulturspezifische Wissen bietet nach Leininger handlungsrelevante Komponenten auf, da die Pflegenden einige Einblicke erhalten, was in der Zusammenarbeit mit PatientInnen umgesetzt werden kann.

Diese Debatten fanden in modifizierter Form Eingang in den deutschen Sprachraum, auch wenn die hiesige Multikulturalismusvariante einige zentrale Unterschiede aufweist. Schon bald formierten sich WissenschaftlerInnen, die diesen Multikulturalismus aufs schärfste zu kritisieren begannen. So meint Radtke (1990), dass im Unterschied zu den USA in der Bundesrepublik Deutschland ethnische Unterscheidungen nicht Teil einer Selbstbeschreibung einer sozialen Basisbewegung von MigrantInnen war, sondern von Ämtern und halbstaatlichen und staatlichen Organisationen vorgenommen wurden. Die ethnische Zuschreibung erfolgte nicht *bottom-up*, sondern *top-down* und war eine Wirkung von diskursiven und administrativen Praktiken. Mit der Thematisierung und Hervorhebung ethnischer Differenzen reagierten die Institutionen der Gesellschaft, die mit Integrationsaufgaben betraut waren, auf die Furcht vor einer wachsenden Desintegration der Gesellschaft. Politische und soziale Probleme wurden mit nationalen, kulturellen und ethnischen Unterschieden begründet und Einwanderer wurden auf diese Art und Weise ausgegrenzt, lautet der Vorwurf. Als Ergebnis dieser Prozesse der Fremd- und Selbstethnisierung sozialer

Gruppen verbreitete sich in der Sozialpolitik, der Sozialarbeit und den Erziehungsinstitutionen aber auch in der Pflege ein gruppenspezifischer Ansatz, der, so wurde kritisiert, verschiedene Gefahren in sich birgt: Weist man SchülerInnen oder PatientInnen der ersten oder folgenden Einwanderergeneration einer Fallgruppe zu, und versucht man diese anhand landeskundlicher Studien zu verstehen und zu behandeln, so schaffe man sich seine je eigenen „Kulturen“ mit ihren je eigenen Spezifitäten und Problemen. Die Folge ist eine verfehlte und nur vermeintliche Handlungssicherheit, da ein solcher gruppenspezifischer Ansatz den heterogenen Biographien von Eingewanderten nicht gerecht werden kann. Die Masse der hilfs- oder pflegebedürftigen zugewanderten ArbeitnehmerInnen, der Schwangeren, der RentnerInnen etc. werde ungeachtet ihrer sozialen und beruflichen Stellung, ihres Bildungsstandes oder ihrer politischen Ausrichtung einer Herkunftskultur zugewiesen, als deren RepräsentantInnen sie fürdahn gelten. Verschiedene AutorInnen wiesen seither immer wieder auf diese Soziogenese ethnischer Minderheiten durch die Migrationsforschung und die interkulturelle Praxis hin und kritisierten die Kulturalisierung sozialer Probleme (Auernheimer 1996; Bukow und Llaryora 1998). Nicht nur, dass alle in solchen Fallgruppen zugeordneten Personen auf unzulässige Art und Weise homogenisiert werden, sondern darüber hinaus gelangt ein essentialistischer Kulturbegriff zur Anwendung, monieren die KritikerInnen (Baumann 1996; Hannerz 1995; Wicker 1996; Wimmer 1996).⁵ Kultur erscheint in diesen Ansätzen wie einer kulturkongruenten Pflege vorwiegend als statisches, ahistorisches und essentialistisches Konstrukt, das ziemlich mysteriös zwischen Generationen transferiert wird, von Geschichte und Kontext im Aufnahmeland unberührt bleibt und direkt auf die Gefühle, Werte und Handlungen einwirkt (Vertovec 1999). In neuerer Zeit distanziert man sich deshalb in Theorie und Praxis von kulturalistischen Erklärungsmustern.

Die Praxis zeigte, dass gerade auch in der Pflege, deren Kernelement immer in den Interaktionen zwischen PatientIn und PflegerIn bestand, solche kulturalistischen Pflegevorstellungen wenig zur Pflegequalität beizutragen vermochten. Kulturspezifische Zuweisungen werden nämlich immer dann problematisch, wenn Kultur als Vorwand vorgeschoben wird, um entweder Schuldzuweisungen zu machen (der türkische Mann, der seine Ehefrau während der Geburt nicht

⁵ Die KritikerInnen bezogen sich vor allem auf Barth's (1969) Arbeiten über die Relativität und Kontextualität der Grenzen von ethnischen Gruppen.

begleitet) oder um strukturelle Verantwortungen abzulehnen oder zu verschleiern und entsprechende Handlungsmöglichkeiten zurückzuweisen (z.B. das Pflegeangebot auch auf die Bedürfnisse von nicht einheimischen Mittelschichtsangehörigen auszurichten).⁶ Nichtsdestotrotz sollen kulturell relevante Dimensionen nicht etwa tabuisiert, sondern vielmehr reflektiert einbezogen und eingesetzt werden, um bspw. die sprachliche Kommunikation zu erleichtern (Domenig 2001). So meint Domenig (1999:365): *„Ziel der Vermittlung der transkulturellen Pflege ist die Förderung sowohl der Selbstreflexion und Hinterfragung eigener soziokultureller Konzepte als auch des Verstehens anderer und von anderem durch die Vermittlung eines ethnologischen Hintergrundwissens“*.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass sich eine Transkulturalität in Theorie und Praxis den Ideen der postmodernen Differenzthese verpflichtet: Einstmalig als homogen perzipierte Kategorien (wie die Kultur der SchweizerInnen, der TürkInnen, die Frauen etc.) werden zugunsten einer Reflektion aufgelöst, welche die Differenzen innerhalb dieser Kategorien (zwischen SchweizerInnen, zwischen AlbanerInnen, zwischen Frauen, etc.) im Zusammenspiel von historischen, sozialen und kulturellen Kontext betrachtet. Eine transkulturelle Pflege ist deshalb in ihrem Kern universalistisch, löst sich von der Fixierung auf soziale Merkmale wie Ethnizität, Geschlecht und soziale Schicht und setzt beim Individuum an. Sie folgt demnach einem interaktiven Pflegeverständnis, das die Person mit ihrem Lebenslauf und ihrer sozialen und psychischen Situation ins Zentrum der Pflege stellt und lehnt kulturelle Erklärungsmuster grundsätzlich ab. Dies gilt nicht nur für die Pflege, sondern für alle Institutionen der Gesellschaft, die sich einer Transkulturalität verpflichten.

⁶ Ähnliches zeigt sich in Hinsicht auf die interkulturelle Unterrichtspraxis : Sogenannt interkulturelle Unterrichtseinheiten wie zum Beispiel «ein Moslem betet » oder « wir backen (türkisches) Fladenbrot » tragen über ihre exotisierenden und stigmatisierenden Wirkungen hinaus zusätzlich unreflektierterweise die Privatsphäre (der Eltern : woran sie glauben und wie sie essen) in die öffentliche Sphäre der Schule hinein, anstatt dass die öffentlichen institutionellen Bedingungen (die kantonalen Lehrpläne, die Rahmenlehrmittel, das Selektions- und Promotionsverfahren und die Anstellungsbedingungen der Lehrerschaft usw.) interkulturalisiert wurden (Steiner-Khamsi 1996:361-362).

1.2.2 Angebote für Fachpersonen der Pflege: Indirekte Leistungen

Eine im Rahmen der Bedarfsabklärung vorgenommene Umfrage bei den Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens wies ein klares Bedürfnis nach Grundlagen zum Umgang mit MigrantInnen in der Pflege auf. Da die Autorinnen zusätzlich auf Unterrichtserfahrungen in verschiedenen Institutionen des Gesundheitsbereiches zurückschauen konnten, kannten sie die Bedürfnisse des Pflegepersonals zusätzlich detailliert und aus erster Hand.

Im Abgeltungsvertrag wurde alsdann der Auftrag formuliert, in den verschiedenen Ausbildungsplänen des Pflegebereiches die erforderlichen Inhalte zu implementieren. Unterdessen nahm die Fachstelle auf verschiedenen Wegen die Implementierung der transkulturellen Kompetenz in Angriff. Es lassen sich verschiedene Bereiche ausmachen, in denen Aktivitäten stattfanden.

1.2.2.1 Vermittlung TKK am Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G

Mit dem Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (WE'G) fand die Fachstelle einen idealen Partner für die Implementierung der transkulturellen Kompetenz im Pflegebereich. Das WE'G, das noch bis 2002 dem Departement Berufsbildung des SRK angeschlossen ist, verfügt nicht nur über einen direkten Zugang zum Gesundheitspersonal, sondern ist im weiteren ein idealer Multiplikator für die Pflegenden in der Deutschschweiz: rund 60-70% des Pflegekaders wird am WE'G ausgebildet. Die längerfristige Wirkung von Interventionen über das WE'G ist in diesem Sinne nicht zu unterschätzen. Angesichts dieser Wichtigkeit des WE'G war von Anfang an vorgesehen, in allen wichtigen Bereichen am WE'G Ausbildungsinhalte zur transkulturellen Pflege einzuführen: Auf Stufe I und II der Höheren Fachausbildung in Pflege (Pflegeexpertinnen), auf Ebene des Managements (Stationsleiterinnen und OberschwesterInnen) sowie auf der Ebene der BerufsschullehrerInnen.

Seit dem Januar 2001 ist eine Zusammenarbeit zwischen dem WE'G und der Fachstelle „Migration und Gesundheit“ im Gange: Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Aufnahme des Themas transkulturelle Kompetenz (TKK) in allen bestehenden Ausbildungsprogrammen, sowie die Durchführung eines neu angebotenen Nachdiplomkurses "Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitsbereich" für BerufsschullehrerInnen, PflegeexpertInnen und Angehörige des Pflegemanagements. Konkret sollten mit dem 1. Semester 2001 die Ausbildungsmodule TKK für alle Stufen der Aus- und Weiterbildung am WE'G zur Verfügung stehen.

In Tabelle 2 sind alle Module aufgeführt, die bis Dezember 2001 am WE'G durchgeführt wurden.

Tabelle 2: TKK am WE'G (2001)

<i>Ausbildungsgang</i>	<i>Name des Moduls</i>	<i>Wann?</i>	<i>Dauer</i>
HFG-Hebammen	Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe	Okt 00	2 Tage
HFG-Pflege	Transkulturelle Kompetenz I	Nov. 00 März 01 (nicht zustande gekommen) Sept 01	2 Tage
HöFa II	Transkulturelle Kompetenz II	Okt. 01	3 Tage
LehrerInnen-ausbildung	Fallstudie zu transkultureller Kompetenz	Aug 00	2 Tage
Interne Fachweiterbildung für Mitarbeitende des WE'G	Transkulturelle Kompetenz am WE'G	März 01	1/2 Tage
Master of Nursing Science	Vorlesung Ethnologischer Methoden	Nov.01	½ Tag
Pilot NDK	GM 1 und 2 / AM 2	bis Ende 2001	6 Tage

Es zeigt sich, dass bereits 2001 Unterrichtsinhalte zu transkultureller Kompetenz auf allen Stufen implementiert wurden. Die TeilnehmerInnen können sich also entweder im Rahmen von Wahlmodulen oder auch innerhalb des regulären Ausbildungsprogrammes mit dem Thema TKK auseinandersetzen.

Zusätzlich fand 2001 eine interne Fachweiterbildung für die Mitarbeitenden und den Lehrkörper des WE'G statt.

Der Pilotkurs des NDK läuft mit 18 Teilnehmenden seit August 2001. Er dauert ein Jahr und setzt sich aus zwei Grundlagenmodulen (GM 1 und 2, total 5 Kurstage), sechs Aufbaumodulen (AM 1 – 6, total 18 Kurstage) und zwei Abschlusstagen zusammen (Total 25 Kurstage). Zudem wird zusätzlich mit einer individuellen Lernzeit von rund 30 Stunden gerechnet und die NDK-TeilnehmerInnen müssen eine praxisorientierte Abschlussarbeit schreiben, in welcher sie die gelernten Inhalte mittels spezifischer Konzepte oder kleiner Projekte in ihren beruflichen Alltag transferieren. Der NDK schliesst mit einem Zertifikat ab. Kostenpunkt ist CHF 4'000.-. Die einzelnen Module sind in Form eines zusammenstellbaren Baukastens aufgebaut, d.h. einzelne Module kommen

auch in anderen Ausbildungszusammenhängen – bspw. HFG-Wahlmodul oder als HöFa II Baustein "Transkulturelle Kompetenz in der Pflege" - zum Einsatz.

Die Mitarbeitenden der Fachstelle unterrichteten 2001 insgesamt 6 Tage im Rahmen des NDK am WE'G (GM 1 plus GM 2 sowie ein Tag des AM 2). Den Rest der Kurstage bestreiten externe DozentInnen im Auftrag der Fachstelle.⁷

Zwischen Januar und September 2001 hatte die Fachstelle am WE'G einen Arbeitsplatz eingerichtet. Dieser wurde aus Gründen der Unterbenutzung aufgehoben. Momentan arbeitet eine Sekretärin für die Fachstelle 10% am WE'G. Diese Stelle wird dem WE'G mittels einer Pauschale von der Fachstelle vergütet.

Im Hinblick auf die Ablösung des WE'G vom SRK auf Ende Jahr soll die Zusammenarbeit mit dem WE'G vertraglich neu geregelt werden. Zweifelsohne verdient die Nahtstelle zum WE'G aufgrund ihrer Wichtigkeit eine zentrale Analyse, diese wird denn im folgenden Kapitel auch detailliert vorgenommen.

1.2.2.2 Grundlagenkurse mit den Kantonalverbänden des SRK

Im Abgeltungsvertrag wird festgehalten, dass Grundlagenkurse TKK zur Sensibilisierung von Professionals im Gesundheitswesen mit Einbezug der Kantonalverbände des SRK erarbeitet werden müssen. Tabelle 3 weist alle Module aus, die 2001 in Zusammenarbeit mit den Kantonalverbänden stattfanden.

Es zeigt, sich, dass mit einem Kantonalverband eine fruchtbare Zusammenarbeit entstand. Beim geplanten Grundlagenkurs in Zusammenarbeit mit dem KV Zürich war es eine Ansammlung von Missverständnissen, die dazu führten, dass dieser Kurs aufgrund mangelnder TeilnehmerInnenzahl nicht stattfand. Diese Sachverhalte weisen darauf hin – und dieses Ergebnis wird sich weiter unten noch verhärten – dass die Zusammenarbeit mit den Kantonalverbänden von einigen Hindernissen begleitet ist.

⁷ Insgesamt übernimmt die Fachstelle 17 Kurstage bis zum Schluss des NDK TKG 1.

Tabelle 3: Grundlagenkurse TKK mit den Kantonalverbänden

<i>KV</i>	<i>Name des Moduls</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Wann?</i>	<i>Dauer</i>
SG	Grundlagenkurs	Kursleiterinnen des KV	Mai 01	2 Tage
SG	Grundlagenkurs	PflegehelferInnen SRK (gratis)	Juni 01-Dez. 01 5 Kurse à je 1 Tag 1x nicht zustande gekommen	4Tag
ZH	Grundlagenkurs	PflegehelferInnen SRK	Dez. 01 nicht zustande gekommen	2 Tage
BS	Tagung Migration und Pflege: 2 Refe- rate und Organisati- on	Pflegende aus allen Bereichen und Funktionen	Nov. 01	1 Tag

1.2.2.3 Andere Fortbildungen und Tagungen

Darüber hinaus wurden in unzähligen anderen Institutionen des Gesundheitsbereiches mehrtägige, und teilweise auch wiederholte, Fortbildungen für das Personal zu transkultureller Pflege durchgeführt (z.B. am AZI, GKP, Frauenklinik Bern, beim SBK etc.).

Insgesamt nahmen diese Fort- und Weiterbildungstätigkeiten ausserhalb des WE'G und der Kantonalverbände 2001 rund 40 Tage (ohne Vorbereitung, reine Unterrichts- resp. Referatszeit) in Anspruch (vgl. Übersichtsliste der Weiterbildungstätigkeiten).⁸ Zu beachten ist, dass die Mitarbeitenden der Fachstelle einen Teil dieser Weiterbildungstätigkeiten aus ihren vorherigen Tätigkeiten mitbrachten und in ihr Arbeitspensum im Rahmen der Fachstelle integrierten.

Schliesslich nahmen die Mitarbeitenden der Fachstelle an einigen Tagungen teil, in dessen Rahmen sie Referate zum Themenbereich Transkulturalität hielten. Diese Aktivitäten führten zu einer internationalen oder mindestens europäischen Vernetzung (z.B. Kongresse mit Beiträgen in München und Hannover).

1.2.2.4 Implementierung TKK in der Romandie

Ursprünglich bestand die Absicht, dass die Dienstleistungen der Fachstelle über die Kanäle der Kantonalverbände ebenfalls in der Romandie Eingang finden sollten. Eine Verankerung von transkulturellen Kompetenzen in der Romandie war in Form der höheren Fachausbildungen für die Pflege sowie des

⁸ Für die Vorbereitungen wird mit dem Faktor zwei gerechnet: Insgesamt betrug der Aufwand also 80 Tage.

NDK geplant. Voraussetzung war, dass die für die Deutschschweiz entwickelten Angebote an die Verhältnisse der Romandie - wir finden zum Beispiel eine andere Bildungslandschaft im Pflegebereich - angepasst werden. Anzuführen ist, dass diese Tätigkeiten nicht im Abgeltungsvertrag zwischen dem BAG und dem SRK festgehalten waren, sondern einem SRK internen Bedürfnis entsprangen, gesamtschweizerisch tätig zu sein. Dieses Bedürfnis wurde von einigen GesprächspartnerInnen auch ganz klar zum Ausdruck gebracht.

Für die Umsetzung dieser Aufgaben wurde eine Stelle Romandie geschaffen und die ersten Tätigkeiten, Gespräche wie auch eine Kontaktaufnahme mit geeigneten Institutionen (z.B. IESP) fanden statt. Unterdessen hatte sich allerdings die Situation innerhalb des SRK insofern geändert, als dass die SRK Eigenmittel für die Fachstelle auf ein Minimum reduziert wurden und folge dessen die Romandie Stelle vorerst zurückgestellt werden musste.⁹

Dieses Beispiel stellt uns vor die Frage, wie die Fachstelle mit den unterschiedlichen Interessen des BAG und des SRK umgehen kann und soll, aber auch welche Prioritäten der Fachstelle innerhalb des SRK zukommen.

1.2.3 Angebot für MigrantInnen: Direkte Leistungen

Das übergeordnete Ziel, welches in diesem Teilbereich "Sensibilisierung und Professionalisierung von MigrantInnen" zu avisieren ist, wird im Abgeltungsvertrag zwischen dem BAG und dem SRK folgendermassen festgelegt: "MigrantInnen sind in ihren gesundheitlichen Handlungskompetenzen gestärkt. Sie verfügen über einen Überblick über die bestehenden Institutionen im Gesundheitsbereich, kennen einzelne Stellen mit ihrem Tätigkeitsfeld und mögliche Zugangswege."

Das SRK hatte in diesem Sinne den Auftrag, entsprechendes Informationsmaterial zu entwickeln und Sensibilisierungs- resp. Professionalisierungskurse zu konzipieren und durchzuführen. Im Abgeltungsvertrag wurden im weiteren bereits einige – wenn auch schwierig messbare - Wirkungsindikatoren definiert, nämlich, dass MigrantInnen sich ohne Umwege an die vorgesehenen Beratungs-

⁹ Da die Stelle unterdessen vakant war, musste man keine Mitarbeitenden entlassen, sondern einzig das laufende Bewerbungsverfahren abbrechen.

und Behandlungsinstanzen wenden, Missverständnisse vermieden und Behandlungserfolge gesichert werden.

1.2.3.1 Gesundheitswegweiser

Ausgangspunkt für die Entwicklung des Gesundheitswegweisers war, dass sich in der Spitalanalyse sowie in der einschlägigen Literatur zeigte, dass viele MigrantInnen Mühe bekunden, sich im Schweizerischen Gesundheitssystem zu orientieren. Eine Folge davon ist bspw., dass MigrantInnen die Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht adäquat nutzen.¹⁰ Um diesem Informationsdefizit der MigrantInnen entgegenzuwirken, entschieden sich das BAG, das SRK und die Caritas für die Ausarbeitung eines Gesundheitswegweisers. In diesem Ratgeber sind Abläufe und Leistungen des Schweizerischen Gesundheitssystems festgehalten. Die inhaltliche Entwicklung war ein Prozess, an dem sowohl Fachleute aus den Bereichen Gesundheit und Migration mitwirkten als auch potentielle BenutzerInnen.

Der Gesundheitswegweiser – ein Ratgeber in Broschürenform – wurde in 18 Sprachen übersetzt und anschliessend gedruckt. Allerdings musste neulich aufgrund eines finanziellen Defizits der Druckauftrag für die letzte Tranche sistiert werden. Nachdem sich das BAG mit der Verfügung vom 5. Dezember bereit erklärt hatte, das entstandene Defizit zu übernehmen konnte die letzte Tranche nun gedruckt werden (vgl. Schlussbericht Dezember 01). Dieses vergleichsweise teure Produkt geht voll zu Lasten der Fachstelle und wird über die BAG-Gelder finanziert.¹¹ Während die Fachstelle die Finanzierung übernimmt, ist die Caritas für die Verteilung, Implementierung und die Medienarbeit zuständig. Bis anhin existieren in Hinblick auf einen allfälligen Nachdruck noch keine Regelungen.

In den Gesundheitskursen "Luana" (vgl. unten) findet der Gesundheitswegweiser ebenfalls seine Verwendung und dient insbesondere für die Erläuterungen des schweizerischen Gesundheitssystems als wichtiges Instrument.

¹⁰ Z.B. wenden sich MigrantInnen beim Auftreten einer Krankheit nicht an den Hausarzt, sondern an den Notfalldienst eines Spitals.

¹¹ Der Gesundheitswegweiser kostete 375'000.- Fr, die Arbeitszeit der Mitarbeitenden der Fachstelle nicht einbezogen. In der Ziffer eingeschlossen ist die Entwicklung, der Druck, die Gestaltung, die Übersetzung sowie die Gehälter der Caritas-Mitarbeitenden.

1.2.3.2 Gesundheitskurse "Luana"

In den Gesundheitskursen "Luana" sollen MigrantInnen ihr Wissen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit bzw. Krankheit erhöhen und sich entsprechende Kompetenzen aneignen. Folgende Zielsetzungen werden mit den Kursen verfolgt (vgl. Evaluationsbericht Stutzer und Paper Meilenstein 4):

- a) Information der MigrantInnen zur Selbsthilfe/Nothilfe, Kenntnisse vermitteln¹²;
- b) Erkennen der Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit bzw. Krankheit;
- c) Aufbau von Gesundheitsstrategien und Zukunftsperspektiven (Ressourcen bewusst machen und aktivieren).

Die in den Gesundheitskursen vermittelten Inhalte zielen also direkt auf eine Verbesserung der Information sowie auf die Reaktivierung der sozialen Kompetenzen und den Ressourcenaufbau unter Einbezug der Eigeninitiative ab.

Eine Prämisse der Fachstelle ist, dass ihr Angebot grundsätzlich für alle MigrantInnen offen steht und nicht in erster Linie gruppenspezifisch angeboten werden soll. Konkret bedeutet der transkulturelle Ansatz der Fachstelle in diesem Zusammenhang, dass eine ethnospezifische Arbeit – eine auf bestimmte Ethnien, Nationalitäten, Herkunftsgruppen etc. ausgerichtete Fokalisierung – zugunsten eines Ansatzes, der die Lebenswelten und Migrationserfahrungen der einzelnen AkteurInnen ins Zentrum stellt, abgelehnt wird. Trotzdem stellt sich die Frage, an wen sich diese Gesundheitskurse in erster Linie zu richten haben, resp. welche MigrantInnengruppen den grössten Handlungsbedarf zeigen (vgl. Meilenstein 4). Aufgrund der verfügbaren Fachliteratur und der persönlichen Erfahrung der Projektmitarbeitenden wurden vorerst zwei Zielgruppen eruiert. Diese sind:

- a) MigrantInnen mit temporärem Aufenthalt und unsicherem/fehlendem rechtlichen Status, vorwiegend Kriegsflüchtlinge und
- b) ältere MigrantInnen, in der Regel mit Saisonhintergrund.¹³

¹² Im Detail: Die Teilnehmenden kennen die Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe bei Gesundheitsfragen, sie wissen, wohin sie sich im Krankheitsfall wenden können, sie kennen die wichtigsten Elemente der ersten Hilfe.

Im Oktober 2000 lag das Kurskonzept mit Zielen, Lerneinheiten und Unterrichtsmaterialien vor.¹⁴ Von Oktober 2000 bis März 2001 wurden von vier geplanten Pilotkursen mit drei verschiedenen Zielgruppen (AsylbewerberInnen/anerkannte Flüchtlinge, Männer, Frauen, Jugendliche, Erwachsene, PflegeassistentInnen in Ausbildung) schliesslich drei Kurse durchgeführt. Diese Pilotkurse wurden von Thomas Stutzer, Liaison Culturelle AG, evaluiert. Anschliessend wurden die Ergebnisse in *work-shops* diskutiert und Änderungen angebracht. An dieser Stelle sollen nur die zentralsten Hauptergebnisse der Evaluation zur Veranschaulichung kurz herausgegriffen werden (vgl. Schlussbericht Evaluation Stutzer).

Die Zielerreichung der Pilotkurse wurde insgesamt als zufriedenstellend bewertet. Die grössten Probleme zeigten sich im Bereich der Rekrutierung von motivierten und als AdressantInnen geeigneten MigrantInnen. Die erwartete Teilnehmerzahl wurde nicht erreicht und ein Kurs kam nicht zustande. Das zweite Hauptproblem war eine mangelnde Verständlichkeit, was man mit dem Kurs als Ganzem zu erreichen hoffte. Dies zeigte sich in einer Diskrepanz zwischen den Erwartungen seitens der Teilnehmenden und dem Angebot oder Inhalt des Kurses. Es zeigte sich, dass das Kernanliegen des Kurses leicht und einfach kommuniziert werden musste, so dass zum vornherein unangemessene Erwartungen auf ein Minimum reduziert werden können.

Die Empfehlungen, die im Schlussbericht festgehalten sind, zielen denn auch fast ausnahmslos auf diese zwei Bereiche ab. Stutzer empfahl eine Rekrutierungsstrategie basierend auf der Zusammenarbeit SRK-Zentrale, Kantonalverbände und MediatorInnen. Hier sah er vor allem den Einsatz von MediatorInnen als integralen Bestandteil der Kursleitung. Andererseits formulierte er klare Verbesserungsvorschläge in Hinsicht auf die Erwartungen: z.B. neue

¹³ Psychische Belastungen durch Traumatisierungen, Handlungsblockaden aufgrund der Situation des Wartens sowie sprachliche Hindernisse sind einige Beispiele für die multiplen Problemlagen von MigrantInnen mit temporärem oder unsicherem Aufenthalts, die sich direkt auf den Gesundheitszustand auswirken können. Bei älteren MigrantInnen sind es die z.B. gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen und die Kumulation von migrations- und altersbedingten Problemen, die zu spezifischen gesundheitlichen Belastungen führen (vgl. Paper Meilenstein 4).

¹⁴ Der Kurs sollte drei Tage dauern, pro Kurs waren 8 – 15 Personen vorgesehen und maximal drei Sprachen zur Anwendung kommen und die Hälfte der Teilnehmenden sollten Deutsch sprechen (vgl. Beilage Meilenstein 3).

Kursbeschreibung, neuer Kursname etc. Gleichzeitig war es ein Ziel dieser Evaluation, eine Anleitung zur Selbstevaluation zu geben. Es wurde in diesem Sinne ein Evaluationsraster entwickelt, empfohlen wurde ebenfalls eine Schlussbesprechung und das Führen eines Evaluationsjournals sowie eine mündliche Nachbefragung der Teilnehmenden.

Seit der Evaluation wurden zahlreiche Anpassungen der Kurse vorgenommen, einige im Sinne der Evaluation, andere aufgrund neuer Erfahrungen:

- Man arbeitete nicht mehr wie bisher mit DolmetscherInnen, sondern mit MediatorInnen:¹⁵ Im weiteren sind die MediatorInnen nun neu auch dafür verantwortlich, dass die Leute bereits vor dem Kurs über den Inhalt und die Ziele des Kurses informiert sind, um allfällige falsche Erwartungen vorweg zu nehmen. Zu diesem Zwecke wird jeweils eine Sitzung mit den MediatorInnen einberufen, um Inhalt, Rollen etc. im Detail zu klären.
- Die Kursausschreibung wurde überarbeitet (präzisiert und gekürzt), der Gesundheitswegweiser steht nun zur Verfügung. Geplant ist im weiteren die Entwicklung eines Faltblatts, in dem die Kurse im Detail beschrieben sind. Dieses Produkt soll Institutionen oder Teilnehmende informieren.
- Im weiteren wurden zahlreiche Änderungen inhaltlicher Art eingeführt (z.B. Thema Kopfschmerzen statt Durchfall).
- Der auf Selbsthilfe abzielende Nothelferkurs-Teils wird ab nächstem Jahr durch alltagspraktische Entspannungsübungen ersetzt.
- Ebenfalls wurden methodisch-didaktische Verbesserungen eingeführt (z.B. im Zusammenhang mit den Erklärungen des komplexen schweizerischen Gesundheitssystems)

Die wohl wichtigste Änderung betrifft die Multiplikation der Gesundheitskurse, resp. die Breitenwirkung von diesen. Es ist geplant, das Angebot der Gesundheitskurse möglichst an vielen Orten mit verschiedensten Partnerinstitutionen durchzuführen, um eine umfassende Breitenwirkung zu erreichen. Zu diesem Zwecke soll nun ein Konzept für die Befähigung von KursleiterInnen, selbstständig Gesundheitskurse durchzuführen, erarbeitet werden (inkl. Liste von

¹⁵ Wobei hier DolmetscherIn als Person, die einzig übersetzt, verstanden wird, während einE MediatorIn darüber hinaus ein Vertrauensverhältnis schaffen und zusätzlich die Rekrutierung übernehmen kann.

DolmetscherInnen mit Rekrutierungsfunktion sowie von Partnerinstitutionen, welche bereit sind, auf ihre Kosten Gesundheitskurse durchzuführen). Waren bis anhin die Mitarbeitenden der Fachstelle - bei Bedarf zusammen mit MediatorInnen - für die Planung, Organisation, Durchführung und Evaluation der Kurse zuständig, so stellt die Fachstelle neu nur noch ihre Fachkompetenzen und entsprechende Kursunterlagen zur Verfügung und vermittelt den interessierten Partnerinstitutionen die KursleiterInnen und DolmetscherInnen (vgl. Entwurf Meilensteine). Zu dieser Neuorientierung kam es einerseits aufgrund einer zu erzielenden und erwünschten Breitenwirkung, andererseits aber auch aufgrund des hohen Kostenaufwandes für die Gesundheitskurse "Luana".¹⁶

Seit der Evaluation (seit Juli 2001) wurden sechs weitere Gesundheitskurse durchgeführt, diese sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Gesundheitskurse Luana 2001

<i>Wo?</i>	<i>Wann?</i>	<i>Zielgruppe?</i>	<i>Rekrutierung/Zugang zu den Teilnehmenden?</i>
Bern	Juli	Asylsuchende	Über SRK-Intermedio-MediatorInnen
Basel	September	ArbeitsmigrantInnen (Südamerika, türkisch/kurdisch)	MediatorInnen aus Sesam
	Oktober	ArbeitsmigrantInnen (tamilisch und philippinisch)	MediatorInnen aus Sesam
Bern	Oktober November November	Jugendliche Asylsuchende (aus drei Kursen des TAST Elektromonteuere, Sanitäre, Pflege)	Chili (Fachbereich Beratung und Soziales des SRK, Dept. Migration) bietet im TAST Konfliktkurse an, womit bereits Beziehungen zu dieser Institution etabliert waren. Kurse waren auf Deutsch.

Für das Jahr 2002 ist nun auch in Zusammenarbeit mit einigen Kantonalverbänden des SRK die Durchführung von solchen Kursen geplant.

- Der Kantonalverband Solothurn fragte die Fachstelle um die Durchführung der Gesundheitskurse "Luana" an, für das nächste Jahr sind zwei geplant.
- Der Kantonalverband Bern ist ebenfalls bereit, im nächsten Jahr zwei Kurse zu organisieren.

¹⁶ Die Kursteilnehmenden sollen aus Prinzip nichts bezahlen, so dass pro Kurs im Jahr 2001 9725.- Franken veranschlagt wurden, ohne die Gehälter für interne MitarbeiterInnen.

- Die Zusammenarbeit mit dem Kantonalverband Basel begann mit einem Missverständnis, die Unklarheiten konnten aber sofort und problemlos beigelegt werden. Momentan hat das Mutter-Kind-Zentrum in Basel (MAKLI) Interesse an einem Gesundheitskurs, sollte dieser zu Stande kommen, wird er über den Kantonalverband Basel laufen.

Eine Zusammenarbeit mit den Kantonalverbänden bietet sich deshalb an, weil diese auf vielfältige Ressourcen zurückgreifen können, von denen die Fachstelle direkt profitieren kann. Sie haben Räumlichkeiten zu Verfügung, sind in Kontakt mit MediatorInnen und sind überhaupt in der jeweiligen Gegend vernetzt. Zudem verfügen sie in der Regel über umfangreiche Adressverzeichnisse und können den Zugang zu verschiedensten Institutionen öffnen.

1.2.3.3 Community Health Worker

Im Abgeltungsvertrag wurde zusätzlich die Professionalisierung von MigrantInnen in Auftrag gegeben. So wird das Ziel formuliert, dass MigrantInnen-Schlüsselpersonen über vertiefte transkulturelle und migrationspezifische Kompetenzen verfügen, welche im Gesundheits- und Sozialbereich themenspezifisch eingesetzt werden. Die Idee, die hinter diesen sogenannten *Community Health Workers* (provisorischer Name) steht, begründet sich durch vielfältige Problem- und Ressourcenlagen: Einem erhöhten Gesundheitsrisiko von MigrantInnen und dem erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem versucht man durch den Einsatz von VermittlerInnen und BeraterInnen aus den MigrantInnen-communities selbst zu begegnen. Nun zeigen verschiedenste Untersuchungen, dass ein Migrationshintergrund nicht a priori genügt, um diese komplexen und schwierigen Aufgaben auszuführen, sondern die MigrantInnen für solche Aufgaben gezielt geschult werden müssen. Ebenso problematisch ist, dass die Einsätze solcher MigrantInnen nicht als professionelle Arbeit anerkannt und entlohnt werden. Gleichzeitig weisen Erfahrungen aus anderen Ländern darauf hin, dass integrierte Dienste in Institutionen für solche Zwecke besser funktionieren als externe Dolmetscherdienste. Das Projekt und Ausbildungskonzept CHW richtet sich in diesem Sinne an PflegeassistentInnen mit Migrationshintergrund, die bereits im Gesundheitswesen tätig sind. Ihre bereits vorhandene Integration und Anstellungen in einer Institution des Gesundheitswesens werden dabei als wichtige Ressource erachtet, die durch Schulung erweitert werden können (vgl. Konzept – Entwurf für die Ausbildung von Community Health Workers (CHW)).

Während ursprünglich bereits 2001 ein Ausbildungs- und Implementierungskonzept hätte vorliegen sollen, haben sich diese Arbeit aufgrund personellen Wechsels verzögert. Die Diskussion wird in den nächsten Monaten intensi-

viert und ein detailliertes Konzept in Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachleuten erarbeitet werden

1.2.4 Bereichsübergreifende Angebote

Verschiedene Aktivitäten der Fachstelle lassen sich nicht direkt einem der zwei Teilbereiche zuordnen, sondern gelten als teilbereichsübergreifende Dienstleistungen. Die Betreuung einer Internetplattform sowie das Angebot eines Fachsupports für die Kantonalverbände (beides indirekte Leistungen) gehören hier sicherlich dazu.

Der Aufbau einer Internet-Plattform ist seit dem 1. August im Gange und sollte Ende Jahr abgeschlossen sein. Im Vertrag mit dem BAG wurde definiert, dass eine Internet Seite mit einer gesamtschweizerischen Bedeutung zum Thema Migration und Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit relevanten Organisationen aus dem Bereich Migration und Gesundheit eingerichtet und betrieben werden soll. Die Seite soll auf Anlässe, Ressourcen und Angebote, Aktuelles, Aktivitäten, Informationen, Forschungen mit entsprechenden Links zu Organisationen und/oder Regionen verweisen. Die Idee zu diesem Kommunikationsmittel stammt ebenfalls aus dem Konzept der Fachstelle. Zentral ist bei diesen Produkt, dass es sich um ein Angebot handelt, das kein eigentliches SRK-Produkt ist, sondern als Plattform für alle Organisationen des BAG gedacht ist, die zum Thema Migration und Gesundheit arbeiten. Das SRK ist in diesem Sinne einzig Implementierungspartner des BAG. Die Internetplattform soll im Dezember erstmalig aufgeschaltet werden.

Auf dem Organigramm der Fachstelle ist der Support der Kantonalverbände (Deutschschweiz) bei beiden Angeboten eingezeichnet. Die Fachstelle arbeitet auf Anfrage mit (deutschsprachigen) Kantonalverbänden des SRK zusammen, indem sie deren Aktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit in fachlicher Hinsicht unterstützt. So sind bspw. Mitarbeitende der Fachstelle bei einem Kantonalverband in einer Begleitgruppe für die Entwicklung eines Gesundheitszentrums involviert. Allerdings ist nicht genauer definiert, wie sich der Inhalt dieses fachlichen Support darstellt und in welchem Umfang diese Aktivitäten zu sehen sind.

Geplant war darüber hinaus die Entwicklung eines Coachingleitfadens, der bei Curriculumberatungen oder bei Coaching im Berufsbildungsbereich eingesetzt hätte werden sollen. Diese Ideen wurden bis anhin jedoch nicht weiterverfolgt.

1.3 Personelle Ressourcen und Finanzierung der Fachstelle

Die Fachstelle setzt sich (gemäss Organigramm der Fachstelle) gegenwärtig aus folgenden fünf Funktionen oder Bereichen zusammen (und zwar ohne die geplante, aber vorerst unbesetzte Stelle für die Implementierung der TKK in der Romandie) : Leitung, Sekretariat, Internet-Plattform, Angebote MigrantInnen und Angebote Fachpersonen. Die Personalressourcen sind in der folgenden Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Personalressourcen der Fachstelle „Migration und Gesundheit“ (Budget 2002, Stand November 2001)

<i>Bereich</i>	<i>Pensum/Stellenanteil</i>
<i>Leitung Fachstelle</i>	40%
<i>Sekretariat</i>	50%
<i>Internet Plattform</i>	40%
<i>Teilbereich I: Angebote MigrantInnen</i>	
- Gesundheitswegweiser und Community Health Workers	60%
- Gesundheitskurse und Mitarbeit in Begleitgruppen von Projekten	60%
<i>Teilbereich II: Angebote Fachpersonen</i>	
- Grundausbildung/Fortbildungen Einrichtungen des Gesundheitswesens und Berufsverbände, Kantonalverbände	
- Weiterbildungen WE'G, Leitung NDK, institutionelle Beratung	60%
	60%
Total	370%

Für Aufgaben im Zusammenhang mit der Führung und Leitung der Fachstelle sind im nächsten Jahr 40% vorgesehen.

Das Sekretariat ist seit dem 1. September 2001 mit 50% besetzt. Eine Stelle zu 50% ist seit dem 1. August für den Aufbau der Internet-Plattform besetzt. Allerdings wird diese Stelle aufgrund der finanziellen Situation auf 40% reduziert werden.

Teilbereich I: Angebote MigrantInnen

Im Bereich Angebote MigrantInnen sind seit dem 1. Mai 2001 und seit dem 1. Juni 2001 zwei 60% Stellen besetzt. Diese Stellenprozente teilen sich auf verschiedene Tätigkeitsfelder auf: Gesundheitskurse, Entwicklung des Konzeptes für "Community Health Worker", fachliche Beratung der Kantonalverbände. Während die zwei MitarbeiterInnen dieses Teilbereiches sich die Aufgaben bis im November ähnlich einem *Job Sharing* teilten, zeichnet sich seit Dezember eine Aufgabenteilung in die Schwerpunktthemen *Community Health Workers* einerseits und Gesundheitskurse andererseits ab.

Teilbereich II: Angebote Fachpersonen

Der Teilbereich für Angebote an Fachpersonen besteht aus Grundausbildungen, Fortbildungen und Support Kantonalverbände (Deutschschweiz) einerseits und aus dem WE'G, der Leitung des NDK und institutioneller Beratung andererseits.

Dieser Teilbereich gehörte bis am 1. September einzig ins Tätigkeitsfeld der Leitung der Fachstelle. Seit dem 1. September ist nun eine weitere 60% Stelle für die Angebote Fachpersonen reserviert resp. besetzt. Für das kommende Jahr sind für diese Aufgaben im Bereich der interkulturellen Kompetenzvermittlung für Fachpersonen des Gesundheitswesens insgesamt 120 Stellenprozente eingeplant.

Tabelle 6: Budget der Fachstelle

<i>Budget vom 12.12.00 (Angaben der Fachstelle)</i>	<i>2001</i>	<i>2000</i>
Abgeltungsvertrag BAG	CHF 520'000.-	CHF 547'000.-
Entwicklungskosten		118'500.-
davon Personalkosten (ursprünglich max. 300%)	300'000.-	160'000.-
davon Kurse Fachpersonal	60'000.-	15'000.-
davon Kurse MigrantInnen	60'000.-	15'000.-
davon Betriebskosten	20'000.-	10'000.-
davon Infrastruktur (Miete usw.)	40'000.-	20'000.-
davon Publikationen (Wegweiser, didakt. Material...)	105'000.-	96'000.-
Plattform WEB Side	10'000.-	70'000.-
davon Marketingmassnahmen (Flyer, Events...)	15'000.-	10'000.-
davon Evaluation		60'000.-
Einnahmen über Module, NDK-Kurse usw.	- 90'000.-	- 28'000.-

Die Fachstelle wird grösstenteils über die Mittel, die das BAG im Rahmen des Abgeltungsvertrages von Juli 2000 zur Verfügung stellt, finanziert. Es han-

FSM
SFM

delt sich um einen Betrag von CHF * 922'000.- (Brief) über die Dauer von 18 Monaten (Juli 2000 bis Dezember 2001). Ein Folgevertrag ist für die Periode Januar 2002 bis Dezember 2003 vorgesehen.

2. Beurteilung der Fachstelle „Migration und Gesundheit“

Nachdem im vorhergehenden Kapitel die Hintergründe und der Werdegang sowie die Ansätze und Tätigkeiten der Fachstelle nachgezeichnet wurden, möchten wir in den folgenden Abschnitten die wichtigsten Stärken, Schwächen und Herausforderungen der Fachstelle zum Zeitpunkt der Evaluation kritisch beleuchten. Die Beurteilung stützt sich dabei auf die Aussagen von ExpertInnen sowie auf die Analyse der Evaluationsdokumentation (vgl. Kapitel zur Methode).

2.1 Die einzelnen Produkte

Im Rahmen der Fachstelle wurden innerhalb kurzer Zeit viele Produkte entwickelt und umgesetzt. Es ist wohl nicht übertrieben von einer *riesigen und diversifizierten Palette verschiedener Aktivitäten und Dienstleitungen* zu sprechen. Dieser Sachverhalt stellt der Fachstelle selbst ein positives Zeugnis aus, als dass darin deren Effizienz und Kreativität zum Ausdruck kommen. Die von der Fachstelle entwickelten Produkte wurden denn von den Befragten auch mehrheitlich gelobt.

Im folgenden widmen wir uns der Beurteilung dieser Produkte, erörtern positive und problematische Aspekte. Wir möchten nochmals in Erinnerung rufen, dass die vorliegenden Ergebnisse insofern zu relativieren sind, als dass wir die einzelnen Produkte an dieser Stelle nicht auf ihre Wirksamkeit prüfen konnten und diese Aspekte nicht in die Beurteilung eingeschlossen sind.

2.1.1 *Transkulturelle Kompetenzerhöhung bei den Pflegenden*

Die befragten FachexpertInnen gaben durchwegs positive Rückmeldungen zu der Curricularentwicklung und der Lehrtätigkeit der Fachstelle im Pflegebereich ab. Salopp ausgedrückt, könnte man postulieren, dass es sich hier um das bisherige *Erfolgsprodukt* der Fachstelle handelt. Es sind denn auch diese Tätigkeiten, die von den befragten Personen in erster Linie mit der Fachstelle assoziiert werden.

Unsere InterviewpartnerInnen betonten mehrmals, dass das Angebot der Fachstelle einem *Bedürfnis im Pflegebereich* optimal nachkommt, das schon lange existierte, aber nie mit dem notwendigen fachlichen Input abgedeckt werden konnte. Im Rahmen der Krankenpflege verfolgte man die Thematik bislang mit Ansätzen einer „*kulturkongruenten Pflege*“ (Leininger 1978). Eine Angehensweise, die schlussendlich den versprochenen Erfolg – Stressabbau in der alltäglichen Pflegepraxis mit MigrantInnen - nicht zu halten vermochte (vergleiche den Exkurs zum transkulturellen Ansatz). Demgegenüber sind die befragten Fachpersonen mit dem transkulturellen Ansatz, den die Fachstelle ins Zentrum ihrer Lehrtätigkeit stellt, sehr zufrieden und sehen – soweit solche Aussagen zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt möglich sind – einen Praxisbezug in Form einer potentiell verbesserten Pflegequalität. Die Kursevaluationen – in Form eines kurzen Fragebogens – stellen denn den DozentInnen bezüglich Inhalt und Form der Module ein sehr gutes Zeugnis aus.

Trotz des praktisch durchwegs positiven Feedbacks der OrganisatorInnen oder TeilnehmerInnen der Kurse scheint es legitim zu fragen, inwieweit in Modulen von 2 bis 3 Tagen Dauer die gesetzten Ziele (z.B. Sensibilisierung) auch wirklich erreicht werden können. Antwort auf diese Frage kann nur eine umfassende Wirkungsmessung geben, beispielsweise mittels gezielter Nachbefragungen bezüglich der Anwendbarkeit (vgl. Kapitel zu Qualitätsmanagement).

Auch wenn ausser Zweifel steht, dass das Angebot der Fachstelle auf eine Nachfrage seitens der Pflegenden trifft, gilt es die *Motivationen des Interesses an der transkulturellen Pflege* zu prüfen: Das Bedürfnis oder die Nachfrage nach Handlungsgrundlagen für den Umgang mit MigrantInnen und nach transkulturellen Kompetenzen in der Pflege wird nämlich dadurch relativiert, dass vereinzelte Wahl-Module aufgrund mangelnder TeilnehmerInnenzahlen abgesagt werden mussten. ExpertInnen meinten, dass für Pflegende eine transkulturelle Kompetenz oft erst dann von Interesse wird, wenn andere Kompetenzen im Bereich von Pflegeprozessen oder Konfliktmanagement bereits vorhanden sind. Mit anderen Worten stossen Module zu transkulturellen Kompetenzen vor allem bei besonders berufserfahrenen und kompetenten Pflegenden auf Interesse. Wenn wir aber davon ausgehen, dass transkulturelle Kompetenzen indirekt zum Abbau von Stress oder Stresssituationen in der Pflege beitragen können, wäre es loh-

nenswert, Überlegungen anzustellen, ob die Wahlmodule eventuell zu einem Obligatorium erklärt werden sollten.¹⁷

Die befragten ExpertInnen brachten auch immer wieder zur Sprache, dass die *Zielgruppe Pflegende* für die Erhöhung von transkulturellen Kompetenzen optimal sei, da die Pflegenden am meisten Zeit mit PatientInnen, und damit auch mit MigrantInnen, aufwendeten. Einige GesprächspartnerInnen vermerkten als positiv, dass man nicht Zusatzdienste ausbaue, um den "Pflegeproblemen" mit ausländischen PatientInnen zu begegnen, sondern im Gegenteil die Leute, die bereits in den Pflegealltag involviert sind, befähigt, mit diesen Herausforderungen adäquat umzugehen. Dass die Pflegenden eine zentrale Zielgruppe für die Vermittlung transkultureller Kompetenzen bilden, ist daher unumstritten. Mehrere InterviewpartnerInnen waren allerdings der Meinung, dass auch andere Zielgruppen und Personen aus der Spital- oder Verwaltungshierarchie für migrationsrelevante Belange sensibilisiert werden sollten. Genannt wurden: Personen aus dem Spitex-Bereich, ÄrztInnen, medizinisches Personal wie PhysiotherapeutInnen oder ErgotherapeutInnen, Personen aus der Psychiatrie, Personen aus der Spitaladministration, Verband der Spitaldirektoren, Heimverband, Schweizerischer Verband der Pflegedienste. Diese umfangreiche Liste verdeutlicht, dass die Aktivitäten der Fachstelle fast grenzenlos ausgeweitet werden könnten.

Auch die *Interventionsebene* der AdressantInnen dieser Kurse müsste längerfristig überdacht werden: Es wurde öfters darauf hingewiesen, dass insbesondere das Management und das obere Kader für die Thematik der TKK zu gewinnen sei, da es schlussendlich diesen Personen obliegt, strukturelle Verän-

¹⁷ In Zusammenhang mit der Nachfrage nach TKK möchten wir in Form einer Randbemerkung darauf hinzuweisen, dass der NDK "Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitsbereich" wie auch der Grossteil der angebotenen Module zu TKK ausschliesslich von Frauen besucht wird. Die Gründe für diesen Sachverhalt sind sicher in erster Linie darin zu suchen, dass wir uns in einem Frauenberuf bewegen. Hinzu kommt, dass es sich bei der vorliegenden Thematik um Kompetenzen im kommunikativen Bereich handelt, einem Bereich also, in dem Frauen – aufgrund ihrer Sozialisation – oft bereits über hohe Kompetenzen verfügen und der den Frauen in diesem Sinne entgegenkommt. Es erstaunt daher nicht, dass es sich um den Erwerb einer spezifischen Kompetenz handelt, die nicht karrierefördernd wirkt, resp. mit grosser Wahrscheinlichkeit keine Auswirkung auf die weitere Laufbahn zeigen wird. Es ist wohl auszuschliessen, dass sich nach dem erfolgreichen Besuch des NDKs Funktionsänderung mit entsprechender Lohnerhöhung ergeben werden.

derungen einzuführen.¹⁸ Die Rahmenbedingungen, welche eine transkulturelle Pflege – oder überhaupt die Implementierung von transkulturellen Kompetenzen im Rahmen von Institutionen – braucht, werden nun mal vom Kader bereit gestellt. Allerdings waren sich die ExpertInnen auch darin einig, dass sich gerade diese Managementstufen durch die grössten Zugangsprobleme charakterisieren.

Schliesslich möchten wir noch die Frage nach einem *gewünschten Multiplikatoreneffekt* im Bereich der transkulturellen Pflege kurz andiskutieren: Grundlegend ist hier zu überdenken, ob die Fachstelle ihre Tätigkeiten zukünftig weiterhin auf den Unterricht und die Vermittlung von transkulturellen Lehrinhalten konzentriert oder ob sie nicht eher Fachsupport bereitstellt und aufarbeitet. Wenn sie sich zu ersterem entschliesst, ist weiter zu fragen, ob sie ihr Angebot ausweitet, oder ob sie ihre Aktivitäten auf die zentralen Partnerorganisationen (WE'G, Kantonalverbände) konzentriert und die Tätigkeiten mit diesen verstärkt. Entschliesst sie sich zu der zweiten Variante, sind grundlegende Überlegungen bezüglich eines Wissensmanagements anzustellen.

2.1.2 Professionalisierung und Sensibilisierung der MigrantInnen

Eine Beurteilung der Dienstleistungen in diesem Teilbereich gestaltete sich insofern schwieriger, als dass es sich hier um direkte Angebote für MigrantInnen handelt, wir aber bspw. keine Umfragen unter den Teilnehmenden der Gesundheitskurse durchführten. Trotzdem lassen sich einige Tendenzen nachskizzieren.

In Hinsicht auf den *Gesundheitswegweiser* waren sich die GesprächspartnerInnen einig, dass es sich um ein wichtiges Produkt handelt, das potentiell vielfältigste Verwendungen finden kann. Im Rahmen der Fachstelle selbst wird das Produkt ja bekanntlich als Gesundheitskurs "Luana" eingesetzt, und wird von den Kursleitenden in diesem Zusammenhang als sehr wertvoll eingeschätzt. Jedenfalls lässt sich festhalten, dass Sinn und Zweck dieser Broschüre für alle Befragten einsichtig ist und grosses Lob findet.

¹⁸ Z.B. in der Pflege das Beiziehen von ÜbersetzerInnen, das Einrichten von Gebetsräumen etc. Diese Aussagen decken sich teilweise mit denen, die im Rahmen der Delphibefragung für die Entwicklung einer Strategie im Bereich Migration und Gesundheit gemacht wurden (Chimienti und Cattacin 2001).

Um so erstaunlicher scheint, dass die Finanzierung und insbesondere die Nachhaltigkeit, dieses Produkts, z.B. die Modalitäten des Nachdrucks, noch nicht geregelt sind. Hier ist eine detaillierte Klärung verschiedener Aspekte bereits seit längerem überfällig: Welche Anteile werden von den einzelnen PartnerInnenorganisationen zu entgelten sein und wer kümmert sich um Anpassungen und Verbesserungen? Eine Ziel- und Wirkungsüberprüfung dieses Produktes ist unbedingt ins Auge zu fassen, handelt es sich doch um ein vergleichsweise teures Produkt, dessen Nutzen wissenschaftlich abgesichert werden sollte.

Die *Gesundheitskurse* stiessen bei unseren GesprächspartnerInnen ebenfalls auf sehr gute Resonanz. Zweifelsohne leistet die Fachstelle mit den Gesundheitskursen Pionierarbeit, handelt es sich doch mindestens im schweizerischen Kontext um eine Neuheit. In diesen innovativen Ansätzen und Kräften orten wir denn auch die grösste Stärke der Gesundheitskurse. In positivem Sinne ist, wie wir meinen, ebenfalls der prozesshafte Charakter dieser Dienstleistung zu unterstreichen: Seit der Evaluation Stutzer wurden immer wieder inhaltliche sowie konzeptuelle Änderungen vorgenommen. Diese spiegeln einen Lernprozess und zeugen von einer hohen Reflexionsbereitschaft seitens der Mitarbeitenden. Die Bemühungen der letzten Monaten gehen sicherlich in eine sinnvolle Richtung und wir sind der Ansicht, dass es schade wäre, wenn dieser innovative Ansatz nicht weiterentwickelt würde und eine vertiefte Breitenwirkung finden könnte.

Allerdings hatten die eingeführten Änderungen immer nur einen Status von relativ unkoordinierten Einzelmassnahmen und eine konsolidierte Gesamtstrategie fehlte weitgehendst, so dass sich verschiedene konzeptuelle Schwächen ausmachen lassen. Diese habe ihre Wurzeln in der Entwicklungsgeschichte der Fachstelle, insbesondere sind sie in der pragmatischen Umsetzung des Konzepts in konkrete Dienstleistungen zu suchen. Die Probleme lassen sich mit folgendem Satz auf den Punkt bringen: Wie und mit welchem Ziel könnte man die Gesundheitskurse systematisch anbieten, so dass die wichtigste Gruppierungen oder Settings in den Genuss von solchen Kursen kommen?

Dabei würde sich eine grundsätzliche Ausformulierung der Interventionslogik als lohnenswert erweisen. Worin besteht der Handlungs- und vordringlichste Wissensbedarf von MigrantInnen¹⁹ und inwiefern stellen Kurse eine sinnvolle

¹⁹ Erinnern wir daran, dass in den Gesundheitskurse bisher Inhalte zu folgenden Themen behandelt wurden: medizinisches Grundwissen (über Fieber, Durchfall, Vergiftungen usw.), psycho-soziale Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit, Nothilfekenntnisse,

Antwort auf die ausgemachten Bedürfnisse dar? Die Fachstelle hat sich mit den *Zielsetzungen* der Gesundheitskurse fast in den Bereich des Visionären begeben, bescheidenere Ziele würden unserer Einschätzung nach der Qualität dieser Kurse keinen Abbruch tun: Auch wenn die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit bzw. Krankheit in einem solchen Kurs erkannt werden, heisst das nicht, dass TeilnehmerInnen auch neue Handlungsstrategien entwickeln können. Ausserdem ist kritisch zu durchleuchten, ob Änderungen der Gesundheitsstrategien und des Gesundheitsverhaltens wirklich in einem Kurs von einigen Tagen Dauer angeregt werden könnten. Auch im Hinblick auf die längerfristige Qualitätssicherung wäre es sinnvoll, dass die Wirkungszusammenhänge der geförderten Massnahmen offen dargelegt und idealerweise über einen Zufriedenheitsnachweis der TeilnehmerInnen hinaus messbar würden.²⁰

Schliesslich ist bekannt, dass ein Teil der gesundheitlichen Defizite von MigrantInnen auf ihre soziale Situation und strukturelle Benachteiligungen (Statusunsicherheit, arbeitsbedingte Risiken usw.) zurückzuführen sind, die wohl kaum durch individuelle Bewältigungsstrategien zu lösen sind. Was Wissensdefizite bezüglich des Aufbaus und Funktionierens des Gesundheitssystems im Besonderen angeht, ist etwa ein Bedürfnis bei sozial benachteiligten und isolierten Personen auszumachen, das nicht primär migrationsbedingt (oder –spezifisch) ist.²¹

Daher stellt sich auch die Frage der *Zielgruppendefinition* generell: Sind denjenigen Gruppen, für die der grösste Handlungsbedarf ausgemacht wurde (Asylsuchende und ältere MigrantInnen) auch gleichzeitig diejenigen Personen, denen ein solcher Kurs am meisten nützt? Der *transkulturelle Ansatz* ist in diesem Zusammenhang sicher zu überdenken, denn es ist nicht einsichtig, welche Elemente in diesen Kursen spezifisch auf MigrantInnen zugeschnitten sind und aus welchen Gründen die Teilnehmenden nicht nach anderen als herkunftsbedingten Kriterien rekrutiert werden. Diese Überlegungen würden die Transkulturalität auf Menschen ohne Migrationshintergrund ausweiten.

Aufbau des schweizerischen Gesundheitssystems, Empowermentstrategien und Selbsthilfetechniken (beispielsweise Entspannungstechniken).

²⁰ Längerfristig wäre es angebracht, zu evaluieren, inwiefern beispielsweise der Besuch eines Gesundheitskurses bei den TeilnehmerInnen zu Verhaltensänderungen geführt hat.

²¹ Die Kurse wandten sich jedenfalls bisher ausschliesslich an sozial wenig privilegierte MigrantInnen.

Wir möchten unterstreichen, dass Klärungen solcher konzeptioneller Schwächen in hohem Masse dazu beitragen könnten, dass diese Gesundheitskurse eine pragmatischere Einbindung zeigen könnten, auch was z.B. ImplementierungspartnerInnen betrifft. In diesem Sinne wäre es bedenkenswert, einen institutionell-integrativen Ansatz zu wählen und mit Gewerkschaften, Betrieben, Gemeinden, Asylorganisationen usw. zusammenzuarbeiten. Je nach *Setting* würden somit die Kurse auf die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen ausgerichtet. Tatsächlich wurden bereits Kurse in Durchgangs- oder Aufnahmezentren von Flüchtlingen durchgeführt. Dabei zeigte sich beispielsweise, dass bei Asylsuchenden Informationen über das Gesundheitssystem in der Schweiz weniger Interesse weckten als bei ansässigen MigrantInnen, die keine soziale oder administrative Betreuung „geniessen“ (Krankenkasse, Arztwahl usw.).

Wir sind der Ansicht, dass auch organisierte ethnische oder sprachliche Communities angesprochen werden könnten, obwohl das möglicherweise dem transkulturellen Ansatz der Fachstelle widerspricht. In diesem Fall könnten die Ausgaben deutlich gesenkt werden, da die Dolmetscherkosten wegfallen würden. In diesem Zusammenhang ebenfalls zu prüfen wäre etwa, ob die Rekrutierung von KursteilnehmerInnen, die gegenwärtig eher zufällig geschieht, ebenfalls institutionell einzubetten ist, indem in der medizinischen Regelversorgung (Spitäler, Ärzte, Beratungsstellen, Krankenkassen usw.) Informationen über solche Kurse gestreut werden. Organisatorische Fragen kommen aber erst zur Sprache, wenn man sich über die Gesamtstossrichtung der Gesundheitskurse einig wird.

Vorab müsste allerdings geklärt werden, ob die Fachstelle direkte Anbieterin von Gesundheitskursen bleiben oder in Zukunft den Akzent mehr oder ausschliesslich auf Coaching-Funktionen bei der Durchführung im Rahmen anderer Institutionen legen wird. Momentan ist eine Akzentverschiebung auf die zweite Variante auszumachen, die wir begrüssen.

Auch gegenüber den Ideen zum Konzept der *Community Health Workers* war die Mehrheit der befragten ExpertInnen grundsätzlich positiv. Allerdings sind hier vertiefte Abklärung der Rahmenbedingungen notwendig. Dies betrifft insbesondere die *Zielgruppe, die Bedürfnisse und die strukturelle Einbettung*: Verschiedene Seiten meldeten Vorbehalte an, dass diese an die *PflegeassistentInnen* geknüpfte Zusatzfunktion schlicht zu Überforderungen hinsichtlich der Aufgaben, Kompetenzen und Funktionen führen könnten. Mit dem vorgeschlagenen Weg, eine Werkstatt mit Professionals aus dem Pflegebereich ist geplant, hat die Fachstelle sicherlich eine richtige Richtung eingeschlagen. Allerdings

FSM
SFM

stellt sich auch hier die Frage nach dem Zielpublikum: Wären die CHW auf die Pflege zu beschränken oder auch im Sozialbereich einzusetzen?

2.2 Organisation der Fachstelle

Die Fachstelle wurde nicht nur innerhalb eines relativ kurzen Zeitrahmens, sondern auch unter erschwerenden Bedingungen aufgebaut: Man denke hier an den Restrukturierungsprozess innerhalb der Abteilung Migration und Gesundheit oder auch an die personellen Wechsel innerhalb der Fachstelle. Diese zwei Faktoren hatten sicherlich einen Einfluss darauf, dass die Organisation der Fachstelle, ihre Struktur und ihr Aufbau nicht gesamtheitlich angegangen werden konnte und aus diesem Grund heute noch teilweise eine Stringenz vermissen lässt. Wir möchten in den folgenden Abschnitten kurz auf einige Punkte eingehen und diese zur Diskussion stellen.

2.2.1 *Kostenmanagement*

In Hinsicht auf die Finanzierung der Fachstelle bleiben im Rahmen der Evaluation einige Faktoren im Dunkeln, auch wenn sie von Bedeutung sein könnten: Erstens ist zu erwähnen, dass die Budgetierung und Kostenrechnung in dieser Aufbauphase nur beschränkt dokumentiert wurde,²² so dass es uns schwer fällt, ohne grossen Aufwand eine fundierte Übersicht über das Kostenmanagement zu gewinnen. Es wurde auch nicht im Einzelnen abgeklärt, wie die Kompetenzen bezüglich der Finanzierung innerhalb der Abteilung genau zugeteilt sind. Folglich müssen sich unsere Bewertungen auf Teilaspekte beschränken, die nur ein bruchstückhaftes Bild der Lage vermitteln.

Was die allgemeinen Finanzierungsregeln angeht, so gilt für das Gesamtdepartement der Richtwert von 50% Fremd- zu 50% Selbstfinanzierung, wobei für neue Produkte oder Dienstleistungen eine Anschubfinanzierung gesprochen werden kann. Ansonsten wurde aus den vorliegenden Unterlagen und aus den Gesprächen nicht direkt ersichtlich, ob und bis zu welchem Grad die Fachstelle finanziell selbsttragend werden muss, in welchen Bereichen allein die BAG-Gelder zu tragen kommen (sollen) und wo das SRK Eigenmittel einsetzt.

²² Die Rubrik 16 Budget im Schlussbericht zum Abgeltungsvertrag von Dezember 2001 ist zum Zeitpunkt der Redaktion dieses Texts noch nicht ausgeführt.

Was die Schulungstätigkeiten und die institutionelle Beratung angeht, ist eine 100% Kostendeckung vorgesehen (vgl. Strategie des Departements Migration), die aber im Fall der Fachstelle (teilweise) durch das BAG übernommen wird. Ob aufgrund der bestehenden Honorarvereinbarungen mittelfristig eine volle Deckung dieser Kosten bzw. sogar ein Profit aus dieser Quelle zu erzielen ist, bliebe abzuklären. Gegenwärtig wird die Unterrichtstätigkeit der MitarbeiterInnen der Fachstelle am WE'G nicht (voll?) verrechnet, sondern eben durch die Mittel des BAG abgedeckt.

Das folgende Beispiel unterstreicht, dass die Zuständigkeiten, Kompetenzen und Vorgaben im Bereich der Finanzierung besser geklärt werden müssen: Wie bereits erwähnt, musste der Druckauftrag des Gesundheitswegweisers sistiert werden, da die Kosten das ursprüngliche Budget um ein Mehrfaches überstiegen. Die letzte Tranche konnte erst gedruckt werden, nachdem das BAG sich bereit erklärte, das Defizit zu begleichen.

Die Gründe für diese Kursänderungen sind vermutlich im Umwälzungsprozess der Abteilung Migration und Gesundheit zu suchen, aber auch in stetigen Veränderungen bezüglich der Finanzierung. Damit meinen wir bspw. den Rückzug des SRK in der Ausschüttung von Eigenmitteln für die Fachstelle, wie er im November beschlossen wurde. Solche ad hoc Entscheide sind für eine Konsolidierung der Fachstelle sicherlich nicht förderlich und können die Mitarbeitenden verunsichern, da der finanzielle Druck unweigerlich durch alle hierarchische Stufen weitergeht.

Um die Fachstelle und deren Dienstleistungen zu stabilisieren, empfehlen wir die Fragen der Finanzierung soweit als möglich zu klären. Kann die Fachstelle zukünftig mit Eigenmitteln des SRK rechnen – d.h. welchen Stellenwert und welche Priorität schreibt man dadurch implizit der Fachstelle und ihren Produkten seitens des Hilfswerkes zu – oder müssen sich die Aktivitäten der Fachstelle mit den Geldern des BAG finanzieren?

2.2.2 Ressourceneinsatz

In diesem Kapitel möchten wir uns der Frage annähern, ob die Fachstelle mit den vorhandenen materiellen und personellen Ressourcen ihre Aufgaben sachgerecht und fachlich kompetent erledigen kann.

Die pragmatischen Vorschläge des von Loncarevic und Domenig (2000) erarbeiteten Konzepts wurden wie in der Entstehungsgeschichte beschrieben, im Abgeltungsvertrag in konkrete Dienstleistungen übersetzt. Ausgeklammert wur-

de in diesem Prozess eine Überprüfung der *internen Ressourcen anhand des Aufwandes* für die verschiedenen Tätigkeiten. Wir haben es hier mit zwei unterschiedlichen Perspektiven zu tun: Sind die Ressourcen adäquat auf die zwei Bereiche aufgeteilt und welche Produkte können mit diesen Ressourcen überhaupt verwirklicht werden?

In Hinsicht auf die ersten Fragen enthüllten die Expertengespräche, dass bei gleichem Input in die zwei Bereiche ein unterschiedlicher Output zu erwarten ist. Die Resultate des Teilbereiches I sind dabei deutlich sichtbarer als diejenigen des Teilbereiches II. Für die Beantwortung der zweiten Frage blieben die personellen Ressourcen in Relation zum Aufwand der Fachstelle genauer zu überprüfen.

Wir versuchten im Rahmen der Evaluation auch einige Antworten auf die Frage zu bekommen, *ob die Mitarbeitenden der Fachstelle ihre Aufgaben fach- und sachgerecht erfüllen können?* Bei diesen Abklärungen sprang der hohe Motivationsgrad der Mitarbeitenden der Fachstelle ins Auge. Diesen zu erhalten, ist nun sicherlich eine der Herausforderungen für die Leitung der Fachstelle. Wir erkennen in diesem Zusammenhang einige Gefahren, dass diese Motivation bspw. aufgrund von Arbeitsüberlastungen, oder wie oben erwähnt, aufgrund der unsicheren und undurchsichtigen finanziellen Lage und Budgetierung abnehmen könnte. Zentral war in diesem Kontext der starke Wunsch seitens der Projektmitarbeitenden nach Weiterbildungen. Sie begründeten dieses Bedürfnis mit der Schnelligkeit des Bereiches Migration und Gesundheit und der Notwendigkeit am "Puls der Zeit" zu bleiben.

Andererseits sehen wir in der Tatsache, dass unterdessen in der strategischen Ausrichtung einige Akzente verschoben wurden, ein Problemfeld auftauchen: Parallel zu den Akzentverschiebungen ändert sich nämlich das Anforderungsprofil: Die Mitarbeitenden der Fachstelle des Teilbereiches II wurden vor allem aufgrund ihrer Fähigkeiten als Kursleiterinnen und als Verantwortliche für das CHW Konzept und die CHW Ausbildung angestellt. Diese Tatsache könnte sich – muss aber nicht – als problematisch erweisen, da sie vielleicht Wissenslücken im Bereich Projektmanagement, Konzeptarbeit und Coaching aufweisen. Solche Fähigkeiten waren bei der Besetzung der offenen Stellen nicht von derart zentraler Wichtigkeit.

Die materiellen Ressourcen, welche die Mitarbeitenden für die Erledigung ihrer Arbeiten benötigen, wurden als überaus zufriedenstellend eingeschätzt. Hier ist die strukturelle Einbettung der Fachstelle innerhalb des SRK ein klarer

Vorteil, da die Fachstelle von den hervorragenden infrastrukturellen Möglichkeiten des SRKs profitieren kann.²³

2.2.3 *Wissensmanagement*

Für einen Grossteil der GesprächspartnerInnen war die Fachstelle zum Zeitpunkt des Gespräches mit der Leiterin gleichgesetzt. Die fachliche Kompetenz, Effizienz und Qualität der Zusammenarbeit wurde beispiellos gelobt. Viele Beziehungen der Fachstelle laufen deshalb über die persönliche Beziehung zur Leiterin. Seitens der Fachstelle wurden in den letzten Monaten Bemühungen unternommen, dieses *Klumpenrisiko* zu vermindern. Allerdings denken wir, dass diese Bemühungen weiter gehen müssen.

In den Meilensteinen wurde auch die Einrichtung eines DozentInnen/ExpertInnen Pools "Migration und Gesundheit" vorgesehen. Dieser Pool, der konkret auf einen *knowledge-transfer* abzielte, wurde indes aus verschiedenen Gründen nicht eingerichtet. Statt dessen haben sich verschiedene Formen der Zusammenarbeit mit externen DozentInnen heraus kristallisiert: Die Fachstelle vermittelt ihr bekannte DozentInnen an externe Institutionen bei Lehraufträgen zu Themen, welche keine Spezialität der Fachstelle sind und zu denen es ausgewiesene FachdozentInnen gibt.

Die Fachstelle beginnt nun ebenfalls einzelne Lehraufträge an externe Fachleute zu delegieren, namentlich in der Grundausbildung von Pflegenden (Berufsschulen für Gesundheits- und Krankenpflege). Diese bleiben jedoch unter der Themenführerschaft der Fachstelle und mit den DozentInnen werden Rahmenarbeitsverträge abgeschlossen. Die Fachstelle haftet in diesem Sinne gegenüber der Bildungseinrichtung für die Qualität (und einen transkulturellen Ansatz). Die externen DozentInnen werden von der Fachstelle begleitet und können auch deren Unterlagen (Folien, Fallbeispiele, Texte etc.) im Unterricht verwenden (vgl. Entwurf Schlussbericht vom Dezember 2001, Fachstelle „Migration und Gesundheit“). Diese externe DozentInnen werden momentan vor allem aus den Teilnehmenden des NDK rekrutiert. Diese Vorstösse sind sicher-

²³ Am Rande sei noch erwähnt, dass räumliche Probleme, die eine Zeitlang eine gewisse Unzufriedenheit auslösten, auch als gelöst betrachtet wurden.

lich zu begrüßen, allerdings sehen wir hier die Notwendigkeit von verstärkten Bemühungen, auch DozentInnen aus anderen Kontexten zu rekrutieren.²⁴

Eine weitere Möglichkeit dieses *Klumpenrisiko* zu vermindern, bieten Bemühungen, die darauf abzielen, Personen in Institutionen, wo Weiterbildungen durchgeführt werden, dazu zu bewegen, den Nachdiplomkurs *Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitsbereich* oder ähnliche Ausbildungsmodule zu besuchen und anschliessend die Fortbildungen unter eigener Themenführerschaft durchzuführen (Multiplizierung).

Den *Wissenstransfer zwischen den Mitarbeitenden der Fachstelle* beurteilen diese als gut und genügend. Neben Sitzungsgefässen, die einen Informationsfluss zwischen den Mitarbeitenden der Fachstelle gewährleisten, existieren auch solche zwischen der Abteilung Migration und Gesundheit und der Fachstelle. Im allgemeinen wurde seitens der befragten MitarbeiterInnen betont, dass ein Arbeitsklima vorherrsche, das einen Informationsfluss günstig beeinflusse. Neben den formellen Kanälen erwähnten die Mitarbeitenden auch die informellen, die für diesen Wissenstransfer sehr nützlich seien.

Die Gefahr, dass die *zwei Teilbereiche* immer weiter auseinanderdriften könnten und so die bis anhin gelobte intellektuelle und konzeptionelle gegenseitige Befruchtung zwischen den zwei Teilbereichen wegfallen könnte wurde bereits erkannt und Bemühungen in Richtung eines Wissens- und Informationsaustausches in konkrete Kanäle eingeleitet. Es wurde bspw. ein System der Organisation der Unterrichtsmaterialien (wie Folien, etc.) etabliert, zu dem alle Mitarbeitenden Zugang haben und das – nach Aussagen von InterviewpartnerInnen – auch die meisten benutzen. Teilweise haben Mitarbeitende des Teilbereichs II nun auch eine DozentInnentätigkeit aufgenommen und Unterrichtseinheiten im Rahmen des NDKs übernommen. Solche Bemühungen erachten wir als sehr wichtig und als längerfristig sehr fruchtbar.

²⁴ Eine Möglichkeit bieten bspw. AbsolventInnen des NDK „Interkulturelle Kommunikation“ der Universität Luzern.

2.3 Strukturelle Einbettung der Fachstelle im SRK

Im diesem Kapitel möchten wir kurz die Einbettung der Fachstellung im Rahmen des Schweizerischen Roten Kreuzes skizzieren. Ziel ist eine Verortung der Fachstelle innerhalb der Struktur des SRK. Dabei betrachten wir die Fachstelle aus verschiedenen Blickwinkeln. Angesichts der komplexen SRK Strukturen und der zur Verfügung stehenden Zeit kann es sich hierbei allerdings nur um eine punktuelle Beschreibung handeln.²⁵ Dennoch sollen einige Zeilen zu dieser Thematik eingefügt werden, denn eine Evaluation der Fachstelle, die sich nicht auch mit der Untersuchung der zahlreichen Schnittstellen (zu den Kantonalverbänden, zu der Abteilung Migration und Gesundheit usw.) beschäftigt, wird schlussendlich wenig aussagekräftig sein. Unter diesem Gesichtspunkt ist es unumgänglich, dass auch Teile des SRK, die über die Fachstelle hinausgehen, von der Analyse tangiert werden.

Die Fachstelle "Migration und Gesundheit" stellt gegenwärtig einen der drei Fachbereiche der Abteilung Migration und Gesundheit innerhalb des Departements Migration dar. Neben dem Fachbereich *Bildung und institutionelle Beratung* (Fachstelle „Migration und Gesundheit“) finden sich in der Abteilung Migration und Gesundheit die Fachbereiche *Diagnostik und Therapie* sowie *Beratung und Soziales* (vgl. Organigramm der Abteilung Migration und Gesundheit). Während der Fachbereich Therapie lokal am Inselspital angesiedelt ist, befinden sich die anderen zwei Bereiche und die Abteilungsleitung an der Geschäftsstelle des SRK.

Ausser den drei Fachbereichen umfasst die Abteilung *Migration und Gesundheit* einen Stab *Grundlagen und Entwicklung* und *Dokumentation und Publikation*. Dieser Stab besteht einerseits aus MitarbeiterInnen, die im Rahmen des Nationalfonds Programms Bosnien beschäftigt sind und andererseits aus Mitarbeitenden, die – wie bereits der Namen verrät – im Bereich Dokumentation und Publikation tätig sind. Die Aufgaben dieses Fachsupports änderten sich im Laufe des Reorganisationsprozesses und sind gegenwärtig erst in Konzeptform im

²⁵ Wir können in diesem Zusammenhang den neusten Entwicklungen innerhalb des SRK natürlich nur unzulänglich Rechnung tragen.

Detail geklärt.²⁶ Zwischen dem Stab und der Fachstelle kam es in der Vergangenheit immer wieder zu verschiedenen Formen der Zusammenarbeit, auch inhaltlicher Art, die sich offensichtlich als sehr fruchtbar erweisen.

Die Einbettung der Fachstelle auf Abteilungs- und Departementebene wirft verschiedene Fragen auf und zwar sowohl hinsichtlich der vertikalen aber auch der horizontalen Abgrenzungen. Wir gehen davon aus, dass es sich beim SRK um ein historisch gewachsenes Gebilde handelt, das eine ihm inhärente Struktur besitzt, deren Logik für Aussenstehende nicht immer einfach nachzuvollziehen ist. Auch wenn wir keine detaillierten Kenntnisse über die Strukturen des SRK als solches besitzen, möchten wir trotzdem an dieser Stelle auf einige Punkte hinweisen: Als erstes ist zu erwähnen, dass die Verbindung oder Beziehung der Fachstelle zu den anderen Fachbereichen der Abteilung Migration und Gesundheit (noch) nicht im Detail geklärt ist. So könnte es aus unserer Perspektive etwa naheliegend sein, die Internetplattform oder auch den Gesundheitswegweiser direkt auf Abteilungsebene oder gar in einem anderen Fachbereich anzusiedeln.

Auf der Ebene der verschiedenen Fachbereiche stellt sich die Frage nach der inhaltlichen Logik der Aufteilung der Abteilung als Ganzes: Es ist für Aussenstehende nicht unbedingt einsichtig, warum z.B. die Gesundheitskurse – mit ihrem Akzent auf sozialen Aspekten – nicht in den Fachbereich Beratung und Soziales zu verorten sind. Die Beantwortung dieser Fragen sprengt natürlich den Rahmen dieser Evaluation, der primär die Fachstelle zum Gegenstand hat. Ausserdem ist es angesichts des laufenden Reorganisationsprozesses noch zu früh, schlüssige Antworten auf alle genannten Fragen zu finden. Trotzdem weisen sie in Hinsicht auf eine zukünftige Profilierung der Fachstelle eine gewisse Relevanz auf.

Auf der Ebene des Departements Migration ist für die Fachstelle vor allem die Funktion des/der KoordinatorIn zwischen dem Departement Migration und den Kantonalverbänden des SRK wichtig. Diese Stelle ist in der Abteilung *Migration und Bevölkerung* angesiedelt. Die Kantonalverbände sind wichtige PartnerInnen der Fachstelle und eine Zusammenarbeit zwischen der Fachstelle und

²⁶ Im Rahmen der Umstrukturierung wurde dieser Stab, der vorher direkt dem Departement Migration angegliedert war, an die Abteilung Migration und Gesundheit übergeben. Die Überlegung war, dass ein Stab sinnvollerweise dort angegliedert ist, wo die inhaltliche Arbeit stattfindet.

den Kantonalverbänden ist im Abgeltungsvertrag wie auch in der Strategie des Departements Migration festgelegt.²⁷

Eine wichtige Funktion hat für die Fachstelle auch der Stab Kommunikation und Entwicklung, der auf der Ebene des Departements Migration angesiedelt ist. MitarbeiterInnen dieses Stabes erarbeiteten ein umfassendes Marketingkonzept für die Fachstelle und waren auch für die Publikation der Spitalanalyse (Loncarevic und Selva 2001) zuständig.

Innerhalb des gesamten SRK ist für die Fachstelle insbesondere das Departement Berufsbildung von Bedeutung, da wichtige PartnerInnen der Fachstelle in diesem angesiedelt sind, man denke hier an das WE'G (das noch bis Ende 2001 hier angegliedert ist). Die Wichtigkeit dieser Nahtstelle kann nicht oft genug betont werden.

Dieser kurze *Tour d'Horizon* zeigte, dass die Fachstelle innerhalb des SRK auf verschiedenen Ebenen nahe Zusammenarbeiten pflegt und auf die Kooperation verschiedenster Abteilungen oder Einheiten angewiesen ist.

Wir orten aber auch einige potentielle Problemfelder in dieser strukturellen Einbettung der Fachstelle innerhalb des SRK: So ist zu fragen, wie die Stellung oder auch die Bewegungsfreiheit der Fachstelle Migration und Gesundheit innerhalb des SRK definiert ist. Mehrere GesprächspartnerInnen waren der Ansicht, dass die Fachstelle wegen ihres innovativen Pilotcharakters einen grösseren Bewegungsspielraum für ihre Entwicklung benötigt als etablierte Dienste. Es ist beispielsweise wichtig, dass sie sehr flexibel auf Anfragen reagieren kann (siehe Kapitel zum Profil und der Strategie). Ein gewisser Innovationsgeist spiegelt sich übrigens auch in der Personalpolitik: Die Fachstelle hat bspw. durch die Anstellung von MigrantInnen eine hohe Glaubwürdigkeit gegenüber externen PartnerInnen erhalten. Gleichzeitig löste diese Politik aber auch einen Prozess des institutionellen Lernens im Bereich Transkulturalität innerhalb des SRK aus, der noch nicht abgeschlossen sein wird.

In diesem Sinn lohnt es sich vielleicht durchaus Überlegungen anzustellen, ob und wie man der Fachstelle gewisse definierte Spezifitäten einräumen könnte ohne dass sie dadurch zum Fremdkörper wird, was längerfristig zu einer Aus-

²⁷ Zu einem umfassenden Organigramm des Schweizerischen Roten Kreuzes einschliesslich der Rotkreuzversammlung vgl. <http://www.srk.ch/htm.index>

grenzung innerhalb der Institution führen könnte. Diese denkbare Gefahr, selbst wenn sie gegenwärtig gering scheint, gilt es bei der organisatorischen und finanziellen Ausgestaltung des Fachbereichs im Auge zu behalten, denn vermutlich werden beiderseits Konzessionen notwendig sein und auch finanzielle Absicherungen erforderlich. Es stellt sich hier auch die Frage, welche Priorität das Departement Migration der Fachstelle zukommen lässt, etwa in der Form von finanziellen Zuschüssen aus Eigenmitteln des SRK.²⁸ Wir gehen aber davon aus, dass der gegenwärtige Entwicklungsprozess des SRK günstige Zeichen setzt, indem er strategische Neuabstimmungen zulässt.

²⁸ Diesbezüglich ist abzuklären, inwiefern die anderen Fachbereiche selbsttragend sind oder eben – wenigstens in der Aufbauphase – direkt durch das SRK finanziert werden.

2.4 Abstimmung mit externen AkteurInnen

Die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen, dass sich die Fachstelle in einigen *Spannungsfeldern* bewegt und ihre Positionierung innerhalb von diesen Kräften suchen muss. Bevor wir uns dem Profil und der Strategie der Fachstelle zuwenden, möchten wir solche Spannungsfelder und Interessenskonflikte oder –konvergenzen aufzeigen, da diese indirekt oder direkt einen Einfluss auf das erwünschte Profil der Fachstelle ausüben. (Wir bewegen uns bei den folgenden Ausführungen auf der Ebene der *Politik und Institutionen*, wie sie in der Abbildung 1 dargestellt ist.)

Das Bundesamt für Gesundheit, das Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G und die Kantonalverbände sowie andere Hilfswerke sind – wenn auch aus unterschiedlichen Gründen und Motivationen heraus – die wichtigsten PartnerInnen der Fachstelle. Wir möchten deshalb Potentiale und Problemfelder zwischen der Fachstelle und diesen Institutionen aufzeichnen. Darüber hinaus kann das SRK ebenfalls als Partner der Fachstelle wahrgenommen werden, und in diesem Sinne wird auch die Abstimmung oder die Einbettung der Fachstelle im Rahmen des SRK kurz tangiert werden.

2.4.1 *Interessen und Strategie des Bundesamtes für Gesundheit*

In Hinsicht auf das BAG drängt sich die Frage auf, ob die Tätigkeiten der Fachstelle mit der Strategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit²⁹ kongruent sind. Mit anderen Worten ist zu untersuchen, ob die Zielsetzungen der Fachstelle und die Wege, die zu diesen erwünschten Ergebnissen führen, mit der Strategie des Bundesamtes für Gesundheit vereinbar sind oder ob sich hier allenfalls problematische Abweichungen zeigen.

²⁹ Der Entwurf für diese Strategie wurde im April 2001 in die Vernehmlassung geschickt und dürfte voraussichtlich im Frühling 2002 vom Bundesrat bewilligt werden (Die Strategie ist unter folgender Adresse abrufbar: http://www.unine.ch/fsm/presse/migration_bag_d.pdf)

Die zu dieser Thematik befragten ExpertInnen waren allesamt der Ansicht, dass sich die Interventionen der Fachstelle ohne weiteres mit der Strategie des Bundes in Einklang bringen lassen. Diejenigen Aktivitäten der Fachstelle, die auf eine Professionalisierung der Pflege und die Implementierung von transkulturellen Pflegekompetenzen abzielen, fallen in diesem Sinne unter die Interventionsachse 1 (Bildung, Aus-, Fort- und Weiterbildung) der Strategie des Bundes:

"In den Gesundheitsberufen sollen Fort- und Weiterbildungsangebote bereitgestellt werden, die es ermöglichen adäquater auf migrationsspezifische Situationen einzugehen. Diese Bildungsangebote betreffen Ärzte und Ärztinnen, das Pflegepersonal sowie das Management von Dienstleistungsbetrieben im Gesundheitswesen. Zudem soll überprüft werden, ob die Sensibilisierung für diese Fragen in die Grundausbildung der Gesundheitsberufe Eingang finden soll. Ziel: Verbesserung der Verständigung mit Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen" (2001:22).

Die Professionalisierung und Ausbildung von *Community Health Workers* ist ebenfalls auf dieser Interventionsachse anzusiedeln. In der Strategie wurde bekanntlich die interkulturelle Vermittlung zu einem Schwerpunkt erklärt. (2001:22). Allerdings scheinen in diesem Bereiche weitere Abklärungen notwendig zu sein, da sich unter Umständen Probleme in der Abstimmung der Tätigkeiten von Interpret' ergeben könnten. Wo konkret wären diese CHW innerhalb des Sprachmittels zu verorten und wie präsentiert sich deren Stellenwert? Solchen konzeptionellen Überlegungen ist auf jeden Fall noch Platz einzuräumen bevor das Konzept umgesetzt wird.

Einige Produkte des Teilbereichs II, insbesondere der Gesundheitswegweiser und die Gesundheitskurse lassen sich hingegen direkt dem zweiten Interventionsbereich, nämlich der *"Information, Prävention und Gesundheitsvorsorge"* (2001:23), zuschreiben. Stichworte, die diese Interventionsachse charakterisieren sind Empowerment, Gesundheitsförderung sowie die Mobilisierung von migrationseigenen Ressourcen und Kompetenzen zur Verbesserung von Wirkungen von präventiven Massnahmen (2001:23). Zweifelsohne kommen die Inhalte der Gesundheitskurse und des Gesundheitswegweiser diesen Punkten nahe.

Wir möchten diese kurzen Ausführungen mit der Einschätzung schliessen, dass die Interventionslogik der Fachstelle insgesamt der Strategie des Bundesamtes für Gesundheit und der der Strategie zugrunde liegenden Logik gut zu entsprechen scheint. Die Aktivitäten der Fachstelle reihen sich in diesem Sinne in die Linie der Strategie und der Wünsche des BAG ein. Vorbehalte sind einzig in Bezug auf die Ausbildung der CHW anzubringen, diese können aber vermutlich geklärt werden.

2.4.1.1 Zusammenarbeit

Allerdings zeigten die Gespräche und das Dokumentenstudium, dass diese Kongruenz zwischen der Interventionslogik der Fachstelle und der Strategie oder den Wünschen des Bundesamtes für Gesundheit konkrete Herausforderungen oder Problemfelder beinhaltet. Wir möchten einige Punkte etwas detaillierter ausführen:

Mit der Fachstelle hat sich innerhalb des SRK ein Kompetenzzentrum herausgebildet, das dem BAG im günstigsten Falle als Ansprechpartnerin für alle Belange im Rahmen des Themenbereiches Migration und Gesundheit innerhalb des SRK dienen könnte. Es liegt vermutlich – und verständlicherweise – im Interesse der Mitarbeitenden des BAG, seine Verhandlungs- und AnsprechpartnerInnen auf ein Minimum zu reduzieren. Eine Fokussierung auf die Fachstelle scheint in diesem Falle naheliegend. Gleichzeitig kann die Fachstelle aber diesen Ansprüchen aus verschiedenen Gründen nicht umfänglich genügen: Es ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ohne weiteres möglich, dass das BAG über die Fachstelle mit den Kantonalverbänden, dem GSU und anderen Abteilungen des SRK kommuniziert. Dies erfordert, wenn überhaupt, seitens der Fachstelle einen Koordinationsaufwand – inhaltlicher und personeller sowie operativer und strategischer Art -, der nur aufgrund vertiefter Absprachen und ausreichender Ressourcen bewerkstelligt werden kann.

Damit in Zusammenhang steht auch das zweite Problemfeld: Es besteht die Gefahr, dass die Fachstelle, die unterdessen nur noch über die BAG-Gelder finanziert wird, aufgrund ihres direkten Drahtes zum BAG mit beliebig vielen Angeboten und Wünschen überladen wird, die in den Bereich Migration und Gesundheit fallen. Sie bietet sich sozusagen in ihrer Originalität und Effizienz an, vieles aus diesem Themenspektrum zu übernehmen. Es ist deshalb aufgrund von Ressourcen und Kostenrechnungen genau zu definieren, welche Dienstleistungen im Abgeltungsbetrag eingeschlossen werden und welche nicht. Die Internet-Plattform ist ein Beispiel für ein Produkt, das der Fachstelle sozusagen „angehängt“ wurde, ohne sich überzeugend in das Gesamtkonzept einzufügen.³⁰

³⁰ Dies gilt, obwohl die Schaffung Internetplattform im ursprünglichen Konzept für die Fachstelle (Loncarevic und Domenig 2000) erwägt wird.

Die Fachstelle ist auf das SRK zugeschnitten und auch in dessen Strukturen eingebettet. Die Inhalte und Tätigkeitsfelder sind dabei nicht unbedingt nachvollziehbar. Gleichzeitig finanziert sich die Fachstelle über die BAG-Gelder. Wenn sich innerhalb des SRK Strukturen, Inhalte oder auch Schwerpunkte verändern, kann dies direkte Auswirkungen auf die Fachstelle und ihre Produkte zeigen. Inwieweit können solche Veränderungen im Abgeltungsvertrag miteinbezogen werden? Aus einer anderen Perspektive heraus ist zu fragen, inwiefern die Fachstelle flexibel ist, auf solche Veränderungen zu reagieren.

2.4.2 Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe WE'G

Ein zentraler und wohl einer der wichtigsten externen Akteure ist das WE'G. Um so wichtiger erscheint uns, dass diese Nahtstelle und die Zusammenarbeit optimal funktioniert. Dabei ist nicht zu vergessen, dass die Ablösung des WE'G vom SRK zweifellos neue Herausforderungen stellt, die eine minutiös abgesprochene Koordination zwischen den beiden Institutionen bedingt.

Mit dem WE'G fand das SRK einen idealen Partner für die Implementierung der TKK in der Pflege. Seitens des WE'G stand die Thematik schon länger im Raum: Es zeigte sich ein Interesse für migrationsspezifische Belange, konnte das aber nicht professionell angegangen werden. Die Anfrage der Fachstelle stiess deshalb auf offene Ohren, trotz eines für das WE'G beträchtlichen Aufwandes: So musste man z.B. die Kursleiterinnen für die Thematik begeistern, Überzeugungsarbeit leisten oder auch interne Weiterbildungen finanzieren. Dass man dem Thema eine gewisse Priorität zusprach, ist darin ersichtlich, dass man die TKK auf Kosten von anderen Themen und Inhalten im Rahmen der verschiedenen Ausbildungen und Ausbildungsgänge einführte.

Die Zusammenarbeit zwischen dem WE'G und der Fachstelle wird von den InterviewpartnerInnen im Grossen und Ganzen als gut beurteilt. Dieses Ergebnis bestätigt sich insbesondere dann, wenn man die Analyse der Zusammenarbeit von den Resultaten her aufrollt: Ausbildungsanteile zu interkulturellen Kompetenzen wurden unterdessen in allen Ausbildungsgängen entweder in Form von Wahlmodulen oder aber im Rahmen des regulären Ausbildungsprogramms verankert.

Trotzdem soll erwähnt werden, dass sich im Laufe des letzten Jahres Reibungsflächen zwischen der Fachstelle und dem WE'G zeigten, die von den InterviewpartnerInnen mit Unklarheiten bezüglich Rollen, Tätigkeiten, Verpflichtungen, Aufgabenteilungen und Kompetenzen in Zusammenhang gebracht wur-

den. Diese Auseinandersetzungen und die folgenden Prozesse müssen aber an dieser Stelle nicht detailliert dargestellt werden, da sie nämlich von den Betroffenen als geklärt betrachtet werden. Insgesamt gelang es, eine Arbeitskultur zu etablieren, die gegenseitige Kritik, konstruktive Diskussionen und Anpassungen erlaubt.

Die Loslösung des WE'G vom SRK läutet nun eine neue Runde und eine neue Situation für die zukünftige Zusammenarbeit ein. Momentan ist deshalb ein neuer Vertrag zwischen dem WE'G und dem SRK in Ausarbeitung, in dem die Tätigkeiten, Verpflichtungen, Finanzierungen und Kompetenzen im Detail definiert werden müssen. Im Gespräch ist ebenfalls die Gründung einer Steuergruppe, in deren Rahmen Mitarbeitende des WE'G und der Fachstelle, resp. der Abteilung Migration und Gesundheit vertreten wären.

Allgemein schätzen die GesprächspartnerInnen das Ergebnis der bisherigen Zusammenarbeit zwischen den zwei Institutionen als eine eigentliche *win-win-Situation* ein: Der fachlichen (ethnologischen) Expertise seitens der Fachstelle stand die Expertise in der Curriculumentwicklung und die Umsetzungsmöglichkeiten seitens des WE'G gegenüber. Darüber hinaus hat das WE'G direkt von der Zusammenarbeit mit der Fachstelle profitiert, indem es sich heute in einem internationalen Kontext erfolgreich auf neue Kompetenzen berufen kann. Zentral für die bisherige Aufgabenteilung war, dass sich das WE'G selbst nicht in grossem Stil mit ethnologischer Fachkompetenz umgab, das SRK hingegen nicht zu einem Ausbildungsanbieter wurde. Den Mitarbeitenden der Fachstelle kamen in diesem Sinne die Rolle von ExpertInnen und nicht etwa von Berufslehrerinnen zu. Andererseits sind die Vernetzungs- und Zugangsmöglichkeiten, welche das SRK am WE'G vorfindet, ein klarer Trumpf für dessen Seite. Eine detaillierte Klärung darüber, wie dieses gemeinsame Produkt nach der Trennung des WE'G vom SRK zukünftig verwaltet wird, ist deshalb unumgänglich, wenn es nicht zur einer Konkurrenz- oder sonst unbefriedigenden Situation kommen soll.

2.4.2.1 Potentielle Problemfelder

Gerade in Hinsicht auf die zukünftige Zusammenarbeit zwischen den zwei Institutionen möchten wir auf einige aus unserer Sicht möglicherweise problematische Punkte hinweisen.

- *Nachhaltigkeit des Angebots TKK*: Für das WE'G als Bildungsinstitution ist es aus verschiedenen Gründen zentral, dass die Thematik der TKK längerfristig verankert wird und dass eine Kontinuität im Angebot gewährleistet ist. Das

WE'G befindet sich nun zugegebenermassen in einer etwas unbequemen Situation, es kann diese Nachhaltigkeit nämlich nur bis zu einem gewissen Grade eigenständig lenken: Da das WE'G nicht direkt mit dem BAG verhandelt, sondern die Fachstelle quasi als Zwischenstelle oder Scharnier fungiert, ist das WE'G in hohem Masse von dem Weiterbestehen, dem Profil, der Strategie und dem Angebot der Fachstelle abhängig. Veränderungen im SRK oder der Fachstelle oder auch in der Strategie Bundes können unter Umständen direkte Folgen für das WE'G zeigen. Falls bspw. die Ausbildungsinhalte zu TKK wieder aus dem Bildungsangebot verschwänden, könnte dies einen Imageverlust für das WE'G bedeuten. Es scheint jedoch legitim, dass das BAG die beiden Institutionen anhält, ihre Zusammenarbeit gemeinsam zu regeln, indem die Interessen beider Partner gewährt werden.

- *Ausbau des Angebotes versus Ressourcenplanung*: Momentan stehen verschiedene Ideen im Raum, welche zusätzlichen Angebote zwischen der Fachstelle und dem WE'G entwickelt werden könnten. Im Gespräch ist bspw., ob im Rahmen eines *Masters of Nursing* in Zusammenarbeit mit dem "*Master of Public Health*" ein gemeinsames Modul zu Migration und interkultureller Kompetenz angeboten werden soll. Ausserdem werden Überlegungen angestellt, ob das WE'G einen europäischen Master anbieten soll, bei dessen Konzipierung es ebenfalls vom Wissen und inhaltlichen Input der Fachstelle abhängig wäre. Zudem begann die Fachstelle Vorlesungen über ethnologische Methoden im Rahmen des WE'G anzubieten. Diese Entwicklungen zeigen, dass von der Fachstelle eine hohe Flexibilität abverlangt wird, nicht nur hinsichtlich des fachlichen Inputs, sondern auch in Bezug auf den zeitlichen Aufwand. Um eine Überlastung der Ressourcen der Fachstelle zu vermeiden, sind solche Entwicklungen unbedingt in die Planung aufzunehmen, so dass die wertvolle Beweglichkeit seitens der Fachstelle auch weiterhin gewährleistet werden kann.

- *Ausdifferenzierung der Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Aufgaben*: Es zeigte sich, dass die Verantwortung der Qualitätssicherung der Kurse und einzelner Module gleichzeitig beim WE'G und bei der Fachstelle liegt und die Aufgabenteilung nicht immer ganz klar ist: Das WE'G stellt das Evaluationsinstrument - den Fragebogen - zur Verfügung, die Fachstelle wertet die Kurse oder Module aus und nimmt entsprechende Anpassungen vor. Es obliegt auch der Fachstelle, die DozentInnen für den NDK vorzuschlagen, immer im Wissen, dass das WE'G neben einem fachlichen auch einen didaktischen Anspruch an seine DozentInnen stellt. Wenn es nun auf einer höheren Ebene darum geht, die Wirksamkeit der Kurse und Module zu überprüfen ist abzuklären, welche Partei

nun für welchen zeitlichen oder finanziellen Aufwand aufkommen muss und wer geeignetes Evaluationswissen bereitstellen kann und soll.

2.4.3 Kantonverbände

Wir wiesen bis anhin an einigen Stellen darauf hin, dass die Zusammenarbeit zwischen der Fachstelle und einigen Kantonverbänden des SRK nicht immer optimal zu funktionieren scheint: Sowohl in der Strategie des Departements Migration als auch im Abgeltungsvertrag des BAG wird eine Zusammenarbeit zwischen den Kantonverbänden des SRK und der Fachstelle propagiert, aber die Treffen zwischen den zwei Institutionsebenen haben gegenwärtig eher punktuellen Charakter. Da von beiden Seiten Bemühungen für eine Kooperation zu erkennen sind, denken wird, dass eine allfällige Zusammenarbeit durchaus noch ein grösseres Potential bieten könnte.

Die Kantonverbände bieten seit langem Dienstleistungen im Migrationsbereich an. Es handelte sich vor allem um Tätigkeiten und Projekte in der Flüchtlings- und der Asylbetreuung. Allerdings lässt sich feststellen, dass das Angebot der einzelnen Kantonverbände in Hinsicht auf die Migrationsthematik stark variierte; während ein Kantonverband seine Tätigkeiten stark auf die Asylsuchenden ausrichtete, fehlten in einem anderen solche Aufgaben gänzlich. Jedenfalls ist in den Kantonverbänden teilweise bereits ein grosses Wissen in Hinsicht auf die Migrationsthematik verankert, das im Rahmen einer Zusammenarbeit mit der Fachstelle mobilisiert werden kann.

Auf der anderen Seite ist es gerade auch dieser Aspekt, der gezielte Abstimmungen zwischen Akteuren des SRK erfordert, wenn die Fachstelle regional ein Produkt anbietet, welches das Tätigkeitsfeld eines Kantonverbandes berührt. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit transparent zu machen, warum und unter welchen Bedingungen die Aktivitäten der Fachstelle, nicht aber diejenigen der Kantonverbände BAG Gelder ausgerichtet bekommen.

Nach Aussagen von einigen Befragten hat unterdessen bei den Kantonverbänden eine Bewusstseinsöffnung eingesetzt, die zwei Perspektiven umfasst. Einerseits bildet sich langsam das Bewusstsein heraus, dass die Kantonverbände mit ihren Dienstleistungen (z.B. Säuglingspflegekurs oder Rotkreuz-Notrufsystem) die MigrantInnen, die ja eigentlich rund 20% der Bevölkerung ausmachen, schlecht erreichen. Dies zeigt sich bspw. darin, dass die MigrantInnen die Angebote nicht nutzen, seien dies Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitsförderung oder auch Weiterbildungskurse zu verschiedensten Themen.

Gleichzeitig ist man der Ansicht, dass man in der Regel keine neuen Produkte spezifisch für MigrantInnen entwickeln, sondern die Dienstleistungen so verändern möchte, dass sie auch von MigrantInnen besser und öfter genutzt werden.

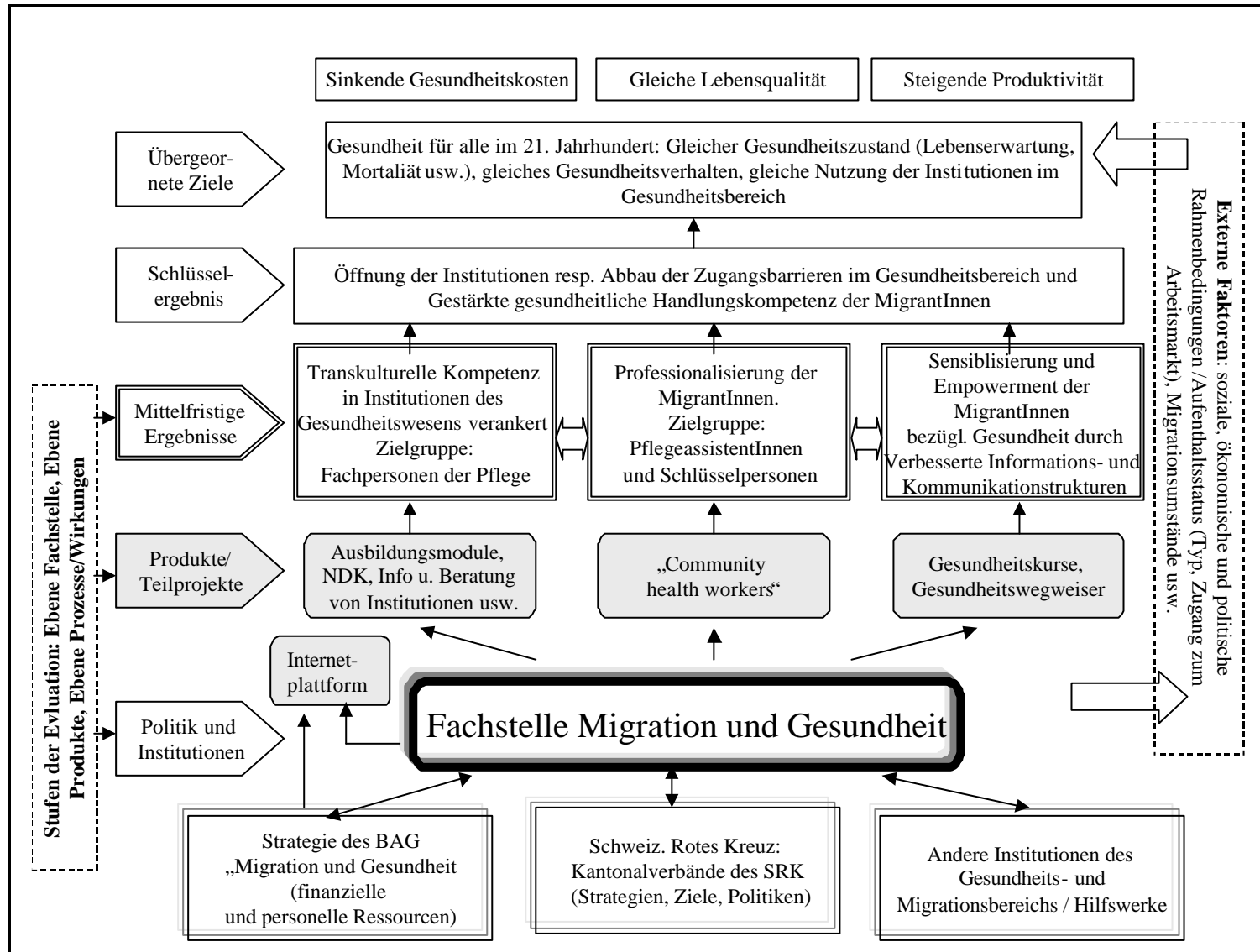
Allgemein prognostizierten die ExpertInnen, dass das Interesse der Kantonalverbände an einer Zusammenarbeit mit der Fachstelle zukünftig zunehmen wird, da das Thema "Migration und Gesundheit" auch bei den Kantonalverbänden immer mehr an Popularität gewinnt und die Fachstelle mit ihrem fachlichen Background und ihren Angeboten hier einem Bedürfnis entspricht.

Allerdings stellt sich in diesem Zusammenhang grundsätzlich die Frage nach den Ressourcen seitens der Fachstelle und hier liegt eine weitere Herausforderung: Inwieweit und in welchen Bereichen und zu welchen Inhalten muss oder kann die Fachstelle verpflichtet werden, für die Kantonalverbände fachlichen Input zu leisten? Diese Fragen wurden bis anhin noch nicht ausreichend geklärt.

Andererseits bieten die Kantonalverbände für die Fachstelle selbst einen direkten Kanal, um eine erwünschte Multiplikatorenwirkung zu erreichen. Die Fachstelle kann hier mit ihrem fachlichen Support eine zentrale Rolle einnehmen, Synergiepotentiale erhöhen und die gewünschte Multiplikatorenwirkung erreichen, indem z.B. Gesundheitskurse oder Weiterbildungsangebote über die Kantonalverbände angeboten werden. Die Verantwortliche eines Kantonalverbandes, mit der in den letzten Monaten eine fruchtbare Zusammenarbeit entstand, betonte denn im Gespräch auch gerade den Wert des fachlichen Inputs seitens der Fachstelle und die Multiplikatorenwirkung, die sich nun in ihrem Fall langsam abzuzeichnen beginnt.

Wenn das WE'G als idealer Partner für die Implementierung der TKK im Pflegebereich wahrgenommen wird, so kommt den Kantonalverbänden eine vergleichbare Stellung zu, da sie über ähnliche Potentiale verfügen. Sie sind in ihren jeweiligen Kantonen verankert, haben die Übersicht über die AnbieterInnen von Angeboten im Bereich Migration und Gesundheit, sind vernetzt und können auf diese Art und Weise viele Türen öffnen.

Abbildung 1: Interventionslogik der Fachstelle „Migration und Gesundheit“ des SRK



2.5 Profil und Strategie der Fachstelle

Wie in der Entstehungsgeschichte beschrieben ist die Fachstelle aus einer Reihe von Überlegungen entstanden, die im Rahmen des NIK zu möglichen Tätigkeitsfeldern und Dienstleistungen im Bereich Migration und Gesundheit angestellt worden waren. In dieser Angebotsentwicklung wurden sowohl die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung (aufgrund von Forschungsarbeiten, diversen Bedürfnisabklärungen, eigenen Erfahrungen etc.), als auch die bereits bestehenden Angebote sowie die Interessen und Möglichkeiten des SRK, sich auf diesem Gebiet zu positionieren, berücksichtigt. Angesichts der Tatsache, dass die Autorinnen des Konzepts „Fachstelle Migration und Gesundheit“ nicht nur vielfältige theoretische und praktische Kenntnisse und Erfahrungen mitbrachten, gelang es ihnen offensichtlich, pragmatische Vorschläge zu konkreten Dienstleistungen einzubringen. Diese wurden schliesslich direkt als Grundlage zur Entwicklung der Fachstelle herangezogen, als sich die Möglichkeit zeigte, relativ kurzfristig mit dem BAG einen entsprechenden Leistungsvertrag abzuschliessen.

Eine konsolidierte Strategie gestützt auf eine solide Strukturentwicklung konnte allerdings in der kurzen Zeitspanne, die zur Umsetzung zur Verfügung stand, nicht erarbeitet werden. Ausserdem veränderte sich die Umgebung innerhalb des SRK (Strategiebestimmung, Restrukturierung, Personalwechsel) ständig, was den Aufbau der neuen Fachstelle zusätzlich erschwerte. Obwohl inzwischen zahlreiche Tätigkeiten mit Erfolg umgesetzt werden konnten und sich die Fachstelle bereits ein Renommee geschaffen hat – wobei dieses möglicherweise weniger der Institution als den (ehemaligen) MitarbeiterInnen zukommt –, bleibt das Profil der Fachstelle schwer zu umreissen. Nicht nur Personen, die mit dem SRK und Gesundheitswesen schlecht vertraut sind, bezeugen Mühe, die Fachstelle als Einheit zu erkennen. Der Eindruck eines etwas künstlichen Gebildes – auch wenn zwischen den Tätigkeitszweigen und übergeordneten Zielsetzungen unbestreitbar zahlreiche verbindende Elemente bestehen – hängt mit verschiedenen Gründen zusammen: Einer davon ist, dass Die Angebotspalette weniger „deduktiv“ von einem Thema und einer ausformulierten Interventionslogik aus-

gehend als eben pragmatisch³¹ aufgrund eines Kompromisses zwischen nachgewiesenen (Einzel)Bedürfnissen und tatsächlich umsetzbaren Dienstleistungen entwickelt wurde, die bisher kaum angeboten werden. Dies bringt den Vorteil der unmittelbaren Umsetzbarkeit mit sich, hat aber auch Nachteile. Gleichzeitig war der Konzeptentwurf von Beginn an auf die Potentialitäten und Limiten der SRK-Tätigkeitsbereiche sowie auf die neue Strategieausrichtung zugeschnitten, in der geplant war, Migrationsfragen und Gesundheit thematisch unter einen Hut zu bringen.

Die Tatsache, dass die Fachstelle primär *für* das SRK entwickelt wurde und am SRK angesiedelt ist, bringt zwar zahlreiche Vorteile mit sich, wie etwa einen privilegierten Zugang zum Ausbildungssystem im Pflegebereich und einen grossen Bekanntheitsgrad in der ganzen Schweiz. Gleichzeitig sind aber mit dieser Einbettung konkrete Auflagen und strukturelle Zwänge verbunden, die nicht ignoriert werden können. Inwiefern es möglich sein wird, alle Potentialitäten des SRK zu nutzen und gleichzeitig gegenüber den Einschränkungen Flexibilität und Unabhängigkeit zu bewahren, wird zweifellos beim zukünftigen Ausbau und der organisatorischen Konsolidierung der Fachstelle ein Thema sein. Auf das Konfliktpotential wurde bereits mehrfach hingewiesen.

Bezüglich des Profils gegen aussen gilt es ebenfalls zu klären, ob sich dieses primär auf die Fachstelle – bezeichnenderweise wird ja intern von einem Fachbereich gesprochen – oder auf die Abteilung beziehen sollte, d.h. die übergeordnete Einheit, die als solche in die Öffentlichkeit tritt. Soweit wir informiert sind, ist primär eine Profilierung (Sichtbarkeit gegen aussen) der Abteilung geplant. Allerdings lässt sich feststellen, dass auch die Abteilung „Migration und Gesundheit“ ein etwas heterogenes Gebilde darstellt, das sich eben aus drei Fachbereichen zusammensetzt, die ehemals weitgehend unabhängig waren (neben der Fachstelle das Therapiezentrum für Folteropfer und das Intermedio). Aus der Fachliteratur ist ferner bekannt, dass kleinere Einheiten über ein grösseres identitätsbildendes Potential verfügen, das es nach dem Subsidiaritätsprinzip zu nutzen gälte. Mit anderen Worten ist es naheliegend, dass der Fachbereich als Ansprechpartner gegen aussen tritt, soweit dies seine Ressourcen und Kompetenzen nicht überfordert.

³¹ Dabei konnotieren wir den Begriff „pragmatisch“ durchaus positiv, da wir es als Stärke betrachten, wenn in einem Konzept formulierte Ideen konkret umgesetzt werden können.

Wie bereits angesprochen ginge es allerdings über den Rahmen dieser Evaluation hinaus, die Abteilung als Ganzes ins Auge zu fassen, auch wenn ihre Rolle als Standort der Fachstelle nicht ignoriert werden kann. Beschränken wir deshalb den Blickwinkel auf die Facetten der gegenwärtig umgesetzten Tätigkeiten der Fachstelle.

In Tabelle 7 haben wir versucht, die umfassenden Aspekte der Fachstelle aufzulisten. Diese Vielfalt ist zumindest mit dem Begriff *Fachstelle* eher schlecht zu vereinbaren, da sich eine solche oftmals an ein bestimmtes Zielpublikum richtet oder ein bestimmtes Thema oder Tätigkeitsfeld belegt.

Tabelle 7: Vielfalt der Fachstelle

Aspekte der Fachstelle

Inhalte der Wissens- oder Kompetenzvermittlung:

Medizinisches Grundwissen (volksmedizinische Kenntnisse), Gesundheitsverhalten, erste Hilfe, Aufbau der Gesundheitsversorgung, transkulturelle Kompetenzen, soziale Situation von MigrantInnen, Umgang mit MigrantInnen und Konfliktbewältigung, Selbsthilfetechniken.

Bei Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich werden primär Infos zu migrationsspezifischen Umständen und transkultureller Kompetenz vermittelt, bei der Sensibilisierung der MigrantInnen geht es (ausserdem) um die Themen Gesundheitsverhalten, erste Hilfe, und Aufbau des Versorgungssystems.

Tätigkeitsfelder und -bereiche:

Curricularentwicklung, Lehrtätigkeit in der Grund- und Weiterbildung von Fachkräften im Pflege- und anderen Bereichen des Gesundheitswesens, Fachsupport und Beratung von Institutionen, Entwicklung von (innovativen) Projekten und Konzepten, Empowerment (von MigrantInnen), breite Wissensvermittlung bzw. Informationsstreuung, Fachsupport SRK-intern usw.

Geographische Ausrichtung: Je nachdem bestimmte Kantone, Sprachregionen, oder gesamtschweizerisch.

Primäre Zielgruppen: Pflegepersonal in Weiterbildung und Grundausbildung, MigrantInnen, PflegeassistentInnen mit Migrationshintergrund usw.

Die Frage, die sich an dieser Stelle aufgrund der obigen Aussage natürlich stellt, ist, in welchen Bereichen die Fachstelle vorzugsweise ihr Angebot einschränkt resp. auf welche Leistungen sie ihre Tätigkeiten konzentriert. Soll sie also weiterhin in den beiden Teilbereichen aktiv bleiben und falls ja, wie sollen die Tätigkeiten aussehen? Oder könnte man auch Lösungen ins Auge fassen, die auf eine Fokussierung auf einen Teilbereich abzielen? Möchte man sich auf beide Teilbereiche gleichermassen konzentrieren, so bestünde eine Möglichkeit darin, in beiden Feldern von der Umsetzungsebene auf die konzeptionelle Ebene umzusteigen und sich als Multiplikator von transkulturellem Wissen in Beratungs- und Coachingtätigkeiten zu profilieren. Bei einer zweiten Variante könnte man sich vorstellen, dass die Leistungen an Fachpersonen ins Zentrum gerückt wür-

FSM
SFM

den und die Gesundheitskurse als Pilotprojekt in kleinerem Rahmen betrieben würden.

2.6 Qualitätsmanagement

Das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (FSM) hatte den Auftrag innerhalb der Kurz-Evaluation zu untersuchen, inwieweit ein Qualitätssicherungssystem im Rahmen der Projekte der Fachstelle aufgebaut wurde. Die EvaluatorInnen sollten mit konkreten Vorschlägen für die Auswertung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung aufwarten. Insbesondere war der Aspekt der Zielüberprüfung zu fokussieren. In der Evaluationsausschreibung des BAG war der Auftrag folgendermassen formuliert:

„Analyser le système d’assurance de qualité mis sur pied par le projet, du point de vue de la performance du système par rapport aux buts du project. L’étude doit en outre proposer un système pour le suivi du programme ultérieur [...]. Quel système de qualité est mis sur pied ? Selon quel critères ce système est-il mis sur pied ? Jusqu’à quel point répond-il au contrôle de qualité ?“ (Rywalski 2001:3-5) .

Allerdings blieb die Aufgabe damit vorerst relativ vage, denn es wurde weder konkretisiert oder im Detail ausgeführt, in welchem Umfang ein umfassendes Qualitätssystem auf die Beine zu stellen sei, noch auf welche Zielvorgaben (Projektziele, strategische Ziele etc.) sich die Instrumente des Qualitätsmanagements zu beziehen hatten. Wir richteten den Blick im Laufe der Datenerhebung und -auswertung immer auch gezielt auf Aspekte der Qualitätssicherung, entschlossen uns aber, die Thematik erst anschliessend an die Feedbackrunde des ersten Drafts des Evaluationsberichts vertieft und im Detail anzugehen. Eines der Hauptresultate der Evaluation war nämlich, dass die Ziele, die sich die Fachstelle auf verschiedenen Ebenen gesetzt hatte, zu wenig spezifisch formuliert waren. Dieser Sachverhalt hat nun direkte Konsequenzen für die Implementierung eines Qualitätssystem: Eine für die Indikatorenbildung unabdingliche Operationalisierung bedingt die Formulierung von konkreten, praktikabeln und umsetzbaren Zielen.

Wir organisierten ein Fokusgruppengespräch an dem Qualitätsaspekte diskutiert werden sollten: Die TeilnehmerInnenrunde bestand aus Mitarbeitenden der Fachstelle, der Leitung der Abteilung Migration und Gesundheit sowie aus zwei VertreterInnen aus dem Kompetenzzentrum für Evaluation des BAG. In einem ersten Schritt ging es darum zu diskutieren oder zu elaborieren, in welcher Form

resp. in welcher Tiefe im Rahmen der Fachstelle überhaupt ein Qualitätssystem entwickelt und implementiert werden sollte. Ein zweites formuliertes Ziel im Rahmen des Fokusgruppengesprächs war es, beispielhalber Indikatoren für eine der Interventionsebenen der Fachstelle zu entwickeln und allfällige Schwierigkeiten zu diskutieren.

Als Hauptergebnisse dieses Fokusgruppengesprächs zeigten sich folgende Sachverhalte, die an dieser Stelle kurz ausgeführt werden:

- Die Teilnehmenden brachten sehr unterschiedliche Vorkenntnisse und Vorstellungen über Qualitätsanliegen mit: Eine an einen Input über Geschichte und Begriff des Qualitätsmanagements seitens der EvaluatorInnen anschließende Diskussion zeigte, dass nicht nur das Verständnis darüber, was man unter Qualitätssicherung versteht, sondern auch darüber, wie ein Qualitätssystem konkret implementiert werden könnte, von Person zu Person variierte.
- Seitens von einigen Teilnehmenden wurde das Bedürfnis nach Begriffsklärungen laut (z.B. Indikator).
- In der Diskussion zeigten sich Probleme für eine Indikatorenentwicklung aufgrund der zuvor festgestellten Unschärfen in den Produkt- und Projektzielen der Fachstelle.
- Es entwickelte sich eine Debatte, bis zu welchem Grade die Wirkungen der Interventionen der Fachstelle von den Mitarbeitenden selbst gemessen werden können und inwieweit solche Aufgaben nicht die Kompetenzen und Ressourcen der Fachstelle überschreiten und vorzugsweise von externen EvaluatorInnen ausgeführt werden sollten.
- In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage aufgeworfen, ob sich eventuell eine externe Begleitung zum Aufbau eines Qualitätssystems aufdrängt.

Ziel dieser nächsten Seiten ist es, den Bedürfnissen der Mitarbeitenden der Fachstelle (Punkte eins und zwei), wenigsten ansatzweise, gerecht zu werden und Möglichkeiten für eine systematische Indikatorenentwicklung aufzuzeigen. In einem ersten Schritt wird ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Qualitätssicherung skizziert und die zentrale Ideen des Qualitätsmanagements werden kurz dargestellt. Anschliessend zeigen wir exemplarisch und als Vorschlag eine Systematik auf, mit deren Hilfe Indikatoren entwickelt und Standards definiert werden könnten. Die Fachstelle implementierte, obwohl sie sich noch im-

mer in einer Aufbauphase befindet, sehr wohl bereits auf einigen Ebenen Qualitätsinstrumente. Wir bauen deshalb bei der hier vorgestellten Systematik so weit wie möglich auf die von der Fachstelle entwickelten Instrumenten auf.

2.6.1 Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement: Geschichte eines Begriffes

Es gibt wohl keine Organisation oder Institution, weder im öffentlich noch im privaten Bereich, welche nicht versucht, qualitativ hochstehende Arbeit zu verrichten oder in der nicht mehr oder weniger regelmässig Diskussionen über die Qualität der geleisteten Arbeit stattfinden. Vermehrt finden sich auch Bemühungen nach einer systematisierten Einführung von Instrumenten zur Qualitätssicherung. In den letzten Jahren nahm die Nachfrage nach Qualitätssicherung oder Qualitätsmanagement auch im öffentlichen Sektor stetig zu. Programme und Projekte des Dienstleistungsbereiches haben sich heute vermehrt zu legitimieren, müssen ihre Kosten und Leistungen sowie die Erfolge ihrer Interventionen und Aktionen ausweisen und begründen.

Seit jeher haben die Menschen beim Erwerb von Waren oder bei in Anspruchnahme von Dienstleistungen auf die Qualität geachtet. Im Spätmittelalter hatten bspw. die Zünfte über die Qualität der Waren zu befinden und auch der Handel bediente sich schon in früher Zeit – bspw. im alten Mesopotamien – erkennbarer Zeichen für seine Qualität, indem bspw. ein Lieferant mit seinem Siegel für die von ihm beschafften Produkte bürgte. Das heutige Verständnis von Qualität hat sich historisch aber langsam entwickelt: Nach dem zweiten Weltkrieg und mit Einsetzen der industriellen Massenproduktion setzte ein neuer Umgang mit Qualität ein, der vorerst auf den Industriebereich beschränkt blieb. In den fünfziger und sechziger Jahren war es im Rahmen der sogenannten *Qualitätskontrolle* die Produktequalität, welche die Bemühungen um eine optimale Qualität bestimmte. Jedes Produkt hatte bestimmte Qualitätsmerkmale aufzuweisen, andernfalls wurde es aussortiert. Die Qualität wurde über Kontrolle und zwar über eine Endkontrolle hergestellt, die Verantwortung dafür trug eine Gruppe von KontrolleurInnen. Mit immer grösserer technischer Präzision versuchte man, eine immer höhere Qualität herzustellen und weniger Ausschuss zu produzieren. Dadurch rückte erstmals die Fehlerverhütung ins Blickfeld. Langsam setzte sich die Erkenntnis durch, dass verschiedene Faktoren die Qualität beeinflussen und eine Konzentration auf die Technik keine wirkliche Qualität liefern konnte, sondern schnell an Grenzen stiess.

Man merkte, dass diese Art von Kontrolle keinen Mehrwert erzeugte, es konnte lediglich festgestellt werden, ob etwas funktionierte oder nicht. Eine Qualitätskontrolle konnte demnach die Herstellungsprozesse als solche nicht sicher machen. Zudem begann sich die betriebliche Arbeitsorganisation zu verändern, der Faktor Mensch, die Organisation und die Arbeitsabläufe traten in den Vordergrund. Qualität sollte nun durch die Berücksichtigung verschiedener Faktoren gesichert werden. Aus dieser Zeit stammt der Begriff der *Qualitätssicherung*.

In den achtziger Jahren setzte sich nun ein eigentlicher Paradigmawechsel durch. Ein neues Modell stellte nicht mehr hauptsächlich das Produkt in den Vordergrund, sondern alle Arbeitsprozesse einer Organisation. Die Annahme war, dass alle internen und externen Tätigkeiten als Prozesse beschrieben werden können, und dass sich diese laufend verbessern lassen. Qualität betraf nun alle Bereiche, alle Aufgaben und alle Personen, entsprechende Qualitätskriterien wurden für die gesamte Organisation, für sämtliche Entwicklungen, Planungen und Durchführungen formuliert. Die Hauptverantwortung für Qualität lag bei der obersten Hierarchiestufe. Diese hatte die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit jeder und jede die Verantwortung für Qualität in seinem/ihren eigenen Tätigkeitsfeld wahrnehmen konnte.

Neu war, dass Qualität also weder kontrolliert noch gesichert, sondern produziert werden sollte. Auf diesem Verständnis basiert das sogenannte moderne *Qualitätsmanagement*. Da dieses nun nicht mehr an ein Produkt gebunden ist, kann es in Organisationen jeglicher Art angewendet werden (vgl. Quintessenz unter www.quintessenz.ch).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich ausgehend von der Industrie die Forderung nach systematischer Qualität resp. der Implementierung von Qualitätssystemen heute bis in den öffentlichen Sektor, den Dienstleistungsbereich oder auch in die Universitäten verbreitet hat (z.B. Neue Züricher Zeitung vom 19.5.01). Inhaltlich und terminologisch hat man sich von End- über Zwischenkontrollen in der Industrie bis hin zur Qualitätssicherung und dem heutigen Qualitätsmanagement bewegt. Dabei kam man von einem produktebezogenen Qualitätsbegriff ab – ein Produkt ist von Qualität, wenn es schön, gut gearbeitet, dauerhaft und wertvoll ist (wie etwa ein Victorinox Messer (swiss army knife) – und begann das Qualitätsverständnis zunehmend auf Strukturen, Arbeitsprozesse und Dienstleistungen auszudehnen. Unter einem Qualitätsmanagement verstehen wir deshalb alle organisatorischen Massnahmen, die dauerhaft eine geforderte Qualität gewährleisten. Dies impliziert nun allerdings, dass vor-

gänglich bestimmt werden muss, welche Qualität überhaupt angepeilt wird, mit anderen Worten müssen Qualitätsziele formuliert werden (Qualitätsstandards): Diese beziehen sämtliche Aspekte einer Organisation, Institution, eines Programms oder eines Projektes mit ein (Bedürfnisse und Zufriedenheit der Anspruchsgruppen, MitarbeiterInnenzufriedenheit, Arbeitsabläufe, Wirkungen in der Gesellschaft etc.). Zentral ist im weiteren die Idee, dass jede Organisation eine Lerneinheit bildet und in diesem Sinne Elemente eines Prozesses kontinuierlicher Verbesserung implementiert: Im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements werden Ergebnisse, Leistungen und Wirkungen gemessen, die Resultate werden vom Management ausgewertet und entsprechende Änderungen oder Massnahmen eingeführt (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess kurz KVP).³²

2.6.2 *Indikatoren, Ziele und Standards*

Sowohl im Rahmen von Evaluationen wie auch bei Qualitätssystemen und anderen Monitoringformen existieren eine Reihe von Begrifflichkeiten, die immer wieder zu Unklarheiten führen und die in verschiedenen Kontexten unterschiedlich definiert werden. Da diese Kurzevaluation einem Vertragsverhältnis mit dem Bundesamt für Gesundheit unterliegt, werden wir uns im folgenden weitgehendst auf die vom BAG (1997) in einem Glossar zusammengestellten und vorgelegten Definitionen der Fachbegriffe stützen.

Laut BAG (1997:67) „*dient ein Indikator als Ersatzmass für die Erhebung von Informationen über bzw. die Messung von Phänomenen, die selbst nicht direkt gemessen werden können*“. Ausgehend von dieser Funktion ist einsichtig, warum Indikatoren im Rahmen von Evaluationen eine zentrale Rolle zukommt. Der gleiche Indikator kann aber nicht nur im Rahmen von Evaluationen, sondern auch innerhalb eines Qualitätsmanagements angewendet oder entwickelt werden. So meinen Monnier und Toulemonde (1999:17): «*un indicateur peut se dé-*

³² Die wohl wichtigsten Qualitätsmodelle sind dasjenige der ISO (International Organization for Standardization) und der EFQM (European Foundation for Quality Management). Auch wenn diese Modelle historisch in völlig anderen Kontexten entstanden, haben sie sich heute inhaltlich sehr stark angenähert. Vgl. dazu www.iso.org oder auch www.efqm.org. Interessante Details finden sich im weiteren unter www.saq.ch, der schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung. Hier finden sich im übrigen viele wertvolle Links zum Thema. Für den Gesundheitsbereich lohnt sich ein vertieftes Studium der Homepage von Quintessenz (www.quintessenz.ch).

finir comme la mesure d'un objectif à atteindre, d'une ressource mobilisée, d'un effect obtenu, d'un élément de qualité ou d'une variable de context ».

Indikatoren lassen sich nach verschiedene Dimensionen oder Ausprägungen und bezüglich ihrer Funktionen klassifizieren. Im folgenden soll eine unter verschiedenen möglichen Klassifikationsformen vorgestellt werden. Dabei lehnen wir uns an eine von Monnier und Toulemonde's (1999:19) erarbeitete Indikator-typologie an. Diese Typisierung (vgl. Tabelle 8) erscheint uns im Hinblick auf die Fachstelle als besonders geeignet, um Indikatoren zu entwickeln und bereits bestehende Indikatoren und Qualitätsinstrumente zu systematisieren. Zur Erreichung von gesetzten Zielen benötigt jedes Programm oder Projekt grundsätzlich bestimmte Ressourcen (finanzielle, personelle, technische). Die Evaluation eines Projektes oder die Einführung von Qualitätsinstrumenten bedingt ein Auseinandernehmen dieser globalen Logik und ein Differenzieren zwischen verschiedenen und sukzessiven Zielen. Hat man die Zielvorgaben der verschiedenen Interventionsebenen lokalisiert und benannt, ist es auch möglich Indikatortypen zu erarbeiten und den Erfolg der Interventionen zu überprüfen. Dieses Vorgehen ist inspiriert durch die Technik des *logical framework* (Saldanha und Whittle 1998), die zwar vorerst vor allem in der Projektkonzeption in Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit angewendet wurde, heute aber auch zunehmend in der Evaluationsarbeit eingesetzt wird.

Die in der Tabelle 8 präsentierte Klassifizierung geht von fünf Ebenen von Indikatortypen aus, die jeweils im Hinblick auf spezifische Ziele zum Einsatz kommen und verschiedene SchlüsselakteurInnen im Visier haben. Konkret sind die Indikatoren in fünf Kategorien eingeteilt: Ressourcen – Realisierung – Resultate – spezifische Wirkungen und globale Wirkungen. Den Indikatortypen entsprechen verschiedene Ziele, die je nach Produkt ausformuliert werden müssen. Die Tabelle zeigt im weiteren, dass auf den verschiedenen Niveaus der Zielformulierungen unterschiedliche Personen- oder AkteurInnenkategorien mit der Fachstelle assoziiert sind.

Diese Kategorien müssen klar unterschieden werden. Die geldgebenden Instanzen sind die Personen oder Organisationen, die über die Einrichtung und das Bestehen der Fachstelle und ihrer Produkte entscheiden. Sie stellen die für deren Funktionieren notwendigen Ressourcen bereit. Die Ausführenden sind diejenigen Personen, die diese bereitgestellten Ressourcen nutzen. Die Gesamtheit der geldgebenden Instanzen und der Ausführenden konstituieren die Kategorie der AkteurInnen innerhalb der Fachstelle. Wie auch immer das Niveau der Interven-

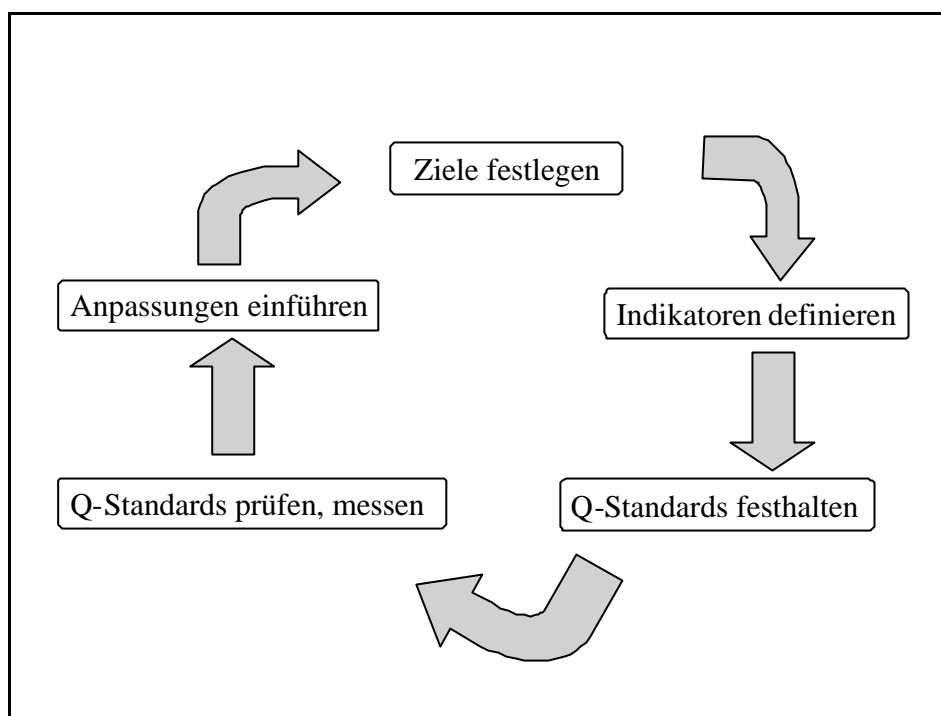
tionen aussieht, die AkteurInnen des Projektes müssen über ihre Aktivitäten regelmäßig und vollständig Rechenschaft ablegen.

Tabelle 8: Indikatortypen nach Zielvorgaben nach Monnier und Toulemonde 1999

Ziel	Indikatortyp	Definition	SchlüsselakteurInnen
Ebene 1	Ressource	Mittel, die zur Verfügung gestellt werden und durch die Ausführenden in ihren Aktivitäten benötigt werden	Geldgebende Instanzen und Ausführende (BAG, SRK und Mitarbeitende der FS)
Ebene 2 <i>Operationelles Ziel</i>	Realisierung	Produkte / Dienstleistungen der Aktivitäten der FS (output)	Ausführende (Mitarbeitende der FS)
Ebene 3 <i>Spezielles mittelbares Ziel</i>	Resultat	Mittelbare Wirkung des Projektes für die direkten Zielgruppen	Direkte Zielgruppen (Fachpersonen des Pflegebereichs, Teilnehmende der GK)
Ebene 4 <i>Spezielles längerfristiges Ziel</i>	Spezifische Wirkung	Längerfristige Wirkung für die direkten Zielgruppen	Direkte Zielgruppen (ibida.)
Ebene 5 <i>Strategisches Ziel</i>	Globale Wirkung	Globale Wirkung für die Gesamtheit der betroffenen Personen (direkte und indirekte Zielgruppen)	Direkte und indirekte Zielgruppen (Bevölkerung mit Migrationshintergrund)

Diese AkteurInnen sind auf Ebene 1 und 2 (Ressourcen, Realisierung) relevant. Die Zielgruppen des Projektes werden in einem weiten Sinn von allen Personen oder Organisationen gebildet, die von den Interventionen direkt oder indirekt tangiert werden. Auf den Ebenen 3 und 4 konstituieren Fachpersonen des Gesundheitsbereiches (für Teilbereich I) und Personen mit Migrationshintergrund (für Teilbereich II) direkte Zielgruppen der Fachstelle, d.h. Gruppen, welche direkt mit der Fachstelle in Berührung kommen. Auf Ebene 5 sind das Fachpersonal im Gesundheitswesen einerseits und Personen mit Migrationshintergrund andererseits angesprochen. Geht man noch einen Schritt weiter, so besteht das Zielpublikum letztendlich aus der zweitgenannten Gruppe, die eben durch direkte und indirekte Massnahmen anvisiert wird.

Abbildung 2: Regelkreislauf (Ziele, Indikatoren, Standards und Anpassungen)



Die Praxis zeigt, dass wenn die Zielsetzungen klar, einfach und realistisch formuliert sind, auch die Entwicklung von Indikatoren relativ einfach von staten geht. In der Regel spricht man davon, dass Ziele – und dementsprechend Indikatoren – „SMART“ sein sollen: **s**pezifisch (konkret), **m**essbar (quantifizierbar oder mit Indikatoren versehen), **a**nspruchsvoll (mit Leistungen verbunden), **r**ealistisch (mit den vorhandenen Ressourcen erreichbar), **t**erminorientiert (etappiert und terminiert).³³ Es geht also im Rahmen von Indikatorenentwicklung darum, die Frage zu klären, ob die Ziele realistisch definiert sind und welche potentiellen Indikatoren der Operationalisierung der vorgängig festgelegten Ziele entsprechen. Ist ein Ziel zu vage formuliert (etwa *Sensibilisierung* einer bestimmten Zielgruppe) wird eine Überprüfung der Zielerreichung verunmöglicht und es können keine Schlüsse über den Erfolg eines Projekts gezogen werden.

³³ Unter <http://www.quintessenz.ch:8080/de/maintopics/Projektplanung/Projektzielformulierung> finden sich Beispiele für *SMARTe* und auch für *nicht SMARTe* Zieleformulierungen.

Zu beachten ist aber auch, dass es sich weniger lohnt, eine unüberschaubare Vielfalt von Indikatoren zu entwickeln, die nie überprüft werden, als sich vielmehr auf einige resp. die Wichtigsten festzulegen. Sind solche Indikatoren festgehalten, geht es in einem nächsten Schritt darum, entsprechende Standards zu definieren: Für jeden Indikator muss die Frage beantwortet sein, wann und unter welchen Kriterien das Ziel erreicht ist. Dies entspricht der Festlegung eines Gütemassstabes. Zuletzt bleibt noch festzuhalten, mittels welchen Methoden die Daten gesammelt werden, wie oft dies zu geschehen hat und von wem die Anpassungen in der Organisation aufgrund der Ergebnisse der Daten vorgenommen werden.³⁴ Dieser Regelkreislauf, der im übrigen für alle Ziele resp. Indikatoren einzuhalten ist, ist in der Abbildung 2 dargestellt. Ein solches Vorgehen gewährleistet, dass der Erfolg eines Produktes – und zwar auf den verschiedenen Interventionsebenen – vollumfänglich nachgewiesen werden kann.

Es übersteigt unsere Möglichkeiten, im Rahmen dieser Kurzevaluation Indikatoren und Standards für die Fachstelle neu zu entwickeln, nichts desto trotz möchten wir mit den folgenden Ausführungen Inputs und Anregungen für dieses Vorhaben vermitteln: Wir konkretisieren die verschiedenen Indikatortypen und analysieren, welche Indikatoren oder auch Qualitätsinstrumente die Fachstelle im Rahmen dieser Systematik bereits entwickelt hat. In Form von Empfehlungen stellen wir die unserer Ansicht nach wichtigsten Punkte kurz dar. Diese Textabschnitte sollen aber einzig als mögliche Hilfsmittel für die weitere Arbeit der Fachstelle verstanden werden und es kommt ihnen kein abschliessender Charakter zu.

2.6.2.1 Indikatortyp Ressource

Diese Indikatoren informieren über die finanziellen, personellen, materiellen, organisatorischen oder auch gesetzlichen Mittel und Ressourcen, die von den geldgebenden Instanzen (BAG oder SRK) bereit gestellt und von den Ausführenden (Mitarbeitende der Fachstelle) für ihre Arbeit benötigt oder gebraucht werden.

Die meisten Indikatoren dieses Typs werden im Rahmen eines Systemmonitoring permanent quantifiziert. Als Beispiele könnten folgende Ressourcenindi-

³⁴ In der Regel arbeitet man mit verschiedenen Matrixen, die verschiedene Spaltenköpfe aufweisen und so eine gute Übersichtlichkeit bieten: Ziel, Indikatoren, Standard, Methode, Häufigkeit des Datensammelns, etc.

katoren erwähnt werden: Totales Projektbudget (Quantität der Ressourcen), zur Verfügungen stehende Mittel für bestimmte Produkte, Anzahl Mitarbeitende resp. vorgesehene Stellenprozente, Projektressourcen (z.B. 70% aller finanziellen Ressourcen für den Bereich TKK), Lokalitäten etc. Indikatoren dieses Typs sind nicht nur vergleichsweise einfach festzulegen, sondern sind im Rahmen der Fachstelle alltägliche Arbeitsinstrumente. Zum Teil handelt es sich hier um Indikatoren, die innerhalb des SRK, d.h. auf einer der Fachstelle übergeordneten Ebene gesamtorganisatorisch oder von der Abteilung, festgelegt und geregelt werden. Für den Erfolg eines Projektes ist die sorgfältige Darstellung dieser Indikatoren allerdings lebenswichtig, ihre direkte Steuerung ist eng daran gekoppelt.

Empfehlungen: In einem vorgängigen Kapitel, in dem wir die Organisation der Fachstelle aus verschiedenen Perspektiven beleuchteten, legten wir nahe, die Zuständigkeiten, Kompetenzen und Vorgaben im Bereich der Finanzierung und des Ressourceneinsatzes besser zu klären. Es bietet sich eine auf die Entwicklung von Indikatoren im Bereich der *finanziellen* und *personellen Ressourcen* fokussierte Arbeit an. Wir denken hier insbesondere an die Budgetierung und Kostenrechnung sowie an den Einsatz der Mitarbeitenden in den Projekten, wo sich einige Unschärfen ausmachen liessen.

2.6.2.2 Indikatortyp Realisierung

Indikatoren der Realisierung repräsentieren die Produkte der Aktivitäten der ausführenden Projektpersonen. Diese Indikatoren entsprechen dem *operationellen Ziel* der Fachstelle. Beispiele wären: Die Durchführung von vier gruppenspezifischen Gesundheitskursen, die Durchführung von 10 Modulen zu TKK am WE'G, die Etablierung der Internetplattform, die Multiplikation der Gesundheitskurse etc.

Diese Indikatoren (wie auch die entsprechenden Standards) entsprechen in vielerlei Hinsicht den *Meilensteinen*, wie sie im Rahmen des Leistungsvertrages der Fachstelle mit dem BAG definiert sind. Mit anderen Worten existiert also bereits eine breite Palette an definierten Indikatoren, die im Rahmen von im Vertrag festgelegten Abständen überprüft und angepasst werden. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Gespräche mit den Mitarbeitenden zeigten, dass den Meilensteinen eine zentrale Funktion als Steuerungsinstrument für die alltägliche Arbeit zukommt. Das heisst, dass sich die Mitarbeitenden der Fachstelle in ihren Arbeiten nach den Vorgaben der Meilensteine ausrichten.

Empfehlungen: Wir sind der Ansicht, dass die Meilensteine, wie sie zwischen dem SRK und dem BAG im Rahmen des Leistungsvertrages formuliert wurden, hier bereits eine gute Basis liefern. Dies trifft einerseits in Hinsicht auf die konkrete Überprüfung der Arbeit der Fachstelle als auch andererseits auf deren Steuerungspotential zu, das in der alltäglichen Arbeit seitens der Mitarbeitenden noch umfänglicher genutzt werden könnte. Wir schlagen deshalb vor, die Vorteile dieses Instruments noch besser auszuschöpfen und beispielsweise mit Ressourcenindikatoren rückzukoppeln. Dies setzt voraus, dass man sich für die Ausarbeitung der neuen Meilensteine genügend Zeit einräumt.

2.6.2.3 Indikatortyp Resultat

Die Indikatoren dieses Typs geben über die mittelbaren Begünstigungen oder Veränderungen Auskunft, die aus dem Projekt resp. den Interventionen für die direkten EmpfängerInnen oder Zielgruppen entstehen. Ein solcher Indikator liefert bspw. Informationen über das in einem Modul zu TKK erworbene Wissen seitens der Teilnehmenden. Die Resultate können ausgewiesen werden, sobald die Ausführenden ihre Handlungen oder Interventionen beendet haben. Diese Indikatoren setzen auf zwei unterschiedlichen Dimensionen an und entsprechen den speziellen und mittelbaren Zielen der Fachstelle: Man kann sie direkt messen (Anzahl Teilnehmende in einem Gesundheitskurs) oder man bittet die EmpfängerInnen der Leistung, ihre Zufriedenheit zu erhellen (z.B. durch Fragebogen). Als Beispiele könnten angeführt werden: Zufriedenheitsindex der Teilnehmenden in TKK Modulen, Zufriedenheitsindex der KursleiterInnen der Gesundheitskurse, Anzahl Teilnehmende im NDK etc.

Für diesen Bereich wurden seitens der Fachstelle bis anhin einige Instrumente entwickelt, die durch die Mitarbeitenden auch regelmässig zur Anwendung gelangen. Zu denken ist hier insbesondere an den Evaluationsfragebogen für die Module zu TKK oder auch an den Selbstevaluationsbogen, der im Rahmen der Gesundheitskurse eingesetzt wird.

Empfehlungen: Sinnvoll wäre unseres Erachtens eine Überarbeitung der verwendeten Frage- und Evaluationsbogen in Hinblick auf Inhalt und Umfang im Anschluss an eine Festlegung der Zielvorgaben. Ausserdem zeigten sich Unklarheiten in der Arbeitsteilung (innerhalb des in der Abbildung 2 dargestellten Regelkreislaufes) zwischen dem WE'G und der Fachstelle in Hinblick auf die Qualitätssicherung: Wer stellt welche Form von Evaluationsbogen zur Verfügung, wie werden die Daten aufbereitet, wer hat Zugang zu den Ergebnissen und wie fliessen die Ergebnisse in die neue Konzeption und Durchführung dieser Kurse oder Module ein, resp. wie und von wem werden Anpassungen vorge-

nommen? Die Klärung solcher Fragen würde sich sicherlich lohnen, bevor der neue Vertrag zwischen dem WE'G und dem SRK unter Dach gebracht wird.

2.6.2.4 Indikatortyp spezifische Wirkung

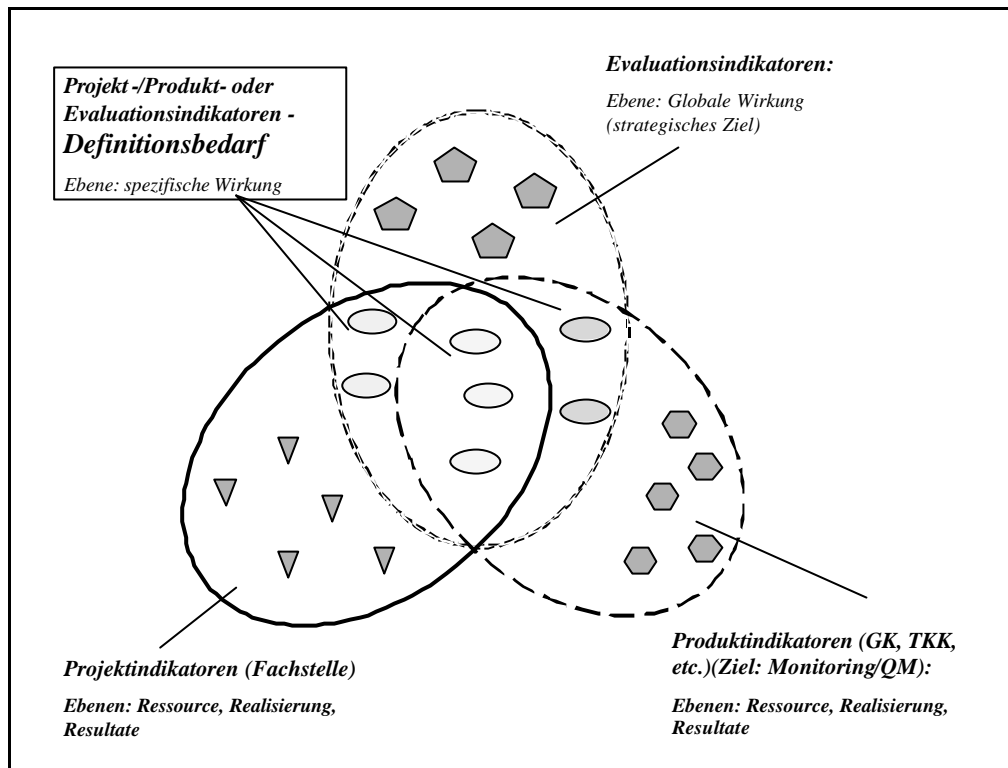
Diese Indikatoren repräsentieren die Konsequenzen des Projektes resp. der Interaktion zwischen dem Projekt und den EmpfängerInnen. Es geht hier konkret um die längerfristigen Wirkungen für die direkten Zielgruppen. Im Rahmen der Fokusgruppe zum Qualitätsmanagement wurde diese Ebene 4 unter verschiedenen Aspekten diskutiert: Ein Punkt betraf die Frage der Zuständigkeit für die Entwicklung von Indikatoren dieser Ebene resp. für die Erfolgsüberprüfung des Projektes. Der Inhalt dieser Debatte wurde in bildlicher Form in der

Abbildung 3 aufgenommen. Wie bereits oben erwähnt, gibt es einige Indikatoren, die zwingenderweise in die Zuständigkeit der Fachstelle fallen, diese sind in der Abbildung als Produkt- und Projektindikatoren ausgewiesen: Zu denken sind hier an die permanenten Projekt- und Produktüberwachungen, innerhalb von denen die Ebenen Ressourcen, Realisierung und Resultate regelmässig einem Monitoring unterzogen werden. Die gemachten Fortschritte werden routinemässig an den gesetzten Zielen gemessen.

Daneben gibt es Indikatoren, die ausschliesslich in den Bereich von Evaluationen fallen. Dies ist der Fall bei Indikatoren der globalen Wirkung, wo es um die Überprüfung von globalen und strategischen Zielsetzungen geht (vgl. unten). Dieser Bereich ist in der Abbildung mit Evaluationsindikatoren betitelt.

Und schliesslich ist auf Ebene der spezifischen Wirkungen tatsächlich immer wieder in jedem Kontext von neuem zu definieren, wer für die Entwicklung und Überprüfung dieser Indikatoren resp. Ziele verantwortlich ist. Werden die Ressourcen innerhalb der Fachstelle zur Verfügung gestellt, zielt man also auf ein umfassendes Qualitätsmanagement oder zieht man externe EvaluatorInnen für diese Aufgaben bei? Man kann sich hier sehr wohl auch für eine Zwischenvariante entscheiden: Die Fachstelle könnte sich bspw. entschliessen die spezifischen Ziele in einem ihrer Produkte (z.B. Gesundheitskurse) selbst zu überprüfen, im Rahmen eines anderen Produktes (z.B. Internetplattform) hingegen externen ExpertInnen zu beauftragen.

Abbildung 3: Indikatoren der Evaluation oder des Projektes resp. Produktes (in Anlehnung an Chimienti et al. (2002))



Empfehlungen: Die Bestimmung von spezifischen Wirkungsindikatoren ist gerade bei innovativen Projekten besonders anspruchsvoll, aber auch sehr wichtig im Hinblick auf die Legitimation von Massnahmen, die noch nicht als etabliert gelten können. In einem ersten Schritt ist zu entscheiden, ob und bis zu welchem Grad es prinzipiell in den Kompetenzbereich der Fachstelle als solche fallen wird, die spezifischen Wirkungen ihrer Interventionen selbst zu analysieren oder ob externe Fachpersonen diese Aufgaben erledigen werden. Zuvor aber legen wir nahe, die ausgemachten Unschärfen in den Zielvorgaben auszubügeln, denn erst dann wird im Detail zu erkennen sein, wie viel und welche Fachkompetenzen und personelle Ressourcen für diese Aufgaben eingesetzt werden müssten. Wie im Fokusgruppengespräch angesprochen, muss diesbezüglich die

Frage geprüft werden, ob sich eine externe Begleitung zur Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagements aufdrängt.³⁵

2.6.2.5 Indikatortyp globale Wirkung

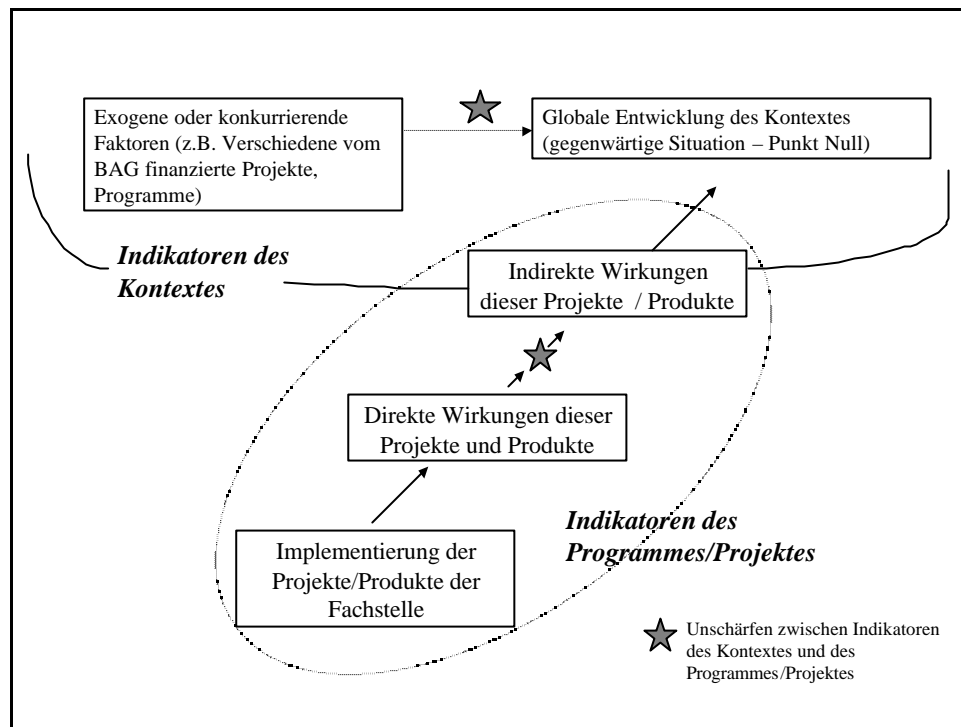
Das strategische Ziel der Fachstelle wurde definiert als „Öffnung der Institutionen im Gesundheitsbereich für MigrantInnen sowie eine gestärkte Handlungskompetenz der MigrantInnen“. Dieses Ziel anhand von Indikatoren des Typs globale Wirkungen zu überprüfen obliegt sicherlich nicht den Aufgaben der Fachstelle. Wir haben es hier mit einer ganzen Reihe von anderen Faktoren zu tun, die den Erfolg der Fachstelle mitbeeinträchtigen. In der Abbildung 4 ist dieses komplexe Wirkungsgefüge dargestellt.

Neben der Fachstelle gibt es noch eine Reihe von weiteren AkteurInnen, die sich dem gleichen oder einem ähnlichen Ziel verpflichtet haben. Wir finden hier das BAG mit seiner Strategie im Bereich Migration und Gesundheit und seinen zahlreichen Mandaten, aber auch andere Hilfswerke wie die Caritas oder die Kantonalverbände des SRK, deren Interventionen allesamt in eine ähnliche Richtung, also auf einen erhöhten resp. verbesserten Gesundheitszustand der MigrantInnen, abzielen. Diese Aspekte sind in der Abbildung mit exogenen oder konkurrierenden Faktoren betitelt. Auch die globale Entwicklung des Kontextes hat einen Einfluss auf die Zielerreichung und damit Effekte: Zu denken ist in diesem Zusammenhang an exogene Faktoren wie soziale, ökonomische und politische Rahmenbedingungen für MigrantInnen (z.B. eine Rezession mit einer erhöhten Arbeitslosigkeit seitens von MigrantInnen).

Das Zusammenspiel zwischen den Indikatoren des Kontexts und den Indikatoren des Programmes/Produktes (Fachstelle) ist ebenfalls vielschichtig: Jedes Projekt oder Produkt zeigt neben den direkten immer auch indirekte Effekte. Das heisst Ergebnisse, die entweder nicht beabsichtigt sind oder die indirekt erst eine Wirkung zeigen.

³⁵ Wichtig wäre dabei, dass diese Begleitung durch eine Organisation gewährleistet wird, die mit dem Thema der Gesundheitsförderung (bei MigrantInnen) gut vertraut ist. Beispielsweise ist auf die – allerdings meist kleineren – Projekte des Rahmenprogramms Schulen und Gesundheit zu erwähnen, denen eine Begleitung durch ein Qualitätsberatungsteam (ConteXt) von Seiten des BAG nahegelegt wird.

Abbildung 4: Kontext – und Programm/Projektindikatoren (in Anlehnung an Monnier und Toulmonde (1999:27))



Bei der Erfolgsüberprüfung von Interventionen, die auf derart globale Zielsetzungen wie einen veränderten Gesundheitszustand abzielen, sind diese komplexe Sachverhalte in Rechnung zu stellen. In diesem Sinne wird es Aufgabe der Forschung sein, solchen Wirkungen nachzugehen und ein Rückgriff auf nationale Datenbanken wird zu gewährleisten sein (z.B. Daten aus der Gesundheitsbefragung). Die Initiative dürfte am ehesten beim BAG liegen, das in Zusammenarbeit mit dem BFS, dem Gesundheitsobservatorium oder anderen Partnerorganisationen die Basis für ein aussagekräftiges Gesundheitsmonitoring bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund legen könnte.

3. Schlussfolgerungen und Empfehlungen: Hauptergebnisse in Kurzform

Nachdem wir in einem ersten Teil die historische Entwicklung und den Aufbau der Fachstelle deskriptiv skizzierten und in einem zweiten Teil die Bewertungen und Beurteilungen der Fachstelle und ihrer Tätigkeiten unter verschiedenen Blickwinkeln diskutierten, fassen wir im letzten Teil die Hauptergebnisse zusammen und stellen einige Empfehlungen zur Diskussion. Diese Schlussfolgerungen leiten wir aus den Evaluationsdaten und Gesprächen ab, allerdings fließen notwendigerweise auch interpretative Elemente in unsere Gedanken ein. Da sich die Fachstelle noch im Aufbau befindet, ist zu betonen, dass den Empfehlungen kein abschliessender Charakter zukommen kann, sondern dass diese vielmehr die Grundlage für eine hoffentlich fruchtbare Diskussionen liefern sollen.

Bei der folgenden Zusammenfassung wählen wir eine tabellarische Form, weil sich mit dieser Methode Wichtiges auf einen Blick in prägnanter Weise zusammen stellen lässt. Wir greifen dabei ausschliesslich übergreifende Aspekte aus den vorangehenden Analysen heraus. Wir verfolgten einen Querschnittsansatz, der eine interne und externe Perspektive auf die Fachstelle gleichermaßen zu vereinen vermag (Funktionsweise und externe Wahrnehmung der Fachstelle). Auf der obersten Ebene fokussierten wir drei Themenfelder, die sich nach Teilaspekten (unter a, b, c etc.) aufgliedern: *Leitideen - Tätigkeiten und Ansätze, Profil und Organisation, PartnerInnen und Zusammenarbeit*. Diese Themenaufgliederung ist nur eine unter zahlreichen Möglichkeiten, die Schlussfolgerungen zu ordnen. Der erste Fokus stellt die Inhalte und Vorgehensweisen der Fachstelle unter verschiedenen Blickwinkeln zur Diskussion, der zweite ist dem Aufbau resp. der internen Organisation gewidmet. Der letzte Aspekt schliesslich beleuchtet die Zusammenarbeit mit den wichtigsten AkteurInnen.

Innerhalb der drei gewählten Themenfelder und ihrer jeweils spezifischen Ausprägungen stellen wir die Stärken und Erfolge sowie die Schwächen und

Hindernisse resp. Herausforderungen der Fachstelle ins Zentrum der Analyse.³⁶ Vorgängig werden jeweils im Feld „Ausgangslage“ die Umstände des jeweiligen Themenschwerpunktes umrissen. Abschliessend formulieren wir zu jedem Punkt Empfehlungen. Um eine allzu grosse Redundanz zu vermeiden, werden Aussagen, die verschiedene Themenfelder betreffen, nicht systematisch wiederholt.

³⁶ Wir betonen, dass eine systematische Trennung zwischen Schwächen der Fachstelle und kontextuellen Herausforderungen, die spezifische Anpassungen erfordern, nicht immer möglich ist. Ferner können Eigenschaften, die in der gegenwärtigen Phase Stärken darstellen, sich zu einem späteren Zeitpunkt als Schwächen erweisen.

FOKUS: LEITIDEEN, TÄTIGKEITEN UND ANSÄTZE

a) Interventionslogik und Ziele (Strategie)

Ausgangslage:

Die Grundgedanken der Interventionen der Fachstelle sind folgende: Durch Massnahmen, welche auf eine Entwicklung von transkulturellen Kompetenzen im Gesundheitswesen abzielen und solchen, welche eine Sensibilisierung und ein Empowerment von MigrantInnen fokussieren, möchte man dem Ziel „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ näher kommen, resp. die Zugangsbarrieren im Gesundheitsbereich für MigrantInnen abbauen und deren Handlungskompetenzen stärken..

Stärken und Erfolge

- Innovativer Ansatz, Einmaligkeit und Originalität der Fachstelle. Mit Angeboten wie den Gesundheitskursen oder auch den Inhalten zu TKK hat die Fachstelle zweifelsohne Pionierarbeit geleistet.
- Der "doppelgleisige" Ansatz, d.h. die klare Zweiteilung in Angebote für Fachpersonen des Gesundheitsbereiches einerseits und Angebote für MigrantInnen andererseits, wird vielfach als positiv hervorgehoben.
- Die Interventionslogik der Fachstelle verhält sich zu den Zielsetzungen und Strategien des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit durchaus kongruent (mit Vorbehalt, was die Ausbildung der CHW betrifft, was keine Probleme stellen sollte, da diese sich noch in der Konzeptphase befindet und angepasst werden kann).

Schwächen und Herausforderungen

- Zwischen der pragmatischen Umsetzung der Konzeptideen, d.h. den entwickelten Teilprojekten und den visionären Zielsetzungen fehlen wichtige Zwischenschritte und Etappierungen.
- Der "doppelgleisigen" Interventionslogik (Fachpersonen einerseits und MigrantInnen andererseits) fehlt die Einbindung in eine konsolidierte Gesamtstrategie.
- Die pragmatische Umsetzung der Konzeptideen innerhalb eines erstaunlich kurzen Zeitraums führte zu einem unfassenden Angebot, gleichzeitig wurde die konzeptuellen (Weiter)arbeit vernachlässigt

Empfehlungen:

Eine grundsätzliche Ausformulierung der Interventionslogik würde sich als lohnenswert erweisen. In erster Linie wäre eine Reduktion der visionären Zielsetzungen auf Zwischenschritte sowie eine fundierte Zielgruppendefinition zu begrüßen (vgl. Produkte und Dienstleistungen). Schliesslich wäre auch ein Überdenken der strategischen Gesamtausrichtung wertvoll, da ja beispielsweise eine Neuausrichtung in Hinsicht auf die Zielgruppen bereits auch wieder Rückwirkungen auf die Profilierung hätte. Möchte man die zweigleisige Priorität auf Fachpersonen und MigrantInnen beibehalten oder sich vielleicht längerfristig auf einen der beiden Bereiche konzentrieren?

b) Produkte und Dienstleistungen

Ausgangslage:

Die Dienstleistungen der Fachstelle sind aus einer Reihe von Überlegungen entstanden, die zur Entwicklung von Tätigkeiten im Bereich Migration und Gesundheit angestellt worden waren (Konzept von Loncarevic und Domenig 2000). Diese Ideen eigneten sich offensichtlich gut für eine unmittelbare Umsetzung, als sich die Möglichkeit zeigte, relativ kurzfristig mit dem BAG einen entsprechenden Leistungsvertrag abzuschliessen.

Stärken und Erfolge

- Die Angebote, besonders was die Ausbildung von Fachpersonen im Pflegebereich betrifft, entsprechen offensichtlich einem seit längerem bestehenden Bedürfnis.
- Die einzelnen Produkte und Angebote werden von den InterviewpartnerInnen gelobt (Innovation, Qualität usw.)

Schwächen und Herausforderungen

- Die relativ rasche Umsetzung und Entwicklung der Produkte ging teilweise auf Kosten einer fundierten Konzeptualisierung (Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten) und mittelfristigen Planung.
-

Empfehlungen:

Bei den Gesundheitskursen ist zu fragen, worin der Handlungs- und vordringlichste Wissensbedarf von MigrantInnen besteht und inwiefern die Kurse eine sinnvolle Antwort auf die ausgemachten Bedürfnisse darstellen. Ähnliches gilt aber auch für den Teilbereich I: Auch hier wäre detailliert festzulegen, welche Zielgruppen im TKK befähigt werden sollen und ob Zwischenziele formuliert werden könnten (bspw. dass die Teilnehmenden von TKK-Modulen die Inhalte adäquat in ihre Pflegepraxis umsetzen können). Bei der Konzeption der Ausbildung der "Community Health Workers" sind neben einer detaillierten Bedürfnisabklärung auch die organisatorisch-finanziellen Rahmenbedingungen mit einzubeziehen und wir empfehlen, das Konzept mit einem breiten Expertenpublikum zu diskutieren.

c) Multiplikatoreffekt und Breitenwirkung (Technik)

Ausgangslage:

Mit den Tätigkeiten und Dienstleistungen der Fachstelle möchte man einen Multiplikationseffekt erzielen. Konkret bedeutet dies für die Interventionen im Teilbereich I, möglichst viele Personen des Gesundheitswesens mit transkulturellen Kompetenzen zu befähigen resp. auszustatten, für die Interventionen im Teilbereichs II hingegen hiesse dies, möglichst viele MigrantInnen zu „sensibilisieren“ und zu "professionalisieren".

Stärken und Erfolge

- Die Fachstelle eignet sich aufgrund ihres Angebots ausgezeichnet als potentielle Multiplikatorin für transkulturelles Wissen im Pflegebereich.
- Die Fachstelle hat durch die Einbettung ins SRK potentiell Zugang zu verschiedensten Kanälen, die zur Erreichung dieser Breitenwirkung miteinbezogen werden können.

Schwächen und Herausforderungen

- Die Fachstelle bietet möglicherweise zu viele Leistungen selbst an (direkte Durchführung von Gesundheitskursen, direkte Weiterbildungstätigkeiten), um eine effektive Multiplikatorin zu sein.
 - Die Fachstelle hat zu wenig verschiedene Zielgruppen in ihre Angebote einbezogen, um eine Breitenwirkung und institutionelle Öffnung des Gesundheitssystems zu bewirken.
 - Die Wahl der Interventionsebenen in den Projekten (Umsetzungsebene: direkte Tätigkeiten wie Unterrichten, Leitung der Gesundheitskurse versus konzeptuelle Ebene: indirekte Tätigkeiten wie Beratungen) wird teilweise ungenügend begründet.
-

Empfehlungen:

Zur Erreichung einer optimalen Breitenwirkung empfiehlt sich, längerfristig die *direkten* Angebote einzuschränken und die Tätigkeiten auf die *indirekten* Angebote zu konzentrieren. Diese Akzentverschiebung beinhaltet eine Bewegung, die von Dienstleistungen auf der Umsetzungsebene wegläuft und tendenziell hin zu Tätigkeiten auf einer konzeptueller Ebene verläuft. Eine solche Umlagerung der Energien der Fachstelle hätte wiederum direkte Rückkoppelungseffekte auf das Profil und die Strategie. Bei den Gesundheitskursen erfolgte kürzlich eine Umorientierung, die wir als einen Schritt in die richtige Richtung betrachten: Der Schritt weg von der direkten Kurstätigkeit und hin zu beratenden und organisatorischen Aufgaben bedeutet eine konzeptionelle Änderung und stellt die Breitenwirkung ins Zentrum.

Eine solche Strategie bedingt eine verstärkte Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen im Sinne von ImplementierungspartnerInnen (bspw. die institutionelle Einbindung der Gesundheitskurse inkl. neuer Potentiale für die Rekrutierung), ermöglicht zugleich eine Ausweitung der Zielgruppen (im Teilbereich I und II) sowie einen vermehrten Einschluss des Kadets und der Managementebene. Dies gilt auch für die Tätigkeiten des Teilbereich I: Die erfolgreiche Verankerung der TKK im Gesundheitswesen bedingt längerfristig eine Einschränkung der direkten Unterrichtstätigkeit und eine Selektion oder Reduktion der allgemeinen Weiterbildungstätigkeiten zugunsten dem Einschluss neuer Zielgruppen und dem obersten Management.

d) Transkulturalität (Theorie)

Ausgangslage:

Die Fachstelle wendet die Ideen und die Ansätze der aus dem postmodernen Dekonstruktivismus entstandenen Kritik an Kulturalismen und damit auch Integrationskonzepten, welche die endogenen kulturellen Faktoren ins Zentrum der sozialen Eingliederungsprozesse stellen, konkret in ihren Arbeiten und Konzepten an. Das heisst: Für den Umgang und die Pflege von MigrantInnen können in diesem Sinne nicht kulturelle Erklärungsmuster hilfreich sein, sondern Konzepte, die die Person mit ihrem Lebenslauf und ihrer sozialen und psychischen Situation ins Zentrum der Pflege stellen. Eine Fokussierung auf Ethnizität, Nationalität und Herkunft bei der Auswahl der Teilnehmenden für die Gesundheitskurse wird aus diesen Gründen ebenfalls abgelehnt. Im weiteren finden sich die Ideen der amerikanischen und englischen Varianten des Multikulturalismus in der Personalpolitik der Fachstelle wieder: Ein institutionelles Lernen wird avisiert, indem MigrantInnen angestellt werden.

Stärken und Erfolge

- Ein konsequentes Anwenden des Ansatzes „Transkulturalität“ läuft Fremd- und Selbstethnisierungstendenzen entgegen.
- Die Anstellung von MigrantInnen verleiht der Fachstelle eine hohe Glaubwürdigkeit.

Schwächen und Herausforderungen

- Der Praxisbezug zwischen theoretischen Ansatz der Transkulturalität und dem Pflegealltag muss vermehrt nachvollziehbar werden.
- .

Empfehlungen:

Wir empfehlen, diesen innovativen Ansatz beizubehalten, allerdings bleibt nachzuweisen, ob er in der Praxis auch wirklich hält, was er verspricht.

FOKUS: PROFIL UND ORGANISATION

a) Aufbau und der Fachstelle

Ausgangslage:

Die Fachstelle wurde innert eines kurzen Zeitraums aufgebaut und zeichnet sich heute durch eine Vielfalt von unterschiedlichen Produkten aus, die den verschiedenen Teilbereichen zugeordnet werden können.

Stärken und Erfolge

- In kurzer Zeit wurde eine riesige und diversifizierte Palette verschiedener Aktivitäten und Dienstleistungen entwickelt und umgesetzt (Kreativität und Effizienz).
- Die gezielte Anstellung von MigrantInnen hat Modellcharakter und birgt die Möglichkeit, innerhalb des SRK und anderen Institutionen einen Lernprozess auslösen.

Schwächen und Herausforderungen

- Angesichts der allgemeinen Re- und Umstrukturierung innerhalb der Abteilung Migration und Gesundheit konnte und keine solide Organisationsentwicklung aufgrund einer konsolidierte Strategie verfolgt werden.
- Die Vielfalt an Themen, Wirkungskreisen und Zielgruppen erschwert die Profilierung der Fachstelle. Die Ideen im Konzept von Loncarevic und Domenig (2000) wurden teilweise unreflektiert in den Abgeltungsvertrag übernommen. Konsequenz ist, dass es nicht immer ersichtlich ist, warum die Tätigkeiten/Angebote bei der Fachstelle angesiedelt sind (Gesundheitswegweiser, Internetplattform).
- Bisher – und aufgrund der Rahmenbedingungen – ist ein relativ undurchsichtiges Kostenmanagement festzustellen

Empfehlungen:

Die weitgehende Konzentration auf die Umsetzung begleitet von Restrukturierungstendenzen zeigt heute ihre Wirkung darin, dass der Aufbau der Fachstelle doch einige Defizite und Schwächen aufweist: In nächster Zukunft sind deshalb Grundsatzentscheide auf verschiedenen Ebenen zu treffen (betreffend Finanzierung, Angebotspalette und Stringenz), die wiederum eine Auswirkung auf das Profil der Fachstelle zeigen werden.

Hat man sich bspw. auf ein Finanzierungsmodell festgelegt, zeichnet sich gleichzeitig das Profil der Fachstelle klarer ab: Ist der Prozentanteil hoch, der die Fachstelle an Eigenaufwand zu leisten hat, so werden insbesondere im Teilbereich I weiterhin vor allem *direkte* Tätigkeiten zu verfolgen sein. Ist der Anteil hingegen niedrig, so kann man eine andere mittel- und längerfristige Planungsstrategie einschlagen und die Beratungstätigkeiten, die immer sehr kostspielig sind, könnten erhöht werden.

b) Interne Einbettung

Ausgangslage:

Die Fachstelle ist eine Einheit innerhalb des riesigen und komplexen Hilfswerks SRK. Die Inhalte und die Tätigkeitsfelder der Fachstelle werden aus der internen Einbettung nicht ohne weiteres ersichtlich.

Stärken und Erfolge

- Die Fachstelle trifft mit ihren Dienstleistungen (vor allem in Teilbereich I) in hohem Grade die Kernkompetenzen des SRK.

Schwächen und Herausforderungen

- Von aussen – auch von AkteurInnen innerhalb des SRKs – wird nicht die Fachstelle, sondern die Abteilung als Einheit wahrgenommen.
 - Verbindung und Beziehung der Fachstelle zu den anderen Fachbereichen in der Abteilung Migration und Gesundheit ist unklar. Es lassen sich viele inhaltliche Doppeldeutigkeiten und Überschneidungen innerhalb der Fachbereiche oder auch der Abteilungen ausmachen.
 - Veränderungen in der Struktur, Ausrichtung oder Prioritäten des SRK haben Konsequenzen für die Fachstelle (bspw. Stelle Romandie).
-

Empfehlungen:

Den Konsequenzen, die aus dieser etwas unklaren Position der Fachstelle innerhalb des SRK resultieren, kann auf zwei Wegen begegnet werden: Es fällt ein strategischer Entscheid, dass sich die Fachstelle als einzelne Einheit zu profilieren hat und bspw. auch direkt an die Öffentlichkeit tritt. Gleichzeitig werden die internen inhaltlichen Überschneidungen sowie Synergiemöglichkeiten geklärt. Auf diese Art und Weise kann sich die Fachstelle eine Unabhängigkeit bewahren und auch flexibel auf Interessen und Wünsche ihrer PartnerInnen reagieren. Dieses Vorgehen birgt allerdings die Gefahr einer Entfremdung zum SRK. Eine symbolisch stärkere Integration der Fachstelle ins SRK liesse sich durch die Aufwendung von Eigenmitteln, sowie beispielsweise auch durch die Einbindung der MitarbeiterInnen in wichtige Gremien innerhalb des SRK fördern.

Entschliesst man sich zu einer Profilierung auf Stufe der Abteilung „Migration und Gesundheit“, müsste man vielfältigste Anstrengungen unternehmen, die Fachbereiche der Abteilung Migration und Gesundheit enger zusammenzubringen, damit eine optimale Zusammenarbeit und "corporate identity" entstehen kann.

c) Mitarbeitende

Ausgangslage:

Die Mitarbeitenden der Fachstelle sind – mit Ausnahme der Leitung – erst seit einigen wenigen Monaten angestellt. Bereits in dieser kurzen Zeitspanne haben sich allerdings für einige der Mitarbeitenden die Rahmenbedingungen durch die Aufbauarbeit und durch die Restrukturierungsprozesse stark verändert.

Stärken und Erfolge	Schwächen und Herausforderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Hochmotivierte Mitarbeitende. • Renommee der Fachstelle hat teilweise direkt mit den Kompetenzen der Mitarbeitenden – vor allem der Leitung - zu tun. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mit einer klareren Profilierung der Fachstelle verändert sich auch das Anforderungsprofil für die Mitarbeitenden. • Der Koordinationsaufwand (innerhalb des SRK, mit den externen PartnerInnen, innerhalb der Fachstelle), welcher seitens der Leitung der Fachstelle (oder der Abteilungsleitung, abhängig von der zukünftigen strategischen Gesamtausrichtung) aufgebracht werden muss, ist sehr hoch. • Unklares Kostenmanagement und Strategie führte teilweise zur Verunsicherungen seitens der Mitarbeitenden

Empfehlungen:

Wir sehen auf zwei Ebenen Handlungsbedarf: Für die Leitung der Fachstelle besteht sicherlich die Herausforderung, die hohen Motivationen der Mitarbeitenden zu unterstützen und zu fördern (bezüglich Konzeptarbeit, Weiterbildungen etc.). Gleichzeitig sehen wir durch die sich ständig verändernde Umgebung der Fachstelle und der zu wählenden zukünftigen Strategie und Akzentverschiebungen die Gefahr, dass die Mitarbeitenden nicht nur eine unterstützende Begleitung in diesen Prozessen benötigen werden, sondern auch, dass sich das Anforderungsprofil ändert und die entstehenden Wissenslücken erkannt und gefüllt werden müssen. Von Seiten der Abteilung sind für die Leitung der Fachstelle genügend Ressourcen für die strategische Aufgaben freizustellen.

FOKUS: PARTNERINNEN UND ZUSAMMENARBEIT

a) Zusammenarbeit mit den Kantonalverbänden

Ausgangslage:

In der Strategie des SRK sowie im Abgeltungsvertrag zwischen dem BAG und der Fachstelle wird eine Zusammenarbeit mit den Kantonalverbänden postuliert. Die Kurzevaluation zeigte, dass noch ein grosses Potential bezüglich einer verstärkten Zusammenarbeit brach liegt.

Stärken und Erfolge

- Fachliches Wissen und Angebote der Fachstelle sind für die Kantonalverbände von grossem Interesse, da sie deren Kernbereiche betreffen. ExpertInnen schätzen denn auch, dass die Nachfrage seitens der Kantonalverbände nach den Dienstleistungen der Fachstelle in naher Zukunft steigen wird.
- Kantonalverbände sind potente Partner für die Fachstelle a) in Hinsicht auf einen erwünschten Multiplikatoreneffekt (TKK und GK), b) weil sie in den Kantonen verankert sind (Türöffner, Zugang zu MediatorInnen etc.) und c) aufgrund ihren regional ausgerichteten Tätigkeiten.
- Im Departement Migration ist eine Koordinationsstelle für die Zusammenarbeit mit den Kantonalverbänden zu-

Schwächen und Herausforderungen

- Sowohl die Gesundheitskurse als auch die Grundkurse TKK sind bis anhin trotz grossen Bemühungen eher punktuell bei den Kantonalverbänden angesiedelt.
- Die Verantwortlichen der Kantonalverbände sind über die Aktivitäten der Fachstelle schlecht informiert.

ständig.

Empfehlungen:

Die Bemühungen zu einer Zusammenarbeit sind zu verstärken, da grosse Synergiepotentiale vorhanden sind: Allerdings ist der Koordinationsaufwand in die Zusammenarbeit einzubeziehen: Vorstellbar wäre, dass die bereits existierende Koordinationsstelle im Departement Migration verstärkt resp. ausgebaut wird, damit diese ihre Scharnierfunktion vollumfänglich wahrnehmen kann. Eine verbesserte Zusammenarbeit ist zusätzlich durch die Implementierung eines klaren Finanzierungsmodells zu erreichen: Zu denken wäre an Gelder aus dem Zentrallaboratoriumsverkauf für die Tätigkeiten der Kantonalverbände im Bereich Migration und Gesundheit. Gleichzeitig sind die Ressourcen exakt zu prüfen: Rückgekoppelt an die gewünschte Profilierung ist darüber zu entscheiden, welchen Aufwand (inhaltlich, zeitlich, personell) seitens der Fachstelle für die Kantonalverbände zu leisten ist.

b) Zusammenarbeit mit dem BAG

Ausgangslage:

Die Fachstelle befindet sich in einem Spannungsfeld von verschiedenen Politiken und Institutionen. Zu nennen wäre hier insbesondere das BAG, das aufgrund seiner eigenen Interessen – unter anderem als Finanzierer der Fachstelle - nicht immer dieselben Prioritäten wie die Fachstelle verfolgt..

Stärken und Erfolge	Schwächen und Herausforderungen
<ul style="list-style-type: none">• Die Fachstelle ist für das BAG eine ideale Ansprechpartnerin innerhalb des SRK für Belange im Rahmen von „Migration und Gesundheit“.• Die Fachstelle deckt einige Elemente der vom Bundesamt für Gesundheit formulierten Strategie im Bereich Migration und Gesundheit (bereits) ab.	<ul style="list-style-type: none">• Gefahr besteht, dass seitens des BAG zu viele Ansprüche an die Fachstelle formuliert und zu viele Aufgaben abdelegiert werden (z.B. Internetseite).• Die Fachstelle ist strukturell im SRK verankert, aber über die BAG Gelder finanziert. Dieses Spannungsfeld erfordert eine gewisse Flexibilität von beiden Partnern und Klärung des finanziellen Aufwands beider Seiten..

Empfehlungen:

Soll die Fachstelle für das BAG eine Scharnierfunktion innerhalb des SRK für Angelegenheiten aus dem Themenbereich "Migration und Gesundheit" übernehmen, dann erfordert das einen Koordinationsaufwand (inhaltlicher, personeller und strategischer Art), der nur aufgrund vertiefter Absprachen und ausreichender Ressourcen bewerkstelligt werden kann. Zudem ist aufgrund von detaillierten Kosten- Ressourcenrechnungen zu prüfen, welche Dienstleistungen im Abgeltungsvertrag eingeschlossen werden sollen und welche nicht.

c) Zusammenarbeit mit dem WE'G

Ausgangslage:

Das WE'G ist einer der wichtigsten externen Akteure für die Fachstelle. War die Zusammenarbeit zwischen diesen Partnern bis anhin von gegenseitigen Gewinnen geprägt, so stellt die Ablösung des WE'G vom SRK eine neue Herausforderung dar, die eine sorgfältige Absprache und Koordination bedingt.

Stärken und Erfolge

- Bis anhin eine *win-win* – Situation: Fachliche Expertise der Fachstelle und Umsetzungspotentiale des WE'G ergänzen sich in einem gemeinsamen Produkt.

Schwächen und Herausforderungen

- Das WE'G ist teilweise von der Fachstelle abhängig, insbesondere was die Nachhaltigkeit des Angebotes zu TKK betrifft: Da das WE'G nicht direkt mit dem BAG verhandelt, sondern die Fachstelle als Zwischenstelle fungiert, ist das WE'G vom Profil, der Strategie und dem Angebot der Fachstelle abhängig.

Empfehlungen:

Eine detaillierte Ausdifferenzierung der Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Aufgaben sowie der Finanzierungsmodalitäten zwischen den zwei Partnern ist unabdinglich und sollte im neuen Vertrag sorgfältig verankert werden. Die Idee einer Steuergruppe ist zu unterstützen und vielleicht in den Abgeltungsvertrag einzubeziehen (Aufwand), insbesondere auch deshalb, weil es im Interesse des BAG liegt, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Partnern gewährleistet ist.

FOKUS: QUALITÄTSSICHERUNG

Ausgangslage

Es zeigten sich im Rahmen eines Fokusgruppengesprächs, an dem Mitarbeitende der Fachstelle sowie der Leitung der Fachstelle und Abteilung teilnahmen, unterschiedliche Vorkenntnisse und Vorstellungen über Qualitätsanliegen. Unter anderem aus diesem Grunde wurde exemplarisch eine Systematik aufgezeigt, wie Indikatoren entwickelt und Standards definiert werden könnten, wobei versucht wurde, auf die von der Fachstelle bereits entwickelten Instrumente aufzubauen.

Stärken und Erfolge

- In verschiedenen Bereichen existieren bereits Qualitätsinstrumente, die auch in der alltäglichen Arbeit routinemäßig eingesetzt werden (z.B. Meilensteine, Evaluationsbögen für die Module).
- Es ist innerhalb der Fachstelle eine Kultur der ständigen Verbesserung anzutreffen, die auf eine hohe Reflexionsbereitschaft seitens der Mitarbeitenden verweist

Schwächen und Herausforderungen

- Die teilweise vagen Zielvorgaben der einzelnen Produkte erschweren die Definition von Indikatoren und Standards.

Empfehlungen:

Die Bestimmung von spezifischen Wirkungsindikatoren ist gerade bei innovativen Projekten besonders anspruchsvoll, aber auch sehr wichtig im Hinblick auf die Legitimation von Massnahmen, die noch nicht als etabliert gelten können. Wir empfehlen in einem ersten Schritt detaillierte, präzise und smarte Zielvorgaben für die verschiedenen Interventionsebenen zu Papier zu bringen. In einem zweiten Schritt ist zu entscheiden, ob und bis zu welchem Grade es in den Kompetenz- und Aufgabenbereich der Fachstelle fallen soll, die spezifischen Wirkungen ihrer Tätigkeiten selbst zu analysieren resp. auf welcher Ebene prioritär differenzierte Qualitätsinstrumente implementiert werden sollen. Im weiteren ist abzuklären, ob sich nicht vielleicht eine externe Begleitung zum Aufbau eines Qualitätssystems aufdrängt. Die Fachstelle könnte sich auch entschliessen die spezifischen Ziele in einem ihrer Produkte (z.B. Gesundheitskurse) selbst zu überprüfen, im Rahmen eines anderen Produktes (z.B. Internetplattform) hingegen externen ExpertInnen zu beauftragen

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Wichtigste Evaluationsunterlagen.....	24
Tabelle 2: TKK am WE'G (2001)	37
Tabelle 3: Grundlagenkurse TKK mit den Kantonalverbänden.....	39
Tabelle 4: Gesundheitskurse Luana 2001	45
Tabelle 5: Personalressourcen der Fachstelle „Migration und Gesundheit“ (Budget 2002, Stand November 2001).....	48
Tabelle 6: Budget der Fachstelle	49
Tabelle 7: Vielfalt der Fachstelle	79
Tabelle 8: Indikatorotypen nach Zielvorgaben nach Monnier und Toulemonde 1999.....	87
Abbildung 1: Interventionslogik der Fachstelle „Migration und Gesundheit“ des SRK	76
Abbildung 2: Regelkreislauf (Ziele, Indikatoren, Standards und Anpassungen).....	88
Abbildung 3: Indikatoren der Evaluation oder des Projektes resp. Produktes (in Anlehnung an Chimienti et al. (2002))	93
Abbildung 4: Kontext – und Programm/Projektindikatoren (in Anlehnung an Monnier und Toulmonde (1999:27)).....	95

Bibliographie

- Anthias, Floya, und Nira Yuval-Davis. 1992. *Racialized boundaries. Race, Nation, Gender, Colour and Class and the Antiracist Struggle*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Auernheimer, Georg. 1996. *Einführung in die interkulturelle Erziehung*. Darmstadt: Primus Verlag.
- (BAG), Bundesamt für Gesundheit. 1997. *Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Fachbereich Evaluation.
- Baumann, Gerd. 1996. *Contesting Culture. Discourses of Identity in Multi-Ethnic London*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bukow, Wolf-Dietrich, und Roberto J Llaryora. 1998. *Mitbürger aus der Fremde : Soziogenese ethnischer Minoritäten*. Opladen [etc.]: Westdeutscher Verlag.
- Chimienti, Milena, und Sandro Cattacin. 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.
- Chimienti, Milena, Denise Efonayi-Mäder, und Sandro Cattacin. 2002. "Evaluation du programme-cadre *Ecoles et Santé* (Module 2). Inventaire des indicateurs pour le suivi et l'évaluation." Neuchâtel: Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population / Institut de hautes études en administration publique.
- Domenig, Dagmar. 1999. "Die Vermittlung der transkulturellen Pflege im klinischen Kontext : eine Gratwanderung." *Pflege* 12: 362-366.
- . 2001. *Miagrination, Drogen, transkulturelle Kompetenzen*. Bern: Hans Huber.
- Glaser, G. Berney, und Anselm L. Strauss. 1998. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Glazer, Nathan , und Daniel F. Moynihan. 1975. *Ethnicity. Theory and Experience*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gordon, M. 1964. *Assimilation in American life*. New York: Oxford University Press.
- Hannerz, Uwe. 1995. "'Kultur' in einer vernetzten Welt. Zur Revision eines ethnologischen Begriffes." in *Kulturen - Identitäten - Diskurse. Perspekti-*

- ven *Europäischer Ethnologie*, edited by Wolfgang Kaschuba. Berlin: Akademie Verlag.
- Lamnek, Siegfried. 1995. *Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken*. Weinheim: Belz.
- Leininger, Madeleine. 1978. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York: John Wiley & Sons.
- . 1998. *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Loncarevic, Maja, und Dagmar Domenig. 2000. *Fachstelle Migration und Gesundheit. Konzept*. Bern: Netzwerk Interkulturelle Kompetenz. Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Loncarevic, Maja, und Gabrielle Selva. 2001. *Vom interkulturellen Zusammenleben im Spital: ein Pilotprojekt des Schweizerischen Roten Kreuzes und des Kinderspitals Zürich*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, Department Migration.
- Monnier, Eric, und Jacques Toulemonde, eds. 1999. *Evaluer les programmes socio-économiques*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Pedrina, Fernanda, und et al., eds. 1999. *Kultur, Migration, Psychoanalyse : therapeutische Konsequenzen theoretischer Konzepte*. Tübingen: Edition diskord.
- Radtke, Frank-Olaf. 1990. "Multikulturell - Das Gesellschaftsdesign der 90er Jahre?" *Informationsdienst zur Ausländerarbeit*: 27-34.
- . 1996. "Fremde und Allzufremde : zur Ausbreitung des ethnologischen Blicks in der Einwanderungsgesellschaft." in *Das Fremde in der Gesellschaft : Migration, Ethnizität und Staat / hrsg. von Hans-Rudolf Wicker... [et al.]*. - Zürich : Seismo, cop. 1996. - S. 333-352.
- Rywalski, Annick. 2001. "Projet de la Croix-Rouge - Fachstelle Migration & Gesundheit. Mandat de l'étude de planification de l'évaluation." Bern: Office fédéral de la santé publique.
- Saldanha, Cedric, und John Whittle, eds. 1998. *Using the Logical Framework. For Sector Analysis and Project Design*: Asian Development Bank.
- Steiner-Khamsi, Gita. 1995. "Zur Geschichte und den Perspektiven der interkulturellen Pädagogik in der Schweiz und in Europa." in *Interkulturelle Bildung in der Schweiz : fremde Heimat / Edo Pogli (Hrsg.)... [et al.]*. - Bern [etc.] : P. Lang, cop. 1995. - S. 45-65.
- . 1996. "Universalismus vor Partikularismus ? : Gleichheit vor Differenz ?" in *Das Fremde in der Gesellschaft : Migration, Ethnizität und Staat / hrsg. von Hans-Rudolf Wicker... [et al.]*. - Zürich : Seismo, cop. 1996. - S. 353-372.

- Taylor, Charles. 1993. "Die Politik der Anerkennung." Pp. 13-79 in *Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung.*, edited by A. (Hg.) Gutmann. Frankfurt: Fischer.
- Vertovec, Steven. 1999. "Multiculturalism, culturalism and public incorporation." in *Migration and social cohesion / ed. by Steven Vertovec.* - Cheltenham : E. Elgar, cop. 1999. - P. 222-242.
- Wanner, Philippe, Christine Bouchardy, und Luc Raymond. 1998. "Comportement des étrangers en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention." *Démos*: 3-20.
- Weiss, Regula, und Rahel Stuker. 1998. *Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem : Grundlagenbericht.* Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Wicker, Hans-Rudolf. 1996. "Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität." in *Das Fremde in der Gesellschaft : Migration, Ethnizität und Staat / hrsg. von Hans-Rudolf Wicker... [et al.].* - Zürich : Seismo, cop. 1996. - S. 373-392.
- Wimmer, Andreas. 1996. "Kultur : zur Reformulierung eines sozialanthropologischen Grundbegriffs." *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 48: 401-425.

Synthese: Das SRK beauftragte das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (FSM/SFM) mit dem Mandat für ein *short assessment* der Fachstelle Migration und Gesundheit (neu: Fachbereich Bildung und Gesundheitsförderung). Die Evaluation setzte vor allem auf der Prozessebene an. Nach einer relativ knappen Deskription der Projekte und Dienstleistungen konzentrierte sich die Analyse auf die laufenden Entwicklungen und die strategische Ausrichtung. Zudem war es ein erklärtes Ziel im Rahmen dieser Evaluation mit Vorschlägen für die Implementierung einer zukünftigen Qualitätssicherung aufzuwarten.

AutorInnen:

Janine Dahinden, Ethnologin

Denise Efionayi-Mäder, Soziologin und
Diplompolitologin

Sandro Cattacin, Politologe und Evaluator.

FSM

SFM

Résumé:

Synthese: Das SRK beauftragte das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (FSM/SFM) mit dem Mandat für ein *short assessment* der Fachstelle Migration und Gesundheit (neu: Fachbereich Bildung und Gesundheitsförderung). Die Evaluation setzte vor allem auf der Prozessebene an. Nach einer relativ knappen Deskription der Projekte und Dienstleistungen konzentrierte sich die Analyse auf die laufenden Entwicklungen und die strategische Ausrichtung. Zudem war es ein erklärtes Ziel im Rahmen dieser Evaluation mit Vorschlägen für die Implementierung einer zukünftigen Qualitätssicherung aufzuwarten.

AutorInnen:

Janine Dahinden, Ethnologin

Denise Efionayi-Mäder, Soziologin und
Diplompolitologin

Sandro Cattacin, Politologe und Evaluator