



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Fachstelle Evaluation und Forschung
Petra Zeyen
3. Juli 2012

Interne Evaluation der Strategie Migration und Gesundheit, Phase II, 2008-2013

Schlussbericht

Impressum

Datenerhebungsperiode: September 2008 – April 2012

Leitung Evaluationsprojekt: Petra Zeyen, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
petra.zeyen@bag.admin.ch

Bezug: Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F),
Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern
evaluation@bag.admin.ch
www.health-evaluation.admin.ch

Abstract

Die Strategie Migration und Gesundheit will die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung herstellen. Die erste Phase des Programms Migration und Gesundheit startete 2002. Das Nachfolgeprogramm (2008-2013) will die in der ersten Phase initiierten Aktivitäten weiterführen und in den bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens verankern.

Die Evaluation kommt zum Schluss, dass das Programm aufgrund der Problemlage und im Kontext der Weiterentwicklung der Integrationspolitik weiterhin relevant ist. Die Programmarbeit wird überwiegend positiv beurteilt. Bis 2013 können jedoch gemäss aktueller Einschätzung nicht alle Ziele erreicht werden. Es drängen sich keine grundsätzlichen Änderungen in der Zielsetzung, aber verschiedene Anpassungen in der Vorgehensweise auf.

Key Words

Evaluation, Joint Evaluation, Bundesstrategie, Strategie, Programm, Leistungen, Wirkungen, Gesundheit, Gesundheitspolitik, Migration, Migrationspolitik, Bundesamt für Gesundheit, Chancengleichheit, Integration.

Interne Evaluation der Strategie Migration und Gesundheit, Phase II, 2008-2013

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Zusammenfassung | 1 |
| 1.1 | Einleitung..... | 1 |
| 1.2 | Ausgangslage..... | 1 |
| 1.3 | Vorgehen und Methoden der Evaluation..... | 3 |
| 1.4 | Ergebnisse | 4 |
| 1.5 | Schlussfolgerungen und Empfehlungen | 6 |
| 2. | Ausgangslage | 8 |
| 2.1 | Vorgeschichte..... | 8 |
| 2.2 | Nationales Programm Migration und Gesundheit 2008-2013..... | 9 |
| 2.2.1 | Entwicklung und Ziele | 9 |
| 2.2.2 | Organisationsstruktur und Ressourcen | 11 |
| 2.2.3 | Vorgehen und Methoden der Evaluation | 12 |
| 3. | Evaluationsergebnisse | 15 |
| 3.1 | Ergebnisse der Umfeldanalyse | 15 |
| 3.1.1 | Entwicklung der Problemlage..... | 15 |
| 3.1.2 | Entwicklung des Umfelds | 16 |
| 3.1.3 | Entwicklung des Wissens..... | 20 |
| 3.1.4 | Gesamtschau und Folgerungen | 21 |
| 3.2 | Umsetzung und Stand der Zielerreichung..... | 25 |
| 3.2.1 | Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung | 25 |
| 3.2.2 | Handlungsfeld Bildung und Versorgung | 28 |
| 3.2.3 | Handlungsfeld Interkulturelles Übersetzen | 33 |
| 3.2.4 | Handlungsfeld Forschung und Wissensmanagement..... | 35 |
| 3.2.5 | Querschnittsaufgabe Vernetzung und Kommunikation..... | 37 |
| 3.2.6 | Gesamtschau und Folgerungen | 39 |
| 3.3 | Evaluationsergebnisse im Überblick | 43 |
| 4. | Schlussfolgerungen und Empfehlungen..... | 47 |
| 5. | Anhang | 50 |
| 5.1 | Übersicht über die Evaluationsfragen und -methoden | 50 |
| 5.2 | Problemstruktur und empirische Abstützung der Strategie Migration und Gesundheit..... | 51 |
| 5.3 | Zielsystem der Strategie Migration und Gesundheit..... | 52 |
| 5.4 | Wirkungsmodelle der Handlungsfelder des Programms Migration und Gesundheit 2008-2013..... | 53 |
| 5.4.1 | Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention | 53 |
| 5.4.2 | Handlungsfeld Bildung und Versorgung | 53 |
| 5.4.3 | Handlungsfeld Interkulturelles Übersetzen | 54 |
| 5.4.4 | Handlungsfeld Forschung und Wissensmanagement..... | 54 |
| 5.5 | Zentrale Projekte des Programms Migration und Gesundheit 2008-2013 | 54 |
| 5.6 | Informationen zur Datenerhebung | 58 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.6.1 | Kontextanalyse: Partnerinnen und Partner der mündlichen Gespräche | 58 |
| 5.6.2 | Standardisierte Stakeholderbefragung: Zusammensetzung der Antwortenden | 59 |
| 5.6.3 | Erhebungsinstrument zur Selbstevaluation der Handlungsfelder des Programms | 60 |
| 5.6.4 | Erhebungsinstrument zur Selbstevaluation der Vertragspartner..... | 62 |
| 5.7 | Integrationspolitik des Bundes | 69 |
| 5.8 | Herkunft der Ausländer/innen in der Schweiz | 70 |
| 5.9 | Bildungsszenario für die Migrationsbevölkerung | 70 |
| 5.10 | Auslöser und Hindernisse für Massnahmen und Strategien zu Migration und Gesundheit bei anderen Akteuren | 71 |
| 5.11 | Berücksichtigung des Themas Migration und Gesundheit..... | 72 |
| 5.12 | Prozesse und Deklarationen zu Migration und Gesundheit sowie Chancengleichheit auf internationaler Ebene..... | 73 |
| 5.13 | Dokumente und Literatur | 74 |

1. Zusammenfassung

1.1 Einleitung

Die erste Phase des Programms „Migration und Gesundheit“ (2002-2007) wurde durch eine externe Evaluation hinsichtlich der konzeptionellen Grundlagen und der Programmumsetzung überwiegend positiv beurteilt.¹ Ein wesentlicher Evaluationszweck der zweiten Programmphase (2008-2013) war die kontinuierliche *Programmoptimierung*. Das Programm wurde von der Fachstelle Evaluation und Forschung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) evaluiert. Dabei wurden Elemente von Selbstevaluation und externer Evaluation kombiniert.²

Der vorliegende Evaluationsbericht informiert die Beteiligten und Betroffenen über den Programmverlauf und gibt Anstösse zur Verbesserung. Gleichzeitig stellt er das aktuell zur Verfügung stehende Evaluationswissen für den Entscheidungsprozess bezüglich Abschluss, Neuausrichtung oder Weiterführung der Aktivitäten nach 2013 bereit. Er stellt die Ausgangslage des Programms, die Entwicklung des Umfeldes, den Stand der Umsetzung und die absehbare Zielerreichung in den einzelnen Handlungsfeldern des Programms dar und formuliert Empfehlungen für die zukünftige Programmgestaltung.

1.2 Ausgangslage

Gut ein Fünftel der Schweizer Gesamtbevölkerung sind Ausländerinnen und Ausländer. Ihr Gesundheitszustand ist oftmals weniger gut als jener der einheimischen Bevölkerung.³ Bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung sind grösseren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt und finden weniger leicht Zugang zu unserem Gesundheitssystem. Ihr Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten ist unzureichend und es bestehen Verständigungsschwierigkeiten im Kontakt mit Gesundheitsinstitutionen.

Das BAG wurde anfangs der 1990er Jahre im Bereich Migration und Gesundheit aktiv. 2002 lancierte der Bund die erste Phase des Programms „Migration und Gesundheit“ (2002-2007). Es will vermeidbare gesundheitliche Benachteiligungen abbauen und so die Voraussetzungen zu verbessern, dass Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotential zu entfalten.

In der zweiten Phase (2008-2013) sollen die in der ersten Phase initiierten Aktivitäten weitergeführt und in den bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens verankert

¹ Ledermann et al. 2006.

² Da der finale Ort der Bewertung bei der Fachstelle Evaluation und Forschung liegt, wurde die Evaluation im Titel kurz 'interne Evaluation' genannt. Zum angewandten Modell der 'Joint Evaluation' vgl. Abschnitt 1.3

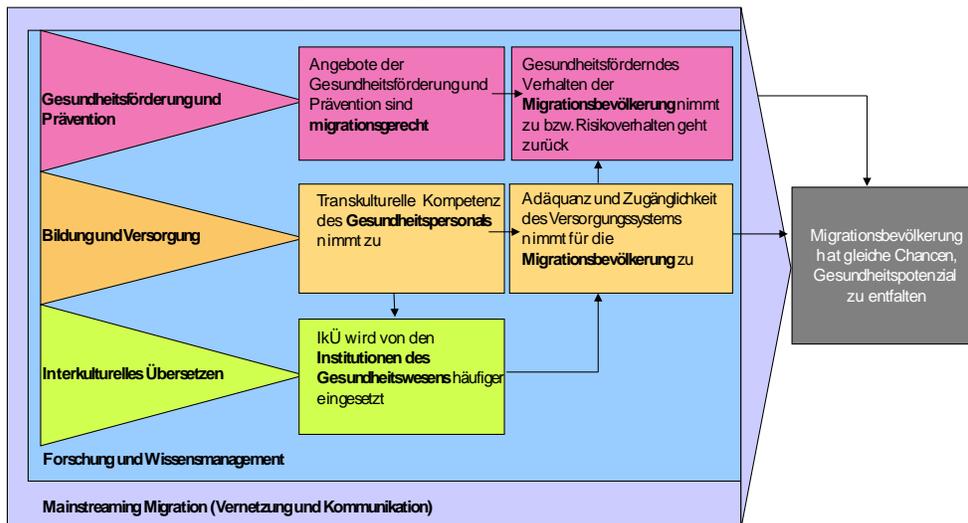
³ Für einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (2010) siehe „Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12535/index.html?lang=de>.

werden. Zur Erreichung der angestrebten Chancengleichheit wurden eine Reihe von Zielen definiert. Die wichtigsten sind:

- Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme beziehen die Migrationsbevölkerung mit ein.
- Personen mit Migrationshintergrund sind genügend informiert und kompetent, um sich selbstverantwortlich und gesund zu verhalten.
- Das Gesundheitspersonal verfügt über migrationsspezifische Kompetenz.
- Professionelles interkulturelles Übersetzen wird vermehrt und bedarfsgerecht eingesetzt.
- Es ist zusätzliches Wissen über die Gesundheit der Migrationsbevölkerung vorhanden und für die interessierten Kreise verfügbar.

Die folgende Graphik gibt einen Überblick über die Handlungsfelder und Zielsetzungen des Programms:

Abb. 1: Nationales Programm Migration und Gesundheit 2008-2013



1.3 Vorgehen und Methoden der Evaluation

Wie einleitend dargelegt, stand als Evaluationszweck für die zweite Programmphase die kontinuierliche Programmoptimierung im Vordergrund. Damit das Evaluationswissen innerhalb des BAG entsteht und unmittelbar für die Optimierung genutzt werden kann, wurde die laufende Programmphase nach dem Modell der «Joint-Evaluation», einer Kombination von Selbstevaluation, interner und externer Evaluation, evaluiert.⁴ Die Gesamtevaluation wurde durch die BAG-Fachstelle Evaluation und Forschung geleitet, die auch federführend war für die Synthese der verschiedenen Datenquellen und für den abschliessenden Evaluationsbericht.⁵

Da die Erfahrungen in der ersten Programmphase gezeigt hatten, dass die Umsetzung in hohem Mass vom Umfeld beeinflusst ist, wurde ein Schwerpunkt auf die Umfeldanalyse gelegt. Zu diesem Zweck wurde ein externes Mandat «Kontextanalyse Migration und Gesundheit» an Büro Vatter AG vergeben, dessen Resultate in die Gesamtbeurteilung einfließen.⁶

Die Gesamtevaluation beruht auf Dokumentenanalysen⁷, der Auswertung parlamentarischer Vorstösse, persönlichen Interviews mit 18 Schlüsselpersonen, einer schriftlichen Befragung von 431 Beteiligten und Betroffenen (Stakeholdern) aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Soziales und Migration sowie den Ergebnissen der begleiteten Selbstevaluation.

Die Fragestellungen der Evaluation betreffen Relevanz und Kontext des Programms, Übereinstimmung mit Tätigkeiten anderer Akteure, Programmverlauf und Grad der Zielerreichung.

Eine detaillierte Übersicht über die Evaluationsfragen und –methoden findet sich im Anhang 5.1 des Evaluationsberichts.

⁴ Zum Modell der 'Joint Evaluation' vgl. die Kurzdarstellung 'Neue Wege in der Evaluation' im spectra Nr. 84 'Nationale Präventionsprogramme', Jan. 2011: 12:

<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de>.

⁵ Da der finale Ort der Bewertung bei der Fachstelle Evaluation und Forschung liegt, wurde die Evaluation im Titel kurz 'interne Evaluation' genannt.

⁶ Die Berichte des Mandats Kontextanalyse finden sich unter folgendem Link:

<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/01976/index.html?lang=de>.

⁷ Dabei wurden Planungsunterlagen, Gesetzesbotschaften, wissenschaftliche Studien, Fachliteratur, Presse und Quellen aus dem Internet berücksichtigt.

1.4 Ergebnisse

Aufgrund der Problemlage besteht für bestimmte Gruppen in der Migrationsbevölkerung auch in absehbarer Zukunft Handlungsbedarf. Dies trifft insbesondere für sozioökonomisch schlechter gestellte Personen mit niedrigem Bildungsniveau zu. Gesundheitlich benachteiligt sind gemäss dem Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung 2010 insbesondere Frauen und ältere Migranten und Migrantinnen, die sich schon lange in der Schweiz aufhalten, sowie Asylsuchende.

Ein Engagement des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit ist aus Sicht der Stakeholder unbestritten. Begründet wird dies mit dem anhaltenden Handlungsdruck, mit der Notwendigkeit einer nationalen Koordination und mit der Vorbildfunktion des Bundes, wodurch dem Thema Sichtbarkeit und Legitimation verliehen wird. Die Schwerpunktsetzung des Programms stimmt gut mit den Erwartungen der Stakeholder überein.

Die Evaluation kommt deshalb zum Schluss, dass das Programm „Migration und Gesundheit“ weiterhin relevant ist und sich keine grundsätzlichen Änderungen der verfolgten Zielsetzungen aufdrängen.

Aufgrund der Evaluationsempfehlungen zur ersten Programmphase wurden in der zweiten Programmphase die nachhaltige Ausrichtung der Aktivitäten verbessert und die Organisationsstruktur vereinfacht.

Insgesamt wird die Programmarbeit auch in der zweiten Programmphase positiv beurteilt. Nach anfänglicher Verzögerung sind inzwischen gute Fortschritte in der **Programmumsetzung** erzielt worden. Bis 2013 können jedoch gemäss aktueller Einschätzung nicht alle Ziele erreicht werden.

Das Programm zielt auf die Verbesserung der Bedingungen, damit Personen mit Migrationshintergrund dieselbe Chance wie Einheimische haben, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten. Da die Verbesserung der Bedingungen erst längerfristig positive Effekte auf die Gesundheit hat, sind die Wirkungen bei der Migrationsbevölkerung noch kaum abzuschätzen. Entsprechend dem Stand der Umsetzung werden dem Programm auch von den Stakeholdern erst bedingt konkrete Wirkungen zugesprochen.

Die absehbare **Lücke bei der Zielerreichung** bis Ende 2013 ist unter anderem auf teilweise fehlende Machbarkeitsüberlegungen bei der Planung sowie - insbesondere im Handlungsfeld Gesundheitsversorgung - auf ein ungünstiges Umfeld zurückzuführen. So ist das gesellschaftspolitische Klima gegenüber der Migrationsbevölkerung tendenziell abweisender geworden und die gesundheitspolitische Agenda wird überwiegend von Finanzierungsfragen bestimmt. Die Akteure der Gesundheitsversorgung zeigen bislang nur punktuell Aufnahmebereitschaft für das Thema Migration und Gesundheit.

Es werden jedoch auch **positive Umfeldveränderungen** festgestellt, die sich künftig förderlich auf die Umsetzung des Programms Migration und Gesundheit auswirken können. So sind verschiedene politische Entwicklungen im Gange, die ähnliche Ansätze und Stossrichtungen verfolgen wie das Programm Migration und Gesundheit.

Mit der rechtlichen Verankerung und Weiterentwicklung der *schweizerischen Integrationspolitik* wird Integration zu einer staatlichen Kernaufgabe, an der alle staatlichen Ebenen mitwirken und zwar in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern, Nichtregierungs- und Ausländerorganisationen. Integration wird als eine Aufgabe der bestehenden Strukturen (Regelstrukturen) - auch des Gesundheitswesens - verstanden. Die dynamische Entwicklung der Integrationspolitik ist förderlich für das Programm Migration und Gesundheit, das Bestandteil des Massnahmenpaketes Integration des Bundes ist.

Ebenso würde eine Inkraftsetzung des zur Zeit im Parlament hängigen *Präventionsgesetzes* zu einer Verbesserung der gesetzlichen und konzeptionellen Rahmenbedingungen führen. Unabhängig von einer nationalen Gesetzgebung haben sich diese Rahmenbedingungen mit dem Bedeutungszuwachs von Prävention und Gesundheitsförderung in *kantonalen Gesundheitsgesetzen* in den letzten Jahren bereits in vielen Kantonen verbessert.

Auch in der *Qualitätsstrategie des Bundes im Gesundheitswesen*⁸ werden ähnliche Ansätze verfolgt wie vom Programm Migration und Gesundheit. So besteht bezüglich des *chancengleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen* als einer Dimension der Qualitätssicherung Übereinstimmung mit den Zielsetzungen des Programms Migration und Gesundheit.

Auf internationaler Ebene⁹ und in verschiedenen Kantonen¹⁰ haben schliesslich das übergreifende Thema "gesundheitliche Ungleichheit" und die sektorübergreifende Gesundheitspolitik an Bedeutung gewonnen. Auf nationaler Ebene zeichnen sich mit der Armutspolitik erste Schritte in diese Richtung ab. Auswirkungen derartiger Aktivitäten, die Chancengleichheit zum Ziel haben, könnten zukünftig auch der Migrationsbevölkerung zugutekommen.

Insgesamt beginnt sich das Umfeld in der Schweiz für eine **bereichsübergreifende Chancengleichheitspolitik** zu verbessern. So wurden die konzeptionellen Grundlagen (Leitbilder u.ä.) und die gesetzlichen Grundlagen im Einklang mit der Entwicklung auf internationaler Ebene in den letzten Jahren auf kantonaler als auch auf Bundesebene gestärkt. Auf Bundesebene werden erste departementsübergreifende Querschnittspolitiken (Integrationsförderung, Armutsbekämpfung) entwickelt. Diese Politiken verfolgen wie auch die Umsetzung des Präventionsgesetzes - sofern dieses vom Parlament verabschiedet wird - und die Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen inhaltlich ähnliche Stossrichtungen und/oder haben dieselben Zielgruppen wie die Strategie Migration und Gesundheit.

⁸ <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=29743>

⁹ Eine Übersicht über Prozesse und Deklarationen zu den Themen Migration und Gesundheit sowie Chancengleichheit auf internationaler Ebene findet sich in Anhang 5.12 des Evaluationsberichts. Die Strategie stimmt gut mit diesen Deklarationen überein.

¹⁰ So verfolgen insbesondere die Kantone Basel Stadt, Bern, Freiburg, St.Gallen und Waadt Ansätze und Massnahmen zur Verringerung sozialer gesundheitlicher Ungleichheiten (Rüefli / Huegeli 2012: 36).

1.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Programmziele sind weiterhin relevant und werden überwiegend als prinzipiell erreichbar eingeschätzt. Die Umsetzung erfordert angesichts der Rahmenbedingungen jedoch mehr Zeit. Die migrationsgerechte Umgestaltung des Gesundheitssystems ist ein längerfristiger Prozess, der stark vom sich verändernden Umfeld und den mitgestaltenden Partnern abhängig ist. Diesem Umstand sollte bei der zukünftigen Programmgestaltung verstärkt Rechnung getragen und Machbarkeitsaspekte sollten besser berücksichtigt werden. So sollen die Ziele unter Einbindung der jeweils betroffenen Partner und unter Berücksichtigung der aktuellen Evaluationsresultate realistischer formuliert werden, um sie besser mit Massnahmen und Ressourcen in Übereinstimmung zu bringen.

Der Problemlage entsprechend wird empfohlen, die alternde Migrationsbevölkerung und Geschlechteraspekte in den Aktivitäten vermehrt zu berücksichtigen.

Da Wirkungsnachweise noch ausstehen, wird empfohlen, zentrale Projekte¹¹ und Herangehensweisen mit verhältnismässigem Aufwand zu evaluieren.

Da nicht nur die Migrationsbevölkerung von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen ist und aufgrund der zunehmenden Bedeutung des übergreifenden Themas 'gesundheitliche Chancengleichheit' auf internationaler Ebene und in mehreren Kantonen ist die Option der Integration des Programms in eine themenübergreifende Strategie im Auge zu behalten.¹² Aktuell sind die institutionellen Voraussetzungen für ein themenübergreifendes Vorgehen jedoch erst punktuell gegeben.

Aufgrund der erwähnten positiven Umfeldveränderungen können neue Möglichkeiten genutzt werden: Das BAG sollte nach aussen eine kontinuierliche Anwaltschaft für das Thema Migration und Gesundheit wahrnehmen und versuchen, laufende politische Prozesse entsprechend zu beeinflussen. So sollen die im Rahmen der Integrationspolitik begonnenen Schritte, den Gesundheitsaspekt als Querschnittsthema einzubringen, weiterverfolgt und schrittweise ausgebaut werden. Mittelfristig sollen sich bietende weitere Anknüpfungspunkte, z.B. in der Armutspolitik, genutzt werden.

Gleichzeitig soll sich das BAG verbindlich für eine migrationsgerechte Gestaltung seiner eigenen Programme und Aktivitäten einsetzen und Migrationsaspekte auch bei neuen Themen wie der Umsetzung der Qualitätsstrategie, einer Demenz- oder Krebsstrategie konsequent berücksichtigen. Dies ist auch wichtig für die von den Stakeholdern erwartete Vorbildfunktion des Bundes nach aussen und erhöht die Glaubwürdigkeit der Anwaltschaft für das Anliegen nach aussen.

¹¹ Eine Beschreibung der zentralen Projekte des Programms findet sich im Anhang 0 des Evaluationsberichtes.

¹² Eine übergeordnete Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit wurden in der Stakeholderbefragung von einer knappen Mehrheit der antwortenden Stakeholder als sinnvoll bezeichnet. Als wichtigste Unterthemen einer solchen Strategie kristallisierten sich der sozioökonomische Status und die Migration heraus, das Thema Gender wurde im Vergleich dazu weniger wichtig eingestuft (Rüefli und Huegeli 2012: 57).

Zusammenfassend werden aus den Ergebnissen der Evaluation fünf **Empfehlungen** für die zukünftige Programmgestaltung abgeleitet:¹³

- **Evaluationsempfehlung 1:**
Die Umsetzungsstrategien der Handlungsfelder und deren mittelfristigen Ziele überprüfen und gegebenenfalls anpassen.
- **Evaluationsempfehlung 2:**
Das BAG nimmt nach aussen eine kontinuierliche Anwaltschaft für das Thema Migration und Gesundheit wahr und versucht, laufende politische Prozesse entsprechend zu beeinflussen.
- **Evaluationsempfehlung 3:**
Das BAG setzt sich verbindlich für eine migrationsgerechte Gestaltung seiner Programme und Aktivitäten ein.
- **Evaluationsempfehlung 4:**
Die Zielgruppe der alternden Migrationsbevölkerung sowie den Geschlechteraspekt stärker berücksichtigen.
- **Evaluationsempfehlung 5:**
Mit verhältnismässigem Aufwand verschiedene Aspekte evaluieren, die für die Umsetzung und Verankerung einzelner Projekte relevant sind, und wo möglich Wirkungsnachweise bei der Migrationsbevölkerung erbringen.

¹³ Erläuterungen zu den Empfehlungen finden sich in Kap. 1.5 des Evaluationsberichtes. Weitere, auf die einzelnen *Handlungsfelder* bezogene Empfehlungen finden sich am Ende der Kapitel 3.2.1 bis 3.2.5 des Evaluationsberichtes.

2. Ausgangslage

2.1 Vorgeschichte

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) engagiert sich seit Anfang 1990er Jahren im Bereich Migration und Gesundheit: zunächst im Rahmen der Aids-Prävention, wo Migranten und Migrantinnen eine wichtige Zielgruppe waren, die es zu erreichen galt. Zunehmendes Problembewusstsein, Handlungsbedarf und Erwartungen verschiedenster Stakeholder führten zur Lancierung des **Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2002-2007**.¹⁴

Eine **externe Evaluation** beurteilte die erste Programmphase überwiegend positiv (Lederermann et. al. 2006).¹⁵ Das Wirkungsgefüge und das Zielsystem der Strategie sind grösstenteils evidenzbasiert und plausibel (vgl. Anhang 5.2). Die Schwerpunktsetzung ist fachlich breit abgestützt. Bezüglich der Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit und der erzielbaren Wirkungen wurde die Fokussierung auf den Gesundheitsbereich zwar als suboptimal bezeichnet, angesichts des vorhandenen Handlungsspielraums eines Verwaltungsprogramms aber als sinnvoll erachtet. Die Beeinflussung der dem Gesundheitssystem vorgelagerten Einflussfaktoren wie der sozialen Lage oder der Aufenthaltsbedingungen, die in anderen Politikbereichen liegen, lag nicht im Einflussbereich des BAG (vgl. Anhang 5.2).¹⁶

Ebenso wurde die Programmumsetzung und Projektarbeit überwiegend positiv bewertet. Die ursprünglich gesetzten Ziele wurden jedoch - trotz der in allen Handlungsfeldern als gut bewerteten Umsetzungsarbeit - nur teilweise erreicht. Die Evaluation befand, dass die Zielvorgaben der Strategie angesichts der Programmlaufzeit, des bestehenden Handlungsspielraums und der vorhandenen Ressourcen¹⁷ sehr ambitiös waren. Die Strategie wirkt in Bereiche, in welchen der Bund nur beschränkte Kompetenzen hat. So stellte die fehlende Mitwirkungsbereitschaft der Kantone gerade bei Projekten im Bereich Versorgung ein Hindernis für die Zielerreichung dar. Die Hauptleistung bestand nach Ansicht der Evaluation in der Erarbeitung von Grundlagen und der „Vorbereitung des Terrains“. Verschiedene Projekte waren finanziell zudem nicht nachhaltig angelegt. Das Bestreben, alle relevanten Akteure einzubeziehen, hatte zudem zu einer sehr komplexen Organisationsstruktur mit vier Begleitgruppen geführt, die sich als wenig effizient erwies. Die Eva-

¹⁴ Zur Entstehungsgeschichte der Strategie Migration und Gesundheit, vgl. Lederermann et al. 2006: 13 ff.

¹⁵ Ein Problembereich stellte in der ersten Programmphase die Kommunikation dar. Einerseits wurde dem Bereich nach Ansicht der EvaluatorInnen schon im Strategiepapier nicht die notwendige Bedeutung zugemessen. Andererseits bestanden Qualitätsschwierigkeiten mit der extern mandatierten Firma.

¹⁶ Die sozioökonomische Lage wird durch verschiedene Massnahmen der an der Umsetzung der nationalen Integrationspolitik beteiligten Bundesämter beeinflusst: beispielsweise durch Sprachkurse, Massnahmen zur beruflichen Integration und Qualifizierung, Projekte zur Quartieraufwertung für sozial Benachteiligte u.a. (Berichterstattung der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration IAM an den Bundesrat (Dezember 2010). Inzwischen ist die Strategie Migration und Gesundheit Teil des Massnahmenpakets Integration des Bundes, dessen explizite Zielsetzung die Abstimmung der verschiedenen Bundesstellen im Hinblick auf Integrationsförderung ist.

¹⁷ Die Evaluation stellte insbesondere Engpässe bei den *zeitlichen* Ressourcen fest.

uation zeigte, dass die BAG-interne Vernetzung mit einzelnen Sektionen unterschiedlich gut gelang und das Engagement der Amtsdirektion begrenzt war. Gestützt auf die Evaluationsempfehlungen wurde das Nachfolgeprogramm 2008-2013 erarbeitet und im Juni 2007 vom Bundesrat verabschiedet.

2.2 Nationales Programm Migration und Gesundheit 2008-2013

2.2.1 Entwicklung und Ziele

Die zweite Programmphase „Migration und Gesundheit 2008-2013“ (Migration und Gesundheit II) will die in der ersten Phase initiierten Aktivitäten weiterführen und in den Regelstrukturen verankern. Das Programm kommt hauptsächlich Migranten/innen mit niederem sozialem Status, wenig Gesundheitskompetenz und den entsprechenden gesundheitlichen Problemen zugute. Die nur wenig veränderte Strategie ist fachlich wiederum breit abgestützt und wurde vom BAG unter Einbezug des Bundesamts für Migration, der Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen, der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), des nationalen Forums für die Integration der Migrantinnen und Migranten (FIMM), der Konferenz der Integrationsdelegierten der Kantone und Städte (KID) sowie unter Anhörung der Kantone und Bundesstellen entwickelt.

Ebenso wurde der überwiegende Teil der Projekte, die im Rahmen des Programms Migration und Gesundheit umgesetzt werden, unter Einbezug relevanter Akteure (Kantone, Dachverbänden und Nichtregierungsorganisationen) konzipiert und lanciert. Besonders mit dem Bundesamt für Migration (BFM) besteht eine enge Zusammenarbeit in allen Handlungsfeldern des Programms, aber auch andere Bundesstellen wurden mit einbezogen.¹⁸

Übergeordnete Zielsetzung des Programms ist die Verbesserung der Gesundheitssituation und des Gesundheitsverhaltens und die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz.

Das Postulat der Chancengleichheit ist in der schweizerischen Bundesverfassung (Art. 2 Abs. 3) verankert und ist ein Leitmotiv der Integrationspolitik des Bundes (Art. 4 Ausländergesetz) sowie der Kantone und Gemeinden.¹⁹ Das Programm wird im Auftrag des Bundesrates umgesetzt²⁰ und ist der Beitrag zur nationalen Integrationspolitik im Bereich Gesundheit (siehe Anhang 5.2.). Es orientiert sich an internationalen Initiativen und Empfehlungen.²¹

¹⁸ Bundesamt für Statistik BFS, Bundesamt für Bildung und Technologie BBT, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern GS EDI / Fachstelle Rassismusbekämpfung sowie das Bundesamt für Sport BASPO.

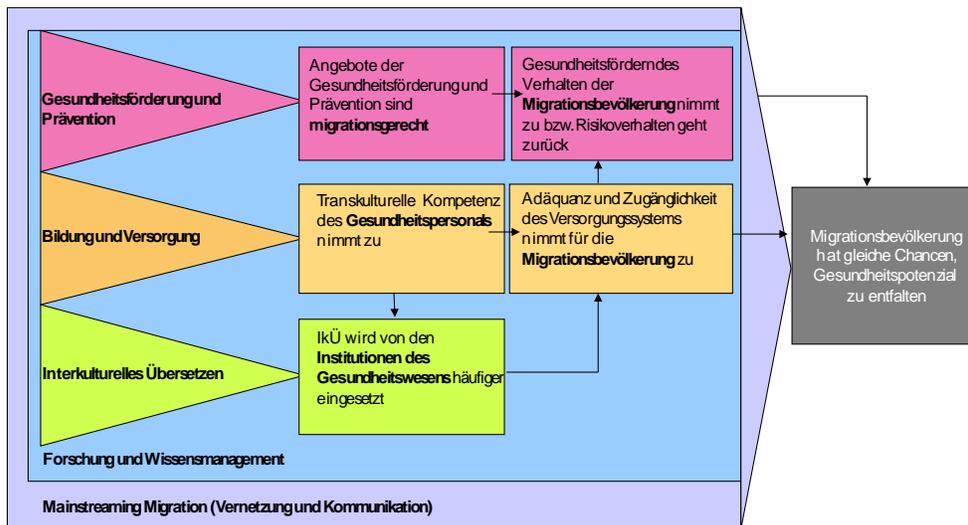
¹⁹ "Weiterentwicklung der schweizerischen Integrationspolitik", Bericht und Empfehlungen der TAK vom 29.6.2009

²⁰ Bundesratsbeschluss vom 2.7.2002 (Phase I) und vom 27.6.2007 (Phase II).

²¹ Initiativen der WHO und der EU, Empfehlungen des Europarats zu Mobilität, Migration und Zugang zur Gesundheitsversorgung (16.11.2011) und der Erklärung von Bratislava anlässlich der 8. Konferenz der

Die Massnahmen des Programms sind vier thematischen **Handlungsfeldern** zugeordnet: Gesundheitsförderung und Prävention, Bildung und Versorgung im Gesundheitswesen, interkulturelles Übersetzen sowie Forschung und Wissensmanagement. Das Handlungsfeld Kommunikation und Vernetzung nimmt als Querschnittsaufgabe zu den thematischen Handlungsfeldern die Information und Sensibilisierung relevanter Akteure im Gesundheitsbereich wahr, sodass diese die Migrationsbevölkerung in ihren Aktivitäten (Forschung, Planung, Umsetzung, Evaluation) mitberücksichtigen. Diese Einflussnahme wird auch mit dem Begriff „Mainstreaming“ bezeichnet und stellt ein zentrales Handlungsprinzip der Strategie Migration und Gesundheit dar, um die Rahmenbedingungen für die Migrationsbevölkerung zu verbessern.²²

Abb. 1: Handlungsfelder und Zielsetzungen Programm Migration und Gesundheit 2008-2013



Quelle: Interface (2009): Evaluationssystem für die Strategie Migration und Gesundheit, Phase II: 4.

Die langfristigen Wirkungsziele wurden im Rahmen der Erarbeitung eines Massnahmenplans auf eine operative Ebene mit mittel- und kurzfristigen Zielen herunter gebrochen (Siehe Anhang 5.2). Eine Übersicht über die wichtigsten Projekte des Programms findet sich im Anhang 0. Der Stand der Zielerreichung wird in den Kapiteln Kap. 3.2.1 bis 3.2.5 dargestellt.

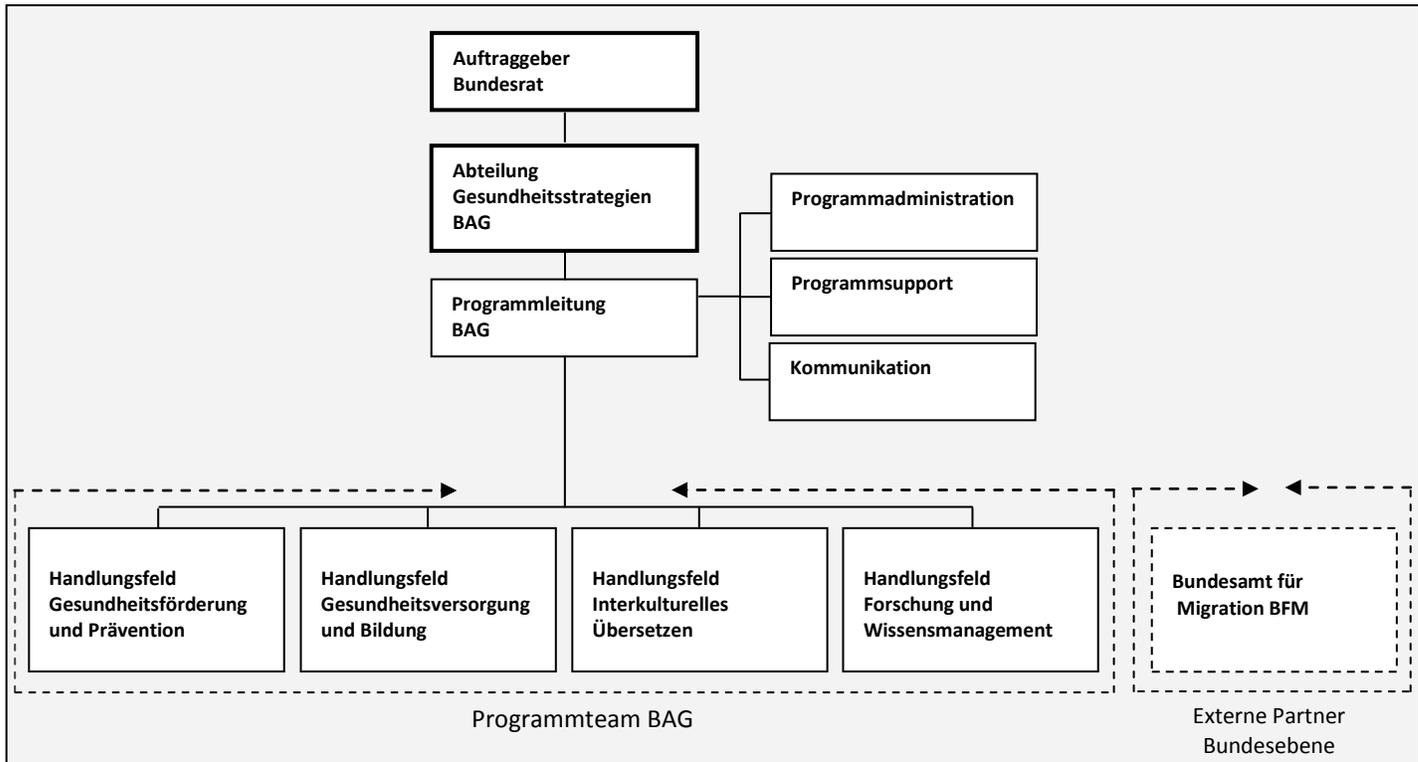
europäischen Gesundheitsminister in Bratislava 2007: Human Rights and Challenges for Health Care. Eine Übersicht über Prozesse und Deklarationen zu Migration und Gesundheit sowie zu Chancengleichheit auf internationaler Ebene findet sich im Anhang 5.12.

²²In der Strategie Migration und Gesundheit II sind weitere Handlungsprinzipien definiert. Es sind dies: integrativer Ansatz und Nachhaltigkeit, Ressourcenorientierung, Empowerment und Partizipation (Befähigung) der Migrationsbevölkerung, Gender-Sensibilität, multisektorales Vorgehen sowie Vernetzung.

2.2.2 Organisationsstruktur und Ressourcen

Nach den Erfahrungen der ersten Phase wurden die Organisationsstruktur vereinfacht und die Koordinationsgremien auf die wichtigsten Akteure begrenzt. Die Umsetzung erfolgt in Zusammenarbeit mit einer Vielzahl nationaler und regionaler Akteure.

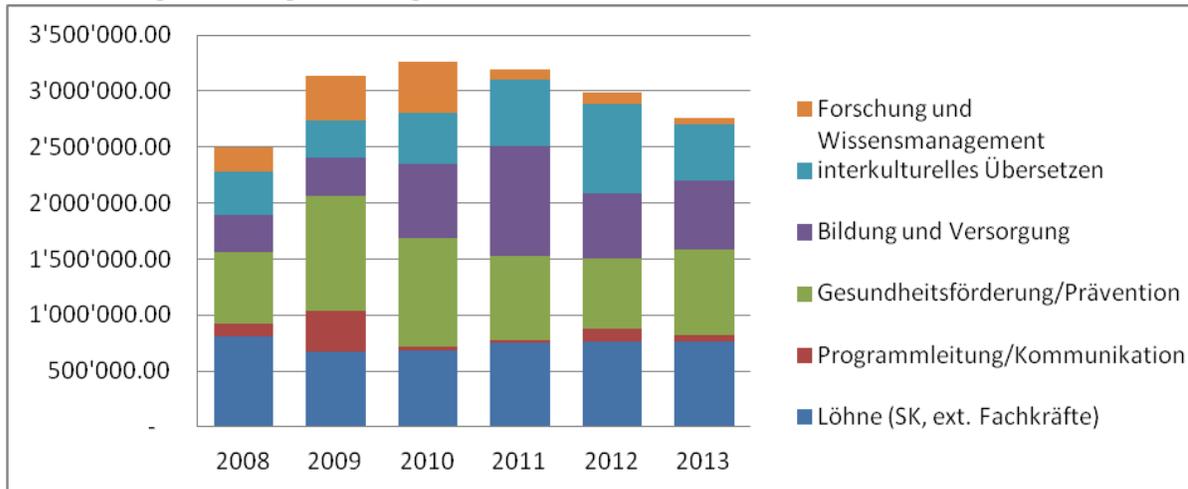
Abb. 2: Organigramm der Strategie Migration und Gesundheit 2008-2013



Quelle: Eigene Darstellung Programm Migration und Gesundheit

Das Programm Migration und Gesundheit 2008-2013 verfügt über ein Budget von durchschnittlich drei Millionen Franken und insgesamt 550 Stellenprozenten pro Jahr. In der folgenden Abbildung werden die Ausgaben in den verschiedenen Handlungsfeldern im Programmverlauf dargestellt.

Abb. 3: Ausgaben Programm Migration und Gesundheit 2008-2013



Nach dessen Konzipierung (2006) kürzte das BAG Anfang 2007 wegen Sparmassnahmen das Budget für die Umsetzung der zweiten Phase des Programms um rund 1 Million Franken pro Jahr von ursprünglich rund 4 Mio. auf rund 3 Mio. pro Jahr. Daher mussten verschiedene Vorhaben fallen gelassen oder redimensioniert werden.²³

2.2.3 Vorgehen und Methoden der Evaluation

Die Evaluation der Programms Migration und Gesundheit 2008-2013 wird nach dem Modell der «*Joint-Evaluation*», einer Kombination von Selbstevaluation, interner und externer Evaluation, durchgeführt.²⁴ Das Modell ist ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Evaluationspraxis im BAG und wurde am Programm Migration und Gesundheit getestet. Die Wahl des Programms Migration und Gesundheit hat zwei Gründe: Erstens stand nach der überwiegend positiven Bewertung der ersten Programmphase durch eine externe Evaluation in der zweiten Phase die Programmoptimierung im Vordergrund. Zweitens wird das Programm inhaltlich und finanziell vom BAG gesteuert, wodurch die Vertragspartner verhältnismässig einfach in die Selbstevaluation eingebunden werden können.

²³ Betroffen waren folgende Vorhaben: Präventionsarbeit in Netzwerken der Migrationsbevölkerung, Präventionsspots in Migrationssprachen zu ausgewählten Themen, Migrant Friendly Hospitals, Zusammenarbeit mit dem Präventionsprojekt des Kollegiums für Hausarztmedizin/Migrationsteil, Ressortforschung zum Thema Patientenzufriedenheit/Qualität/Patientensicherheit, Kosten-Nutzenanalyse interkulturelles Übersetzen sowie die Evaluationen von Massnahmen.

²⁴ Zum Modell der 'Joint Evaluation' vgl. die Kurzdarstellung 'Neue Wege in der Evaluation' im spectra Nr. 84 'Nationale Präventionsprogramme', Jan. 2011: 12:

<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de> sowie das Evaluationssystem zur Evaluation der zweiten Programmphase:

<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02069/06696/index.html?lang=de>.

Das Modell der **«Joint-Evaluation»** zeichnet sich einerseits dadurch aus, dass Evaluationen und die zugehörige Datensammlung auf Programm- und Projektebene bei Programmstart als Gesamtsystem geplant und implementiert werden. Andererseits entsteht das Evaluationswissen innerhalb des BAG und kann somit unmittelbar für die Programmoptimierung genutzt werden. Durch das Anstossen eines organisationellen Lernprozesses bei gleichzeitiger unabhängiger Überprüfung sollen die Vorteile von Selbstevaluation und externer Evaluation zusammengebracht werden. Die Gesamtevaluation wird durch die Fachstelle Evaluation und Forschung geleitet, die auch federführend für die Synthese der verschiedenen Datenquellen und den finalen Evaluationsbericht ist.

Im Evaluationsprozess sind die Rollen folgendermassen verteilt: Die Mitglieder des Programteams sind für die **Selbstevaluation** ihrer Handlungsfelder einschliesslich der Selbstevaluation ihrer Partner verantwortlich. Die Fachstelle Evaluation und Forschung unterstützt die Selbstevaluation bei der Datenerhebung, -aufbereitung und Interpretation und ist für die Evidenzbasierung und Qualitätskontrolle der Evaluation verantwortlich. Zudem hat die Fachstelle im Rahmen der Evaluation ein **externes Mandat «Kontextanalyse Migration und Gesundheit»** vergeben.²⁵ Die Erfahrungen der ersten Programmphase hatten gezeigt, dass die Strategie in allen bearbeiteten Handlungsfeldern über beschränkte Steuerungsmöglichkeiten verfügt und die Umsetzung in hohem Masse von einem dynamischen Umfeld beeinflusst ist. Deshalb legte die Evaluation der zweiten Programmphase einen Schwerpunkt auf die Analyse des Umfelds gelegt. Da eine umfangreiche Kontextanalyse die internen Kapazitäten im BAG übersteigt, wurde diese extern an Büro Vatter AG vergeben.²⁶

Die **Fragestellungen** der Evaluation betreffen Relevanz und Kontext des Programms, Übereinstimmung mit Tätigkeiten anderer Akteure, Programmverlauf und Grad der Zielerreichung. Die Gesamtevaluation beruht auf verschiedenen **Datengrundlagen**, namentlich auf Dokumentenanalysen²⁷, der Auswertung parlamentarischer Vorstösse, persönlichen Interviews mit 18 Schlüsselpersonen, einer schriftlichen Befragung von 431 Beteiligten und Betroffenen (Stakeholdern) aus den Bereichen Gesundheit, Bildung, Soziales und Migration sowie den Ergebnissen der begleiteten Selbstevaluation des Programteams und seiner Vertragspartner.

Ein zentrales Gefäss für die Synthese der Evaluationsresultate ist der jährlich durchgeführte **Evaluationsworkshop**. An ihm nehmen die intern Evaluierenden, das Programteam und die externe Mandatsnehmerin teil.²⁸

Die Zielerreichung des Programms wird an den ursprünglich gesetzten Zielen gemessen.²⁹ Allfällige Änderungen des Programmverlaufs werden in den Kapiteln zu den einzelnen

²⁵ Die vollständigen Berichte des externen Mandates Kontextanalyse können unter folgendem Link heruntergeladen werden: <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02069/06696/index.html?lang=de>.

²⁶ Die Berichte des Mandats Kontextanalyse finden sich unter folgendem Link: <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/01976/index.html?lang=de>.

²⁷ Dabei wurden Planungsunterlagen, Gesetzesbotschaften, wissenschaftliche Studien, Fachliteratur, Presse und Quellen aus dem Internet berücksichtigt.

²⁸ Die Vertragsnehmer für die einzelnen Projekte des Programms wurden in dieser Pilotevaluation nach dem Modell der 'Joint Evaluation' bislang nicht in den Synthese- Prozess eingebunden.

Handlungsfeldern (3.2.1. bis 3.2.5) beschrieben. In der Gesamtbeurteilung werden die Entwicklung des Kontext und der Programmverlauf berücksichtigt. Die Evaluation orientiert sich an den Evaluations-Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft SEVAL.

Eine Übersicht über die Evaluationsfragen und –methoden sowie weitere Informationen zur Datenerhebung finden sich im Anhang 5.1 und 5.2.

²⁹ Die Wirkungsziele des Programms wurden im Rahmen der Erarbeitung des Massnahmenplans auf operative Ziele herunter gebrochen. Zu den verschiedenen Stufen der operativen Ziele und den zugehörigen Indikatoren siehe die Wirkungsmodelle der Handlungsfelder im Anhang 5.2.

3. Evaluationsergebnisse

3.1 Ergebnisse der Umfeldanalyse

3.1.1 Entwicklung der Problemlage

Die beiden bisher durchgeführten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zeigen für bestimmte Migrationsgruppen in verschiedenen Bereichen gesundheitliche Defizite im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung auf.³⁰ Die ältere und weibliche Migrationsbevölkerung ist gesundheitlich besonders belastet. Als Problemfelder erweisen sich insbesondere die reproduktive und sexuelle Gesundheit, die Zahngesundheit, die Psychische Gesundheit, ein erhöhtes Unfallrisiko, mehr berufsbedingte Beschwerden und ein erhöhtes Invalidisierungsrisiko. Bestimmte Gruppen von Migranten und Migrantinnen haben zudem ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten.³¹ Problematisch für eine angemessene Behandlung sind zudem bestehende Verständigungsprobleme.³² Ein unzureichendes Wissen über das Gesundheitssystem sowie eine geringe Gesundheitskompetenz können dazu führen, dass medizinische Angebote erst spät oder gar nicht in Anspruch genommen werden.

Trotz ihres schlechteren Gesundheitszustandes nehmen Migrantinnen und Migranten das Gesundheitssystem im Allgemeinen nicht häufiger, sondern tendenziell etwas weniger als die einheimische Bevölkerung in Anspruch. Lediglich Notfallstationen und Spitalambulatorien werden häufiger von Personen aus dem Asylbereich in Anspruch genommen. Zudem sind die Hospitalisierungsraten bei psychisch Erkrankten sowie für bestimmte chronische Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten) erhöht.³³

Dabei hat sich die gesundheitliche Problemlage in den letzten Jahren kaum verändert. Weil sich die gesundheitlichen Defizite der Migrationsbevölkerung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung im Alter verstärken, ist die Vermeidung von Zugangsproblemen in der Gesundheitsversorgung und die Berücksichtigung der Migrationsbevölkerung in Präventionsprogrammen und bei der Früherkennung von besonderer Bedeutung.

Bezüglich des wichtigsten Einflussfaktors auf die Gesundheit, der sozialen Lage, ist die Migrationsbevölkerung heterogen, der grössere Teil hat aber ein im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung niedrigeres Bildungs- und Einkommensniveau und ist öfter von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen.³⁴ In Bezug auf die soziale Lage der Migrationsbevölkerung zeichnet sich infolge der im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens mit der EU

³⁰ Wichtigste Datengrundlage ist das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung, GMM I (2004) und GMM II (2010). Für einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Gesundheitsmonitorings siehe „Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“ <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00572/index.html?lang=de>.

³¹ Belegt ist dies bezüglich des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und bezüglich des Rauchens.

³² Gemäss GMM II bestehen je nach Gruppe bei 12 bis 45% der Befragten Verständigungsprobleme in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Bei den befragten Personen aus dem Asylbereich sind diese noch deutlicher ausgeprägt.

³³ Moreau-Gruet, F. & Luyet, S. (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen, Obsan Bulletin 1/2012.

³⁴ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/dos/la_population_etrangere.html

gewandelten Zulassungsbedingungen eine Veränderung ab. Seit Ende der 90er Jahre wandern vermehrt gut ausgebildete Personen aus dem EU-Raum in die Schweiz ein. Seit 2006 hat die Erwerbstätigkeit den Familiennachzug als Haupteinwanderungsgrund abgelöst. Bei der neu zugewanderten Bevölkerung zeichnet sich eine Reduktion der Problemlage ab.³⁵ Dieser Trend dürfte sich gemäss den Bildungsprognosen des BFS für die Migrationsbevölkerung längerfristig verstärken (vgl. Anhang 5.9.).

Andererseits erreichen die in der Schweiz verbliebenen Migrantinnen und Migranten, die während der Hochkonjunktur in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als Arbeitskräfte für die Industrie einwanderten, demnächst das Rentenalter. Diese Gruppe weist aufgrund ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen grössere gesundheitliche Defizite auf, wobei sich die Defizite zur schweizerischen Bevölkerung im Alter noch verstärken (vgl. Guggisberg et al. 2011).

Ferner hat die Zahl der Asylgesuche und –gewährungen seit 2009 markant zugenommen.³⁶ Zur aktuellen Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung siehe Anhang 5.8. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass auch in Zukunft Gruppen von Migranten und Migrantinnen, u.a. Personen, die sich schon lange in der Schweiz aufhalten und Personen aus Ländern ausserhalb des EU-Raums sowie Asylsuchende und Sans-papiers, gesundheitlich besonders gefährdet sind und einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem haben.

3.1.2 Entwicklung des Umfelds

Die im Rahmen der Evaluation der zweiten Programmphase durchgeführte Kontextanalyse zeigt für das Programm förderliche und hinderliche Entwicklungen auf und gibt Hinweise auf Chancen und Risiken für die weitere Umsetzung.

Das gesellschaftliche Klima und erfahrene Diskriminierung wirken sich direkt auf die Integration und das gesundheitliche Wohlbefinden der Migrationsbevölkerung aus.³⁷ Indirekt kann sich ein gegenüber der Migrationsbevölkerung abweisendes gesellschaftliches Klima negativ auf die Bereitschaft von Behörden und gesellschaftlichen Akteuren auswirken, sich für das Anliegen Migration und Gesundheit einzusetzen.

Die Umfeldanalyse kommt zum Schluss, dass das **gesellschaftliche Klima** gegenüber der Migrationsbevölkerung in den letzten Jahren abweisender geworden ist. Dies wird illustriert durch die Debatte im Zeichen der *Volksabstimmungen* über die Initiativen „Gegen den Bau von Minaretten“ (2009) und „Für die Ausschaffung krimineller Ausländer“ (2010), die beide von Volk und Ständen angenommen wurden. In der *medialen Berichterstattung* wurde Migration lange vor allem in Zusammenhang mit Missbräuchen in den Bereichen Invalidenversicherung und Sozialhilfe, Verkehrssicherheit („Raser“) oder Kriminalität thematisiert. Diese Themen wurden inzwischen von einer allgemeineren Debatte über

³⁵ Eine langfristige Reduktion der Problemlage ist auch gemäss den Bildungsprognosen des BFS für die Migrationsbevölkerung zu erwarten (vgl. Anhang 5.9.).

³⁶ Rüefli /Huegli 2012: 41.

³⁷ Vgl. das im Rahmen der Evaluation der ersten Programmphase erstellte detaillierte Wirkungsmodell und die dazugehörigen Interventionshypothesen zur Strategie Migration und Gesundheit, Ledermann et al. 2006.

negative Folgen der Zuwanderung (Lohndruck, Überbevölkerung, Verkehrsprobleme, Wohnungsknappheit, Zersiedelung, etc.), abgelöst, die im Fokus der 2011 von der SVP lancierten Volksinitiative „Gegen Masseneinwanderung“ steht. Ab 2010 fand zunehmend auch die Migration gut ausgebildeter *Personen* ihren Niederschlag in den Medien (Besetzung hoher Kaderstellen in der Wirtschaft, in Spitälern und Universitäten). Die politischen Umwälzungen im arabischen Raum seit Februar 2011 intensivierten die seit längerem anhaltenden Diskussionen über die schweizerische **Asylpolitik** und die Unterbringung von Asylsuchenden. Die Tendenz zur Verschärfung der Asylpolitik könnte einerseits zu einer Verschlechterung der sozialen Lage für Personen aus dem Asylbereich führen. Andererseits könnte sich die beabsichtigte Beschleunigung der Asylverfahren - sofern rechtsstaatliche und völkerrechtliche Prinzipien eingehalten werden - positiv auf die Situation der Betroffenen auswirken.

Unstimmigkeiten bezüglich der Zielgruppen des Programms Migration und Gesundheit und derjenigen der Asylpolitik bestehen auch in der zweiten Programmphase fort und wirken sich erschwerend für Programmaktivitäten zugunsten von Sans-papiers oder Asylsuchenden aus. So sieht die Schweizerische Asyl- und Ausländerpolitik Integrationsmassnahmen nur für anerkannte Flüchtlinge und AusländerInnen mit rechtmässigem Aufenthaltsstatus in der Schweiz vor. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind jedoch auch die besonders vulnerablen Gruppen der Asylsuchenden und der Sans-papiers von Bedeutung. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) gilt dementsprechend explizit für alle in der Schweiz wohnhaften Personen, schliesst also auch diese Personengruppen ein.

Die Auswertung **parlamentarischer Vorstösse** führt zum Schluss, dass die Anliegen der Strategie Migration und Gesundheit für das Bundesparlament kaum von Bedeutung sind und dort ebenfalls wenig Rückhalt finden. Wie die Medienberichterstattung drehen sich Vorstösse zum Thema Migration vielfach um Missbrauchsverdacht in der Invalidenversicherung oder Forderungen nach einer restriktiveren Ausländer- und Asylpolitik. Für die Strategie Migration und Gesundheit förderliche Vorstösse sind dagegen deutlich in der Minderheit.³⁸ Als Reaktion auf die in den letzten Jahren verstärkte Zuwanderungsdebatte hat aber auch die **Integrationspolitik** Aufwind erhalten, was zu einer rechtlichen Verankerung der Ziele der schweizerischen Integrationspolitik im Ausländergesetz und der Integrationsverordnung geführt hat. Diese rechtliche Verankerung ist förderlich für die Strategie Migration und Gesundheit, die inzwischen Bestandteil des Massnahmenpaketes Integration des Bundes ist (Vgl. Anhang 5.7). Da die Integrationsmassnahmen der Bundesstellen unter der Koordination des Bundesamtes für Migration (BFM) aufeinander abgestimmt und im Zusammenwirken aller staatlichen Ebenen mit den Sozialpartnern, Nichtregierungs- und Ausländerorganisationen realisiert werden sollen, bieten sich vielfältige Anknüpfungspunkte für das Einbringen gesundheitlicher Anliegen in andere Politikbereiche. Verschiedene Massnahmen der Integrationsförderung wie die

³⁸ Von den seit 2003 eingereichten gegen 4000 parlamentarischen Vorstössen finden sich 25 Vorstösse zum Thema Migration und Gesundheit; nur zwei davon wurden überwiesen. Die übrigen Vorstösse wurden abgelehnt oder nicht behandelt (Rüefli / Huegeli 2012: 30-31).

Förderung des Erwerbs einer Landessprache, die Frühförderung von Kindern, Massnahmen zur beruflichen Integration und Qualifizierung unterstützen die Zielerreichung der Strategie Migration und Gesundheit, indem sie positiv auf die soziale Lage der Migrationsbevölkerung auswirken.

Dabei bestehen in den **Sprachregionen** unterschiedliche Voraussetzungen für die Umsetzung gesundheits- und sozialpolitischer Massnahmen. So sind strukturorientierte Problemlösungsansätze, die auf die Veränderung der Verhältnisse und den Abbau struktureller Hindernisse abzielen, in der Westschweiz weiter verbreitet und besser akzeptiert. Demgegenüber haben derartige Massnahmen in der Deutschschweiz, wo die individuelle Eigenverantwortung und die Verhaltensprävention tendenziell stärker in den Vordergrund gerückt werden, einen vergleichsweise schweren Stand. Hingegen wird die Deutschschweiz in Fachkreisen im Bereich der transkulturellen Kompetenz als aktiver wahrgenommen.

In der **Gesundheitspolitik** dominieren nach wie vor versorgungspolitische Themen wie KVG-Revision, Spital- und Pflegefinanzierung, Managed Care, Medikamentenpreise oder ärztliche Grundversorgung die politische Agenda. Vor diesem Hintergrund sind die Akteure im Bereich der Versorgung in der zweiten Programmphase noch verstärkt mit Reformen wie z.B. der Einführung der Fallkostenpauschale (Swiss DRG) absorbiert und zeigen wenig Bereitschaft, Ressourcen für prospektive Aktivitäten einzusetzen. Aufgrund des permanenten *Spardrucks* bestehen ungünstige Voraussetzungen für die Bearbeitung neuer Themen. Der Widerspruch mit operativen Vorgaben der Krankenversicherung, welche keine Finanzierung nicht-medizinischer Leistungen vorsieht, besteht fort und wirkt sich weiterhin negativ auf die Umsetzung im Handlungsfeld interkulturelles Übersetzen im Gesundheitsbereich aus.³⁹

Verbessert haben sich hingegen die Bedingungen für die Bearbeitung des Themas Migration und Gesundheit im Bereich **Prävention und Gesundheitsförderung**: So wird die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für das Gesundheitssystem zunehmend anerkannt und die strategischen und gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich werden gestärkt. Auf Bundesebene wird mit dem zurzeit im Parlament hängigen Präventionsgesetz sowie der 2011 verabschiedeten Strategie des Bundesrates in der Gesundheitspolitik eine Aufwertung dieses Bereiches angestrebt. Unabhängig vom Erfolg des Präventionsgesetzes hat Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren in den *kantonalen Gesundheitsgesetzen* an Bedeutung gewonnen. Seit 2009 verfügen alle Kantone der lateinischen Schweiz und eine Mehrheit der restlichen Kantone über kantonale Pläne für Prävention und Gesundheitsförderung, in denen auch das Thema Migration und Gesundheit berücksichtigt ist. Auch innerhalb der Vereinigung der Beauftragten für Gesundheitsförderung VBGF hat sich das Thema Migration und Gesundheit etabliert und ist auch bei nicht-staatlichen Akteuren relativ gut strategisch verankert. Gemäss der Einschätzung der Befragten gehen spezifische Migrationsprojekte vielerorts in die Regelstrukturen der Gesundheitsförderung und Prävention über.⁴⁰

³⁹ Ledermann et al. 2006: 29.

⁴⁰ So ist gemäss einer Stakeholderbefragung das Bewusstsein für das Thema Migration und Gesundheit bei einzelnen Themen, wie beispielsweise gesundes Körpergewicht oder sexuelle und reproduktive Gesundheit,

Eine weitere Kontextentwicklung, die sich künftig positiv auf die Datenlage und Anliegen des Programms Migration und Gesundheit auswirken könnte, ist die 2009 verabschiedete **Qualitätsstrategie** des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen. Darin wird der chancengleiche Zugang für alle zu Leistungen der Gesundheitsversorgung explizit als eine Zieldimension bezeichnet, an der die Qualität der Gesundheitsversorgung gemessen werden soll. Bei den weiteren Zieldimensionen handelt es sich um Sicherheit, Wirksamkeit, Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit und Effizienz der Leistungserbringung (BAG 2009: 48). Die Stossrichtung der Strategie Migration und Gesundheit und die Zielgruppe der Leistungserbringer im Gesundheitsbereich stimmen dabei gut mit der Qualitätsstrategie überein. So zielt das im Rahmen des Programms Migration und Gesundheit umgesetzte Projekt „Migrant Friendly Hospitals“ auf eine verbesserte Behandlungsqualität durch patientenzentrierte Dienstleistungen in den Spitälern ab, welche allen Patientinnen und Patienten zugutekommt. Das interkulturelle Übersetzen trägt seinerseits zu sicheren und wirksamen Gesundheitsdienstleistungen für die Migrationsbevölkerung bei.⁴¹

Als Folge wachsender sozialer Unterschiede hat das Thema gesundheitliche Ungleichheit auch auf **internationaler Ebene** an Bedeutung gewonnen. So haben sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Europäische Union (EU) und der Europarat im letzten Jahrzehnt verstärkt der Thematik der gesundheitlichen Ungleichheiten angenommen und Empfehlungen an die Staaten verfasst, einen chancengleichen Zugang zum Gesundheitssystem zu verwirklichen. Auf internationaler Ebene gibt es eine Reihe von Deklarationen, die auf Chancengleichheit allgemein als auch migrationspezifisch ausgerichtet sind (Siehe Anhang 5.12). Da die Einflussfaktoren für gesundheitliche Ungleichheit grösstenteils ausserhalb des Gesundheitsbereichs liegen, ist ihnen ein *Fokus auf die Einflussfaktoren der Gesundheit* (Gesundheitsdeterminanten) gemeinsam.

In der Schweiz ist durch die Entwicklung einer gesamtschweizerischen Strategie zur **Armutsbekämpfung** (2010) eine positive Dynamik in Richtung gesundheitliche Chancengleichheit zu verzeichnen. Die Armutspolitik verbessert die soziale Lage der Begünstigten und leistet somit einen positiven Beitrag zur Verbesserung eines zentralen Einflussfaktors für Gesundheit. Aufgrund des hohen Anteils der von Armut betroffenen Migrationsbevölkerung kommt diese der Migrationsbevölkerung in hohem Masse zugute, was die Zielerreichung des Programms Migration und Gesundheit fördert. Da sektorenübergreifende Problemlösungsansätze in der Gesundheitspolitik noch wenig entwickelt sind, sind die Bereiche Armutsbekämpfung und Gesundheit bislang noch kaum miteinander verknüpft. So war das BAG nicht an der Erarbeitung der gesamtschweizerischen Strategie zur Armutsbekämpfung beteiligt.

stark entwickelt (Rüefli und Huegli 2012: 28,

<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02069/06696/index.html>).

⁴¹ Vgl. dazu Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser sowie die Spitäler der Schweiz H+, welche eine patientengerechte Versorgung als zentral für die Sicherung der Qualität anerkennen. Dazu leistet auch interkulturelles Übersetzen einen Beitrag

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/institutionen/oeffentliche_statistik/bundesstatistik/mehrjahresprogramm.html.

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über für das Programm zentrale Kontextentwicklungen seit Beginn der Strategie Migration und Gesundheit.

Tabelle 1: Zusammenfassung der Einschätzung zentraler Kontextentwicklungen

Legende: 👍 förderlich 👎 hinderlich ↓ Verschlechterung ↑ Verbesserung = gleichbleibend / neutral

| Themenfeld | Wirkung auf das Programm Migration und Gesundheit II | Entwicklung seit Beginn der Strategie Migration und Gesundheit |
|----------------------------|--|--|
| Gesellschaftliches Klima | 👎 | ↓ |
| Asylpolitik | unklar | ↓ |
| Bundesparlament | = | = |
| Gesundheitspolitik | 👎 | = |
| Präventionsgesetzgebung | 👍 | ↑ |
| Integrationspolitik | 👍 | ↑ |
| Internationale Entwicklung | 👍 | ↑ |
| Armutspolitik | 👍 | ↑ |

3.1.3 Entwicklung des Wissens

Die Evaluation der ersten Programmphase kam zum Schluss, dass die Handlungsfelder des Programms Migration und Gesundheit insgesamt gut dem aktuellen Wissenstand entsprachen und das dem Programm zugrunde liegende Wirkungsmodell plausibel und in Fachkreisen gut abgestützt war. Wissenslücken wurden insbesondere in Bezug auf die Zugangs- und Versorgungsprobleme festgestellt, was jedoch nicht nur für die Migrationsbevölkerung gilt. Weiter waren die Kostenfolgen der gesundheitlichen Benachteiligung von Teilen der Migrationsbevölkerung für die Gesellschaft empirisch nicht geklärt, konnten aber im Wirkungsmodell plausibel dargelegt werden (vgl. Anhang 5.2 'Problemstruktur und empirische Abstützung der Strategie Migration und Gesundheit').

Diese Feststellungen treffen auch noch für die zweite Programmphase zu. Allerdings konnte die Evidenzlage punktuell verbessert werden. So untermauert eine Vorstudie „Kosten und Nutzen des Interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen“ den volkswirtschaftlichen Nutzen des interkulturellen Übersetzens. Gemäss der Studie verursacht der Einsatz des interkulturellen Übersetzens kurzfristig zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen, denen aber langfristig Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft entgegen stehen.⁴²

⁴² Gehrig, M. & Graf, I. (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie).

Aus dem Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II, 2010) stehen aktuelle Ergebnisse zur Problemlage der Migrationsbevölkerung zur Verfügung.⁴³ Neue Erkenntnisse stehen zudem in den Bereichen Gesundheitssituation von Sans-papiers, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Ernährung, transkulturelle Prävention, Gesundheitskompetenzen, Gesundheitsförderung im Alter, soziale Netzwerke, Hintergründe der Invalidisierung, Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen und zu den Kosten der Gesundheitsversorgung zur Verfügung.⁴⁴

Mittelfristig könnte sich die Datenlage bezüglich des chancengleichen und patientengerechten Zugangs zu Gesundheitsleistungen durch die Datenerhebung im Rahmen der Qualitätsstrategie des Bundes und der Entwicklung einer ambulanten Statistik der Gesundheitsversorgung verbessern⁴⁵, sofern es gelingt, migrationsspezifische Aspekte in diese Datenerhebungen zu integrieren.

3.1.4 Gesamtschau und Folgerungen

Ist die Strategie Migration und Gesundheit II dem aktuellen Umfeld noch angepasst?

Massnahmen zugunsten der Migrationsbevölkerung stehen aufgrund der Ausländerdebatte unter latentem politischem Druck.⁴⁶ Staatliches Handeln ist aber aus Sicht der öffentlichen Gesundheit berechtigt: Die Problematik gesundheitlicher Benachteiligung von Migranten und Migrantinnen kann nur aus einer gesamtgesellschaftlichen Sicht angemessen erfasst werden. Wie für die Qualitätssteigerung allgemein, bestehen für die einzelnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen keine finanziellen Anreize aktiv zu werden, da allfällige Kosteneinsparungen oftmals nur längerfristig über die ganze Behandlungskette realisiert werden können.⁴⁷ Die aus gesundheitlicher Benachteiligung entstehenden Kosten müssen langfristig im Sozialbereich (z.B. der Invalidenversicherung) getragen werden.⁴⁸

⁴³ Im GMM 2010 wurden 3000 Migrantinnen und Migranten aus Portugal, der Türkei, Serbien, dem Kosovo, Sri Lanka und Somalia in ihrer Muttersprache telefonisch befragt. Der Fragebogen orientierte sich an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und umfasste Fragen zu Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz sowie Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12535/index.html?lang=de>.

⁴⁴ Forschungskonzept Migration und Gesundheit 2010.

⁴⁵ Siehe "Statistisches Mehrjahresprogramm des Bundes 2011-2015"

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/institutionen/oeffentliche_statistik/bundesstatistik/mehrfjahresprogramm.html) verbessert werden.

⁴⁶ Massnahmen für negativ konnotierte Zielgruppen geniessen generell geringe politische Unterstützung selbst wenn von ihnen ein volkswirtschaftlicher Nutzen zu erwarten ist. Schneider, A. & Ingram, H. 1993: Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy. *American Political Science Review* 87/2.

⁴⁷ Dies wurde am Beispiel des interkulturellen Übersetzens in einer Vorstudie untersucht (Gehrig, M. & Graf, I. (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen). Die Hauptstudie wurde aus Ressourcengründen bislang nicht durchgeführt. Für andere Bereiche wurde dies im Wirkungsmodell der Strategie Migration und Gesundheit und in den dazugehörigen Interventionshypothesen plausibel dargelegt, ist aber nicht empirisch belegt (Ledermann et al. 2006).

⁴⁸ Zum Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung mit dem Invalidisierungsrisiko siehe Guggisberg et al. (2010).

Die Strategie Migration und Gesundheit II ist im Einklang mit aktuellen politischen Entwicklungen auf nationaler und kantonaler Ebene sowie mit den strategischen Zielen des BAG. Die Massnahmen des Programms Migration und Gesundheit II tragen durch die Verbesserung der Patientengerechtigkeit zu einem qualitativ besseren Gesundheitswesen bei, das allen Leistungsempfängern zugutekommt. Damit trägt das Programm Migration und Gesundheit II zur Verwirklichung des strategischen Ziels des BAG "Rahmenbedingungen schaffen zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochstehenden und für alle zugänglichen Gesundheitsversorgung" bei. Gleichzeitig leistet sie einen Beitrag bei der Migrationsbevölkerung zur "Festigung der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung", die ebenfalls in den strategischen Zielen des BAG verankert ist. Aufgrund der Ergebnisse der Kontextanalyse ist ein Fokus auf die Migrationsbevölkerung bei der Verfolgung der Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit weiterhin gerechtfertigt. Die strategischen Handlungsfelder und die verfolgten Zielsetzungen sind aufgrund der Problemlage weiterhin aktuell und decken sich weitgehend mit den von den Stakeholdern als vordringlich bezeichneten Schwerpunkten.⁴⁹

Ein Engagement des Bund im Bereich Migration und Gesundheit ist bei den Stakeholdern unbestritten. Begründet wird dies mit der Notwendigkeit von Koordination auf nationaler Ebene, der Vorbildfunktion des Bundes und dem anhaltenden Handlungsdruck.⁵⁰ Vom Bund wird insbesondere erwartet, dass er dem Thema Migration und Gesundheit Sichtbarkeit und Legitimation verleiht. Gerade im gesellschaftspolitisch schwierigen Umfeld, das sich in den vergangenen Jahren noch verschlechtert hat, ist die Signalwirkung des Bundesprogramms von grosser Bedeutung und wird von den befragten Personen stark hervorgehoben. Mit der gestiegenen Verbindlichkeit der Integrationsförderung auf politischer Ebene ist auch das BAG verstärkt in der Pflicht, einen Beitrag zum 'Massnahmenpaket Integration des Bundes' im Bereich Gesundheit zu leisten.

Aufgrund der Problemlage und der Entwicklung des Wissens zeichnen sich Modifikationen, aber keine grundsätzlichen Änderungen in der Ausrichtung des Programms ab. So ist aufgrund der Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings ein verstärktes Engagement bei der älteren Migrationsbevölkerung angezeigt. Aufgrund der Verschiebung der Einwanderungsgründe hin zu Erwerbstätigkeit sollte schliesslich ein vermehrter Zugang zur Migrationsbevölkerung über den Arbeitsplatz in Betracht gezogen werden.

⁴⁹ Aus Sicht der Stakeholder sollten sich Aktivitäten im Bereich Migration und Gesundheit künftig den folgenden Schwerpunkten widmen (in der Reihenfolge der Bedeutung): Informationsvermittlung und Beratung an MigrantInnen, Öffnung von Institutionen (Migrations-Mainstreaming) und Förderung der transkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals, Förderung des Dolmetschens bzw. der ikÜ, Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, Aktivitäten der Gesundheitsförderung bzw. Prävention allgemein bzw. in den spezifischen Bereichen psychische Gesundheit, Ernährung und Bewegung sowie Förderung der Gesundheitskompetenz (Huegli /Rüefli 2011: 3).

⁵⁰ 85% der befragten Stakeholder sind der Ansicht, dass Migrantinnen und Migranten bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung mit spezifischen Problemen konfrontiert sind (Huegli / Rüefli 2011: 20ff.).

Folgerungen für die Programmgestaltung:

Dynamik laufender politischer Prozesse nutzen

Insgesamt beginnt sich das Umfeld in der Schweiz für eine **bereichsübergreifende Chancengleichheitspolitik** zu verbessern. So wurden die konzeptionellen Grundlagen (Leitbilder u.ä.) und die gesetzlichen Grundlagen im Einklang mit der Entwicklung auf internationaler Ebene in den letzten Jahren auf kantonaler als auch auf Bundesebene gestärkt: Verschiedene Kantone haben unterschiedliche Aktivitäten zur Förderung der Chancengleichheit zusammengeführt.⁵¹ Auf Bundesebene wurde die Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen entwickelt. Der Entwurf für ein nationales Präventionsgesetz ist im Parlament hängig. Zudem sind erste departementsübergreifende Querschnittspolitiken (Integrationsförderung, Armutsbekämpfung) entstanden. Die genannten Vorhaben verfolgen inhaltlich ähnliche Stossrichtungen und/oder haben dieselben Zielgruppen wie die Strategie Migration und Gesundheit. Diese Dynamik sollte genutzt werden, um bei sich bietenden Gelegenheiten das Anliegen Migration und Gesundheit in diese laufenden Prozesse einzubringen.

Die Strategie Migration und Gesundheit ist inzwischen Teil des Massnahmenpakets Integration des Bundes, dessen explizite Zielsetzung die Abstimmung der verschiedenen Bundesstellen im Hinblick auf Integrationsförderung ist (Vgl. Anhang 5.7). Neben den bisher praktizierten anwaltschaftlichen Aktivitäten (Mainstreaming gesundheitsrelevanter Prozesse für Migrationsanliegen) sollten in Zukunft verstärkt gesundheitliche Anliegen in integrationspolitische Prozesse eingebracht werden.⁵² Aufgrund der bestehenden Zuständigkeitsregelungen sind Bundesstellen die Hauptadressaten solcher Massnahmen. Im Rahmen der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration (IAM) und des Interdepartementalen Ausschusses Integration (IAI) konnten diesbezüglich bereits erste Schritte getan und Gesundheit wiederholt auf die Agenda gebracht werden. Aber auch auf kantonaler Ebene sollte dieses Vorgehen wo möglich genutzt werden. Aktuell stehen die in Entwicklung befindlichen kantonalen Integrationsprogramme im Zentrum des Interesses.

Option übergreifende Strategie 'gesundheitliche Chancengleichheit' im Auge behalten

Da nicht nur die Migrationsbevölkerung von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen ist und sozioökonomische Faktoren für deren Entstehung von grosser Bedeutung sind, stellt sich die Frage der Verfolgung einer **übergeordneten Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit**. In der Stakeholderbefragung bezeichnete eine knappe Mehrheit der antwortenden Stakeholder eine übergeordnete Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit als sinnvoll.⁵³ Als wichtigste Unterthemen einer solchen Strategie werden in erster Linie sozioökonomischer Status und Migration sowie ferner Gender und Alter angesehen. Wie die Kontextanalyse zeigt, haben bereits verschie-

⁵¹ Die Zusammenführung verschiedener Aktivitäten in den Kantonen erfolgt jedoch v.a. unter organisatorischen und finanziellen Gesichtspunkten und weniger in der Optik einer bereichsübergreifende Chancengleichheits-Politik mit Querschnittscharakter (Rüefli / Huegli 2012).

⁵² Das 'Gesundheitsmainstreaming' des Integrationsbereiches entspricht auch den Handlungsempfehlungen des Europarates zu Mobilität, Migration und Zugang zur Gesundheitsversorgung.

⁵³ Rüefli / Huegli 2011: 56

dene Kantone unterschiedliche Aktivitäten zur Chancengleichheit zusammengeführt.⁵⁴ Eine solche Vorgehensweise ist jedoch in der Umsetzung äusserst anspruchsvoll und setzt entsprechende institutionelle Kapazitäten und spezifische Kompetenzen voraus, die bislang erst punktuell gegeben sind. Auch das BAG tut sich trotz bestehender konzeptioneller Grundlagen⁵⁵ schwer mit der Umsetzung dieses übergreifenden Ansatzes und auch im Programm Migration und Gesundheit gibt es diesbezüglich Optimierungspotenzial.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die aus der mündlichen und schriftlichen Stakeholderbefragung gewonnenen Pro- und Contra-Argumente im Hinblick auf eine übergeordneten Strategie ‚gesundheitliche Chancengleichheit‘.

Tabelle 2: Vor- und Nachteile einer übergeordneten Strategie ‚gesundheitliche Chancengleichheit‘ gegenüber einer spezifisch auf Migration ausgerichteten Strategie

| Vorteile | Nachteile |
|---|---|
| Auf internationaler Ebene, auf Bundesebene und in verschiedenen Kantonen nimmt Chancengleichheit an Bedeutung zu und wird zunehmend explizit als Zieldimension von Gesetzen, Leitbildern und Aktionsprogrammen angeführt. | Die Strategie Migration und Gesundheit ist thematisch klar abgrenz- und fassbar und hat sich im Feld etabliert. Das Thema (gesundheitliche) Chancengleichheit ist abstrakt und schwer vermittelbar. Es ist in der politischen Debatte noch kaum von Bedeutung. ⁵⁶ |
| Teile der einheimischen Bevölkerung sind ebenfalls von gesundheitlicher Chancenungleichheit betroffen. Als Folge einer angespannten Wirtschaftslage und möglicher Konkurrenzierung durch zugewanderte Arbeitskräfte infolge des Freizügigkeitsabkommens ⁵⁷ können vermehrt auch Teile der einheimischen Bevölkerung unter sozioökonomischen Druck geraten. Die Problemlage nimmt bei der neu einwandernden Migrationsbevölkerung tendenziell ab und bei der einheimischen Bevölkerung eher zu. | Das Problembewusstsein ist noch kaum entwickelt, es besteht eine geringere Akzeptanz im Feld. |
| Vermeidung von Stigmatisierung migrationspezifischer Projekte und ihrer Begünstigten. Umgehung des steigenden Rechtfertigungsdrucks für Projekte zugunsten der in der politisch-gesellschaftlichen Debatte negativ konnotierten Migrationsbevölkerung. | Die institutionellen Voraussetzungen für eine themenübergreifende Ausrichtung von Massnahmen sind bei Fachstellen, Verbänden und Behörden erst punktuell gegeben. Die Bearbeitung mehrerer verschiedener Querschnittsthemen birgt aufgrund ihrer Komplexität die Gefahr der Überforderung von Projekten und Projektverantwortlichen. Zudem besteht die Gefahr der Vernachlässigung einzelner Themen. |

⁵⁴ Das Beispiel von Basel Stadt, wo die Zusammenführung wieder rückgängig gemacht wurde, zeigt jedoch auch die möglichen damit verbundenen Schwierigkeiten.

⁵⁵ Leitbild Multisektorale Gesundheitspolitik des BAG (2005):

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00403/index.html?lang=de>, Massnahmenplan Diversity-Mainstreaming des Direktionsbereiches Gesundheitspolitik (2011).

⁵⁶ Dies trifft mit Ausnahme von Vorreiterkantonen insbesondere auf den deutschschweizerischen Kontext zu, vgl. Abschnitt sprachregionale Unterschiede im Kapitel 3.2 ‚Entwicklung des Kontextes‘. Eine Ausnahme dürften namentlich die Kantone Bern und St. Gallen bilden, in denen Lehmann (2010) einen ausgeprägten politischen Willen zur Förderung von sozialer (und gesundheitlicher) Chancengleichheit identifiziert.

⁵⁷ Dies aufgrund des verbesserten Bildungsstands der neu zugewanderten Migrationsbevölkerung aus dem EU-Raum und deren durch das Freizügigkeitsabkommen realisierten Gleichstellung auf dem Arbeitsmarkt.

3.2 Umsetzung und Stand der Zielerreichung

Im Folgenden wird die Umsetzung und der Stand der Zielerreichung des Programms Migration und Gesundheit 2008-2013 in den einzelnen Handlungsfeldern dargelegt. Dabei wird die Zielerreichung an den zu Beginn der zweiten Programmphase formulierten mittelfristigen Zielen gemessen.⁵⁸ In Anlehnung an eine Ampel wird abschliessend die bis 2013 absehbare Zielerreichung mit grün, orange oder rot wie folgt eingeschätzt:

- Zielerreichung kann bis Ende 2013 erreicht werden.
- Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013.
- Zielerreichung wird aus strategischen Gründen nicht weiterverfolgt.

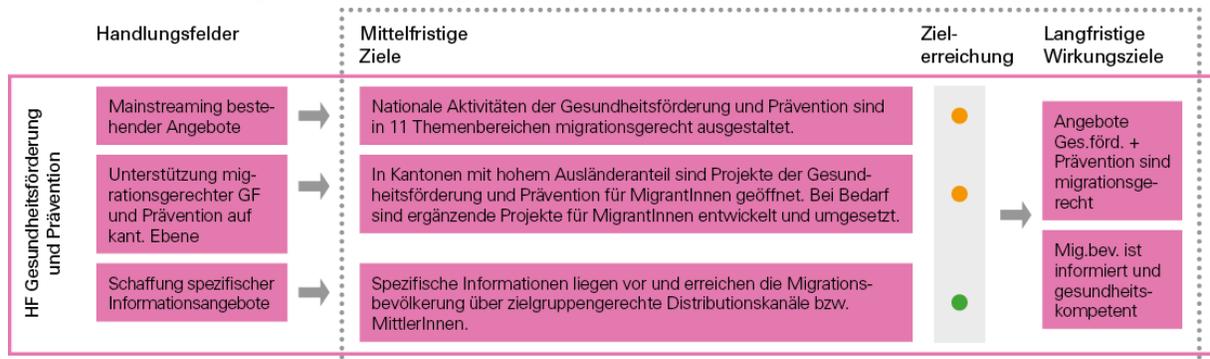
3.2.1 Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung

Rahmenbedingungen: Der im Programm Migration und Gesundheit verfolgte Ansatz stimmt gut überein mit den übrigen Aktivitäten des BAG und der Kantone im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, womit die Rahmenbedingungen für die Aktivitäten und die Aufnahmebereitschaft der Akteure in diesem Handlungsfeld vergleichsweise gut sind.⁵⁹ Aber auch in diesem Umfeld wird die Umsetzung teilweise durch fehlende finanzielle und personelle Ressourcen erschwert. Zudem führt die gleichzeitige Bearbeitung weiterer Querschnittsthemen wie Gender, Alter, sozialer Status teilweise zu einer Überforderung der kantonalen Fachstellen.

⁵⁸ Die Wirkungsziele des Programms wurden im Rahmen der Erarbeitung des Massnahmenplans auf operative Ziele herunter gebrochen. Zu den verschiedenen Stufen der operativen Ziele und den zugehörigen Indikatoren siehe die Wirkungsmodelle der Handlungsfelder im Anhang 5.2.

⁵⁹ Die Ergebnisse der standardisierten Stakeholderbefragung zeigen, dass das Thema Migration und Gesundheit in Strategien und Leitbildern der Gesundheitsförderung und Prävention am stärksten verbreitet ist. Die geringste Verbreitung findet sich in Bildungsinstitutionen bzw. in der Forschung im Gesundheitswesen. Das gleiche Bild zeigt sich bezüglich der Umsetzung konkreter Massnahmen aus (Rüefli / Huegeli 2012: 48f.).

Abb. 4: Zielsetzungen im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung



Mainstreaming⁶⁰ bestehender Angebote: Erfolge wurden insbesondere bei den Themen gesundes Körpergewicht, HIV/Aids und sexuell übertragbare Krankheiten, Tabak sowie sexuelle Gesundheit erzielt. BAG-intern konnte in verschiedenen Sektionen durch den regelmässigen Austausch eine Sensibilisierung erreicht werden. U.a. konnte dazu beigetragen werden, dass verschiedene Kampagnen auch auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet wurden. Dies betrifft die Kampagnen zu HIV-Aids, Drogen, Alkohol, Smokefree & Rauchstopplinie, Schweinegrippe sowie Informationsmaterialien für Migranten/innen im Rahmen des „Bündnis gegen Depression“. Aufgrund fehlender Ressourcen musste die Zielsetzung für die Sensibilisierung von BAG-Einheiten ausserhalb des Direktionsbereichs GP abgeschwächt. Verfolgt wird nun lediglich noch eine Themenhüterschaft für das Anliegen Migration und Gesundheit.

Insgesamt stösst das Migrations-Mainstreaming zunehmend auf Akzeptanz und zeigt allmählich positive Resultate. Im Rahmen des Subventionsvertrages des BAG mit dem SRK haben dreissig verschiedene Institutionen Beratungsdienstleistungen im Hinblick auf die Öffnung von Angeboten für die Migrationsbevölkerung in Anspruch genommen. Bei den zahlreichen Gesundheitsinstitutionen besteht jedoch noch ein beträchtliches Sensibilisierungspotenzial. Die anfangs gesetzte Zielsetzung wird bis 2013 nicht erreicht werden können.

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

Migrationsgerechte Ausgestaltung der Angebote der Gesundheitsförderung in den Kantonen: Die zu Beginn der zweiten Programmphase angestrebte Zielsetzung und das zunächst gewählte Vorgehen haben sich als unrealistisch erwiesen und basierten auf einer Fehleinschätzung des kantonalen Umfelds und der Steuerungsmöglichkeiten des Bundes. Die Anstossfinanzierung von kantonalen Bedarfsanalysen erweist sich nun als vielversprechendes Vorgehen, damit die Kantone ihre Angebote mittelfristig migrationsgerecht gestalten: Mit finanzieller Unterstützung des BAG prüfen verschiedene Kantone,

⁶⁰ Unter Migrations-Mainstreaming werden Tätigkeiten verstanden, die darauf abzielen, migrationsspezifische Anliegen systematisch in Regelstrukturen und –prozesse des Gesundheitssystem zu verankern. Siehe Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen (BAG 2008):

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12626/12627/index.html?lang=de>

ob ihre Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention auch die Migrationsbevölkerung mit einbeziehen. Bis Frühling 2013 werden voraussichtlich 14 Kantone eine Bedarfsanalyse erstellt haben.⁶¹ Die Bedarfsanalysen haben Interventionscharakter und fördern die Vernetzung und Sensibilisierung der relevanten Akteure, womit gute Voraussetzungen für das Nachfolgen konkreter Verbesserungsmassnahmen geschaffen werden. Dies wird als wichtiger Teilerfolg der zweiten Programmphase gewertet, da die Kantone in der ersten Strategieweise kaum erreicht wurden.⁶² Eine Vernetzungsplattform soll die in den Kantonen gemachten Erfahrungen allen Kantonen zugänglich machen. Gemessen an der ursprünglichen Zielsetzung ist das Programm aber mit beträchtlicher Verspätung unterwegs, da mit den nun geförderten Bedarfsanalysen zunächst die Voraussetzung für die migrationsgerechte Ausgestaltung der Angebote geschaffen wird.

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

Schaffung spezifischer Informationsangebote: Die Zielsetzung wird über die Produktion gesundheitsbezogener Informationsbroschüren in den Migrationssprachen, über die Informationsplattform www.migesplus.ch und die Vermittlungsstelle für die Prävention von Mädchenbeschneidung verfolgt.

Aufgrund der Resultate einer Bedarfsanalyse⁶³ wurde der Schwerpunkt ab 2010 auf die Bereiche psychische Gesundheit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Magen-Darm-Erkrankungen gelegt. Wie die Nutzungszahlen der Internetplattform zeigen, werden die Informationen auch genutzt (6270 Nutzer 2009, 9800 Nutzer 2010). Die Nachfrage nach Gesundheitsbroschüren hat sich seit 2004 mehr als verzehnfacht und die Zahl der Newsletter-Abonnenten hat sich seit 2006 mehr als verachtfacht.⁶⁴ Die von Caritas Schweiz geführte und vom BAG unterstützte Vermittlungsstelle für die Prävention von Mädchenbeschneidung (FGM) hat mit ihren Präventionsveranstaltungen rund 900 Migrantinnen und Migranten aus verschiedenen Herkunftsgemeinden erreicht. Das Ziel, die sozialen Normen bezüglich Mädchenbeschneidung zu verändern, kann jedoch nur durch einen langfristig angelegten Prozess erreicht werden.

Insgesamt wurden die gesetzten Programmziele gut erreicht. Die Stakeholder beurteilen den Handlungsbedarf im Bereich der Information jedoch weiterhin als vordringlich.⁶⁵

⁶¹ Bislang erarbeiten die Kantone BS, SG, TI, VD, VS, ZG, FR, NE, JU sowie LU eine Bedarfsanalyse oder haben bereits eine solche erarbeitet. Die Kantone BE, SO, BL und TG werden ihre Analyse bis im Frühling 2013 erstellen. Die bislang vorliegenden Bedarfsanalysen finden sich unter:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/12517/index.html?lang=de>

⁶² Wie aus den Unterstützungsanträgen der Kantone LU, GE und BS für die kantonalen Bedarfsanalysen hervorgeht, gab die Bundesstrategie Migration und Gesundheit zumindest Anstoss für die Entwicklung eigener Strategien.

⁶³ Büro Bass (2009): Migesplus - Informationsbedarf der Migrationsbevölkerung zu ausgewählten Gesundheitsthemen.

⁶⁴ migesplus Schlussbericht 2010: Anhang 3: Newsletter.

⁶⁵ Die antwortenden Stakeholder sehen die Rolle des Bundes primär in der Ausübung der folgenden Aufgaben: Information bereitstellen und verbreiten, Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung und Vernetzung von Akteuren Huegli, E./ Rüefli, C. 2011: 72.

Nach wie vor werden bildungsferne Migrantinnen und Migranten aus soziökonomisch benachteiligten Schichten schwer erreicht und es besteht Optimierungsbedarf hinsichtlich der Erschliessung von geeigneten Informationskanälen. Gemäss neueren Erkenntnissen unterscheiden sich Migrantinnen und Migranten in ihrem Informationsverhalten nicht wesentlich von der einheimischen Bevölkerung (Moret & Dahinden 2009).

Einschätzung: Ziel kann bis Ende 2013 erreicht werden ●.

Empfehlungen Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung

Die folgenden Empfehlungen werden u.a. aus den Ergebnissen des Evaluationsworkshops⁶⁶ vom November 2011 abgeleitet.

- Informationen vermehrt direkt an Migrantinnen und Migranten abgeben, systematische Verknüpfung mit der vom Bundesamt für Migration geplanten Erstinformation von Neuzuziehenden anstreben.
- In Absprache mit Gesundheitsförderung Schweiz Massnahmen im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung prüfen.⁶⁷
- Potenzial neuer Technologien für die Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung überprüfen.
- Weiter darauf hinwirken, dass die erstellten kantonalen Bedarfsanalysen bei der aktuellen Entwicklung kantonaler Integrationsstrategien berücksichtigt werden.

3.2.2 Handlungsfeld Bildung und Versorgung

Vorbemerkung: Im Rahmen der Massnahmenplanung für die zweite Programmphase wurde das Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung mit dem Handlungsfeld Gesundheitsversorgung zusammengelegt. Das interkulturelle Übersetzen wurde zu einem eigenen Handlungsfeld (siehe Kap. 0).

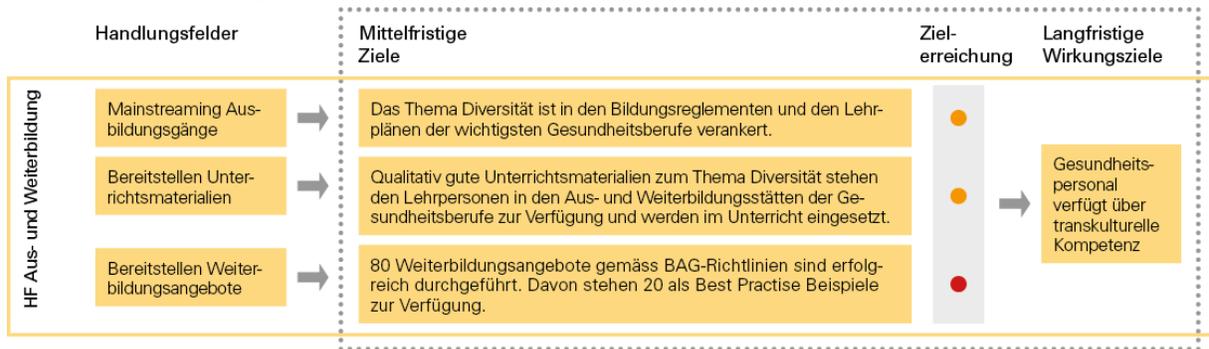
Rahmenbedingungen: Aufgrund der in den letzten Jahren vorherrschenden System- und Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen, geringer Bundeskompetenzen, der wenig ausgeprägten Sensibilisierung und des zeitweise angespannten Verhältnisses des BAG zu verschiedenen Leistungserbringern sind die Umsetzungsbedingungen und die Kooperationsbereitschaft der Akteure im Bereich der Versorgung am ungünstigsten.

⁶⁶ Der jährlich durchgeführte Evaluationsworkshop ist ein zentrales Gefäss für die Synthese der Evaluationsergebnisse. Dieser wird durch die Fachstelle Evaluation und Forschung geleitet; an ihm nehmen das Programmteam und die externen Mandatsnehmer teil. Vgl. dazu Abschnitt 2.2.3.

⁶⁷ Die Empfehlung leitet sich u.a. aufgrund der aktuellen Verschiebung der Zuwanderungsgründe ab. So hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit den Familiennachzug als Haupteinwanderungsgrund abgelöst (Vgl. Kap. 'Entwicklung der Problemlage' 3.1.1).

Bildung

Abb. 5: Zielsetzungen im Bereich Bildung



Mainstreaming Ausbildungsgänge: Der Bund hat nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, um auf den Bildungsbereich Einfluss zu nehmen.⁶⁸ Das Handlungsfeld nimmt unverbindlich zu Rahmenlehrplänen Stellung, welche die Dachorganisation der Gesundheitsberufe OdA⁶⁹ Santé in Konsultation gibt. Es hat keinen verbindlichen Einfluss auf die Akteure, welche die Bildungsreglemente festsetzen. Verschiedene Berufsgruppen (Pflegefachleute, Pflegeassistentinnen und SanitäterInnen) haben die transkulturelle Kompetenz bereits in ihr Berufsbild integriert.⁷⁰ In der Anästhesie, der Notfall- und Intensivpflege hatte das BAG keinen Einfluss auf die Rahmenlehrpläne. Da die Lehrpläne periodisch revidiert werden, bestehen kontinuierlich Möglichkeiten zur Einflussnahme. Die Abteilung Gesundheitsberufe des BAG versucht, den Zugang zu diesen Akteuren zu erleichtern, steht aber selbst in einem Spannungsverhältnis zu verschiedenen Akteuren der Gesundheitsversorgung. Eine 2010 vom Handlungsfeld Bildung und Versorgung durchgeführte Onlinebefragung⁷¹ bei den in der Bildung tätigen Organisationen gibt Hinweise darauf, dass das Thema der transkulturellen Kompetenz gesamthaft bereits recht gut in den Reglementen der beruflichen Grund- und Weiterbildung verankert ist. Bezüglich der universitären Ausbildung konnte keine zuverlässige Übersicht gewonnen werden. Es scheint jedoch, dass die überwiegende Zahl der Hoch- und Fachschulen das Thema in irgendeiner Art in ihren Lehrplänen bzw. im Kompetenznachweis von Abschlussprüfungen integriert hat.

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

⁶⁸ Dazu auch die Untersuchung der Kohärenz mit anderen Bundesprogrammen für die erste Programmphase (Ledermann et al. 2006: 27-29).

⁶⁹ Organisation der Arbeitswelt.

⁷⁰ Für die Pflegefachleute, Pflegeassistentinnen und SanitäterInnen siehe:

http://www.odasante.ch/fr/01_aktuell/pdf/be_Bildungsplan_FaGe_VN_franz_Korrektur_02_08.doc.pdf

http://www.odasante.ch/fr/03_hoehere-berufsbildung/pdf/appr_PEC_Infirmiere_ES_f.pdf.

http://odasante.ch/fr/03_hoehere-berufsbildung/pdf/Rahmenlehrplan_RS_f.pdf

Da die diesbezüglichen Entscheidungsprozesse nicht nachverfolgt werden können, kann der Einfluss des BAG auf die Berücksichtigung der transkulturellen Kompetenz in diesen Rahmenlehrplänen nicht beurteilt werden.

⁷¹ Der Rücklauf der Onlinebefragung betrug 36%, womit nicht für alle Bereiche zuverlässige Aussagen möglich sind.

Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien:

In der zweiten Strategiephase wurde die Durchführung von Lehrgängen und die Vermarktung von Unterrichtsmaterialien zum Thema transkulturelle Kompetenz dem Schweizerischen Roten Kreuz SRK überlassen. Das BAG konzentrierte seine Ressourcen auf die Entwicklung eines internetbasierten **E-learning-Instruments** 'Interaktion und Qualität', um die Behandlungsqualität für die Migrationsbevölkerung zu steigern. Das Instrument (in Deutsch, Französisch und Italienisch) soll Ärzte, Ärztinnen und Angehörige von Pflegeberufen befähigen, ihre Kommunikation mit Patienten und Patientinnen unterschiedlicher soziokultureller Herkunft zu verbessern und damit die Qualität ihrer Interventionen zu steigern. Zu diesem Zweck wurde ein externes Mandat vergeben. Dabei wird auf Erfahrungen im Ausland aufgebaut. Die mit Hilfe des E-Learning-Instrumentes erworbene transkulturelle Kompetenz soll im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung anerkannt und in Form von 'Credits' angerechnet werden. Die Arbeiten wurden 2010 aufgenommen. Die Fertigstellung des Instruments hat sich verzögert, das Instrument wird 2013 kostenlos in drei Sprachen online zur Verfügung stehen. Dessen Verbreitung und Nutzung muss aber noch über längere Zeit vorangetrieben und unterstützt werden, bis sich die Qualität der Interaktion des Gesundheitspersonals mit den Patientinnen und Patienten verbessern kann.

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

Bereitstellung von Weiterbildungsangeboten

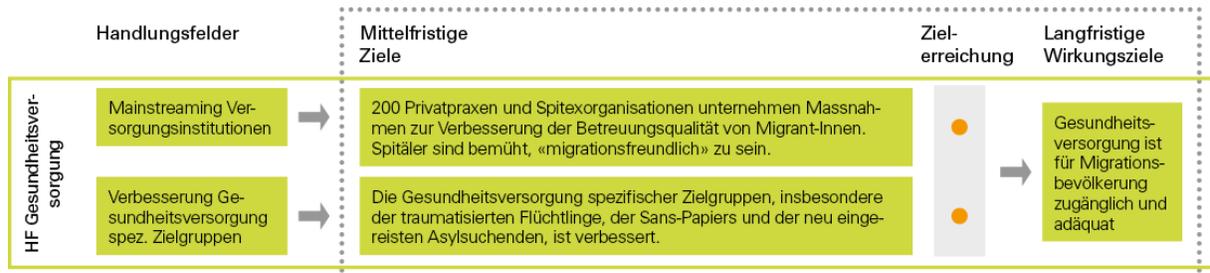
Die Zielsetzung wird nicht mehr wie ursprünglich geplant weiterverfolgt. Die Unterstützung kleinerer Ausbildungsmodule wurde nach einer Pilotphase aufgrund des als ungünstig eingeschätzten Aufwand-Ertrags-Verhältnisses gestoppt. Stattdessen wurden die Ressourcen auf die Entwicklung des oben erwähnten E-learning-Instruments zur Förderung der transkulturellen Kompetenz beim Gesundheitspersonal konzentriert.

Aktuell werden noch zwei Module zum Thema Migration und Gesundheit im Rahmen des interuniversitären Ausbildungsgangs zum Master of Public Health und des Graduiertenkollegs Gesundheitswissenschaften der Swiss School of Public Health gefördert.

Einschätzung: Ziel wird aus strategischen Gründen nicht weiterverfolgt ●.

Versorgung

Abb. 3: Zielsetzungen im Bereich Gesundheitsversorgung



Mainstreaming Versorgungsinstitutionen: Die Zielgruppen des ambulanten Bereichs (Privatpraxen/Kollegium Hausarztmedizin KHM, Spitexorganisationen) konnten nicht wie beabsichtigt erreicht werden. Das Kollegium Hausarztmedizin KHM war zwar grundsätzlich bereit, das Thema der transkulturellen Kompetenz in sein Projekt 'Gesundheitscoaching' zu integrieren. Die Realisierung scheiterte jedoch daran, dass das BAG mangels finanzieller Mittel nicht auf die entsprechende Offerte eintreten konnte.

Über das Projekt 'E-learning-Instrument' zur Förderung der transkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals (vgl. Abschnitt weiter oben 'Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien') konnten jedoch mit der 'Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte' FMH sowie dem 'Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner' SBK Schlüsselakteure im ambulanten Bereich eingebunden werden. Diese sind in der Begleitgruppe vertreten und erkennen den potentiellen Beitrag des Fortbildungsinstruments zur Steigerung der Behandlungsqualität. Aufgrund der Einbindung von FMH und SBK und von den in das Projekt 'Migrant-Friendly-Hospitals' involvierten Spitälern (s. unten) werden die Chancen, dass das E-Learning-Instrument 'Interaktion und Qualität' im ambulanten Bereich und in den Spitälern eingesetzt wird und dass die gesetzte Zielsetzung auf diesem Weg erreicht werden kann, als gut eingeschätzt.

Im Projekt '**Migrant-Friendly-Hospitals**' MFH wurden ebenfalls Richtungsänderungen vorgenommen. Den antragstellenden Spitälern bzw. Spitalverbänden wurden in der zweiten Programmphase erheblich höhere Hürden bezüglich der eingeforderten Unterstützung durch die Spitalleitungen, der finanziellen Nachhaltigkeit sowie der Evaluation und Qualitätskontrolle gestellt. Wie im ambulanten Bereich verzögerte sich auch die Umsetzung des Projektes 'Migrant-Friendly-Hospitals', da sich das Netzwerk 'Health Promoting Hospitals HPH' kurz vor dem geplanten Projektstart als Kooperationspartner zurückzog. Daraufhin sah sich das Handlungsfeld gezwungen, selbst die Koordination für das Projekt zu übernehmen. Inzwischen ist das Projekt trotz den erhöhten Anforderungen gut angelaufen. Fünf Spitäler/Spitalgruppen sind beteiligt und entwickeln Strategien für eine migrantengerechte medizinische Versorgung.⁷² Mit H+ (Die Spitäler der Schweiz) hat ein zentraler Akteur das BAG bei den Vorbereitungsarbeiten unterstützt und anerkennt die

⁷² Dazu gehören die Solothurner Spitäler AG & Kantonsspital Aarau, Kinderspital Zürich mit Universitäts-Kinderspital Basel & Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, das Centre Hospitalier Universitaire Vaudois sowie die Hôpitaux Universitaires de Genève.

im Projekt angestrebte patientengerechte Versorgung als zentral für die Sicherung der Qualität.⁷³ Das Projekt verläuft bislang planmässig. Bis im Sommer 2013 sollten die fünf teilnehmenden Spitäler bzw. Spitalverbände migrantengerechte Strukturen aufweisen. Ein Umsetzungsbericht soll im Juni 2013 vorliegen.

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

Verbesserung der Gesundheitsversorgung für spezifische Zielgruppen

Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für traumatisierte Flüchtlinge wird vom Bundesamt für Migration BFM weiterverfolgt und unterstützt. Das BAG nimmt hier eine beratende Funktion ein.

Das Handlungsfeld hat sich durch die Berichterstattung zum Postulat Heim zu Sans-papiers (Zusammenarbeit mit dem Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung KUV), die Bereitstellung von Datengrundlagen und Beispielen guter Praxis (Forschungsprojekt 'Health in Nowhereland') und durch die Vernetzung mit den Akteuren im Feld für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Sans-papiers eingesetzt. Hier bestehen jedoch wenig Steuerungsmöglichkeiten.

Bezüglich neu eingereister Asylsuchender bringt das Handlungsfeld gesundheitliche Anliegen und Arbeitsinstrumente laufend in die gemeinsame Arbeitsgruppe 'Grenzsanitarische Massnahmen' GSM des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Migration (BFM) ein. Aufgrund der auf absehbare Zeit hin andauernden Problemlage (Vgl. Kap. 3.1.1) besteht auch nach 2013 Handlungsbedarf.

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

Empfehlungen Handlungsfeld Bildung und Versorgung

Die folgenden Empfehlungen werden u.a. aus den Ergebnissen des Evaluationsworkshops⁷⁴ vom November 2011 abgeleitet.

- Eine enge Begleitung des E-Learning-Projektes sowie die Verbreitung und Nutzung des E-Learning-Tools sicherstellen.
- Verbreitung des Migrant-Friendly-Hospital-Modells und der Evaluationsresultate vorbereiten und die Zukunft des Projektes nach 2013 gemeinsam mit Partnern aufgleisen.
- Die Übertragung des Mainstreamings der Ausbildungsgänge an die Abteilung Gesundheitsberufe (Zukunft ärztliche Bildung, MedBG) des BAG prüfen.
- Eine Verknüpfung der auf die Qualitätsdimension Patientengerechtigkeit ausgerichteten Projekte mit der Qualitätsstrategie des Bundesrates im Gesundheitswesen anstreben.

⁷³ http://www.hplus.ch/de/branchenloesungen/migrant_friendly_hospitals/

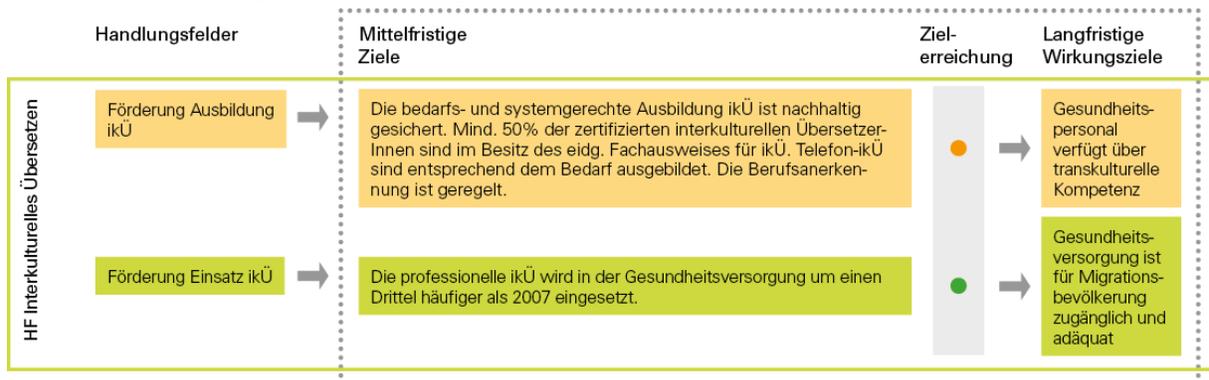
⁷⁴ Vgl. dazu Abschnitt 2.2.3.

3.2.3 Handlungsfeld Interkulturelles Übersetzen

Rahmenbedingungen: Das interkulturelle Übersetzen (ikÜ) ist bereits eine sektorübergreifende Querschnittsaufgabe und findet neben dem Gesundheitswesen auch im Bildungs- und im Sozialwesen und in der Justiz Anwendung.

Die nicht geregelte Finanzierung des Einsatzes im Gesundheitswesen bildet das Haupthindernis für die Förderung des Einsatzes des interkulturellen Übersetzens.⁷⁵ Ob professionelles ikÜ systematisch zum Einsatz kommt, ist somit weiterhin davon abhängig, ob sich im individuellen Fall eine Lösung für die Kostenübernahme findet. Inzwischen konnte erreicht werden, dass die Gesundheitsdirektorenkonferenz, den Kantonen empfiehlt, das interkulturelle Übersetzen in die Leistungsverträge mit den Spitälern aufzunehmen. Einige wenige Kantone regeln die Abgeltung von Übersetzungsleistungen in ihren Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern.⁷⁶ Die Zusammenarbeit des BAG mit dem Bundesamt für Migration (BFM) wurde ab 2009 intensiviert und die Dachorganisation für das Interkulturelle Übersetzen INTERPRET wird bis 2013 von den beiden Bundesämtern gemeinsam finanziert.⁷⁷ Mit der beabsichtigten Weiterentwicklung der Integrationspolitik soll das interkulturelle Übersetzen im Rahmen der Integrationsförderung zukünftig in verschiedenen Bereichen (Berufsbildung, Sozialversicherungen) gestärkt werden und in den betreffenden Gesetzen explizit Erwähnung finden.

Abb. 7: Zielsetzungen im Handlungsfeld Interkulturelles Übersetzen



⁷⁵ Zwei parlamentarische Vorstösse mit dem Anliegen, die Finanzierung des interkulturellen Übersetzens durch eine Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG gesamtschweizerisch zu regeln, sind abgelehnt worden. Da die Finanzierung im KVG über Positivlisten geregelt wird und Dolmetscherdienste keine medizinische Leistung darstellen, wird deren Finanzierung über das KVG auch in Zukunft kaum Chancen auf Erfolg haben.

⁷⁶ Eine Umfrage des Handlungsfeldes bei den Spitälern der Schweiz H+ hat gezeigt, dass zumindest die kantonalen Gesundheitsdirektionen der Kantone Waadt, Zug, Bern, Uri und Solothurn mit einzelnen Spitälern Leistungsverträge abgeschlossen haben, in denen die Abgeltung des interkulturellen Übersetzens integriert wurde.

⁷⁷ Das Bundesamt für Migration BFM plant eine Übergabe an die Kantone: Ab ca. 2014 werden die Kantone im Rahmen ihrer Integrationsprogramme über den Bereich soziale Integration finanzielle Unterstützung für interkulturelles Übersetzen beim BFM beantragen können.

Förderung Ausbildung Interkulturelles Übersetzen: Bis Ende 2011 wurden 775 interkulturelle Übersetzerinnen und Übersetzer mit dem INTERPRET- Zertifikat und 66 mit eidgenössischem Fachausweis ausgebildet. Der eidgenössische Fachausweis 'Interkulturelles Übersetzen' wurde entwickelt und vom Bundesamt für Bildung und Technologie BBT anerkannt. Von der ursprünglichen Zielsetzung, dass 50% der zertifizierten interkulturellen Übersetzenden einen eidgenössischen Fachausweis besitzen sollen wurde abgerückt. Es muss sich zuerst zeigen, welchen Stellenwert der eidgenössische Fachausweis auf dem Markt einnehmen wird. Die Qualitätssicherung und –entwicklung wird weiter vorangetrieben.

Ab 2011 wurde die Subventionierung der Ausbildungsmodule durch das BAG auf den Bedarf in den einzelnen Regionen ausgerichtet. Ein nationaler **Telefondolmetscherdienst** (TDD) wurde 2011 in Betrieb genommen.⁷⁸ Das BAG finanziert dessen Aufbau und Betrieb, nach 2013 muss dieser selbsttragend sein. Der TDD wird bisher jedoch noch weniger beansprucht, als die Bedarfsschätzungen angenommen haben. Die Sensibilisierung für das interkulturelle Übersetzen, aber auch die Sicherstellung der Qualität werden 2013 nicht abgeschlossen sein.

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

Förderung des Einsatzes des Interkulturellen Übersetzens: Alle Einsätze für interkulturelles Übersetzen werden durch die vom Bundesamt für Migration subventionierten Stellen vermittelt. 2011 wurden 57% der gesamten Einsatzstunden im Gesundheitsbereich geleistet. Die Zahl der Einsatzstunden im Gesundheitsbereich ist von 52'074 Einsatzstunden im Jahr 2007 auf 86'063 Stunden im Jahr 2011 angestiegen.⁷⁹ Damit wird die Zielsetzung der Steigerung um einen Drittel im Vergleich zu 2007 bereits deutlich übertroffen, wobei der Anstieg in den letzten Jahren steiler geworden ist. Erstmals wurden knapp über die Hälfte der Einsatzstunden durch zertifizierte interkulturell Übersetzende geleistet.

Einschätzung: Ziel wird bis Ende 2013 erreicht. ●.

Empfehlungen Handlungsfeld interkulturelles Übersetzen

Die folgenden Empfehlungen werden u.a. aus den Ergebnissen des Evaluationsworkshops⁸⁰ vom November 2011 abgeleitet.

- Die strategische Ausrichtung auf professionelles interkulturelles Übersetzen gegenüber Alternativen (Fort- und Weiterbildung fremdsprachiges Gesundheitspersonal) klären.
- Auf die Verbesserung der Koordination der Zusammenarbeit der verschiedenen

⁷⁸Der TDD wird in den Amtssprachen Deutsch, Französisch und Italienisch angeboten und vermittelt folgende Dolmetschsprachen: Albanisch, Arabisch, Italienisch, Kurdisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch-Kroatisch-Bosnisch, Somalisch, Spanisch, Tamilisch, Tigrinya, Türkisch. Je nach Entwicklung der Nachfrage wird das Sprachangebot national und regional ergänzt werden. Für die Deutschschweiz steht bereits jetzt ein breiteres Sprachangebot zur Verfügung.

⁷⁹ Zahlen vom Bundesamt für Migration.

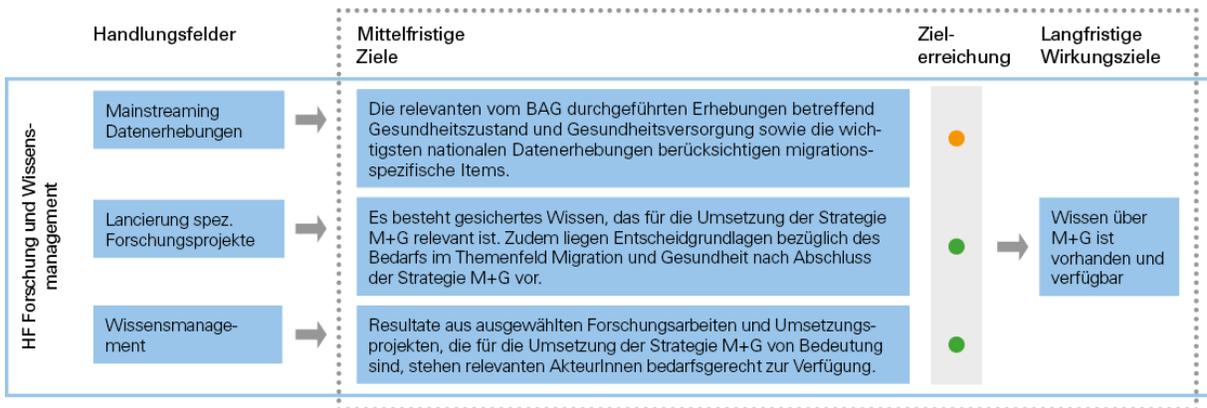
⁸⁰ Vgl. dazu Abschnitt 2.2.3.

- Bundesstellen und der Kantone sowie auf regionale Zusammenschlüsse bei der Ausbildung und dem Einsatz interkulturellen Übersetzens hinwirken.
- Die Abklärungen für ein Pilotprojekt interkulturelles Übersetzen in einem Ärztenetzwerk weiterverfolgen und dessen Evaluation sicherstellen.

3.2.4 Handlungsfeld Forschung und Wissensmanagement

Rahmenbedingungen: Im Vergleich zu den übrigen Handlungsfeldern besitzt das Handlungsfeld Forschung und Wissensmanagement den grössten Handlungsspielraum, ist aber seinerseits von Datenerhebungen auf nationaler und kantonaler Ebene abhängig. Die Ergebnisse der Kontextanalyse zeigen, dass Forschungsergebnisse ein wichtiger Auslöser für die Entwicklung von Strategien und Massnahmen zu MIGRATION UND GESUNDHEIT sein können.⁸¹

Abb. 8: Zielsetzungen im Handlungsfeld Forschung und Wissensmanagement



Mainstreaming bestehender Datenerhebungen: Die Zielsetzung wurde klar verfehlt. Einerseits ist die Ausgangslage zu positiv eingeschätzt worden und methodische und finanzielle Gründe stellen die Machbarkeit des Vorhabens in Frage. Andererseits ergaben sich Probleme im Mandat zur Entwicklung der Schlüsselmerkmale zur Erfassung des Migrationshintergrundes in Gesundheitsbefragungen, die erst 2009 bereit standen. Trotz punktuell erreichter Verbesserungen, wie z.B. in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, werden aller Voraussicht nach v.a. im Versorgungsbereich auch in mittlerer Zukunft entscheidende Datenlücken bestehen bleiben. Auch BAG-intern ist das Mainstreaming themenspezifischer Monitorings erst ansatzweise verwirklicht.⁸²

⁸¹ Forschung, wissenschaftliche Grundlagen und Analysen werden von den Stakeholdern nach Handlungsdruck und dem Auftrag einer übergeordneten Stelle als drithäufigster Auslöser für Massnahmen und Strategien zu Migration und Gesundheit genannt (siehe Anhang 5.10.).

⁸² Zwar wurde die Migrationsperspektive in das Forschungskonzept des BAG integriert, dies hat sich jedoch aufgrund der fehlenden Verbindlichkeit und der dezentralen Organisation der Forschung bislang nicht spürbar ausgewirkt. Bei folgenden Monitorings und Datenerhebungen konnte erreicht werden, dass migrations-

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

Lancierung spezifischer Forschungsprojekte:

Als wichtigster Meilenstein konnte das Gesundheitsmonitoring für die Migrationsbevölkerung (GMM II, 2010) ein zweites Mal durchgeführt werden.

Neue Erkenntnisse wurden zudem in den Bereichen sexuelle und reproduktive Gesundheit, Ernährung und Bewegung, transkulturelle Prävention, Gesundheitskompetenzen, Gesundheitsförderung im Alter, soziale Netzwerke, Hintergründe der Invalidisierung, Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen, interkulturelles Übersetzen und zu den Versorgungskosten erarbeitet.⁸³ Zudem wurde auch aufgrund parlamentarischer Interventionen die Thematik der Gesundheitsversorgung von Sans-papiers näher untersucht.⁸⁴ Insgesamt hat das für die Umsetzung der Strategie relevante und gesicherte Wissen zugenommen. Die Spezifizierung der Problemlage liefert Entscheidungsgrundlagen zum Handlungsbedarf im Themenfeld Migration und Gesundheit.

Einschätzung: Ziel kann bis Ende 2013 erreicht werden ●.

Wissensmanagement: Gemäss den 2010 geführten Interviews wird die Forschungstätigkeit im Bereich Migration und Gesundheit von Akteuren sowohl im Gesundheitsbereich als auch in anderen Politikbereichen wahrgenommen. Allerdings konnte das Ziel, dass die Ergebnisse den externen AkteurlInnen bedarfsgerecht zur Verfügung stehen, erst punktuell erreicht werden.

Einschätzung: Ziel kann bis Ende 2013 erreicht werden ●.

Empfehlungen Handlungsfeld Forschung und Wissensmanagement

Die folgenden Empfehlungen werden u.a. aus den Ergebnissen des Evaluationsworkshops⁸⁵ vom November 2011 abgeleitet.

- Verbreitung der Forschungsergebnisse und Spezialauswertungen des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der zweiten Programmhälfte priorisieren.
- Die Verwertung der Forschungsergebnisse hinsichtlich der zukünftigen Ausrichtung des Programms Migration und Gesundheit und seiner Handlungsfelder sicherstellen.
- Den Kontakt zum Bundesamt für Statistik weiter pflegen und die Integration von

spezifische Aspekte berücksichtigt werden: MOSEB (Monitoringsystem Ernährung und Bewegung), Suchtmonitoring.

⁸³ Vgl. Forschungskonzept Migration + Gesundheit 2010.

⁸⁴ Vgl. Katalog zu den Ressortforschungsthemen im Bundesamt für Gesundheit (2012): 94.

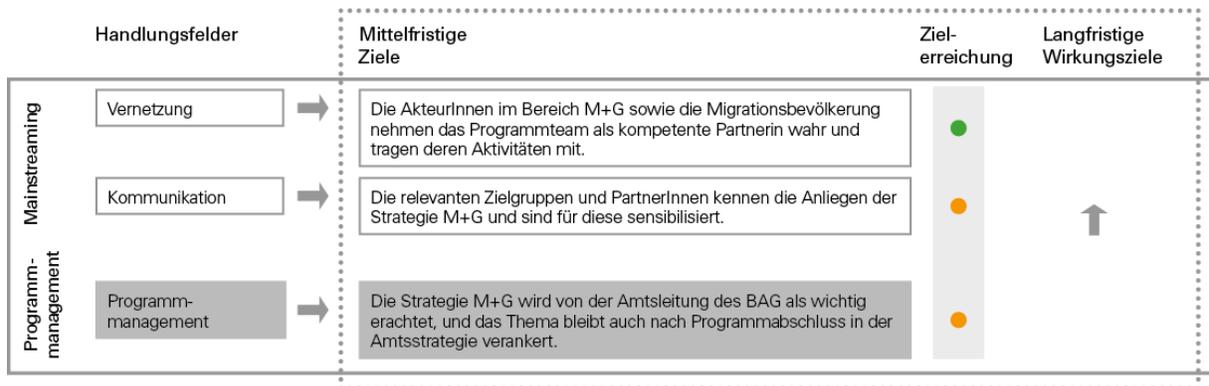
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/00390/01221/index.html?lang=de> Zum noch bestehenden Forschungsbedarf siehe ebd.: 95.

⁸⁵ Vgl. dazu Abschnitt 2.2.3.

- Teilen des GMM in die Schweizerische Gesundheitsbefragung anstreben.
- Auf die systematische Berücksichtigung des Migrationsaspektes in den kantonalen Gesundheitsbefragungen hinwirken.⁸⁶
 - Auf die Berücksichtigung des Migrationsaspektes bei der Datenerhebung im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes im Gesundheitswesen (Patientenzufriedenheit, Patientensicherheit) und bei der geplanten Entwicklung einer ambulanten Statistik der Gesundheitsversorgung⁸⁷ hinwirken.

3.2.5 Querschnittsaufgabe Vernetzung und Kommunikation

Abb. 9: Zielsetzungen der Querschnittsaufgabe Vernetzung und Kommunikation



Vernetzung: Gemäss der mündlichen und schriftlichen Stakeholderbefragung wird das Programm Migration und Gesundheit sehr positiv eingeschätzt und hat Einfluss auf die Akteure im Gesundheitswesen und darüber hinaus ausgeübt. Insbesondere die im Rahmen der Strategie entstandenen wissenschaftlichen Grundlagen wurden auch über den Gesundheitsbereich hinaus wahrgenommen, haben zur Schaffung eines Bewusstseins für das Thema Migration und Gesundheit beigetragen und so den Handlungsdruck erhöht.⁸⁸ Die Rolle des Bundes ist im Feld unbestritten. Die Programmaktivitäten genießen ein hohes Ansehen und haben nach Ansicht zahlreicher Stakeholder auch aufgrund ihrer wissenschaftlichen Grundlagen Vorbildcharakter.⁸⁹ Die Zielsetzung wurde klar erreicht.

Einschätzung: Ziel kann bis Ende 2013 erreicht werden ●.

Kommunikation: Die Kommunikationsstrategie des Programms Migration und Gesundheit fokussiert auf Fachpersonen und das Programm ist in Fachkreisen zweifellos bekannt.

⁸⁶ Da die Kompetenz für die Gesundheitsversorgung auf kantonaler Ebene liegt, sind kantonale Planungsgrundlagen von besonderem Interesse.

⁸⁷ Vgl. "Das statistische Mehrjahresprogramm des Bundes 2011-2015".

⁸⁸ Dabei werden insbesondere Grundlagen zur Erreichbarkeit der Migrationsbevölkerung auch ausserhalb des Gesundheitsbereichs genutzt.

⁸⁹ Rüefli / Huegli 2012: 5, 57.

Gemäss der Umfeldanalyse sind die Akteure der Gesundheitsförderung / Prävention am stärksten und jene der Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung am schwächsten für das Anliegen Migration und Gesundheit sensibilisiert. Je nach Gruppe sind zwischen 7% und rund 30% der befragten Stakeholder der Ansicht, dass die Strategie Migration und Gesundheit einen Einfluss darauf hatte, dass das Thema „Gesundheit von MigrantInnen“ Eingang oder eher Eingang gefunden hat in Strategien, Programme und Aktivitäten verschiedener Akteure (siehe Anhang 5.11). Wie die Erfahrungen der Umsetzung zeigen, sind insbesondere die Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung teilweise noch wenig für das Anliegen Migration und Gesundheit sensibilisiert.

Die Stakeholder sehen 'Information bereitstellen und verbreiten' sowie Öffentlichkeitsarbeit neben der Sensibilisierung und Vernetzung als die wichtigste Aufgabe des Bundes.⁹⁰ Die Kommunikation des Gesamt-BAG wird als defensiv wahrgenommen.⁹¹

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

Programmmanagement: Die Unterstützung der BAG-Geschäftsleitung wurde bereits in der externen Evaluation der ersten Programmphase als relativ schwach bezeichnet und hat sich seither nicht wesentlich verbessert.⁹² Dies wird vom Programmteam – wie auch die Unsicherheit über die künftige Verankerung der Strategie Migration und Gesundheit im BAG – teilweise als hinderlich bei Kontakten mit anderen Ämtern und externen Partnern wahrgenommen. Das BAG wird vom Programmteam und den Stakeholdern insgesamt als wenig gestaltender Akteur und in seiner Kommunikationstätigkeit als defensiv wahrgenommen.⁹³ Nach Einschätzung verschiedener 2010 im Rahmen der Kontextanalyse befragten Stakeholder fehlt dem BAG eine gemeinsame Strategie bzw. eine Koordination der Aktivitäten zwischen den verschiedenen Abteilungen.⁹⁴ Dies behindert ein anwaltschaftliches Eintreten nach aussen. In den Aktivitäten des BAG selbst werden Migrationsaspekte noch nicht konsequent berücksichtigt.

Die Geschäftsleitung des BAG unterstützt den Antrag des Programms Migration und Gesundheit auf Verlängerung bis 2016 zuhanden des Bundesrates. Die längerfristige Verankerung der Strategie Migration und Gesundheit im BAG nach Programmabschluss ist aufgrund des im Parlament hängigen Präventionsgesetzes nicht geklärt.

Einschätzung: Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013 ●.

⁹⁰ Rüefli / Huegli 2012: 72

⁹¹ Rüefli / Huegli 2012: 36

⁹² Rüefli / Huegli 2012: 26.

⁹³ Rüefli / Huegli 2012: 36

⁹⁴ Rüefli / Huegli 2012: 26

Empfehlungen Querschnittsaufgabe Vernetzung und Kommunikation

Die folgenden Empfehlungen werden u.a. aus den Ergebnissen des Evaluationsworkshops⁹⁵ vom November 2011 abgeleitet.

- Kommunikationstätigkeit in der zweiten Programmphase prioritär auf die Verbreitung von Forschungsergebnissen und die Bekanntmachung von Schlüsselprojekten (Migrant-Friendly-Hospitals, E-Learning-Instrument, Telefondolmetscherdienst) ausrichten.
- Die aktuelle Vernetzung des Programms aufgrund der Ergebnisse der Umfeldanalyse überprüfen. Insbesondere neue Partnerschaften im ambulanten Bereich und im Hinblick auf die Erreichung der alternden Migrationsbevölkerung ins Auge fassen.

3.2.6 Gesamtschau und Folgerungen

In allen Handlungsfeldern konnten auch in der zweiten Programmphase zentrale Akteure als Partner für die Massnahmen des Programms Migration und Gesundheit gewonnen werden.⁹⁶ Mit den kantonalen Bedarfsanalysen 'Migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention' konnten zudem die Kantone eingebunden werden, die in der ersten Programmphase kaum erreicht wurden.

Nach teilweiser anfänglicher Verzögerung sind bei den in der zweiten Programmphase **neu aufgleisten Projekten** 'Migrant-Friendly-Hospitals', Entwicklung E-Learning-Instrument, Unterstützung kantonalen Bedarfsanalysen sowie Aufbau eines Telefondolmetscherdienstes **gute Fortschritte in der Umsetzung** erzielt worden.

Die Resultate des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung (GMMII) stehen zur Verfügung.

In Anlehnung an eine Ampel wird die bis 2013 absehbare Zielerreichung der Handlungsfelder des Programms Migration und Gesundheit in der Übersichtsgaphik (Abb. 10) auf folgender Seite mit grün, orange oder rot eingeschätzt.

Wie in den Kapiteln 3.2.1 bis 4.5 ausgeführt, entsprechen die **erreichten Zwischenziele** der ersten Halbzeit in den meisten Fällen nicht den ursprünglich gesetzten; der überwiegende Teil der Ziele wird aber als prinzipiell erreichbar eingeschätzt. Die Umsetzung erfordert angesichts der Rahmenbedingungen jedoch mehr Zeit. Die Leistungsbilanz des Programms wird insgesamt positiv beurteilt. Bis 2013 ist eine Lücke in der Zielerreichung absehbar.

⁹⁵ Vgl. dazu Abschnitt 2.2.3.

⁹⁶ Da das Kollegium für Hausarztmedizin KHM und die Spitex Schweiz zunächst nicht für eine Zusammenarbeit gewonnen werden konnte, konnte der ambulante Versorgungsbereich bislang am schlechtesten erreicht werden.

Abb. 10: Einschätzung der Zielerreichung in den Handlungsfeldern

Programm Migration und Gesundheit 2008–2013

- : Ziel kann bis Ende 2013 erreicht werden.
- : Zielerreichung braucht länger als bis Ende 2013.
- : Ziel wird aus strategischen Gründen nicht weiterverfolgt.

| Handlungsfelder | Mittelfristige Ziele | Ziel-erreichung | Langfristige Wirkungsziele |
|--|--|-----------------|--|
| HF Gesundheitsförderung und Prävention | Mainstreaming bestehender Angebote → Nationale Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sind in 11 Themenbereichen migrationsgerecht ausgestaltet. | ● | Angebote Ges.förd. + Prävention sind migrationsgerecht Mig.bev. ist informiert und gesundheitskompetent |
| | Unterstützung migrationsgerechter GF und Prävention auf kant. Ebene → In Kantonen mit hohem Ausländeranteil sind Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention für MigrantInnen geöffnet. Bei Bedarf sind ergänzende Projekte für MigrantInnen entwickelt und umgesetzt. | ● | |
| | Schaffung spezifischer Informationsangebote → Spezifische Informationen liegen vor und erreichen die Migrationsbevölkerung über zielgruppengerechte Distributionskanäle bzw. MittlerInnen. | ● | |
| HF Aus- und Weiterbildung | Mainstreaming Ausbildungsgänge → Das Thema Diversität ist in den Bildungsreglementen und den Lehrplänen der wichtigsten Gesundheitsberufe verankert. | ● | Gesundheitspersonal verfügt über transkulturelle Kompetenz |
| | Bereitstellen Unterrichtsmaterialien → Qualitativ gute Unterrichtsmaterialien zum Thema Diversität stehen den Lehrpersonen in den Aus- und Weiterbildungsstätten der Gesundheitsberufe zur Verfügung und werden im Unterricht eingesetzt. | ● | |
| | Bereitstellen Weiterbildungsangebote → 80 Weiterbildungsangebote gemäss BAG-Richtlinien sind erfolgreich durchgeführt. Davon stehen 20 als Best Practise Beispiele zur Verfügung. | ● | |
| HF Gesundheitsversorgung | Mainstreaming Versorgungsinstitutionen → 200 Privatpraxen und Spitexorganisationen unternehmen Massnahmen zur Verbesserung der Betreuungsqualität für MigrantInnen. Spitäler sind bemüht, «migrationsfreundlich» zu sein. | ● | Gesundheitsversorgung ist für Migrationsbevölkerung zugänglich und adäquat |
| | Verbesserung Gesundheitsversorgung spez. Zielgruppen → Die Gesundheitsversorgung spezifischer Zielgruppen, insbesondere der traumatisierten Flüchtlinge, der Sans-Papiers und der neu eingereisten Asylsuchenden, ist verbessert. | ● | |
| HF Interkulturelles Übersetzen | Förderung Ausbildung ikÜ → Die bedarfs- und systemgerechte Ausbildung ikÜ ist nachhaltig gesichert. Mind. 50% der zertifizierten interkulturellen ÜbersetzerInnen sind im Besitz des eidg. Fachausweises für ikÜ. Telefon-ikÜ sind entsprechend dem Bedarf ausgebildet. Die Berufsanerkenntnis ist geregelt. | ● | Gesundheitspersonal verfügt über transkulturelle Kompetenz Gesundheitsversorgung ist für Migrationsbevölkerung zugänglich und adäquat |
| | Förderung Einsatz ikÜ → Die professionelle ikÜ wird in der Gesundheitsversorgung um einen Drittel häufiger als 2007 eingesetzt. | ● | |
| HF Forschung und Wissensmanagement | Mainstreaming Datenerhebungen → Die relevanten vom BAG durchgeführten Erhebungen betreffend Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung sowie die wichtigsten nationalen Datenerhebungen berücksichtigen migrations-spezifische Items. | ● | Wissen über M+G ist vorhanden und verfügbar |
| | Lancierung spez. Forschungsprojekte → Es besteht gesichertes Wissen, das für die Umsetzung der Strategie M+G relevant ist. Zudem liegen Entscheidungsgrundlagen bezüglich des Bedarfs im Themenfeld Migration und Gesundheit nach Abschluss der Strategie M+G vor. | ● | |
| | Wissensmanagement → Resultate aus ausgewählten Forschungsarbeiten und Umsetzungsprojekten, die für die Umsetzung der Strategie M+G von Bedeutung sind, stehen relevanten AkteurInnen bedarfsgerecht zur Verfügung. | ● | |
| Mainstreaming Programmmanagement | Vernetzung → Die AkteurInnen im Bereich M+G sowie die Migrationsbevölkerung nehmen das Programmteam als kompetente Partnerin wahr und tragen deren Aktivitäten mit. | ● | ↑ |
| | Kommunikation → Die relevanten Zielgruppen und PartnerInnen kennen die Anliegen der Strategie M+G und sind für diese sensibilisiert. | ● | |
| | Programmmanagement → Die Strategie M+G wird von der Amtsleitung des BAG als wichtig erachtet, und das Thema bleibt auch nach Programmabschluss in der Amtsstrategie verankert. | ● | |

Die verfolgten **Schwerpunkte und Zielsetzungen** des Programms sind nach wie vor relevant, fachlich breit abgestützt und stimmen gemäss den Ergebnissen der Kontextanalyse gut mit den Bedürfnissen der Stakeholder überein. Aufgrund der aktuellen Wissenslage zeichnen sich Modifikationen, aber keine grundsätzlichen Änderungen in der Ausrichtung des Programms ab (Vgl. Kap. 3.1.4).

Die Vorbildfunktion des Programms Migration und Gesundheit und die **Wirkung** auf das Agenda-Setting wurden durch die mündliche und schriftliche Stakeholdebefragung gut belegt. Die Aktivitäten des Programms haben bei den Stakeholdern ein hohes Ansehen. Datengrundlagen und Forschungsergebnisse werden über den Gesundheitsbereich hinaus rezipiert.

Konkrete Wirkungen werden dem Programm von den Stakeholdern erst sehr bedingt zugesprochen.⁹⁷ Dieser Befund steht im Einklang mit dem Stand der Umsetzung. Da das Programm mit dem verfolgten Regelstrukturansatz die Bedingungen zur Realisierung gesundheitlicher Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung verbessert, sind die Wirkungen bei den Endbegünstigten noch kaum einzuschätzen.

Die Aktivitäten des BAG sind als Programm konzipiert, die **migrationsgerechte Umgestaltung des Gesundheitssystems** ist jedoch ein **längerfristiger Prozess**.⁹⁸ Dieser Prozess ist in den meisten Handlungsfeldern nicht soweit gediehen, dass sich das BAG zurückziehen könnte, ohne das bisher Erreichte zu gefährden. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Versorgung, wo das Thema Migration und Gesundheit noch vergleichsweise schlecht verankert ist.

Mit der Erstellung von 'Bedarfsanalysen für die migrationsgerechte Ausgestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention' und der Entwicklung des E-Learning-Instruments 'Interaktion und Qualität' werden in der zweiten Programmphase potentiell wirksame Instrumente zur Zielerreichung des Programms geschaffen. Stehen diese zur Verfügung, besteht aber insbesondere beim E-Learning-Instrument seitens des BAG noch Handlungsbedarf, damit diese breit angewendet werden und Wirkung entfalten können. Falls dies gelingt und dadurch die Qualität des Umgangs mit Patienten und Patientinnen unterschiedlicher soziokultureller Herkunft bei den verschiedenen Fachleuten im Gesundheitswesen gesteigert wird, kann mittelfristig ein nachhaltiger Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit im Gesundheitswesen geleistet werden. Das schon besser verankerte Projekt 'Migrant-Friendly-Hospitals' weist gute Synergien mit dem E-Learning-Instrument und dem interkulturellen Übersetzen auf, das in den teilnehmenden Spitälern zum Einsatz kommt bzw. kommen soll. Die dort entwickelte gute Praxis der Patientengerechtigkeit sollte anschliessend unter Berücksichtigung der noch ausstehenden

⁹⁷ Dazu Rüefli, C. Huegli, E. 2012: 46-51.

⁹⁸ Das Migration Mainstreaming ist eine *langfristige Strategie*. Es bedeutet somit, dass das kontinuierliche Streben nach Chancengleichheit zwischen Migrationsbevölkerung und einheimischer Bevölkerung sowohl in individuellen Denkweisen als auch in institutionellen Funktionsweisen verankert wird (Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen, BAG 2008:14).

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12626/12627/index.html?lang=de>

Evaluationsresultate des Projekts weiterentwickelt und weiterverbreitet werden. Damit würde ein wichtiger Beitrag geleistet, "Chancengleichheit" als Qualitätsdimension in Spitälern zu verankern.

Insgesamt wurden in der zweiten Programmphase gute Fortschritte bezüglich der nachhaltigen Ausrichtung der Projekte gemacht, welche konsequent auf eine **Verankerung in den Regelstrukturen** ausgelegt sind. Einzelne Aktivitäten wurden bereits an andere Institutionen abgegeben (SRK, BFM) oder deren Verankerung ist in Abklärung (BFS).

Die bis 2013 zu erwartende **Lücke in der Zielerreichung** kann im Bereich der Gesundheitsversorgung teilweise auf den im Kapitel 3.1.2 dargestellten ungünstigen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Kontext zurückgeführt werden, der sich negativ auf die Kooperationsbereitschaft der angezielten Partner auswirkte. Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wirken sich trotz guter Kooperationsbereitschaft fehlende finanzielle und personelle Ressourcen aber auch mangelndes Wissen negativ auf die Umsetzung aus. Andererseits fehlten bei der Programmplanung generell Situationsanalysen und der eigentlichen Umsetzung mussten in vielen Fällen Bedarfsanalysen vorangestellt werden, welche zu Anpassungen in der Vorgehensweise führten.

Die begrenzten Steuerungsmöglichkeiten des Programms Migration und Gesundheit, die grosse Abhängigkeit von den mitgestaltenden Partnern und der langfristige Charakter des Vorhabens der migrationsgerechten Ausgestaltung des Gesundheitssystems müssen bei der künftigen Programmgestaltung besser berücksichtigt werden.

So sind quantitative Zielvorgaben für Mainstreaming-Vorhaben nur beschränkt geeignet. Unter Ausschöpfung des aktuell zur Verfügung stehenden Wissens können die anzu- gehende Problemlage, die Zielgruppen und das Vorgehen besser spezifiziert werden. Bezüglich der Einschätzung der Machbarkeit der Vorhaben können die nun zur Verfügung stehende Kontextanalyse, die Evaluationsresultate und die Einbindung der Partner bei der Aushandlung der Ziele zu **realistischeren Zielsetzungen** beitragen.

Aufgrund der Erfahrungen der ersten Programmphase wurden aus Effizienzüberlegungen in der zweiten Programmphase Abstriche bei der **Einbindung der Partner** in die Organisationsstruktur gemacht.⁹⁹ Zudem sind Projekte, welche die Migrationsbevölkerung direkt einbinden sowie Evaluationsvorhaben teilweise Sparmassnahmen zum Opfer gefallen (vgl. Kap. 2.2.2). **Partizipativen Projekten** und den für den Wirkungsnachweis der nun "zu greifen beginnenden Projekte" wichtigen **Evaluationen** sollte bei der künftigen Programmgestaltung wieder mehr Gewicht beigemessen werden.

⁹⁹ Vgl. Kap. 2 'Ausgangslage'.

3.3 Evaluationsergebnisse im Überblick

| |
|---|
| Umfeldanalyse |
| Handelt es sich um ein gesellschaftlich relevantes Problem und ist ein Handeln des BAG angezeigt? |
| Ergebnisse |
| Handlungsbedarf bleibt für bestimmte Migrationsgruppen auch in absehbarer Zukunft bestehen. ¹⁰⁰ Staatliches Handeln ist aufgrund mangelnder Anreize für einzelne Akteure und aufgrund des sektorübergreifenden Problemcharakters gerechtfertigt. Die Stakeholder befürworten weiterhin ein Engagement des Bundes. ¹⁰¹ |
| Schlussfolgerungen |
| Das Programm Migration und Gesundheit ist nach wie vor relevant. Aufgrund der Bedürfnisse der Stakeholder sind keine einschneidenden Richtungsänderungen angezeigt. Aufgrund Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings 2010 sollten der älteren Migrationsbevölkerung und Geschlechteraspekten vermehrt Beachtung geschenkt werden. Da inzwischen Erwerbstätigkeit zum Haupteinwanderungsgrund geworden ist, sollte der Zugang zur Migrationsbevölkerung über den Arbeitsplatz vermehrt in Betracht gezogen werden. |
| Wie hat sich das nationale, kantonale, kommunale und internationale Umfeld entwickelt? |
| Ergebnisse |
| Das gesellschaftspolitische Klima gegenüber der Migrationsbevölkerung ist tendenziell abweisender geworden. Die gesundheitspolitische Agenda wird von Finanzierungsfragen bestimmt. Auf internationaler Ebene und in verschiedenen Kantonen hat das übergreifende Thema gesundheitliche Ungleichheit und die sektorübergreifende Gesundheitspolitik ¹⁰² an Bedeutung gewonnen. Auf Bundesebene werden erste departementsübergreifende Querschnittspolitiken (Integrationsförderung, Armutsbekämpfung) entwickelt. |
| Schlussfolgerungen |
| Die begonnenen politischen Entwicklungen können sich künftig positiv auf die Umsetzungsbedingungen für das Anliegen Migration und Gesundheit auswirken. ¹⁰³ |
| Gibt es Widersprüche mit anderen Tätigkeiten des Bundes, der Kantone, gesellschaftlicher Akteure und der internationalen Ebene? |
| Ergebnisse |
| Die Strategie ist im Einklang mit politischen Entwicklungen wie der Integrationsförderung, der Präventionsgesetzgebung ¹⁰⁴ , der Qualitätsstrategie des Bundes im Gesundheitswesen und den strategischen Zielen des BAG. Wie in der ersten Programmphase gibt es in Bezug auf besonders vulnerable Gruppen (Asylsuchenden und Sans-papiers) teilweise Widersprüche mit der Asylpolitik. Letztere sind nicht Zielgruppe der Integra- |

¹⁰⁰ Gesundheitlich benachteiligt sind insbesondere Migranten und Migrantinnen, die sich schon lange in der Schweiz aufhalten, Frauen sowie Asylsuchende und Sans-papiers.

¹⁰¹ Begründet wird dies mit der Notwendigkeit von Koordination auf nationaler Ebene, der Vorbildfunktion des Bundes und dem anhaltenden Handlungsdruck. Vom Bund wird insbesondere erwartet, dass er dem Thema Migration und Gesundheit Sichtbarkeit und Legitimation verleiht. Die Signalwirkung des Bundesprogramms wird von den befragten Personen stark hervorgehoben.

¹⁰² Diese wird dadurch begründet, dass die Einflussfaktoren für gesundheitliche Ungleichheit grösstenteils ausserhalb des Gesundheitsbereichs liegen.

¹⁰³ Neben dem Handlungsdruck konkreter Probleme wird ein verpflichtender übergeordneter Auftrag, z.B. in Form einer strategischen Vorgabe, einer gesetzlichen Grundlage oder von formalen Anforderungen von den Stakeholdern als zweitwichtigster Auslöser von Strategien oder Aktivitäten genannt (Rüefli und Huegli 2012: 57).

¹⁰⁴ Unabhängig vom zurzeit im Parlament hängigen Präventionsgesetz hat Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren in den kantonalen Gesundheitsgesetzen an Bedeutung zugenommen.

| |
|---|
| tionspolitik. |
| Schlussfolgerungen |
| Aufgrund der dargelegten positiven Kontextentwicklungen eröffnen sich neue Möglichkeiten, das Anliegen Migration und Gesundheit zu stärken. |
| Umfeldanalyse, Fortsetzung |
| Welche Zukunftsoptionen ergeben aus der Entwicklung des Umfeldes für die Strategie Migration und Gesundheit? |
| Ergebnisse |
| Die Umfeldanalyse kommt zu keinem eindeutigen Schluss bezüglich der Option einer übergreifenden Strategie 'gesundheitliche Chancengleichheit' (zu den Vor- und Nachteilen dieser Option, vgl. Tab.2, S.14). Die institutionellen Voraussetzungen für ein themenübergreifendes Vorgehen sind erst punktuell gegeben. Es bestehen besondere Herausforderungen bei der Umsetzung und die Gefahr der Vernachlässigung einzelner Themen. |
| Schlussfolgerungen |
| Da nicht nur die Migrationsbevölkerung von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen ist und aufgrund der zunehmenden Bedeutung des übergreifenden Themas auf internationaler Ebene und in verschiedenen Kantonen ist eine Integration in eine übergreifende Strategie 'gesundheitliche Chancengleichheit' zu prüfen. ¹⁰⁵ |

¹⁰⁵ Eine übergeordnete Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit wurde von einer knappen Mehrheit der antwortenden Stakeholder als sinnvoll bezeichnet. Als wichtigste Unterthemen einer solchen Strategie kristallisierten sich der sozioökonomische Status und die Migration heraus, das Thema Gender wurde im Vergleich dazu weniger wichtig eingestuft (Rüefli und Huegeli 2012: 57).

| |
|---|
| Umsetzung und Zielerreichung |
| Wie war der Programmverlauf? Gab es Abweichungen vom ursprünglich geplanten Vorgehen? Was waren die Gründe dafür? |
| Ergebnisse |
| <p>Bei der Einbindung der Partner mussten in der zweiten Programmphase aus Effizienzgründen Abstriche gemacht werden. Bei partizipativen Projekten und bei Evaluationen wurden Einsparungen vorgenommen. Die nachhaltige Ausrichtung der Aktivitäten wurde verbessert.</p> <p>Nach anfänglicher Verzögerung sind inzwischen gute Fortschritte in der Programmumsetzung der neu aufgelegten Projekte erzielt worden.</p> <p>Bei der Umsetzung kam es aus folgenden Gründen zu Verzögerungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Umsetzung mussten in vielen Fällen Bedarfsanalysen vorangestellt werden, was teilweise zu Anpassungen in der Vorgehensweise führte. - Im Handlungsfeld Versorgung wirkte sich der ungünstige gesundheitspolitische Kontext negativ auf die Kooperationsbereitschaft angezielter Partner aus.¹⁰⁶ - Im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention wirken sich trotz guter Kooperationsbereitschaft mangelnde Kapazitäten¹⁰⁷ negativ auf die Umsetzung aus. |
| Schlussfolgerungen |
| <p>Programmziele, Massnahmen und Ressourcen stimmen nicht überein.</p> <p>Machbarkeitsaspekte wurden bei der Massnahmenplanung zu wenig berücksichtigt.</p> <p>Mainstreaming-Vorhaben müssen entsprechend ihrer Konzeption längerfristig angelegt werden.</p> |
| Wieweit stimmen die angestrebten und tatsächlich erzielten Verhaltensänderungen bei den Zielgruppen überein? |
| Ergebnisse |
| <p>In allen Handlungsfeldern konnten zentrale Akteure als Partner gewonnen werden.</p> <p>Die erreichten Zwischenziele der ersten Halbzeit entsprechen in den meisten Fällen nicht den ursprünglich gesetzten (Kap. 3.2.1 bis 4.5). Der überwiegende Teil der Ziele wird aber als prinzipiell erreichbar eingeschätzt. Die Leistungsbilanz des Programms wird insgesamt positiv beurteilt.</p> <p>Bis 2013 ist eine Lücke in der Zielerreichung absehbar (s. Abb. 10 in Kap. 3.2.6).</p> |
| Schlussfolgerungen |
| <p>Die Programmziele sind weiterhin relevant und prinzipiell erreichbar (Kap 3.4). Die Umsetzung erfordert angesichts der Rahmenbedingungen mehr Zeit. Die migrationsgerechte Umgestaltung des Gesundheitssystems ist ein längerfristiger Prozess, welcher in den meisten Handlungsfeldern nicht soweit gediehen ist, dass sich das BAG ganz zurückziehen könnte, ohne das bisher Erreichte zu gefährden (Kap.3.2.6, Abb. 10).</p> <p>Die aufgrund der grossen Abhängigkeit von den mitgestaltenden Partnern eingeschränkte Steuerungsmöglichkeit und des langfristigen Charakters des Vorhabens müssen bei der künftigen Programmgestaltung besser berücksichtigt werden.</p> |

¹⁰⁶ Dies betrifft insbesondere den ambulanten Versorgungsbereich.

¹⁰⁷ Personelle und finanzielle Ressourcen sowie Kompetenzen .

| |
|---|
| Umsetzung und Zielerreichung, Fortsetzung |
| Welche Auswirkungen hatte die Strategie auf die Entwicklung des Kontext (erzielte Wirkungen)? |
| Ergebnisse |
| <p>Die Vorbildfunktion des Programms und Wirkungen auf das Agenda-Setting der Stakeholder wurden durch die mündliche und schriftliche Stakeholderbefragung belegt.¹⁰⁸</p> <p>Datengrundlagen und Forschungsergebnisse zu Migration und Gesundheit werden über den Gesundheitsbereich hinaus rezipiert.</p> <p>Konkrete Wirkungen werden dem Programm von den Stakeholdern erst sehr bedingt zugesprochen.</p> <p>Die im Programm verfolgten strukturellen Massnahmen (Regelstrukturansatz) verbessern die Bedingungen zur Realisierung gesundheitlicher Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung; die langfristigen Wirkungen bei den Endbegünstigten sind deshalb noch kaum einzuschätzen.</p> |
| Schlussfolgerungen |
| <p>Die Wirkungseinschätzungen der Stakeholder stehen im Einklang mit dem Stand der Umsetzung. Wirkungsnachweise stehen noch aus.</p> |

¹⁰⁸ Dazu Rüefli, C. Huegli, E. 2012: 46-51.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Programmziele sind weiterhin relevant und werden überwiegend als prinzipiell erreichbar eingeschätzt. Die Umsetzung erfordert angesichts der Rahmenbedingungen jedoch mehr Zeit. Die migrationsgerechte Umgestaltung des Gesundheitssystems ist ein längerfristiger Prozess, der stark vom sich verändernden Umfeld und den mitgestaltenden Partnern abhängig ist. Diesem Umstand sollte bei der zukünftigen Programmgestaltung verstärkt Rechnung getragen und Machbarkeitsaspekte besser berücksichtigt werden. So sollen die Ziele unter Einbindung der jeweils betroffenen Partner und unter Berücksichtigung der aktuellen Evaluationsresultate realistischer formuliert werden, um Programmziele, Massnahmen und Ressourcen besser in Übereinstimmung zu bringen.

Der Problemlage entsprechend wird empfohlen, die alternde Migrationsbevölkerung und Geschlechteraspekte in den Aktivitäten vermehrt zu berücksichtigen.

Da der Wirkungsnachweise noch ausstehen, wird empfohlen zentrale Projekte¹⁰⁹ (kantonale Bedarfsanalysen, Migrant Friendly Hospitals, E-Learning, Telefondolmetschdienst) mit verhältnismässigem Aufwand konsequent zu evaluieren.

Da nicht nur die Migrationsbevölkerung von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen ist und aufgrund der zunehmenden Bedeutung des übergreifenden Themas 'gesundheitliche Chancengleichheit' auf internationaler Ebene und in verschiedenen Kantonen ist die Option der Integration des Programms in eine themenübergreifende Strategie im Auge zu behalten.¹¹⁰ Aktuell sind die institutionellen Voraussetzungen für ein themenübergreifendes Vorgehen jedoch erst punktuell gegeben, was Risiken für die Umsetzung birgt.

Von den aufgrund der festgestellten positiven Umfeldveränderungen entstehenden Möglichkeiten sollte Gebrauch gemacht werden: Das BAG soll nach aussen eine kontinuierliche Anwaltschaft für das Thema Migration und Gesundheit wahrnehmen und versuchen, laufende politische Prozesse entsprechend zu beeinflussen. So sollen die im Rahmen der Integrationspolitik begonnenen Schritte, den Gesundheitsaspekt als Querschnittsthema einzubringen, weiterverfolgt und schrittweise ausgebaut werden. Mittelfristig sollen weitere sich bietende Anknüpfungspunkte, z.B. in der Armutspolitik, genutzt werden.

Gleichzeitig soll sich das BAG verbindlich für eine migrationsgerechte Gestaltung seiner eigenen Programme und Aktivitäten einsetzen und Migrationsaspekte auch bei neuen Themen wie der Umsetzung der Qualitätsstrategie, einer Demenz- oder Krebsstrategie konsequent berücksichtigen. Dies ist auch wichtig für die von den Stakeholdern erwartete

¹⁰⁹ Eine Beschreibung der zentralen Projekte des Programms findet sich im Anhang 0 des Evaluationsberichtes.

¹¹⁰ Eine übergeordnete Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit wurden in der Stakeholderbefragung von einer knappen Mehrheit der antwortenden Stakeholder als sinnvoll bezeichnet. Als wichtigste Unterthemen einer solchen Strategie kristallisierten sich der sozioökonomische Status und die Migration heraus, das Thema Gender wurde im Vergleich dazu weniger wichtig eingestuft (Rüefli und Huegli 2012: 57).

Vorbildfunktion des Bundes nach aussen und erhöht die Glaubwürdigkeit der Anwaltschaft für das Anliegen nach aussen.

Aus den Ergebnissen der Evaluation werden für das Gesamtprogramm fünf Empfehlungen für die zukünftige Programmgestaltung bzw. für die Umsetzung im Rahmen eines allfälligen Präventionsgesetzes abgeleitet:¹¹¹

Evaluationsempfehlung 1: Die Umsetzungsstrategien der Handlungsfelder und deren mittelfristigen Ziele überprüfen und gegebenenfalls anpassen.

Erläuterung: Die bisherigen Umsetzungserfahrungen zeigen, dass die Programmziele, Massnahmen und Ressourcen besser in Übereinstimmung gebracht werden müssen. Machbarkeitsaspekte müssen stärker berücksichtigt werden und die Ziele sollen unter Einbindung der jeweils betroffenen Partner realistischer formuliert werden. Dazu sollen die nun zur Verfügung stehende Kontextanalyse und die Evaluationsresultate herangezogen werden.

Die seit der letzten Planungsphase neu hinzugewonnen Erkenntnisse über die Problemlage und die Erreichbarkeit der Zielgruppen sollen genutzt werden, um die anzugehenden Zielgruppen und das Vorgehen besser zu spezifizieren.

Evaluationsempfehlung 2: Das BAG nimmt nach aussen eine kontinuierliche Anwaltschaft für das Thema Migration und Gesundheit wahr und versucht, laufende politische Prozesse entsprechend zu beeinflussen.

Erläuterung: Das Thema Migration und Gesundheit soll unter Nutzung bestehender Arbeitsgruppen und Plattformen kontinuierlich in Politiken und Massnahmen anderer Bundesstellen, der Kantone, NGO's und weiterer relevanter Akteure eingebracht werden. Die im Rahmen der Integrationspolitik begonnenen Schritte, den Gesundheitsaspekt als Querschnittsthema einzubringen, sollen weiterverfolgt und schrittweise ausgebaut werden. Kurzfristig bietet sich die Möglichkeit, den Gesundheitsaspekt in die laufende Entwicklung der kantonalen Integrationsförderungsprogramme einzubringen. Mittelfristig sollen weitere sich bietende Anknüpfungspunkte, z.B. in der Armutspolitik, genutzt werden.

Evaluationsempfehlung 3: Das BAG setzt sich verbindlich für eine migrationsgerechte Gestaltung seiner Programme und Aktivitäten ein.

Erläuterung: Die migrationsgerechte Ausgestaltung der Programme und Aktivitäten des BAG ist erst teilweise realisiert und sollte insbesondere in den bestehenden nationalen Präventionsprogrammen gestärkt werden. Bei der Lancierung neuer Themen durch das BAG - wie der Umsetzung der Qualitätsstrategie, einer Demenz- oder Krebsstrategie - sollen Migrationsaspekte bei der Konzipierung und Umsetzung von Beginn weg mitberücksichtigt werden.

¹¹¹ Weitere, auf die einzelnen Handlungsfelder bezogene Empfehlungen, finden sich in Kap. 4.1-4.5. des Evaluationsberichtes

Dabei ist eine verbindliche migrationsgerechte Gestaltung der BAG-internen Programme und Aktivitäten auch wichtig für die von den Stakeholdern erwartete Vorbildfunktion des Bundes nach aussen und erhöht die Glaubwürdigkeit für die Anwaltschaft nach aussen (s. Empfehlung 2).

Evaluationsempfehlung 4: Die Zielgruppe der alternden Migrationsbevölkerung sowie den Geschlechteraspekt stärker berücksichtigen.

Erläuterung: Die alternde Migrationsbevölkerung und Geschlechteraspekte sollten in den aktuellen Aktivitäten der Handlungsfelder des Programms Migration und Gesundheit und allfälligen künftigen Aktivitäten der Problemlage entsprechend stärker berücksichtigt werden.

Evaluationsempfehlung 5: Mit verhältnismässigem Aufwand verschiedene Aspekte evaluieren, die für die Umsetzung und Verankerung einzelner Projekte relevant sind, und wo möglich Wirkungsnachweise bei der Migrationsbevölkerung erbringen.

Erläuterung: Die Selbstevaluation der Projekte hat sich grundsätzlich bewährt. Mit der fortschreitenden Umsetzung der im Aufbau befindlichen Projekte (kantonale Bedarfsanalysen, Migrant Friendly Hospitals, E-Learning, Telefondolmetschdienst) soll dem Wirkungsnachweis mehr Bedeutung zugemessen werden.

5. Anhang

5.1 Übersicht über die Evaluationsfragen und -methoden

| Wichtigste Fragestellungen der Evaluation | Methoden der Datenerhebung und –analyse |
|---|---|
| <p>Relevanz Handelt es sich um ein gesellschaftlich relevantes Problem und ist ein Handeln des BAG angezeigt? Entsprechen die bearbeiteten Handlungsfelder dem Stand des Wissens?</p> | <p>Beurteilung durch die Fachstelle E+F aufgrund der Ergebnisse der Evaluationsergebnisse zur ersten Programmphase, des externen Mandats Kontextanalyse sowie der aktuellen Informationen zur Problemlage (insbesondere des Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung GMMI, 2004 sowie GMMII 2011 und den aktuellen Zahlen des BFS zur demographischen Entwicklung).</p> |
| <p>Kontext Welche Auswirkungen hat die Entwicklung des Kontextes auf internationaler, nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene auf Konzeption, Umsetzung und Handlungsbedarf der Strategie Migration und Gesundheit?</p> | <p>Externes Mandat Kontextanalyse (Büro Vatter AG) Dokumentenanalyse der Grundlagen- und Planungsunterlagen der Strategie Migration und Gesundheit, der relevanten Gesetzesbotschaften, wissenschaftlicher Studien, Fachliteratur und der Tagespresse. Gespräche mit den Handlungsfeldverantwortlichen des Programms Migration und Gesundheit (2010). 18 persönliche Interviews mit Schlüsselpersonen aus staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen aus den Politikfeldern Gesundheit, Migration / Integration und Chancengleichheit / Armutsbekämpfung (2010). Auswertung parlamentarischer Vorstösse zu den Themenbereichen Gesundheit, Migration / Asyl und soziale Fragen (Januar 2003-Januar 2012, Geschäftsdatenbank Curia Vista). Stakeholderbefragung: Schriftliche Befragung von 431 Personen in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Soziales und Migration (2011).</p> |
| <p>Kohärenz¹¹² Wie gut stimmt das Programm mit anderen Tätigkeiten des Bundes (einschliesslich der Tätigkeiten des BAG), der Kantone und der internationalen Ebene überein? Gibt es Widersprüche?</p> | <p>Ergebnisse aus der Kontextanalyse (vgl. oben).</p> |
| <p>Verlauf Wie war der Programmverlauf? Gab es Abweichungen vom ursprünglich geplanten Vorgehen? Was waren die Gründe dafür?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Performance Monitorings 2008-2011 - Selbstevaluationen der Umsetzungspartner 2008-2011 - Protokolle der Evaluationsworkshops 2008-2011 - Gespräche mit den Handlungsfeldverantwortlichen |
| <p>Grad der Zielerreichung (Effektivität) - Übereinstimmung zwischen angestrebten und tatsächlich erzielten Verhaltensänderungen bei den Zielgruppen - Auswirkungen des Programms auf die Entwicklung des Kontext (erzielte Wirkungen)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Performance Monitorings 2008-2011 - Selbstevaluationen der Umsetzungspartner 2008-2011 - Protokolle der Evaluationsworkshops 2008-2011 - Fortschrittmessungen der Handlungsfelder 2009 |

Nicht systematisch untersucht wurden die Organisationsstrukturen¹¹³, das Programmmanagement sowie das Verhältnis von Ressourceneinsatz zu erzielten Verhaltensänderungen bzw. eingetretenen Wirkungen.

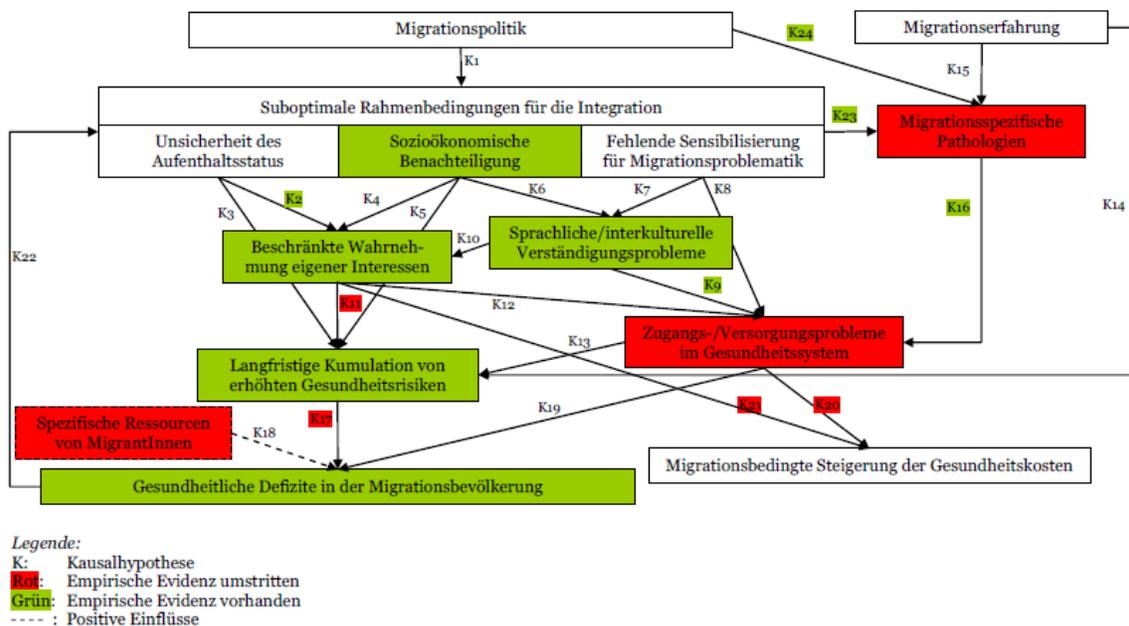
¹¹² Die Abstimmung der Bestandteile der Strategie untereinander (interne Kohärenz) und deren fachliche Fundierung wurden in der ersten Programmphase eingehend evaluiert. Da die Programmschwerpunkte mehr oder weniger konstant geblieben sind, legt die Evaluation der zweiten Programmphase den Schwerpunkt auf die externe Kohärenz.

¹¹³ Die Evaluation der ersten Programmphase attestierte den BAG-internen Abläufen gutes Funktionieren. Diese wurden seither nicht wesentlich verändert. Die Gesamtorganisation, die alle relevanten Akteure einband, wurde als zu komplex beurteilt und daraufhin in der zweiten Programmphase vereinfacht.

5.2 Problemstruktur und empirische Abstützung der Strategie Migration und Gesundheit

Die Problemanalyse geht von der Migrationspolitik und der Migrationserfahrung aus und führt über verschiedene Zwischenschritte zum Hauptproblem, den gesundheitlichen Defiziten von Teilen der Migrationsbevölkerung. Gesamthaft gesehen wurde das Ursache-Wirkungsmodell, von dem die Strategie Migration und Gesundheit ausgeht, im Rahmen der Evaluation der ersten Programmphase als plausibel beurteilt. Unklarheiten bezüglich der Evidenz wurden in Bezug auf die gesundheitlichen Auswirkungen einer beschränkten Interessenwahrnehmung, die migrationsspezifischen Pathologien sowie bezüglich der Kostenwirkungen der vorhandenen Probleme festgestellt.

In der zweiten Strategiephase ab 2008 konnte die Evidenzlage punktuell verbessert werden. Eine Vorstudie „Kosten und Nutzen des Interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen“ konnte den volkswirtschaftlichen Nutzen des interkulturellen Übersetzens untermauern.¹¹⁴ Aus dem Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II, 2010) stehen aktuelle Ergebnisse zur Problemlage der Migrationsbevölkerung zur Verfügung.¹¹⁵ Neue Erkenntnisse stehen zudem in den Bereichen Gesundheitssituation von Sanspapiers, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Ernährung, transkulturelle Prävention, Gesundheitskompetenzen, Gesundheitsförderung im Alter, soziale Netzwerke, Hintergründe der Invalidisierung, Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen und zu den Kosten der Gesundheitsversorgung zur Verfügung.¹¹⁶ Diese wurden bislang jedoch nicht systematisch in ein Strategiepapier integriert.



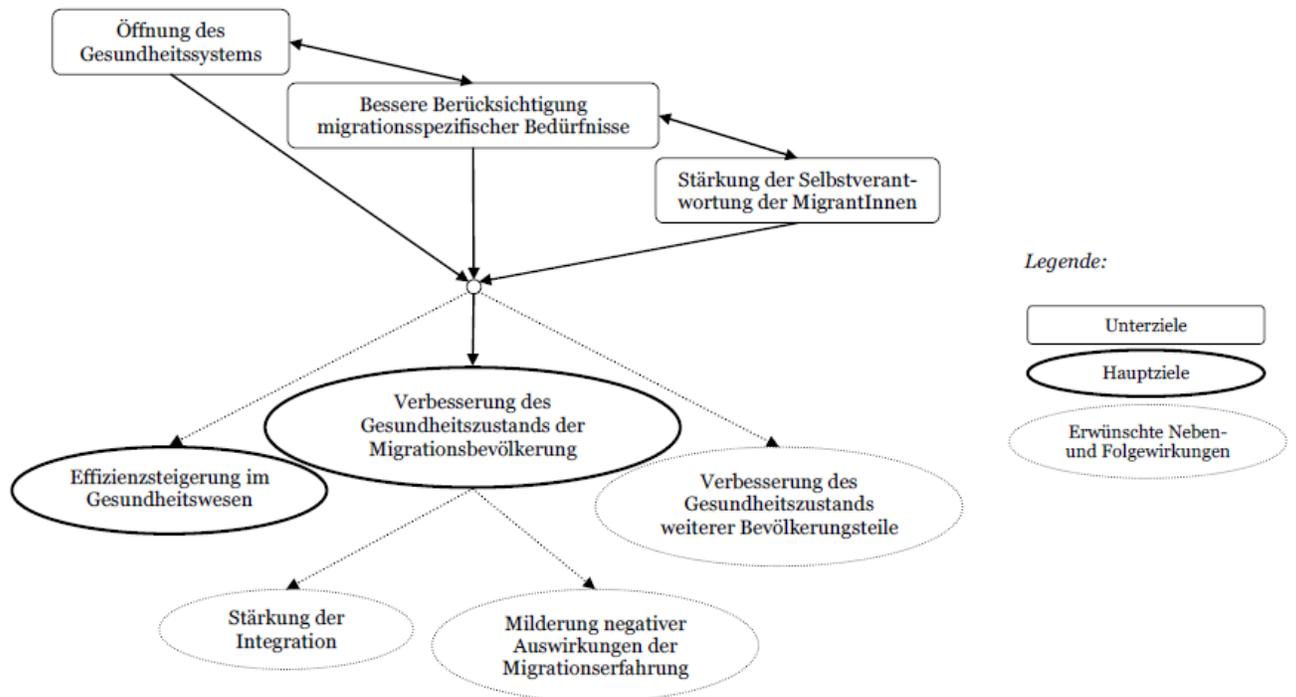
Quelle: Ledermann et al. (2006): Evaluation der Strategie Migration und Gesundheit 2002-2006:18.

¹¹⁴ Gemäss der Studie verursacht der Einsatz des interkulturellen Übersetzens kurzfristig zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen, denen aber langfristig Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft entgegen stehen. Gehrig, M. & Graf, I. (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie).

¹¹⁵ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12535/index.html?lang=de>.

¹¹⁶ Forschungskonzept Migration und Gesundheit 2010.

5.3 Zielsystem der Strategie Migration und Gesundheit



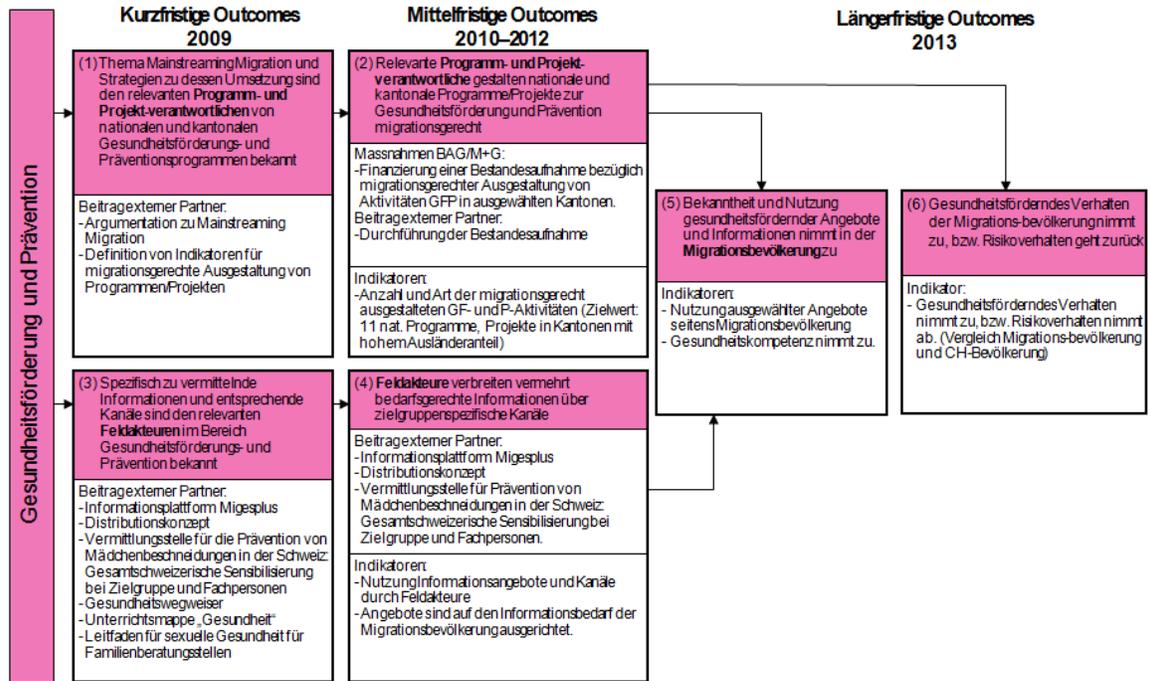
Quelle: Ledermann et al. (2006): Evaluation der Strategie 2002-2006: 19.

Kommentar: Das oben dargestellte Zielsystem gilt mit folgender Einschränkung auch für das Nachfolgeprogramm:

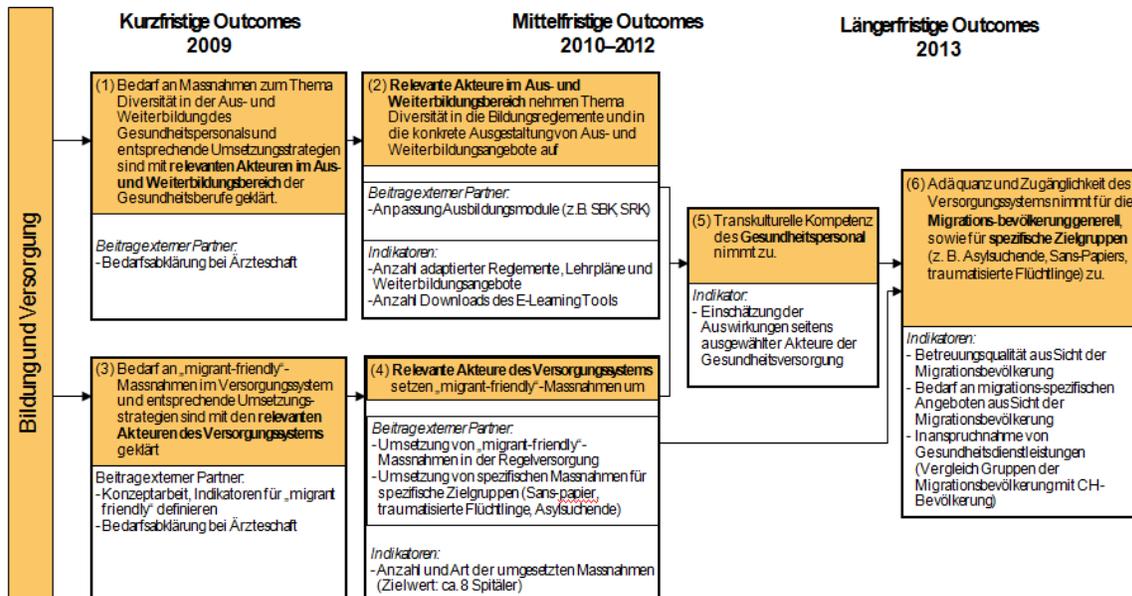
Die *Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen* war in der ersten Phase der Strategie noch eine Hauptzielsetzung und ist daher in dieser Darstellung noch fett umrandet (unten links). Gemäss der Evaluationsempfehlung zur ersten Programmphase und aufgrund der bislang ausstehenden empirischen Untermauerung ist sie *in der Nachfolgestrategie* keine Hauptzielsetzung mehr, bleibt aber eine plausible *erwünschte Neben- bzw. Folgewirkung*.

5.4 Wirkungsmodelle der Handlungsfelder des Programms Migration und Gesundheit 2008-2013

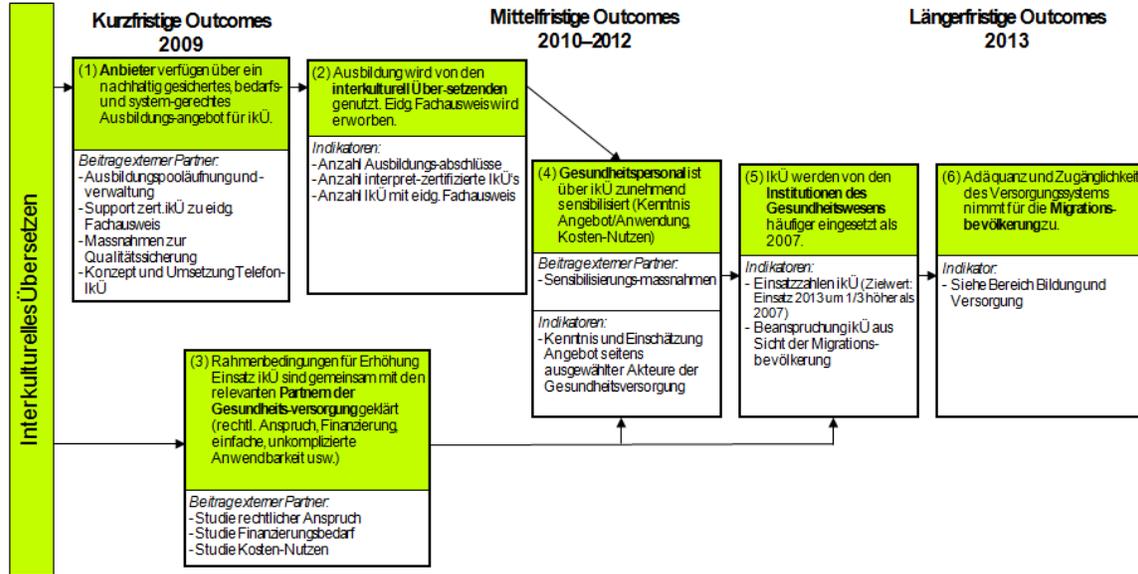
5.4.1 Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention



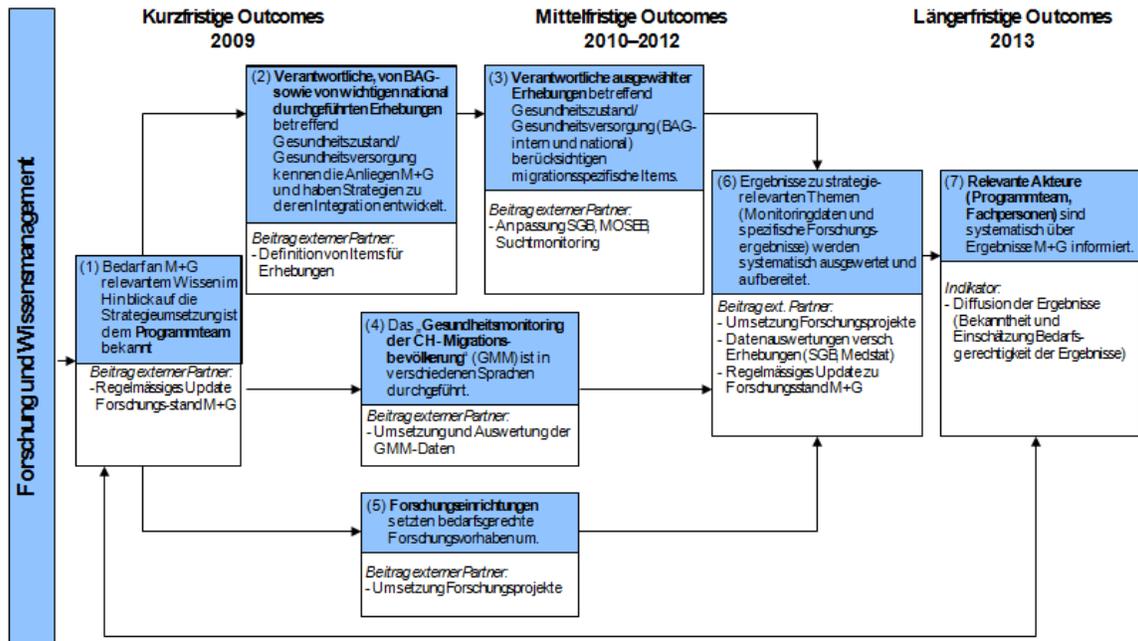
5.4.2 Handlungsfeld Bildung und Versorgung



5.4.3 Handlungsfeld Interkulturelles Übersetzen



5.4.4 Handlungsfeld Forschung und Wissensmanagement



5.5 Zentrale Projekte des Programms Migration und Gesundheit 2008-2013

Die Farben in der Tabelle entsprechen den Farben der Handlungsfelder in Abb. 1 Kap. 2.2.1

| Projektbeschreibung | Stand der Umsetzung (Februar 2012) |
|--|---|
| Migrationsgerechte Ausgestaltung der nationalen Präventionsprogramme und -aktivitäten | |
| BAG-interne Zusammenarbeit mit den nationalen Präventionsprogrammen und der Sektion Kampagnen sowie mit ausgewählten Bereichen (Psychische Gesundheit, Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis BIG). Zusammenarbeit mit ausgewählten externen Stellen (z.B. Gesundheitsförderung Schweiz, Infodrog, Krebsliga, Schweiz. Verband der Brustkrebs-Früherkennungsprogramme). | Verschiedene Kampagnen wurden auch auf Migranten/innen ausgerichtet (HIV-Aids, Drogen, Alkohol, Smokefree & Rauchstopplinie, Schweinegrippe, u.a.); Informationsmaterialien für Migranten/innen im Rahmen des „Bündnis gegen Depression“. Checkliste Quintessenz erstellt (samt Hintergrundinformationen betr. migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention). |
| Kantonale Bedarfsanalysen: Migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention | |
| Mit finanzieller Unterstützung des BAG prüfen verschiedene Kantone, ob ihre Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention auch die Migrationsbevölkerung mit einbeziehen. Die resultierenden Bedarfsanalysen können den Kantonen anschliessend als Grundlage für die Umsetzung von migrationsgerechten Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten dienen. | Von 6 Kantonen liegen bereits Analysen vor (BS, SG, VD, VS, TI, ZG); 4 Kantone sind im Begriff, ihre Analyse fertigzustellen (FR, JU, LU, NE) und 4 Kantone beabsichtigen, 2012 eine Analyse zu erstellen (BE, BL, SO, TG). An einem Netzwerktreffen sind im Nov. 2011 die ersten Ergebnisse vorgestellt und diskutiert worden. Die Bedarfsanalysen haben Interventionscharakter, fördern die Sensibilisierung und Vernetzung relevanter Akteure und schaffen Voraussetzungen für die Umsetzung konkreter Verbesserungen. Sie wirken komplementär zu den zur Zeit erarbeiteten kantonalen Integrationsprogrammen. |
| Plattform und Finanzierungspool migesplus | |
| Das Schweizerische Rote Kreuz betreibt im Auftrag des BAG das nationale Kompetenzzentrum <i>migesplus</i> für die Entwicklung, Produktion und Verbreitung von Gesundheitsinformationen in den geläufigsten Sprachen der Migrationsbevölkerung. Die Informationsmaterialien können auf der Webseite www.migesplus.ch online bestellt oder heruntergeladen werden. Zudem bietet <i>migesplus</i> Tipps und Tools sowie finanzielle Unterstützung für die Entwicklung, Übersetzung, Produktion und Verbreitung von Gesundheitsratgebern für Migranten/innen an. | Die Plattform <i>migesplus</i> ist bei Fachleuten und in der Migrationsbevölkerung gut bekannt und hat eine hohe Nachfrage. Zurzeit sind via Webseite migesplus.ch 45 Publikationen von 30 Institutionen in 25 Sprachen erhältlich. 2011 wurden insgesamt 86'419 Publikationen bestellt, Tendenz in den letzten Jahren steigend. <i>migesplus</i> wird weiterhin Unterhalt und Entwicklungsschübe brauchen, um sich an die aktuellen Verhältnisse anzupassen. Zudem bestehen in Bezug auf die Übersetzung wichtiger Gesundheitsinformationen nach wie vor viele thematische Lücken. |
| Gesundheitswegweiser Schweiz | |
| Die im Auftrag des BAG durch das SRK entwickelte Publikation „Gesundheitswegweiser Schweiz“ hilft Migranten/innen, sich im schweizerischen Gesundheitswesen zurechtzufinden. Sie gibt in 18 Sprachen Auskunft über die medizinische Versorgung und erläutert wichtige Gesetze und Regelungen sowie die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung. Zudem enthält sie die Adressen der wichtigsten Anlaufstellen im Gesundheitsbereich. | Mit insgesamt über 100'000 bestellten Exemplaren ist der Gesundheitswegweiser seit Jahren die beliebteste Broschüre auf der Internetplattform migesplus.ch . Er wurde 2011 zum dritten Mal aktualisiert und neu aufgelegt und muss weiterhin periodisch den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitsbereich (v.a. hinsichtlich Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung) angepasst werden. Im Frühling 2012 erscheint zudem ein spezieller Gesundheitswegweiser für ältere Migranten/innen. |

| | |
|---|--|
| Vermittlungsstelle für die Prävention von Mädchenbeschneidung | |
| Das BAG widmet sich seit 2005 der Umsetzung der Motion Roth-Bernasconi „Sexuelle Verstümmelungen an Frauen. Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen“. Mit dem Ziel, in der Schweiz lebende Mädchen und Frauen vor Genitalbeschneidung zu schützen, leistet Caritas Schweiz im Auftrag des BAG und des BFM Präventionsarbeit. Neben Sensibilisierungsarbeit und Ausbildung von interkulturellen Vermittlerinnen berät Caritas Institutionen und Fachpersonen. | Informationsmaterialien für verschiedene Zielgruppen sind entwickelt worden, insbesondere eine in 7 Sprachen erhältliche Präventionsbroschüre für Migrantinnen und eine Wegleitung für medizinische Fachleute. Von 2010-2013 arbeitet Caritas auch mit kantonalen Institutionen (des Sozial-, Integrations-, und Gesundheitsbereichs) zusammen: Aufbau Runder Tische (in Zusammenarbeit mit Unicef und Terre des femmes), Vernetzung der Institutionen untereinander sowie mit interkulturellen Vermittlerinnen, Transfer von Know-how. |
| Präventionsprojekt "Von MigrantInnen für MigrantInnen" | |
| Der Dachverband der Migrantenorganisationen FIMM Schweiz engagiert sich im Auftrag des BAG und des BFM für Gesundheitsfragen: Fachpersonen bilden MigrantInnen zu verschiedenen Themen (wie z.B. Ernährung, Bewegung, Depression, Alkohol, Tabak) aus. Diese MultiplikatorenInnen organisieren anschliessend Präventionsveranstaltungen in ihren Vereinen/Netzwerken (und in ihrer Muttersprache). | Durch diese aufsuchende, beziehungsorientierte Präventionsarbeit können auch schwer erreichbare MigrantInnen angesprochen und ihre Gesundheitskompetenz gefördert bzw. gestärkt werden. Nach guten Erfahrungen und positiven Rückmeldungen im Rahmen einer Teilnehmerbefragung 2010 und 2011 wird das Projekt weitergeführt. 2013 soll das Projekt nochmals evaluiert werden. |
| E-Learning Tool "Interaktion und Qualität" | |
| Das BAG lässt Weiterbildungsmodulare in Form eines E-Learning-Tools entwickeln: Fachleute aus Medizin und Pflege sollen dank dieser anerkannten Weiterbildung ihre Interaktionskompetenz verbessern und die Qualität ihrer Interventionen im Umgang mit PatientenInnen unterschiedlicher soziokultureller Herkunft (insb. mit Migrationshintergrund) steigern. | Das Tool wird Ende 2012 interessierten Fachpersonen kostenlos auf Deutsch, Französisch und Italienisch zur Verfügung stehen. Nach der Fertigstellung des Tools (und nach 2013) müssen das Hosting und der Support des Tools sowie die Datenauswertung (Benutzung, Erfolg, etc.) gewährleistet werden. Auch sollte die Weiterentwicklung des Tools und seine Anpassung an weitere Berufsgruppen geprüft werden. |
| Qualitätssicherung und Ausbildungssubvention interkulturelles Übersetzen | |
| Die Dachorganisation der interkulturell Übersetzenden INTERPRET gewährleistet im gemeinsamen Auftrag des BAG und des BFM die Qualität des Einsatzes und der Ausbildung von interkulturell Übersetzenden. Zudem leistet INTERPRET Sensibilisierungsarbeit zur Förderung des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen. | In der Deutschschweiz, in der Romandie und im Tessin umfasst INTERPRET insgesamt 19 Vermittlungsstellen und 8 Ausbildungsinstitutionen. Bisher sind 770 interkulturell Übersetzende in insgesamt 60 Sprachen zertifiziert worden; 66 von ihnen haben sich zusätzlich für den eidgenössischen Fachausweis qualifiziert. Im Jahr 2010 leisteten diese Übersetzenden in der Schweiz 72'044 Einsatzstunden im Gesundheitsbereich (17'059 im Bereich Bildung und 34'327 im Bereich Soziales). Die gesetzten Ziele sind bis anhin erreicht worden; die Qualitätssicherung und -entwicklung ist jedoch eine ständige Aufgabe, die weiterhin im Auge behalten werden muss. |
| Nationaler Telefondolmetschdienst für den Gesundheitsbereich | |
| Mit dem Aufbau und der Führung des Nationalen Telefondolmetschdienstes will das BAG den Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Migrationsbevölkerung erleichtern. Die Kommunikation zwischen Fachpersonen des Gesundheitswesens und PatientenInnen soll verbessert und die Qualität und der Erfolg der Intervention gesteigert werden. | Seit April 2011 wird der Telefondolmetschdienst in den Amtssprachen Deutsch, Französisch und Italienisch angeboten und es werden die folgenden Dolmetschsprachen vermittelt: Albanisch, Arabisch, Italienisch, Kurdisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch-Kroatisch-Bosnisch, Somalisch, Spanisch, Tamilisch, Tigrinya, Türkisch. Inzwischen haben sich 95 Institutionen oder Gesundheitsfachleute als NutzerInnen registriert. Die |

| | |
|---|---|
| | Nutzung bleibt aber noch unter den Erwartungen. |
| Migrant Friendly Hospitals | |
| Mit dem Projekt Migrant Friendly Hospitals (MFH) trägt das BAG zur Entwicklung von migrantenfreundlichen Kompetenzzentren bei. Das BAG unterstützt ausgewählte Spitäler bei der Konzipierung von migrantenfreundlichen Strategien und deren Umsetzung. Die Spitäler fördern insbesondere die Kompetenz ihres Personals im Umgang mit Patienten/innen unterschiedlichster Herkunft, optimieren den Einsatz professioneller interkultureller Übersetzung und verbessern den Zugang und die Behandlungsqualität für die Migrationsbevölkerung. | Folgende Spitäler und Spitalgruppen sind für dieses Projekt ausgewählt worden: Universitätsspital Basel; Solothurner Spitäler AG & Kantonsspital Aarau; Kinderspital Zürich mit Universitäts-Kinderspital Basel & Ostschweizer Kinderspital St. Gallen; Centre Hospitalier Universitaire Vaudois; Hôpitaux Universitaires de Genève. Bis 2013 unterstützt das BAG die Umsetzung von Migrant-friendly-Massnahmen und deren Evaluation. Die finanzielle Nachhaltigkeit sowie die Anpassung der Strategien müssen anschliessend von den MFH-Spitalern gewährleistet werden. Unter Einbezug des Spitalverbands H+ ist eine Tagung im Jahr 2013 geplant. |
| Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) | |
| In den Jahren 2004 und 2010 sind in Anlehnung an die Schweizerische Gesundheitsbefragung Migrantinnen und Migranten zu ihrer Gesundheitssituation, ihrem Gesundheitsverhalten und ihrer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems befragt worden. Die Studie wurde von BAG und BFM kofinanziert. Die telefonische Befragung wurde in den Sprachen portugiesisch, türkisch, serbisch, albanisch, somalisch, tamilisch, deutsch und französisch durchgeführt. | Die Datensituation im Bereich Migration und Gesundheit ist grundsätzlich immer noch ungenügend. Die Daten des GMM werden im laufenden Jahr vertiefend analysiert. Zudem sind Abklärungen zur Zukunft des GMM im Gange. Eine Machbarkeitsanalyse in Zusammenarbeit mit dem BFS soll zeigen, welche Lösung inhaltlich und finanziell die beste ist. |
| Kommunikation über das Programm Migration und Gesundheit | |
| Die Information einer breiten Fachöffentlichkeit und gesundheitspolitischer Entscheidungsträger/innen soll die Umsetzung des Nationalen Programms Migration und Gesundheit unterstützen, für dessen Anliegen sensibilisieren sowie Breitenwirkung und Akzeptanz fördern. | Gemäss Kommunikationskonzept wird regelmässig über Anliegen und Vorhaben des Programms Migration und Gesundheit informiert: insbesondere via Webseite des Programms (www.miges.admin.ch), via Newsletter Migration und Gesundheit sowie via Spectra und externe Fachzeitschriften oder Newsletter. 2011 sind Beiträge über das Programm Migration und Gesundheit in 36 verschiedenen Zeitungen, Fachzeitschriften, Newsletter, Radiosendern, TV-Sendern und Webseiten erschienen. |

Quelle: Eigene Darstellung Programm Migration und Gesundheit, Stand Februar 2012

5.6 Informationen zur Datenerhebung

5.6.1 Kontextanalyse: Partnerinnen und Partner der mündlichen Gespräche

| Name | Funktion/Organisation |
|----------------------------|--|
| Günter Ackermann | Qualitätsentwicklung, Evaluationen und Monitoring, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFS) |
| Osman Besić | Leiter Abteilung Gesundheit, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) |
| Patrick Bodenmann | Leiter der Unité des Populations Vulnérables, Policlinique médicale universitaire, Lausanne |
| Barbara Dätwyler | Präsidentin des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), Sektion Bern |
| André Durrer | Leiter Abteilung Zentralschweiz, Caritas Schweiz |
| Ylfete Fanaj | Präsidentin Second@s Plus, Integrationsbeauftragte Nidwalden |
| Ludwig Gärtner | Leiter des Geschäftsfeldes „Familie, Generationen und Gesellschaft“ des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) |
| Nicole Gysin | stellvertretende Bereichsleiterin Innenpolitik der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK), Geschäftsstelle der kantonalen und kommunalen Integrationsdelegierten (KID) |
| Margrith Hanselmann | Generalsekretärin der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) |
| Heinrich Kläui | Spezialarzt für Innere Medizin FMH, Konsiliararzt am Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) |
| Philippe Lehmann | Lehrbeauftragter an der Haute école cantonale vaudoise de la santé (HECV) |
| Ewa Mariéthoz | Projektleiterin Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, Schweizerische Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) |
| Irène Renz | Präsidentin der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VBGF), Leiterin der Gesundheitsförderung Baselland |
| Emine Sariaslan | Präsidentin des Forums für die Integration der Personen mit Migrationshintergrund (FIMM) |
| Hansjörg Vogel | Abteilungsleiter Fachstelle Gesellschaftsfragen Luzern, Integrationsdelegierter Kanton Luzern |
| Branka Vukmirović | Sektion Integration, Bundesamt für Migration (BFM) |
| Barbara Weil | Fachstelle Prävention, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) |
| Verena Wicki | Leiterin der Fachstelle Integration Luzern (FABIA) |

Rüefli, C., Huegeli, E. (2012): Synthesebericht Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013: 88.

5.6.2 Standardisierte Stakeholderbefragung: Zusammensetzung der Antwortenden

Die Befragung wurde im Juni 2011 durchgeführt. Es wurden 431 Personen angeschrieben. Der Rücklauf der Befragung betrug 49% (51% für die deutschsprachigen Fragebogen bzw. 42% für die französischsprachigen Fragebogen). Das Erhebungsinstrument befindet sich im Anhang des Berichtes zur Stakeholderbefragung

<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/01976/index.html?lang=de>

Tabelle 1: Zusammensetzung der antwortenden Stakeholder nach Art der Behörde/Institution sowie nach Hauptaktivität

| | Anzahl (absolut) | Anteil am Total von N= 199* |
|---|---------------------|-----------------------------------|
| Total | 199 | 100% |
| Bereich | | |
| Gesundheitsbereich | 131 | 65.8% |
| Migration/Integration | 53 | 26.6% |
| Andere | 15 | 7.6% |
| Art der Behörde/Institution: | | |
| Kantonsstelle/Interkantonale Vereinigung | 57 | 28.6% |
| Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung | 38 | 19.1% |
| Bildungsinstitution | 29 | 14.6% |
| Verband von Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung | 21 | 10.6% |
| Bundesstelle/Interdepartementales Gremium | 20 | 10.1% |
| Kommunale Stelle | 18 | 9.0% |
| Verein/gemeinnützige Organisation | 16 | 8.0% |
| Hauptaktivität: | | |
| Gesundheitsförderung und Prävention | 34 | 17.1% |
| Gesundheitsversorgung | 34 | 17.1% |
| Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich | 32 | 16.1% |
| Gesundheitspolitik | 29 | 14.6% |
| Migrations-/ Integrationspolitik | 25 | 12.6% |
| Integrationsfachstellen/ Integrationsförderung | 20 | 10.1% |
| Leistungserbringung durch karitative Organisation | 13 | 6.5% |
| Forschung | 7 | 3.5% |
| Weitere Aktivitäten | 5 | 2.5% |

*Durch das Rundungsverfahren weicht die Summe allenfalls leicht von 100% ab.

Huegli, E., Rüefli, C. (2011): Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Ergebnisse der Stakeholderbefragung 2011: 15.

5.6.3 Erhebungsinstrument zur Selbstevaluation der Handlungsfelder des Programms

| BEISPIEL Vernetzung & Kommunikation | | Output/Vorgehen 2011 | | | | Outcome 2011 | Outcome 2013 | Bewertung und Zielerreichung +/- | Begründung (ev. Link zu Dok.) | To do |
|--|---|----------------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|----------------------------------|-------------------------------|-------|
| | | 1. Quartal | 2. Quartal | 3. Quartal | 4. Quartal | | | | | |
| Mainstreaming Migration | Einbringen von Anliegen Migration und Gesundheit in übergeordnete - | | | | | | | | | |
| | Vernetzung | | | | | | | | | |
| Kommunikation | Publizieren | | | | | | | | | |
| | Team unterstützen | | | | | | | | | |
| | Externe Auftritte fördern | | | | | | | | | |
| Vernetzung | | | | | | | | | | |

| Fragen | | Bewertung ++ gut + eher gut - eher ungenügend -- ungenügend | Begründung | Verbesserungsvorschläge |
|---|--|---|------------|-------------------------|
| Wie beurteilen Sie die Prozessabläufe und Zusammenarbeit im Programmteam | | | | |
| Wie beurteilen Sie weitere verwaltungsinterne Prozessabläufe und Zusammenarbeit (ausserhalb Programmleitung)? | | | | |
| Wie beurteilen Sie die Prozessabläufe und Zusammenarbeit in ihrem Handlungsbereich? | | | | |
| Fragen | | Bemerkungen | | |
| Hat der Handlungsbereich insgesamt erreicht was es erreichen wollte? | | | | |
| Relevanz | Haben sich die Bedürfnisse (der Stakeholder) im Handlungsbereich im Verlauf des Jahres verändert ? | | | |
| | Sind die mittel- und längerfristigen Ziele angesichts dieser Bedürfnisse noch von Bedeutung? | | | |
| Erfolge- und positive Erfahrungen Was ist gut gelaufen und wieso? | | | | |
| Misserfolge- und negative Erfahrungen Was ist nicht gut gelaufen und wieso? | | | | |
| Fördernde Faktoren für den Erfolg Stärken? | | | | |
| Hemmende Faktoren für den Erfolg Schwächen? | | | | |
| Chancen Welche Chancen könnten sich in Zukunft eröffnen? | | | | |
| Gefahren Welche Gefahren könnten in Zukunft lauern? | | | | |
| Welche drei zentralen Folgerungen ziehen Sie für das nächste Jahr? | | | | |

5.6.4 Erhebungsinstrument zur Selbstevaluation der Vertragspartner

| |
|---|
| <p>Selbstbeurteilung der im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit geförderten Projekte</p> <p>Vorgabe für VertragspartnerInnen</p> |
|---|

Das Programmteam zur Umsetzung der Strategie Migration und Gesundheit des BAG will jährlich Informationen sammeln, wie die Leistungen und Wirkungen der im Rahmen dieser Strategie unterstützten Projekte aus Sicht der Projektleitenden beurteilt werden. **Wir möchten Sie bitten, diesen Beurteilungsbogen bis am xxxxx an xxxxx zurückzusenden.**

1. Charakterisierung des unterstützten Projekts

| | | |
|---|--|--|
| Projekttitel/Projektnummer Dauer (von/bis) | <i>Wird vor dem Versand von der/dem Handlungsbereichsverantwortlichen des BAG ausgefüllt</i> | |
| 1 | Wie setzen sich die Kosten des Projekts zusammen? | Anteil (CHF) BAG: Anteil (CHF) Träger: Anteil (CHF) Partner: Eigenleistungen (CHF): |
| 2 | Wer sind die <i>Träger</i> des Projekts? | |
| 3 | Wer sind die <i>Partner</i> des Projekts? | |
| 4 | Auf welche Region erstrecken sich die Aktivitäten des Projekts | |
| 5 | Welches sind die anvisierten Zielgruppen ihres Projekts im Berichtsjahr? | |

2. Beurteilung der Leistungen und Wirkungen

| | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6 | Welches sind die im Berichtsjahr erbrachten zentralen Leistungen des Projekts? | | | | |
| 7 | Welches sind die im Berichtsjahr erzielten zentralen Wirkungen des Projekts? | | | | |
| 8 | Sind Sie zufrieden mit dem <i>Umfang</i> der Leistungen, die im Rahmen des Projekts im Berichtsjahr erbracht wurden? | Zufrieden | Eher zufrieden | Eher nicht zufrieden | Nicht zufrieden |
| | Bitte begründen Sie Ihre Antwort: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Sind Sie zufrieden mit der <i>Qualität</i> der Leistungen, die im Rahmen des Projekts im Berichtsjahr erbracht wurden? | Zufrieden | Eher zufrieden | Eher nicht zufrieden | Nicht zufrieden |
| | Bitte begründen Sie Ihre Antwort: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Konnten bisher alle vorgesehenen Zielgruppen durch die Aktivitäten Ihres Projekts angesprochen werden? | Ja | Eher ja | Eher nein | Nein |
| | Wenn (eher) nein, welche Zielgruppen konnten bisher nicht angesprochen werden und warum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| 11 | <p>Gemäss Vereinbarung verfolgt ihr Projekt folgende Ziele: <i>(Wird vor dem Versand von der/dem Handlungsbereichsverantwortlichen des BAG ausgefüllt)</i></p> <p>1. 2. 3. ...</p> <p>Beurteilen Sie bitte anhand nachfolgender Skala, die bisherige Erreichung der Projektziele. Begründen Sie kurz ihre Beurteilung und geben Sie an, wie die Zielerreichung optimiert werden könnte:</p> | |
| Zielerreichung* | Beurteilungsgrundlage** (falls B oder C bitte konkrete Dokumente angeben) | |
| ++ = 75-100% bzw. gut | A = Persönliche Einschätzung der Projektleitung | |
| + = 50-74% bzw. eher gut | B = Projektinterne Unterlagen (z.B. Statistiken, Protokolle, Konzepte, Evaluationsergebnisse, dokumentierte Rückmeldungen Dritter usw.) | |
| - = 25-49% bzw. eher schlecht | | |
| -- = 0-24% bzw. schlecht | C = Externe Berichte, Studien, Statistiken | |
| | | |
| 1. Ziel: (von Bereichsverantwortlichen einzutragen) | Zielerreichung* | Beurteilungsgrundlage** |
| | | |
| Bitte begründen Sie Ihre Antwort: | | |
| Optimierungsvorschläge | | |
| 2. Ziel: (von Bereichsverantwortlichen einzutragen) | Zielerreichung* | Beurteilungsgrundlage** |
| | | |
| Bitte begründen Sie Ihre Antwort: | | |
| Optimierungsvorschläge | | |

| | | | |
|--|--|-----------------|-------------------------|
| | 3. Ziel: (von Bereichverantwortlichen einzutragen) | Zielerreichung* | Beurteilungsgrundlage** |
| | | | |
| | Begründung der Beurteilung | | |
| | Optimierungsvorschläge | | |
| | x. Ziel: (von Bereichverantwortlichen einzutragen) | Zielerreichung* | Beurteilungsgrundlage** |
| | | | |
| | Begründung der Beurteilung | | |
| | Optimierungsvorschläge | | |

| | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| 12 | Wie beurteilen Sie den Beitrag ihres Projekts (im Berichtsjahr) hinsichtlich der Umsetzung nachfolgender Programmziele für das Berichtsjahr (Programm-Outcomeziele für den jeweiligen Handlungsbereich <u>im Berichtsjahr</u> werden vor dem Versand von der/dem Bereichsverantwortlichen des BAG eingefügt) | | | | | |
| | Das Projekt hat (im Berichtsjahr) dazu beigetragen... | trifft voll zu | trifft eher zu | trifft eher nicht zu | trifft überhaupt nicht zu | weiß nicht/ keine Antwort möglich |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Begründung der Beurteilung | | | | | |

3. Beurteilung der Zusammenarbeit

| | | | | | |
|----|--|---------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 13 | Beurteilen Sie bitte die nachfolgenden Aspekte der Zusammenarbeit. Begründen Sie kurz ihre Beurteilung und geben Sie an, wie die betreffenden Bereiche optimiert werden könnten: | | | | |
| | Zusammenarbeit mit dem BAG | Gut <input type="checkbox"/> | Eher gut <input type="checkbox"/> | Eher schlecht <input type="checkbox"/> | Schlecht <input type="checkbox"/> |
| | Begründung der Beurteilung | | | | |
| | Optimierungsvorschläge | | | | |
| | Zusammenarbeit innerhalb des Projekts | Gut <input type="checkbox"/> | Eher gut <input type="checkbox"/> | Eher schlecht <input type="checkbox"/> | Schlecht <input type="checkbox"/> |
| | Begründung der Beurteilung | | | | |
| | Optimierungsvorschläge | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| | Sind die relevanten Projektpartner in geeigneter Weise in ihr Projekt integriert? | Gut <input type="checkbox"/> | Eher gut <input type="checkbox"/> | Eher schlecht <input type="checkbox"/> | Schlecht <input type="checkbox"/> |
| | Begründung der Beurteilung | | | | |
| | Optimierungsvorschläge | | | | |
| | Einbettung ihres Projekts in bestehende regionale/kantonale Strukturen | Gut <input type="checkbox"/> | Eher gut <input type="checkbox"/> | Eher schlecht <input type="checkbox"/> | Schlecht <input type="checkbox"/> |
| | Begründung der Beurteilung | | | | |
| | Optimierungsvorschläge | | | | |

4. Bilanzierung / Standortbestimmung

| | | |
|----|--|--|
| 14 | Hat ihr Projekt im Berichtsjahr insgesamt erreicht was es erreichen wollte? | |
| | Erfolge- und positive Erfahrungen (Was ist gut gelaufen und wieso?) | |
| | Misserfolge- und negative Erfahrungen (Was ist nicht gut gelaufen und wieso?) | |
| | Gab es im Berichtsjahr nicht beabsichtigten positiven oder negativen Wirkungen? Welche? | |

| | | |
|--|---|--|
| | | |
| | Fördernde Faktoren für den Erfolg (Stärken) | |
| | Hemmende Faktoren für den Erfolg (Schwächen) | |
| | Chancen (Welche Chancen könnten sich in Zukunft eröffnen?) | |
| | Gefahren (Welche Gefahren könnten in Zukunft lauern) | |
| | Falls das Projekt weiterläuft: Welche drei zentralen Folgerungen ziehen Sie für das nächste Jahr? | |

5. Schluss

| | | |
|----|--|--|
| 15 | Möchten Sie zum Abschluss noch etwas anmerken? Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung! | |
|----|--|--|

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

5.7 Integrationspolitik des Bundes

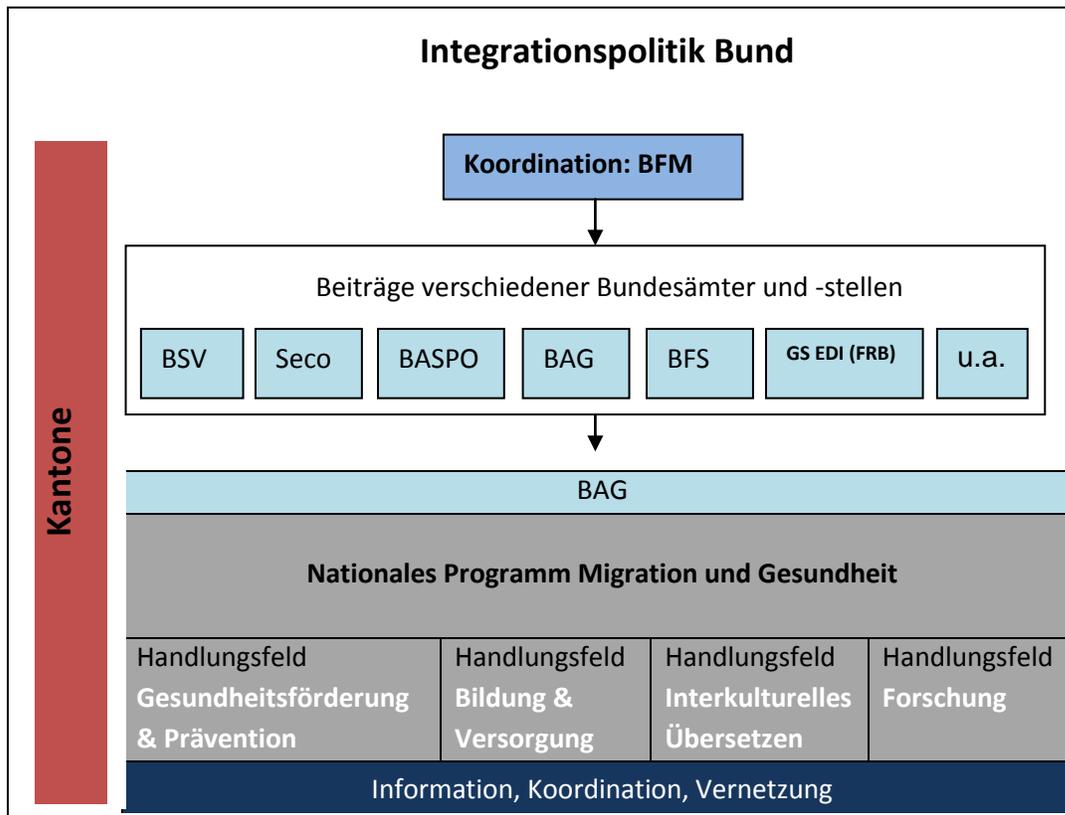
Gesetzliche Grundlagen

Die Ziele der schweizerischen Integrationspolitik sind rechtlich im **Ausländergesetz** (AuG) (SR 142.20) und in der Integrationsverordnung (VIntA) verankert. Im Vordergrund steht dabei eine verstärkte Zusammenarbeit von Bund, Kantonen und Gemeinden in den Bereichen Berufsbildung, Arbeitslosenversicherung und Gesundheitswesen. Die verschiedenen Massnahmen sind aufeinander abzustimmen (Koordinationsauftrag des BFM nach Art. 57 AuG und Art. 8 VIntA). Das AuG wird **zur Zeit teilrevidiert**. Der Bundesrat möchte in der Gesetzgebung auf Bundesebene die Integrationsmassnahmen verankern (Revision des Berufsbildungs-, Sozialversicherungs- und Raumentwicklungsrechts). Von einer Anpassung weiterer Rechtsbereiche, namentlich auch des Gesundheitsrechts, wurde abgesehen. Statt dessen sollen in diesen Bereichen bestehende Massnahmen weitergeführt oder auch neue entwickelt werden. Als Element der spezifischen Integrationsförderung wird neu auch explizit der *Diskriminierungsschutz* aufgeführt. Mit Beratung und mit Massnahmen im Rahmen der kantonalen Integrationsprogramme sollen ab 2014 diskriminierende Regelungen und Verhalten in den Regelstrukturen abgebaut werden (Art. 53 E-AuG).

Massnahmenpaket und Zielgruppen

Die spezifischen Integrationsmassnahmen des Bundes für Migrantinnen und Migranten, die durch die Kantone umgesetzt werden, umfassen ein Paket von insgesamt 46 Massnahmen von 15 Bundesstellen.¹¹⁷ Für die Begleitung des Massnahmenpakets ist die Interdepartementale Arbeitsgruppe Migration (IAM) zuständig. Die Massnahmen richten sich gemäss AuG grundsätzlich an alle Ausländerinnen und Ausländer mit rechtmässigem Aufenthalt und längerfristigen Aufenthaltsperspektive, d.h. rund 1.7-1.8 Mio. Menschen. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind jedoch auch die besonders vulnerablen Gruppen der Sans-papiers sowie der Asylsuchenden (im Verfahren, mit Nichteintretensentscheid oder Abgewiesene) mit einzubeziehen. Auch Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) gilt explizit für alle in der Schweiz wohnhaften Personen gilt.

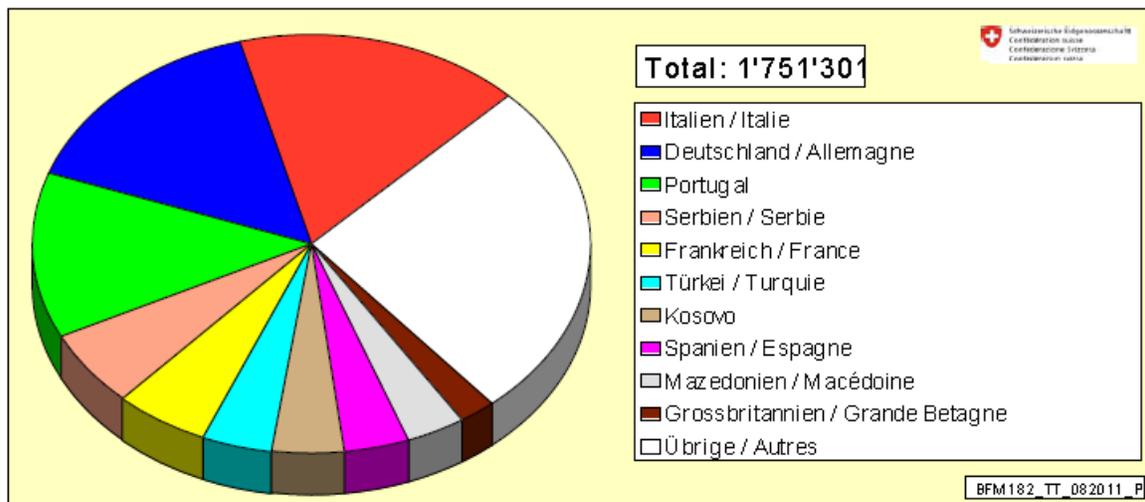
Abb. 11: Integrationspolitik des Bundes



Quelle: Eigene Darstellung Programm Migration und Gesundheit, 2012

¹¹⁷ Bericht Integrationsmassnahmen 2007, am 22.8.2007 vom Bundesrat verabschiedet.
<http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/dokumentation/mi/2011/2011-02-162.html>.

5.8 Herkunft der Ausländer/innen in der Schweiz

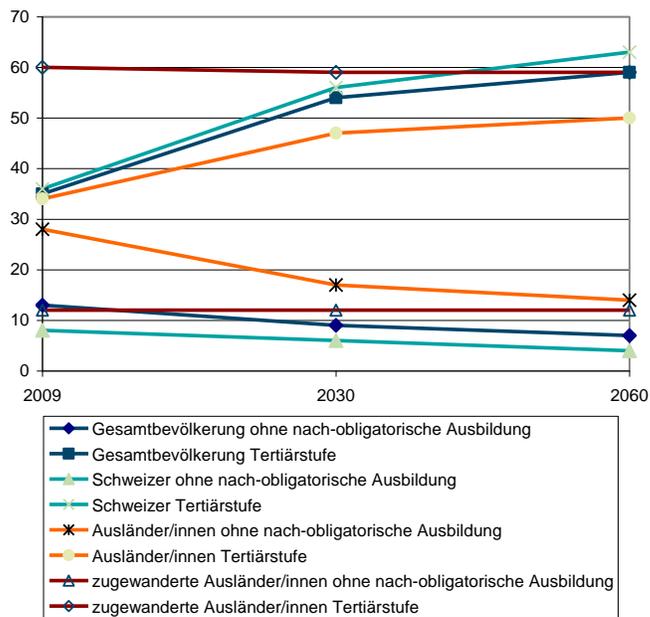


Quelle: Ausländerstatistik BFM, www.bfm.admin.ch, August 2011

5.9 Bildungsszenario für die Migrationsbevölkerung

Entwicklung des Bildungsniveaus verschiedener Bevölkerungsgruppen, 2009-2060

"mittleres Szenario" des BFS, Die Schätzungen beziehen sich auf die 25-64-jährige Bevölkerung



Quelle: Bundesamt für Statistik, Szenarien der Bevölkerungsentwicklung (2010)
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/08/dos/blank/06/01.html>

Gemäss den Projektionen des Bundesamtes für Statistik würden bis zum Jahr 2060 rund 60 Prozent der Schweizer/innen und rund die Hälfte der Ausländer/innen über einen Abschluss der Tertiärstufe verfügen, während sich der Anteil der Personen ohne nach-obligatorischen Bildungsabschluss halbiert. Dabei sollte sich gemäss der Projektion insbesondere der Anteil der Ausländer/innen ohne nach-obligatorische bis 2030 markant vermindern.

5.10 Auslöser und Hindernisse für Massnahmen und Strategien zu Migration und Gesundheit bei anderen Akteuren

Tabelle 2: Auslöser für Massnahmen und Strategien Migration und Gesundheit¹¹⁸

| Auslöser | Anzahl Nennungen total | Gesundheit | Migration/Integration | Andere |
|--|------------------------|------------|-----------------------|--------|
| Handlungsdruck, konkrete Probleme | 28 | 22 | 3 | 3 |
| Auftrag einer übergeordneten Stelle (z.B. Bundesrat, Regierungsrat, Geschäftsleitung), Gesetzesgrundlage (z.B. kantonales Gesundheitsgesetz, Epidemiegesetz), Anforderungsprofil für eine Ausbildung | 17 | 12 | 2 | 3 |
| Forschung, wissenschaftliche Grundlagen, Analyse | 13 | 5 | 4 | 4 |
| Chancengleichheit | 6 | 3 | - | 3 |
| (nicht näher umschriebene) Projekte | 6 | 1 | - | 5 |
| BAG, MFH | 4 | 3 | - | 1 |
| Anstoss durch Kenntnisse im Bereich Migration und Gesundheit von Mitarbeitenden | 1 | 1 | - | - |
| TAK | 1 | | 1 | |

Tabelle 3: Gründe für keine/zu wenige Massnahmen und Strategien Migration und Gesundheit

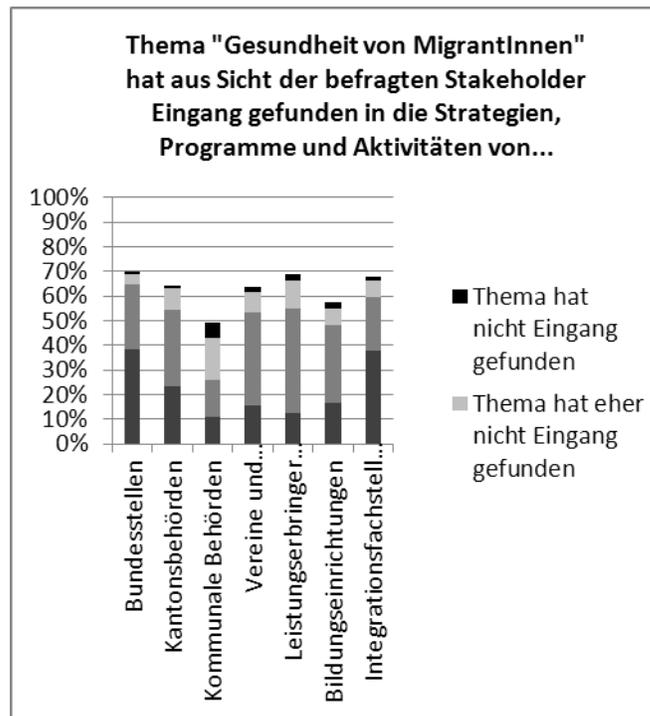
| Gründe für keine oder zu wenige Massnahmen/Strategien Migration und Gesundheit | Anzahl Nennungen total | Gesundheit | Migration/Integration | Andere |
|--|------------------------|------------|-----------------------|--------|
| Fehlende Ressourcen, andere Prioritäten | 53 | 33 | 18 | 2 |
| Fehlender bzw. anderer Auftrag der Behörde/Institution | 38 | 18 | 18 | 2 |
| Fehlender Handlungsdruck, keine Probleme | 15 | 10 | 5 | - |
| Mangelnde Sensibilisiertheit der (z.B. politischen) Entscheidungsträger für das Thema; fehlender (politischer) Wille | 15 | 10 | 5 | - |
| Ausrichtung auf die Gesamtbevölkerung/eine übergeordnete Bevölkerungsgruppe | 10 | 10 | - | - |
| Fehlende Erfahrung/Kompetenzen im Bereich Migration und Gesundheit | 6 | 4 | 2 | - |
| Fehlende wissenschaftliche Grundlagen, Daten, ‚Good Practices‘ | 4 | 2 | 2 | - |
| Zielgruppe ist schwierig erreichbar | 2 | 2 | - | - |
| Fehlende (Rechts-)Grundlage | 2 | 1 | 1 | - |
| Institution ist für Zielgruppe schwierig erreichbar | 1 | - | - | 1 |

Huegli, E., Rüefli, C. (2011): Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Ergebnisse der Stakeholderbefragung 2011: 36ff.

¹¹⁸ Antworten auf offene Fragen.

5.11 Berücksichtigung des Themas Migration und Gesundheit

Abbildung 1: Thema „Gesundheit von Migrantinnen und Migranten“ hat Eingang gefunden in die Strategien, Programme und Aktivitäten von...



Zur Frage, ob das Thema „Gesundheit von Migrantinnen und Migranten“ Eingang gefunden hat in die Strategien, Programme und Aktivitäten verschiedener Akteure, äusserten sich 63.0% der Stakeholder: 38.2% sind der Ansicht, dass das Thema Eingang gefunden hat in die Strategien, Programme und Aktivitäten der **Bundesstellen** (vgl. Abbildung 18) und 19.6% sind der Ansicht, dass die Strategie Migration und Gesundheit darauf einen Einfluss hatte (Tabelle 13). 37.7% haben den Eindruck, dass das Thema in die Strategien, Programme und Aktivitäten der **Integrationsfachstellen** einbezogen wurde und 14.6% der Befragten sind der Meinung, dass die Strategie Migration und Gesundheit darauf einen Einfluss hatte. Hingegen sind nur 12.6% der Ansicht, dass die **Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung** und 11.1%, dass die **kommunalen Behörden** das Thema einbeziehen.

Tabelle 4: Anteil Stakeholder, die der Ansicht sind, dass die Strategie Migration und Gesundheit einen Einfluss hatte darauf, ob das Thema „Gesundheit von MigrantInnen“ gemäss ihrer Einschätzung Eingang gefunden hat in Strategien, Programme und Aktivitäten verschiedener Akteure

| Einfluss Migration und Gesundheit vorhanden auf: | Thema hat Eingang gefunden | Thema hat eher Eingang gefunden | Thema hat eher nicht Eingang gefunden | Thema hat nicht Eingang gefunden | Anzahl Nennungen total | Anzahl Nennungen (Anteil)* |
|--|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Bundesstellen | 19.6% | 10.6% | 0.5% | 0% | 61 | 30.7% |
| Kantonsbehörden | 9.5% | 11.1% | 1.5% | 0% | 44 | 22.1% |
| Kommunale Behörden | 3.5% | 3.5% | 3.0% | 0% | 20 | 10.1% |
| Vereine und Stiftungen im Gesundheitsbereich | 5.5% | 11.1% | 2.0% | 0% | 37 | 18.6% |
| Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung | 5.5% | 11.1% | 1.0% | 0% | 35 | 17.6% |
| Bildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe | 10.1% | 7.0% | 0% | 0% | 34 | 17.1% |
| Integrationsfachstellen | 14.6% | 7.0% | 1.0% | 0% | 46 | 23.1% |

* von N= 199 Stakeholder

Huegli, E., Rüefli, C. (2011): Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Ergebnisse der Stakeholderbefragung 2011: 40 ff..

5.12 Prozesse und Deklarationen zu Migration und Gesundheit sowie Chancengleichheit auf internationaler Ebene

| Jahr | Prozess/Produkt | Fokus |
|---|--|--|
| Weltgesundheitsorganisation (WHO) | | |
| 2005 | Einsetzung der Kommission „Soziale Gesundheitsdeterminanten“ | Soziale Ungleichheiten |
| 2007 | Bericht „Health of migrants“ | Migration spezifisch |
| 2008 | Kommission „Soziale Gesundheitsdeterminanten“: Bericht „Closing the gap in a generation“ | Soziale Ungleichheiten |
| 2009 | Resolution WHA62.14: „Reducing health inequities through action on the social determinants of health“ | Chancengleichheit allgemein, Migration als eine von mehreren Dimensionen |
| 2010 | Bericht „Health of Migrants – The Way Forward“ | Migration spezifisch |
| 2011 | Konferenz und Deklaration „Social Determinants of Health“ (Rio) | Chancengleichheit allgemein |
| Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Regionalausschuss Europa | | |
| 2010 | Bericht „How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity“ | Migration spezifisch |
| 2011 | Entwicklung einer neuen europäischen Gesundheitspolitik (Health 2020), im Gang | Chancengleichheit allgemein |
| Europäische Union (EU) | | |
| 2007 | Konferenz „Health and Migration in the EU“ → Empfehlungen zu nationalen und transnationalen Good Practice-Beispielen → Ergebnisse zuhanden des EPSCO-Rates | Migration spezifisch |
| | Council Conclusions on Health and Migration in the EU | Migration spezifisch |
| | Weissbuch „Together for Health, A Strategic Approach for the EU 2008-2012“ | Chancengleichheit allgemein |
| | Einsetzung einer EU-Beratergruppe zum Thema Migration und Gesundheit (Mitglieder: WHO, Europarat, Europäisches Zentrum für Prävention und Kontrolle von Krankheiten und IOM) | Migration spezifisch |
| | Bratislava-Erklärung zu Migration, Gesundheit und Menschenrechte | Migration spezifisch |
| | Bildung einer Expertengruppe für soziale Determinanten und gesundheitliche Ungleichheiten | Migration spezifisch |
| 2008 | Bildung eines Expertenausschusses zum Thema Mobilität, Migration und Zugang zur Gesundheitsversorgung | Migration spezifisch |
| | Lancierung des Projekts AMAC (Assisting Migrants and Communities) mit Unterstützung des EU-Gesundheitsprogramms | Migration spezifisch |
| 2009 | Papier „Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU“ der EU-Kommission und Konsultation dazu | Chancengleichheit allgemein, Migration als eine von mehreren Dimensionen |
| 2010 | Mitteilung „Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten in der EU“ | Chancengleichheit allgemein |
| Europarat | | |
| 2006 | Papier „Health in a multicultural society“ | Migration spezifisch |
| 2011 | Papier „Mobility, Migration and Access to Health Care“ mit Empfehlungen | Migration spezifisch |
| 2011 | Expert Review and Proposals for measurement of health inequalities in the EU | Migration spezifisch |
| 2011 | Recommendation CM/Rec(2011)13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care | Migration spezifisch |
| International Organization for Migration (IOM) | | |
| 2006 | Background Paper „Migration, a social determinant of the health of migrants“ | Migration spezifisch |
| 2009 | Bericht „Migration health: Better health for all in Europe“ (Schlussbericht des AMAC-Projekts) | Migration spezifisch |

Quelle: Rüefli, C., Huegli, E. (2012): Synthesebericht Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013: 20

5.13 Dokumente und Literatur

- Balthasar, A., Müller, F. Oetterli, M. (2009): Evaluationssystem für die Strategie Migration und Gesundheit, Phase II: 2008–2013. Arbeitspapier Luzern: Interface April 2009.
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02069/06696/index.html?lang=de>.
- Bolliger, C. (2010). Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung, Verfahrensverläufe und vorgelagerte Faktoren. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bedarfsanalysen kantonaler Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/12517/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2012): Katalog zu den Ressortforschungsthemen im Bundesamt für Gesundheit. Bern 2012.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/00390/01221/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2012). Evaluation der Strategie Migration und Gesundheit, Phase II 2008-2013. Selbstevaluation der Handlungsfelder 2008-2012. Unveröffentlichtes internes Arbeitsdokument Bern: 20. April 2012.
- Bundesamt für Gesundheit (2011): "Neue Wege in der Evaluation", spectra Nr. 84 'Nationale Präventionsprogramme' Jan. 2011: 12:
<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2010): Forschungskonzept Migration und Gesundheit 2010 (unveröffentlichtes Dokument).
- Bundesamt für Gesundheit (2009): Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen.
<http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=29743>
- Bundesamt für Gesundheit (2008): Migration Mainstreaming im Gesundheitswesen:
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12626/12627/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2007): Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013).
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2005): Leitbild Multisektorale Gesundheitspolitik. INFRAS 2005.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00403/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Migration (2010): Umsetzung Massnahmenpaket Integration 2010. Berichterstattung der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Migration IAM an den Bundesrat (Dezember 2010). <http://www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/dokumentation/mi/2011/2011-02-162.html>
- Bundesamt für Statistik (2012): Statistisches Mehrjahresprogramm des Bundes 2011-2015.
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/institutionen/oeffentliche_statistik/bundesstatistik/mehrijahresprogramm.html
- Bundesamt für Statistik (2011) Die ausländische Bevölkerung in der Schweiz.
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/dos/la_population_etrangere.html
- Bundesamt für Statistik (2010): Szenarien der Bevölkerungsentwicklung.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/08/dos/blank/06/01.html>

- Bundesamt für Migration (2011) Erläuternder Bericht zur Vernehmlassung zur Änderung des Ausländergesetzes (Integration), 23. Nov. 2011.
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2012)
http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/
- Bundesrat (2011): Erläuternder Bericht zur Vernehmlassung zur Änderung des Ausländergesetzes (Integration) vom 23. November 2011.
- Bundesrat (2010): Bericht zur Weiterentwicklung der Integrationspolitik des Bundes vom 5. März 2010.
- Bundesrat (2010): Gesamtschweizerische Strategie zur Armutsbekämpfung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion (06.3001) der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-N) vom 13. Januar 2006.
- Bundesrat (2009): Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PrävG) vom 30. September 2009. BBl 2009 7071
- Egger, T. und Julien, N. (2009): Migesplus - Informationsbedarf der Migrationsbevölkerung zu ausgewählten Gesundheitsthemen. Bern: Büro Bass.
- Europarat (2011): Empfehlungen zu Mobilität, Migration und Zugang. Ministerkomitee des Europarats, 16. November 2011.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/12641/index.html?lang=de>
- Gehrig, M. und Graf, I. (2009): Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen (Vorstudie) Bern: Büro BASS.
- Guggisberg, J. et al. (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Bern: Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12535/index.html?lang=de>
- Guggisberg, J. et al. (2010): Personen mit Migrationshintergrund in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Huegli, E. und Rüefli, C. (2011). Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Ergebnisse der Stakeholderbefragung 2011. Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02069/06696/index.html?lang=de>
- Konferenz der europäischen Gesundheitsminister (2008): Erklärung von Bratislava: „Human Rights and Challenges for Health Care“. 8. Konferenz der europäischen Gesundheitsminister, Bratislava 2007.
- Ledermann S. et al.(2006) Evaluation der Strategie «Migration und Gesundheit 2002-2006», Bern: Büro Vatter, Zürich: INFRAS, Lausanne: IDHEAP
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02069/index.html>
- MFH Project Group (2004): Amsterdamer Erklärung für migrantInnenfreundliche Krankenhäuser in einem ethnisch und kulturell vielfältigen Europa.
- Moreau-Gruet, F. und Luyet, S. (2012). Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Hospitalisierungen, Obsan Bulletin Neuchâtel 1/2012.

- Moret, J., & Dahinden, J. (2009). Wege zu einer besseren Kommunikation - Kooperation mit Netzwerken von Zugewanderten. In Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM (Ed.), Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
- Rommel A., Weilandt, C. und Eckert, J. (2006): Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht, Bonn: WIAD
- Rüefli, C. und Huegeli, E. (2011). Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007-2013. Synthesebericht. Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02069/06696/index.html?lang=de>
- Rüefli, C. und Huegeli, E. (2011). Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484). Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (2010): Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitsbereich, 26.5.2010. Bern: Gesundheitsdirektorenkonferenz.
- Stamm, H., Lamprecht, M., und Wiegand, D. (2011). Migration und Gesundheit. Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Migrationsbevölkerung. Sekundäranalyse im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
- Tripartite Agglomerationskonferenz (2008): Umsetzung des Informationsauftrags gemäss Art. 56 AuG. Bericht der TTA vom 22. Mai 2008, Empfehlungen der TAK vom 30. Juni 2008. Bern: TAK.
- Tripartite Agglomerationskonferenz (2009): Weiterentwicklung der schweizerischen Integrationspolitik. Bern: TAK.
- Wyssmüller, C., & Kaya, B. (2010). Übersicht über die Fachliteratur im Bereich Migration und Gesundheit. Bern: SFM - Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.