

Gesundheitsversorgung für Asylsuchende

Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Luzern, den 1. Februar 2017

IMPRESSUM

Autorinnen und Autoren

Franziska Müller, lic. rer. soc., DAS Evaluation, Interface
mueller@interface-politikstudien.ch

Birgit Laubereau, Dr. med. und MPH, Interface
laubereau@interface-politikstudien.ch

Noëlle Bucher, MA, Interface
bucher@interface-politikstudien.ch

Gaspard Ostrowski, MA, evaluanda
ostrowski@evaluanda.ch

INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung
Seidenhofstrasse 12
CH-6003 Luzern
T +41 41 226 04 26
interface@interface-politikstudien.ch
www.interface-politikstudien.ch

evaluanda

Rue Rousseau 9
CH-1201 Genève
T +41 22 705 11 50
www.evaluanda.ch

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	4
I AUSGANGSLAGE	7
1.1 Zweck der Studie	7
1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen	8
2 METHODISCHE GRUNDLAGEN	10
3 IST-ANALYSE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	11
3.1 Informations- und Präventionsarbeit	11
3.2 Zugang zu Impfungen	18
3.3 Zugang zur medizinischen Versorgung	21
3.4 Dokumentation Gesundheitsdaten und Informationsaustausch	36
4 FAZIT UND EMPFEHLUNGEN	43
4.1 Information- und Präventionsarbeit	44
4.2 Zugang zu Impfungen	51
4.3 Zugang zur medizinischen Versorgung	53
4.4 Dokumentation Gesundheitsdaten und Informationsaustausch	58
ANHANG	60
A1 Online-Befragung Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen: Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	60
A2 Gesprächsleitfaden für die Interviews in den EVZ/BZ des Bundes und in den Kollektivzentren der Kantone	76

ZUSAMMENFASSUNG

Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene revidierte Epidemien-gesetz (EpG) soll insbesondere den Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten sicherstellen. Mit Inkraftsetzung des Gesetzes hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, gemeinsam mit dem Staatssekretariat für Migration (SEM) und den involvierten kantonalen Stellen ein Konzept zu erarbeiten und umzusetzen, mittels welchem zukünftig der Schutz der Asylsuchenden und der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten gewährleistet werden kann. Um eine Grundlage zur Erarbeitung des geforderten Konzepts zu erhalten, hat eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des BAG, des SEM, der Kantonsärzteschaft und der kantonalen Asylkoordinatoren/-innen sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) beschlossen, eine Analyse der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Zentren des Bundes und der Kantone durchzuführen. Interface Politikstudien und evaluanda erhielten vom BAG das Mandat für diese Studie.

Im Rahmen der Studie wurde *erstens* die vorhandene gesundheitsrelevante Dokumentation in den Zentren des Bundes (EVZ und BZ) und den untersuchten Kollektivzentren der Kantone gesichtet und ausgewertet sowie bestehende Studien und Dokumente zum Thema einbezogen. *Zweitens* fanden Gespräche mit Zentrumsleitungen und Gesundheitspersonal in allen sechs EVZ, dem Testbetrieb Zürich/Zentrum Juch sowie in den Bundeszentren Bremgarten, Gubel, Glaubenberg und Perreux statt. Für die Analyse der Gesundheitsversorgung auf kantonaler Ebene, wurden in den Kantonen Waadt, Solothurn, St. Gallen, Zürich, Schwyz, Neuenburg und Genf Gespräche in Kollektivzentren durchgeführt. Um an zusätzlich Ergebnisse aus allen Kantonen zu gelangen, wurde *drittens* eine Online-Befragung bei allen Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzten/-innen durchgeführt. Aus dieser Befragung liegen Aussagen zu 19 Kantonen vor (fehlend: Appenzell I. Rh, Tessin, Nidwalden, Obwalden, Jura, Freiburg, Luzern). Zur Vertiefung führten wir zudem mit ausgewählten Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzten/-innen telefonische Gespräche durch. Schliesslich wurden *viertens* im Rahmen von explorativen Gesprächen gezielt weitere Informationen seitens der Gesundheitsversorger erhoben, an welche die Asylsuchenden verwiesen werden und führten Interviews mit ausgewählten Vertretungen der ORS Service AG und der Asyl Organisation Zürich (AOZ) durch.

Die Ergebnisse der Analyse zeigen auf, dass es in den letzten Jahren in den Zentren des Bundes und der Kantone wenige Probleme mit Infektionskrankheiten gab. Die bisherigen Grenzsanitären Massnahmen (GSM), in der Form einer systematischen und obligatorischen Befragung, haben sich grundsätzlich bewährt. Allerdings sind diese nur auf das Erkennen von Tuberkulose sowie eine Information über HIV fokussiert. Daneben gibt es kein systematisches Vorgehen bezüglich der Prävention und Früherkennung von übertragbaren Krankheiten. Asylsuchende werden zurückhaltend über gesundheitsrelevante Themen sowie den Zugang zum Gesundheitssystem informiert und die Information erfolgt von Zentrum zu Zentrum uneinheitlich.

Ein Impfangebot besteht sowohl auf Bundes wie auf Kantonsebene in der Regel lediglich für Kinder bis sechs Jahre. Die Haltung zum Thema Impfen ist sehr heterogen und die Mehrheit der untersuchten Kantone warten bezüglich der Umsetzung auf klare Vorgaben des Bundes. Ausnahme bilden die Westschweizer Kantone sowie der Kanton Schwyz, wo im Rahmen einer Erstuntersuchung der Impfstatus auch von Erwachsenen überprüft und entsprechende Impfungen angeboten werden.

Im Hinblick auf den potenziellen Ausbruch einer übertragbaren Krankheit, fühlen sich die Akteure in den Zentren des Bundes und der Kantone tendenziell ungenügend vorbereitet. Die Rollen- und Aufgabenteilung zwischen den beteiligten Akteuren (Verantwortliche des SEM/BAG, Asylkoordinatoren/-innen, Kantonsärzte/-innen, Verantwortliche der auftragnehmenden Organisationen der Zentren, Mitarbeitende in den jeweiligen Zentren) scheinen diesbezüglich ungenügend geklärt und es fehlt an der notwendigen Infrastruktur für eine effektive Isolation.

In den Zentren des Bundes und zum Teil auch auf kantonaler Ebene sind im Laufe der letzten Jahre vermehrt medizinisch geschulte Personen im Bereich der Gesundheitsversorgung eingestellt worden. Dies schafft Entlastung und Handlungssicherheit für das Betreuungspersonal. Die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in den Zentren ist grundsätzlich zweckmässig organisiert und der Zugang zur medizinischen Grundversorgung ist gewährleistet. Wenn Krankheiten nicht im Zentrum vor Ort behandelt werden können, erfolgt die Weitervermittlung zum Zentrumsarzt, zu Spezialisten oder ins Spital. Die Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ist von den Versorgungsstrukturen sowie auch von einer landesteilspezifischen „Versorgungskultur“ abhängig. In der Westschweiz übernimmt traditionellerweise der Staat eine stärkere Rolle in der Gesundheitsversorgung im Sinne von Public Health und es werden migrationsspezifische Netzwerke, oft unter Einbezug von spezifischen Spitalstrukturen, unterstützt. In der Deutschschweiz besteht eher eine dezentralisierte Versorgung mit Hausärzten/-innen, welche jedoch immer schwieriger für diese Aufgabe zu gewinnen sind. Migrationsspezifische Strukturen sind sehr selten.

Was die Übergabe von individuellen Gesundheitsdaten von den EVZ/BZ an den Kanton und von da an die Gemeinde betrifft, so weist die Analyse auf viele Schnittstellen hin, welche anfällig auf „Datenverluste“ sind. Falls keine Gesundheitsdaten vorhanden sind, wissen die jeweiligen Akteure nicht, ob ein gesundheitsrelevantes Problem vorliegt oder die Informationen nicht (oder nicht rechtzeitig) übermittelt wurden. Zudem sind Unterschiede in der Qualität der Dokumentation der Gesundheitsdaten durch die Mitarbeitenden in den Zentren sowie durch die externen Leistungserbringer festzustellen. Insbesondere der Rückfluss an Informationen seitens der Leistungserbringer (v.a. Spitäler) an die Zentren funktioniert nicht reibungslos.

Basierend auf den Ergebnissen der Analyse der Ist-Situation in den Zentren, werden folgende Empfehlungen formuliert:

- Empfehlung 1: Einführung eines medizinischen Erstgesprächs auf Bundesebene
- Empfehlung 2: Festlegung eines Ausbruchsmanagements
- Empfehlung 3: Präventions- und Informationskonzept für die Zentren bereitstellen

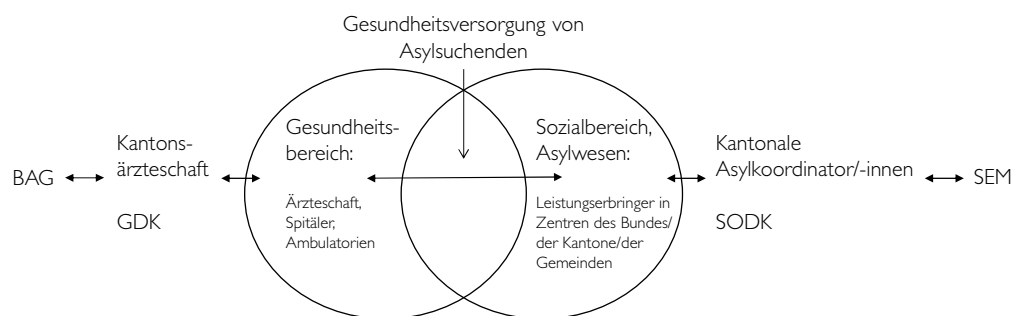
- Empfehlung 4: Systematische Prüfung des Impfstatus und Erstellung eines persönlichen Impfplans im Rahmen des medizinischen Erstgesprächs sicherstellen
- Empfehlung 5: Handlungsempfehlungen an die Kantone, welche die Umsetzung der auf Bundesebene eingeleiteten Massnahmen (Impfplan) sicherstellen
- Empfehlung 6: Medizinisches Personal in Zentren des Bundes als Pflichtvorgabe definieren (mit entsprechender Empfehlung an kantonale Zentren)
- Empfehlung 7: Stärkung einer migrationssensiblen Gesundheitsversorgung
- Empfehlung 8: Zugang zu psychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten verbessern und niederschwellige Angebote aufbauen respektive bereits vorhandene Angebote nutzen
- Empfehlung 9: Regelung der Zuständigkeit und Zusammenarbeit von und zwischen den im Rahmen der Gesundheitsversorgung involvierten Akteure
- Empfehlung 10: Einführung eines (elektronisches) Gesundheitsdossiers für alle Asylsuchenden und Sicherstellung des Austauschs respektive der Übermittlung von Gesundheitsdaten

I AUSGANGSLAGE

I.1 ZWECK DER STUDIE

Mit dem Inkrafttreten des revidierten Epidemiengesetzes (EpG) am 1. Januar 2016 unterliegt die Prävention von übertragbaren Krankheiten bei Asylsuchenden einer neuen Rechtsgrundlage. Das revidierte Epidemiengesetz soll insbesondere den Schutz vor übertragbaren Krankheiten von Menschen, welche sich in der Obhut von öffentlichen oder privaten Institutionen befinden, sicherstellen. Dabei wird erstens eine verbesserte Einbindung der bestehenden Infrastruktur des Gesundheitswesens in die Betreuung der Asylsuchenden und zweitens eine gesicherte Koordination zwischen den involvierten verantwortlichen Stellen auf den Ebenen Bund und Kantone angestrebt. Die beteiligten Akteure sind in der nachfolgenden Darstellung aufgeführt.

D I.1: Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden



Quelle: eigene Darstellung.

Mit Inkraftsetzung des Gesetzes hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, gemeinsam mit dem Staatssekretariat für Migration (SEM) und den involvierten kantonalen Stellen ein Konzept zu erarbeiten und umzusetzen, mittels welchem zukünftig der Schutz der Asylsuchenden und der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten gewährleistet werden kann. Um eine Grundlage zur Erarbeitung des geforderten Konzepts zu erhalten, hat eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des BAG, des SEM, der Kantonsärzteschaft und der kantonalen Asylkoordinatoren/-innen sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK), entschieden, die vorliegende Analyse bezüglich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in Auftrag zu geben.

Zweck der Analyse sind die Erfassung der Ist-Situation bezüglich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Zentren des Bundes und der Kantone, die Ermittlung von Lücken und Verbesserungspotenzial im Angebot und in den Prozessen sowie die Formulierung von Empfehlungen zu Mindestanforderungen für die Erfüllung der Aufträge gemäss EpG.

1.2 GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Revision Epidemiengesetz

Am 1. Januar 2016 trat das revidierte Epidemiengesetz¹ (EpG) in Kraft. Während das alte Epidemiengesetz von 1970 vor allem auf die Verhütung der Einschleppung von übertragbaren Krankheiten aus dem Ausland fokussierte,² wird im revidierten Epidemiengesetz auch die Verantwortung für den Schutz der Gesundheit von Menschen, welche sich in der Obhut von öffentlichen oder privaten Institutionen befinden, thematisiert (Art. 19d EpG). Gemäss Artikel 31 in der Epidemienverordnung (EpV)³ (Verhütungsmassnahmen in Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes und kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende) wird für die Asylsuchenden explizit die Sicherstellung des Zugangs zu einer geeigneten medizinischen Versorgung und zu Impfungen nach dem nationalen Impfplan unter Berücksichtigung der spezifischen Empfehlungen des BAG für Asylsuchende verlangt.

Artikel 31 EpV konkretisiert die Pflicht zur Verhütung der Übertragung von Krankheiten nach Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe d EpG für kantonale Asylzentren und Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes. Die Betreiber von Empfangsstellen des Bundes oder kantonalen Asylzentren werden nach Absatz 1 verpflichtet, den Personen in ihrer Obhut den Zugang zu geeigneten Verhütungsmassnahmen zu gewährleisten. Die Zuständigkeit für die Umsetzung von Artikel 31 EpV liegt neu bei den Betreibern.

Dieser allgemeine Auftrag wird in Absatz 2 konkretisiert:

- (Bst. a). *Informationspflichten*: Die Betreiber müssen dafür sorgen, dass die Personen in ihrer Obhut über Infektionskrankheiten sowie über den Zugang zur medizinischen Versorgung informiert werden. Dies muss in nützlicher Frist und in verständlicher Form erfolgen. Gemäss Erläuterungen des BAG zur EpV kann bei der Umsetzung der Informationspflichten kann, sofern verfügbar, medizinisches Fachpersonal eingesetzt werden. Dieses sollte über die für diese Tätigkeit notwendige Ausbildung verfügen. Bei Bedarf sollen bei Asylsuchenden, die die jeweilige Landessprache nicht beherrschen, für die medizinische Untersuchung Übersetzende beigezogen werden.⁴
- (Bst. b). *Präventionsmassnahmen*: Die Betreiber müssen geeignete Mittel und therapeutische Massnahmen zur Verhütung sexuell oder durch Blut übertragbare Krankheiten, namentlich Präservative, in zweckmässiger Weise zur Verfügung stellen.
- (Bst. c). *Zugang zur allgemeinen medizinischen Versorgung (inkl. Impfungen)*: Die Betreiber müssen den Zugang zu einer geeigneten medizinischen Versorgung si-

¹ Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012, Epidemiengesetz, EpG, SR 818.101.

² Art. 7 EpG 1970.

³ Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 29. April 2015, Epidemienverordnung, EpV, SR 818.101.1.

⁴ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2016): Erläuterungen zur Verordnung vom 29. April 2015 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV), S. 38.

herstellen. Gemäss Erläuterungen des BAG zur EpV dienen dazu Sprechstunden vor Ort bei einem Arzt oder bei einer Ärztin, eine ambulante Behandlungsmöglichkeit im Spital oder ein Arztbesuch bei Bedarf.⁵ Dabei ist eine durch eine medizinische Fachperson durchgeführte Triage vor der Zuweisung zu einer ärztlichen Behandlung sinnvoll. Im Rahmen der allgemeinen medizinischen Versorgung muss sichergestellt werden, dass übertragbare Krankheiten soweit möglich rasch erkannt, adäquat behandelt und zeitgerecht gemeldet werden sowie Impfungen nach dem nationalen Impfplan angeboten werden.⁶ Mit den entsprechenden Aufgaben soll gemäss Erläuterungen zur EpV in transkultureller Kompetenz ausgebildetes medizinisches Fachpersonal betraut werden und es sollen bei Bedarf Übersetzenden beigezogen werden.

Der vorliegende Bericht orientiert sich an der Struktur dieses Auftrags.

Revision des Asylgesetzes – Beschleunigung der Asylverfahren

Am 5. Juni 2016 hat die Bevölkerung die Vorlage für beschleunigte Asylverfahren angenommen. Damit haben die Stimmberechtigten zwei Grundsätze verankert: Erstens werden die Asylverfahren beschleunigt. Und zweitens werden auch die raschen Asylverfahren in der Schweiz weiterhin rechtsstaatlich korrekt durchgeführt. Eine Neuerung, welche insbesondere im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie von Bedeutung ist, ist die längere Aufenthaltsdauer in den Zentren des Bundes. Der Grossteil der Verfahren soll in maximal 140 Tagen in Zentren des Bundes abgeschlossen werden. Damit die Verfahren trotzdem rechtsstaatlich korrekt und fair bleiben, erhalten alle Asylsuchenden eine unentgeltliche Rechtsvertretung. Neu sind zudem alle Asylsuchenden bereits während ihres Aufenthalts in den Zentren des Bundes krankenversichert.

⁵ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2016): Erläuterungen zur Verordnung vom 29. April 2015 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV), S. 39.

⁶ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2016): Erläuterungen zur Verordnung vom 29. April 2015 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV), S. 39: „Der Zugang zu Impfungen soll gemäss den spezifischen Empfehlungen des BAG erfolgen. Diese Empfehlungen tragen der besonderen Situation bezüglich der Aufenthaltsdauer der Asylsuchenden in den Bundesunterkünften Rechnung. In der Regel finden in den Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes keine Impfungen statt, wenn der Aufenthalt der Asylsuchenden nur von kurzer Dauer ist.“

Die Studie basiert auf folgenden Grundlagen:

Interviews in den Zentren des Bundes und der Kantone

Es fanden Gespräche in allen sechs EVZ, dem Testbetrieb Zürich/Zentrum Juch sowie in den Bundeszentren Bremgarten, Gubel, Glaubenberg und Perreux statt. Es wurden Gespräche mit folgenden Zielgruppen geführt:

- Zentrumsleitungen (und allenfalls stv. Zentrumsleitungen)
- Vertretung des für die medizinische Erstversorgung zuständigen Pflegepersonals vor Ort
- Vertretung der ORS Service AG, die für die grens-sanitarischen Massnahmen (GSM) zuständig ist

In den Kantonen Waadt, Solothurn, St. Gallen, Zürich, Schwyz und Genf fanden analog zu den Zentren des Bundes Gespräche in den Kollektivzentren statt. Im Kanton Neuenburg wurde ein Interview mit einer Vertretung von Médecins du Monde, welche in den kantonalen Zentren für die Gesundheitsversorgung zuständig ist, durchgeführt.

Dokumentenstudium

Die vorhandene gesundheitsrelevante Dokumentation in den Zentren des Bundes und den untersuchten Kollektivzentren der Kantone wurde gesichtet und ausgewertet.

Gespräche und Online-Befragung von Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzteschaft

Um an Ergebnisse aus allen Kantonen zu gelangen, wurde eine Online-Befragung bei allen Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzten/-innen durchgeführt. Rücklauf: 12 von 26 Asylkoordinatoren/-innen und 11 von 26 Kantonsärzte/-innen. Es liegen Aussagen zu 19 Kantonen vor (fehlend: Appenzell I. Rh, Tessin, Nidwalden, Obwalden, Jura, Freiburg, Luzern). Zur Vertiefung führten wir zudem mit ausgewählten Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzten/-innen telefonische Gespräche durch.

Zusätzliche Erhebungen bei Leistungserbringern

Im Rahmen von ausgewählten explorativen Gesprächen wurden gezielt weitere Informationen seitens der Gesundheitsversorger erhoben, an welche die Asylsuchenden verwiesen werden (Zentrums-Hausärztin BZ Gubel, Zentrums-Hausarzt kantonale Zentren des Kantons St. Gallen, Mitarbeitenden des Hôpital Universitaire de Genève [HUG] und der Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne [PMU]). Zusätzlich führten wir Interviews mit Vertretern/-innen der ORS Service AG und der der Asyl Organisation Zürich (AOZ) durch. Weiter nahm ein Mitglied des Projektteams an der Swiss Public Health Conference 2016 „Menschen auf der Flucht – eine Herausforderung für das Schweizer Gesundheitssystem“ teil und konnte entsprechende Informationen in den Bericht einfließen lassen.

In diesem Kapitel legen wir die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung in den Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ) sowie in ausgewählten Bundeszentren (BZ) und der Kantone dar. Wir unterscheiden dabei zwischen den vier Themenblöcken „Informations- und Präventionsarbeit“, „Zugang zu Impfungen“, „Zugang zur medizinischen Versorgung“ sowie „Gesundheitsdaten und Informationsaustausch“. Die Beschreibung der Resultate erfolgt getrennt nach Zentren des Bundes und der Kantone.

Wir legen die Ergebnisse jeweils entlang der verschiedenen Datenquellen dar. Zu Beginn sind dies jeweils die Informationen aus den Erhebungen in den Zentren vor Ort (Gespräche mit Zentrumsleitung und Gesundheitspersonal sowie allfällige Unterlagen und Dokumenten). An zweiter Stelle wird die Sicht der Kantonsärzteschaft sowie der Asylkoordinatoren/-innen dargelegt. Diese Informationen stammen entweder aus der schriftlichen Online-Befragung oder den vertiefenden telefonischen Gesprächen.

3.1 INFORMATIONS- UND PRÄVENTIONSARBEIT

Der folgende Abschnitt gibt eine Übersicht über die Informations- und Präventionsarbeit in den Asylzentren des Bundes und der Kantone.

3.1.1 INFORMATIONS- UND PRÄVENTIONSARBEIT IN DEN ZENTREN DES BUNDES

Information und Prävention im Rahmen der grenzsanitarischen Massnahmen

Der medizinische Erstkontakt mit den Asylsuchenden sowie die Informations- und Präventionsarbeit erfolgen in den Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes (EVZ) im Rahmen der grenzsanitarischen Massnahmen (GSM). Seit 2006 ist die ORS Service AG im Auftrag des BAG für die Durchführung der GSM in den EVZ verantwortlich. In den Interviews vor Ort in den EVZ zeigte sich, dass die GSM meistens innerhalb der ersten zwei bis drei Tage, spätestens aber fünf Tage nach Eintritt der Asylsuchenden ins EVZ von Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Im Zentrum der GSM steht die Früherkennung von Tuberkulose. Dazu wird anhand eines computerbasierten Fragebogens eine medizinische Befragung durchgeführt, die in 32 Sprachen programmiert ist und zwölf Fragen beinhaltet. Bei der Auswertung der Befragung erhalten die Asylsuchenden einen Score, welcher einen Hinweis auf den Gesundheitszustand der Asylsuchenden gibt und mit welchem das Risiko einer Tuberkuloseerkrankung berechnet werden kann. Erzielen die Asylsuchenden bei den GSM einen hohen Score (zehn Punkte oder mehr), bedeutet dies, dass ein Verdacht auf Tuberkulose besteht, die behandelt werden muss. In diesem Fall oder bei Verdacht auf eine andere Krankheit werden die Asylsuchenden für weitere Abklärungen an einen Arzt überwiesen und die entsprechenden Informationen werden an das SEM und – bei Verdacht auf Tuberkulose – an die Lungenliga weitergeleitet. Werden im Rahmen der GSM Auffälligkeiten oder medizinische Probleme diagnostiziert, die im Zentrum behandelt werden können, oder wird bei einer gesunden Asylsuchenden eine Schwangerschaft festgestellt, wird dies dem für die medizinische Betreuung verantwortlichen Personal weitergeleitet. Diese leiten in der

Folge die notwendigen Schritte ein. Mehrheitlich ist das Personal, welches für die GSM zuständig ist, nicht für die medizinische Betreuung der Asylsuchenden in den EVZ zuständig. In einem Zentrum (Zentrum Juch) bietet das GSM-Personal auch medizinische Sprechstunden an, was von den Befragten sehr positiv beurteilt wird. In allen Zentren gibt es aber einen internen Informationsfluss von den Pflegefachpersonen, welche die GSM durchführen, zu den Pflegefachpersonen der Betreuung. Dadurch können einige Erkrankungen frühzeitig eruiert werden. Allerdings sind die GSM in der jetzigen Form neben Tuberkulose nicht auf die Früherkennung von weiteren übertragbaren Krankheiten ausgerichtet.

Gemäss ORS Service AG werden die Asylsuchenden im Rahmen der GSM über das Gesundheitssystem sowie über Impfungen informiert. In den Interviews zeigte sich, dass diese Information nicht systematisch erfolgt. In zwei Zentren werden die Eltern auf den Status der Poliomyelitis-Impfung ihrer Kinder angesprochen, wobei unklar ist, wieso ausschliesslich nach dieser Impfung gefragt wird (EVZ Altstätten, Zentrum Juch). In einem anderen EVZ ist auch die 5-fach-Impfung (DTPa-IPV/Hib, penta) ein Thema (EVZ Bern). Die Überprüfung des Impfstatus gemäss Impfplan des BAG ist in keinem EVZ Bestandteil der GSM. Zudem wird den Asylsuchenden, die älter als 16 Jahre alt sind, ein Video über HIV/Aids vorgeführt und es werden Kondome abgegeben. Vorgesehen ist, dass weiblichen Asylsuchenden zudem ein Flyer über weibliche Genitalverstümmelungen ausgehändigt wird. Die Umsetzung dieser Massnahme wurde in den Interviews in den EVZ jedoch nie explizit erwähnt. Für die GSM stehen keine (interkulturellen) Übersetzenden zur Disposition. Bei der Durchführung der GSM orientieren sich die Pflegefachpersonen an den technischen Weisungen des BAG. Die Vorgaben für die GSM durch das BAG seien klar und würden von den Umsetzungsverantwortlichen in den Zentren entsprechend umgesetzt.

Insbesondere Vertreter/-innen auf Kantonsebene (Mitarbeitende in Kollektivzentren, Kantonsärzte/-innen und Asylkoordinatoren/-innen) üben teilweise Kritik an den GSM. Aktuell sei ein starker Fokus der GSM auf das Krankheitsbild Tuberkulose festzustellen. Mit den GSM würden viele Krankheiten unentdeckt bleiben und Asylsuchende als vermeintlich gesund taxiert. Insbesondere psychische Erkrankungen würden kaum diagnostiziert. Auch eine Tuberkulose werde durch die GSM nicht immer entdeckt. Dies zeigte sich in einem kantonalen Kollektivzentrum (ZH), in welches immer wieder Personen mit Tuberkulose eintreten. Konkrete Vorschläge bezüglich der Ausweitung der GSM betreffen beispielsweise einen umfassenden Gesundheitscheck (Screening), eine Blutentnahme bei allen Asylsuchenden, um durch Blut übertragbare Krankheiten festzustellen (Hepatitis, HIV/Aids), einen Röntgen-Thorax bei Personen aus Tuberkulose-Risikogebieten sowie das Überprüfen des Impfstatus gemäss Impfplan des BAG. Eine Ausweitung der GSM müsste aus Sicht der Befragten aber zwingendermassen einhergehen mit einer Aufstockung der personellen Ressourcen in den EVZ. Zudem wird darauf hingewiesen, dass eine korrekte und konsequente Übergabe der Resultate der GSM an die Bundeszentren sowie an die Kantone sehr wichtig sei.

Informationsarbeit in den EVZ und ausgewählten Zentren des Bundes
 Gemäss den *Gesprächen in den Zentren vor Ort* setzen die EVZ und die Bundeszentren schriftliches Informationsmaterial zu gesundheitlichen Themen je länger je mehr zurückhaltend ein. Ein Grund dafür ist die allgemeine Sättigung der Asylsuchenden an

neuen Eindrücken und Informationen, denen sie beim Eintritt in ein Empfangs- und Verfahrenszentrum ausgesetzt sind. So stehen bei der Ankunft der Asylsuchenden primär die Orientierung im Zentrum und die Heranführung und Gewöhnung an die Tagesabläufe im Vordergrund. Diese Priorisierung wird durch die relativ kurze Aufenthaltsdauer der Asylsuchenden in den Zentren des Bundes noch verstärkt. Einige Zentren wiederum stellen schriftliches Informationsmaterial zur HIV/Aids-Prävention, zur weiblichen Genitalbeschneidung, zur Krätzebehandlung und zu verschiedenen sozialen Einrichtungen zur Verfügung. Dazu gehören beispielsweise Informationen zu Opferberatungsstellen und zum Frauenhaus. Darüber hinaus werden auch allgemeine Informationen zum Schweizer Gesundheitssystem abgegeben. Ein Zentrum bietet ausserdem eine Mütterberatung an, wobei sprachliche Hürden eine Herausforderung für die Betreiber/-innen dieses Angebots darstellen.

Präventive Massnahmen und Ausbruchsmanagement in den EVZ und in ausgewählten Zentren des Bundes

Was die Präventionsarbeit betrifft, so liegt beim Eintritt der Asylsuchenden aufgrund der Ausrichtung der GSM das Hauptaugenmerk auf der Früherkennung von Tuberkulosefällen. Hier sind die Abläufe am stärksten geregelt. Ausserhalb der GSM gelten in allen untersuchten Zentren des Bundes die Gesundheitsbeauftragten als erste Anlaufstelle bei einem Verdacht auf eine Erkrankung des/der Asylsuchenden. Im Zweifelsfall werden die Asylsuchenden an eine medizinische Einrichtung weiterverwiesen. Die Kontaktstellen in einem solchen Fall variieren entsprechend des Krankheitsverdachts. Als mögliche Akteure in der medizinischen Versorgung wurden diesbezüglich der/die Hausarzt/-ärztin, das Spital, das Ambulatorium oder die Infektiologie genannt. Einige Zentren berichten auch, dass sie bei Verdachtsfällen einer spezifischen Krankheit telefonisch bei Beratungsstellen, Ärzten/-innen oder Apothekern/-innen um Rat fragen. Von einigen Zentren ist bekannt, dass das Personal beim Eintritt der Asylsuchenden explizit auf eine mögliche Erkrankung achtet und die Fachpersonen mit medizinischem Hintergrund die betroffenen Personen bereits im Eingangsbereich betreuen. Dadurch erhofft man sich eine möglichst frühzeitige Reduktion möglicher Übertragungsrisiken bei einer ansteckenden Krankheit.

In den *Gesprächen in den Zentren* wurde auch konkret nach dem Management hinsichtlich eines Ausbruchs übertragbarer Krankheiten gefragt. Die Befragten in den Interviews beziehen sich mit dem Begriff Ausbruch in Zentren erstens auf das (mögliche) gehäufte Auftreten von Infektionserkrankungen, verursacht durch Bakterien und Viren (z.B. Tuberkulose oder impfpräventable Erkrankungen wie Windpocken oder Masern), und zweitens auf den Befall mit Parasiten wie Läusen oder durch Parasiten verursachte Krankheiten wie zum Beispiel Krätze/Scabies oder seltener Malaria.

Fallen dem Gesundheits-, Betreuungs- oder Sicherheitspersonal Symptome auf, die auf eine übertragbare Krankheit hindeuten, wie zum Beispiel Husten, werden die Betroffenen nach Möglichkeit isoliert. Dabei wird situativ vorgegangen, in der Regel erfolgt ein Informationsaustausch via Zentrumsarzt und Kantonsarzt. Es existieren keine eigentlichen Konzepte für den Notfall. Vereinzelt verwenden die Zentren interne Checklisten, diese enthalten zum Beispiel grundsätzliche Vorgehensweisen zur Aufnahme der Vitalzeichen und zur Blutentnahme. Berichtet wird auch von Merkblättern (z.B. Vorgehen bei Ebola seitens der AOZ), welche von Kantonsärzten/-innen, den Anbietern im Be-

reich Gesundheitsversorgung oder den einzelnen Zentren selbst erarbeitet wurden. Ein Zentrum berichtete von umfassenden Recherchen bezüglich übertragbarer Krankheiten in der nationalen und internationalen Literatur. Verschiedentlich wird der Wunsch geäußert, dass die Zentren zeitnah von nationaler Seite über übertragbare Krankheiten informiert und mit entsprechenden Massnahmenplänen versorgt werden.

Die meistgenannte Herausforderung ist aber, dass die Möglichkeiten einer effektiven Isolation im Zentrum nicht gegeben sind. Einerseits fehlen die Infrastruktur und die personellen Ressourcen für eine Isolation. Andererseits stellen sprachliche Hürden bei der Kommunikation mit dem/der Asylsuchenden ein Problem dar, wodurch teilweise die spezielle Situation der Isolation nicht ausreichend erklärt und verstanden werden kann. Ausserdem lässt die rechtliche Grundlage keinen Freiheitsentzug des/der Asylsuchenden zu, wodurch eine mögliche übertragbare Krankheit nicht in jedem Fall eingedämmt werden kann. Deshalb ist man bestrebt, die betroffenen Personen schnellstmöglich in eine medizinische Einrichtung mit Isolationsmöglichkeiten zu verlegen.

Der Schutz des Personals ist ein mehrfach genanntes Thema. Es werden zwar entsprechende Schulungen durchgeführt, jedoch werden die zu geringe Sensibilisierung und fehlende Impfempfehlungen für das Personal bemängelt. Aus einigen Zentren in der Deutschschweiz ist ausserdem bekannt, dass involvierte Spitäler Personen mit einer übertragbaren Krankheit frühzeitig aus der Behandlung entlassen. Dadurch wird das Fachpersonal in den Zentren mit einem pflegerischen Mehraufwand belastet und die Bewohner/-innen der Zentren sowie die Mitarbeitenden werden dem Risiko einer Ansteckung ausgesetzt.

3.1.2 INFORMATIONS- UND PRÄVENTIONSARBEIT IN DEN ZENTREN DER KANTONE

Informationsarbeit in den ausgewählten kantonalen Zentren

Die Mehrheit der befragten kantonalen Zentren führt allgemeine Eintrittsgespräche durch, wobei die Asylsuchenden unter anderem über übertragbare Krankheiten und andere gesundheitliche Themen informiert werden. Allerdings findet nicht in allen Zentren das Eintrittsgespräch in den ersten Tagen statt. Teilweise dauert es vier bis sechs Wochen, bis ein solches Gespräch stattfinden kann. Der Fokus dieser Gespräche liegt hauptsächlich auf der Präventionsarbeit bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten. Dabei wird vor allem über HIV/Aids-Prävention informiert und es werden verschiedene Verhütungsmethoden thematisiert. Teilweise wird auch in den kantonalen Zentren der Film zur HIV/Aids-Prävention gezeigt. Von einem Zentrum ist bekannt, dass es eine enge Zusammenarbeit mit der Aids Hilfe pflegt. In dem besagten Zentrum wurde das Fachpersonal von den Mitarbeitenden der Aids Hilfe geschult. Aus allen Zentren ist bekannt, dass kostenlos Kondome an die Asylsuchenden abgegeben werden. Teilweise geschieht dies auf Nachfrage oder dann im Rahmen des Eintrittsgesprächs.

In manchen Zentren wird schriftliches Informationsmaterial an die Asylsuchenden abgegeben. Dabei werden HIV/Aids, das Gesundheitssystem, die Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten, spezifische Krankheiten und Gewalt thematisiert. Die Befragung der Fachpersonen in den Zentren hat ergeben, dass die Informationsbroschüren bei den Zielpersonen auf wenig Interesse stossen. Die Gründe betreffen die geringe Auswahl an Sprachen, in welchen das Informationsmaterial übersetzt ist, die Komple-

xität der Inhalte sowie eine allgemeine Übersättigung der Zielpersonen an Informationen. Vereinzelt wird auch darauf hingewiesen, dass einige Asylsuchende Analphabeten seien, wodurch bei ihnen die schriftliche Präventionsarbeit ihre Wirkung verfehle. Einige Zentren fokussieren sich deshalb auf die mündliche Abgabe von Informationen zu gesundheitlichen Themen und veranstalten ab und zu Fachvorträge zu verschiedenen Gesundheitsthemen.

Präventive Massnahmen und Ausbruchsmanagement in den ausgewählten kantonalen Zentren

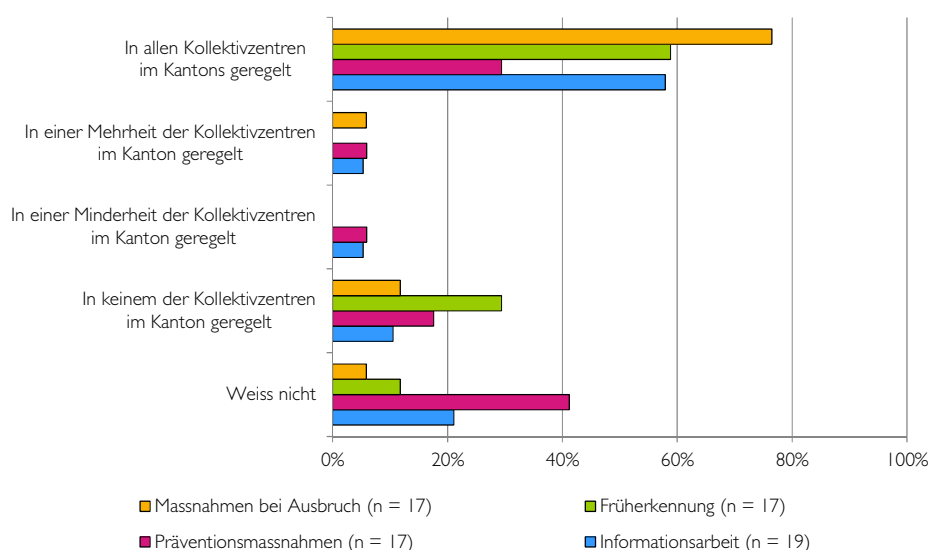
Wie auf Bundesebene sind in allen Zentren die ersten Ansprechpersonen im Falle eines Verdachts auf eine Erkrankung an einer übertragbaren Krankheit die Gesundheitsbeauftragten. Es handelt sich dabei häufig um nicht medizinisch geschultes Personal (vgl. Abschnitt 3.3.2). Von einer systematischen Eintrittsuntersuchung aller Asylsuchenden wird in zwei Kantonen berichtet (Schwyz, Genf). Im Kanton Schwyz besteht diese aus zwei Arztbesuchen, wobei die erste Untersuchung eine Blutdruckmessung, Herzuntersuchung, Hals-Nasen-Ohren-Untersuchung, Thoraxuntersuchung, Blutentnahme, Tuberkuloseuntersuchung sowie einen HIV-Test umfasst. Bei der zweiten Sitzung werden die Resultate besprochen und allfällige Impfungen vorgenommen. Die Eintrittsuntersuchungen werden so bald als möglich nach Eintritt ins Zentrum in die Wege geleitet. Für die Leitung der Zentren sind die Eintrittsuntersuchungen ein Garant, dass jeder Asylsuchende eine ärztliche Betreuung erhalten hat. Im Kanton Genf gibt es systematische Entretiens de Santé Initiaux (ESI), die in einem Zeitraum von einer bis fünf Wochen im Rahmen des Programme Santé Migrants (ein Dienst des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG]) stattfinden. Diese werden vom Pflegepersonal, welches über das Programme Santé Migrants angestellt ist, durchgeführt.

Auch aus den kantonalen Zentren wird in den *Gesprächen* berichtet, dass kaum standardisierte Abläufe für das Management übertragbarer Krankheiten definiert sind. Zum Teil fühlen sich die Mitarbeitenden in den Zentren alleingelassen. Der Schutz des Personals ist auch hier ein wichtiges Thema. Bei Ausbrüchen von übertragbaren Krankheiten werden in der Regel ad hoc Informationen zum weiteren Vorgehen beim Zentrumsarzt und/oder im Spital und/oder beim Kantonsarzt eingeholt. Einige kantonale Zentren erhalten Informationen betreffend die übertragbaren Krankheiten vom zuständigen Kantonsarzt. Dazu gehören Merkblätter, welche die Massnahmen beim Ausbruch bestimmter Krankheiten erläutern. In den meisten Fällen stehen die Kantonsärzte/-innen für die Anfragen aus den kantonalen Zentren zur Verfügung. Die aktive Rolle, das Angebot in Anspruch zu nehmen, liegt dabei bei den Zentren selber. Analog zu den Zentren des Bundes sind auch in den kantonalen Zentren die fehlenden Möglichkeiten für eine effektive Isolation bei Ausbruch einer Krankheit (oft handelt es sich dabei um Varizellen) ein Hauptthema. Häufig werden daher Betroffene ins Spital gebracht. Das Management von Tuberkulose-Erkrankungen funktioniert gemäss den Befragten vor Ort gut, da hier die Abklärungen und die Einleitung der Behandlung in den EVZ erfolgen und die Ansteckungsgefahr nicht gross ist. Vereinzelt kam es gemäss kantonalen Zentren zu Problemen, weil eine Tuberkulose nicht rechtzeitig erkannt wurde oder die kantonalen Zentren seitens der EVZ zu spät informiert wurden.

Ausgehend von der *telefonischen und schriftlichen Befragung der Kantonsärztel-innen und Asylkoordinatoren-innen* entsteht der Eindruck, dass in der kantonalen Verwal-

tung wenige Informationen zum Management beim Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in den Zentren bekannt sind. Gleichzeitig wird von funktionierenden Abläufen im Bereich der Information, Prävention, Früherkennung und des Ausbruchsmanagements ausgegangen, da bisher wenig Probleme aus den Zentren bekannt sind und gemeldete Ausbrüche von übertragbaren Krankheiten in den Zentren gut kontrolliert werden konnten. Die Darstellung D 3.1 zeigt auf, dass die befragten Kantonsärzte/-innen und Asylkoordinatoren/-innen davon ausgehen, dass insbesondere die Massnahmen beim Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in den Kollektivzentren geregelt sind. Was die Regelung der Präventionsarbeit betrifft, ist diese einem grossen Teil der Befragten nicht bekannt.

D 3.1: Besteht in den Zentren ein geregeltes Vorgehen bezüglich Informationsarbeit, Prävention, Früherkennung und Massnahmen bei einem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit?



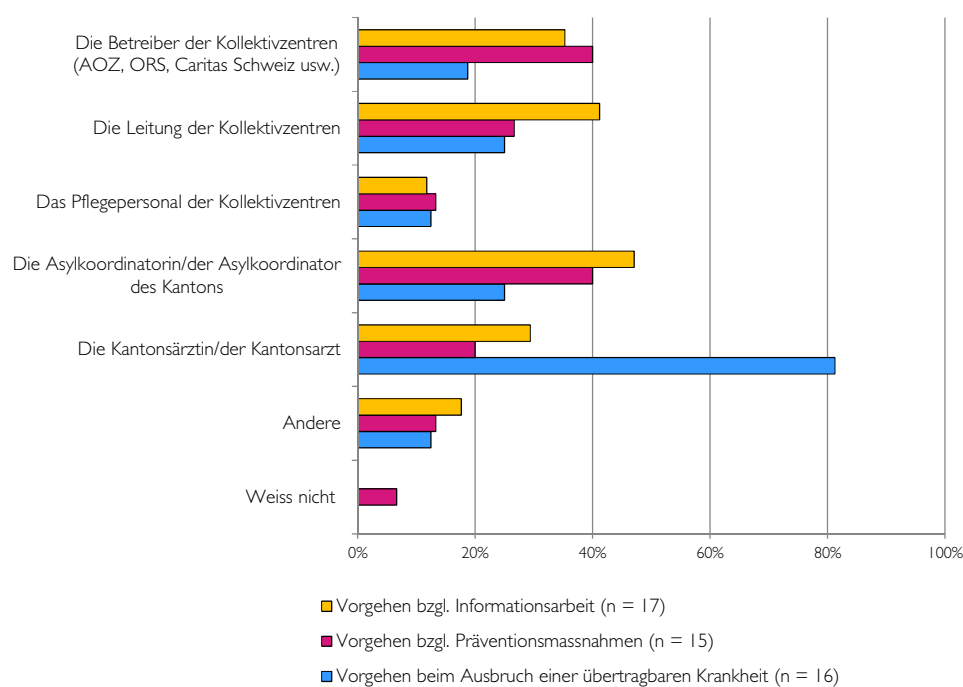
Quelle: Online-Befragung 2016 von Kantonsärzten/-innen und Asylkoordinatoren/-innen.

Die (flächendeckende) Früherkennung von übertragbaren Krankheiten bei Asylsuchenden ist aus Sicht der befragten Kantonsärzte/-innen und Asylkoordinatoren/-innen primär eine Aufgabe der EVZ. Ein kritischer Punkt ist daher der unerwünschte Transfer von infizierten beziehungsweise infektiösen Asylsuchenden aus den Zentren des Bundes. Wenn eine übertragbare Krankheit in einem kantonalen Zentrum ausbricht, wird manchmal zunächst das ganze Zentrum unter Quarantäne gestellt und dann wird gemeinsam mit dem Kantonsarzt über das weitere Vorgehen entschieden, oder aber die Zentrumsleitung und der Zentrumsarzt entscheiden über das weitere Vorgehen. Oft arbeiten in solchen Fällen Asylkoordination und kantonsärztliche Dienste zusammen. Ein besonderer Fall ist das Auftreten von meldepflichtigen Erkrankungen in den Zentren, bei denen das eidgenössische Meldesystem zum Tragen kommt, was gemäss den Aussagen gut funktioniert. Wie schon die befragten Akteure in den Zentren vor Ort vermerkt haben, sind auch aus Sicht der befragten Kantonsärzte/-innen und Asylkoordinatoren/-innen der Platzmangel und die fehlende Möglichkeit zur effektiven Isolierung

rung von Krankheitsfällen (Quarantäne) in den Zentren ein oft angesprochenes Problem. Je nach Symptomen werden die Asylsuchenden daher schnell hospitalisiert.

Was die Zuständigkeit für die Regelung des Vorgehens in den Bereichen Information, Prävention und Ausbruchmanagement betrifft, so präsentiert sich ein heterogenes Bild (vgl. Darstellung D 3.2). Die Kantonsärzteschaft ist massgeblich für das Management des Ausbruchs einer übertragbaren Krankheit zuständig. Die Zuständigkeit für das Vorgehen bezüglich Information und Prävention ist relativ gleichmässig auf die verschiedenen Akteure verteilt. Häufig werden gleich zwei oder mehrere Akteure als zuständig bezeichnet.

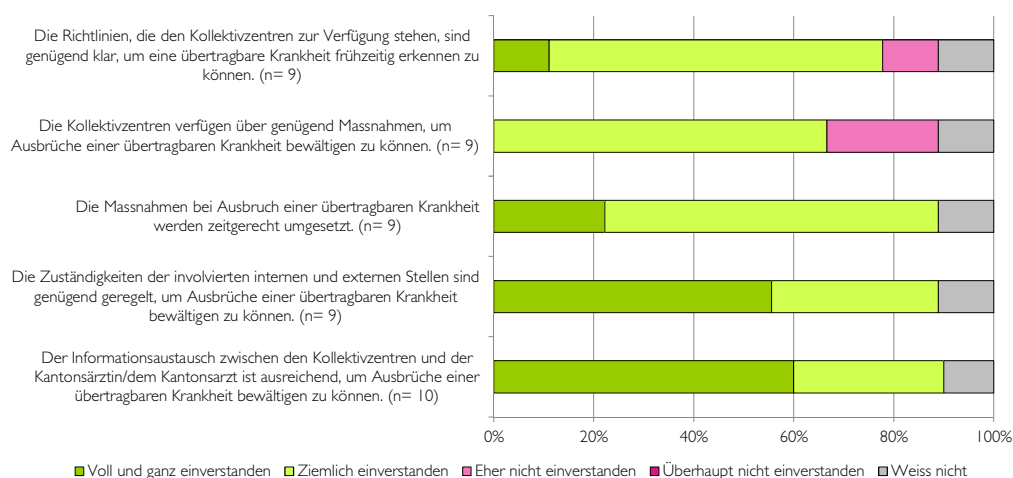
D 3.2: Wer legt das Vorgehen für die Informationsarbeit, die Präventionsmassnahmen sowie das Ausbruchmanagement von übertragbaren Krankheiten in Ihrem Kanton fest? (mehrere Antworten möglich)



Quelle: Online-Befragung 2016 von Kantonsärzten/-innen und Asylkoordinatoren/-innen.

Gemäss Darstellung D 3.3 stimmen die befragten Kantonsärzte/-innen am deutlichsten den Aussagen zu, dass die Zuständigkeiten der involvierten internen und externen Stellen genügend geregelt sind, um Ausbrüche einer übertragbaren Krankheit bewältigen zu können (89%) und diesbezüglich der Informationsaustausch zwischen Kollektivzentren und Kantonsärztin/Kantonsarzt ausreichend ist (90%). Am meisten Zweifel bestehen dahingehend, dass die Kollektivzentren über genügend Massnahmen verfügen, um Ausbrüche einer übertragbaren Krankheit bewältigen zu können (67%). Weiter sind nur 56 Prozent der befragten Kantonsärzte/-innen der Ansicht, dass die Angestellten in den Kollektivzentren im Kanton ausreichend Wissen über die Prävention und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten haben (geht nicht aus Darstellung 3.3 hervor).

D 3.3: Reichen die bestehenden Vorgaben und Massnahmen zur Bewältigung eines Ausbruchs von übertragbaren Krankheiten aus?



Quelle: Online-Befragung 2016 von Kantonsärzten/-innen und Asylkoordinatoren/-innen. Nur Antworten der Kantonsärzte/-innen.

Die Rolle der Kantonsärzte/-innen wird von Kanton zu Kanton unterschiedlich wahrgenommen. In einigen Kantonen haben sie schriftliche Informationen (Merkblätter) zu verschiedenen Krankheiten (z.B. Windpocken, Masern, Diphtherie) und Parasitenbefall (z.B. Läuse) verfasst und ein diesbezügliches Vorgehen in den kantonalen Kollektivzentren empfohlen, in anderen Kantonen treten sie kaum in Erscheinung. Die bestehenden Richtlinien und Weisungen, die auf nationaler Ebene bestehen, können nach Ansicht von einigen Kantonsärzten/-innen aber schwer in konkrete Handlungsempfehlungen für die Zentren umgesetzt werden. Der Zugang zu entsprechenden Informationen, welche die Formulierung spezifischer Massnahmen ermöglichen, sei zuweilen nur durch eigenständige Rechercharbeiten gewährleistet. Die praxisnahe Aufbereitung solcher Informationen wäre demnach eine wünschenswerte Leistung, welche auf nationaler Ebene erbracht werden könnte.

3.2 ZUGANG ZU IMPFUNGEN

Dieser Abschnitt erläutert den Zugang zu Impfungen in den Asylzentren des Bundes und der Kantone.

3.2.1 ZUGANG ZU IMPFUNGEN IN DEN ZENTREN DES BUNDES

In den *Gesprächen in den Empfangs- und Verfahrenszentren* wird berichtet, dass bei den GSM routinemässig nach der Polioimpfung für Kinder unter sechs Jahren gefragt wird. Wenn die Eltern ihr Kind dann impfen lassen wollen, wird in der Praxis öfters eine Kombinations-Impfung gemäss nationalem Impfplan durchgeführt. Aus den Bundeszentren wird berichtet, dass Kinder teilweise erst auf Nachfrage der Eltern geimpft werden. Erwachsene werden nur manchmal bei akutem Anlass geimpft, zum Beispiel Tetanus im Rahmen der Behandlung von Verletzungen. Wenn geimpft wird, erhalten die Asylsuchenden einen Impfpass.

Eine systematische Impfung für alle Kinder (ab sechs Jahren) sowie für Erwachsene gibt es in den Zentren des Bundes (EVZ und BZ) nicht. Mehrfach genannte Gründe für eine fehlende routinemässige Impfung sind die Kosten und die kurze Aufenthaltsdauer. Zudem ist der Impfstatus der Asylsuchenden oft unbekannt und es bleibt unklar, wie damit umgegangen werden soll. Zudem wird die Vermutung geäussert beziehungsweise wurde die Erfahrung gemacht, dass kein Bedarf an Impfungen besteht, weil die Asylsuchenden aus Ländern stammen, in denen die meisten geimpft sein dürften oder bereits im Einreiseland geimpft wurden. Hinsichtlich Kosten wird von einem Windpocken-Ausbruch berichtet, bei dem aufgrund einer Weisung von „Bern“ keine flächendeckende Impfung stattfand, aber eine erkrankte Person für rund 70'000 Franken im Spital behandelt werden musste.

Die Haltung bezüglich des Themas Impfen ist bei den Befragten in den Zentren sehr unterschiedlich. Verschiedentlich wird seitens der kantonalen Vertreter/-innen gefordert, dass nach dem nationalen Impfplan geimpft werden sollte. Vermisst werden hier klare Richtlinien seitens des Bundes, dies auch bezüglich des Schutzes von Mitarbeitenden.

3.2.2 ZUGANG ZU IMPFUNGEN IN DEN ZENTREN DER KANTONE

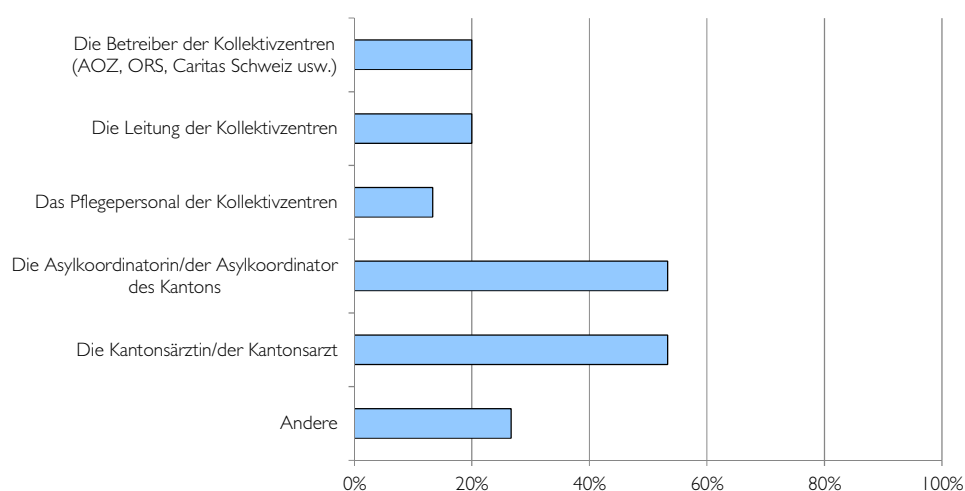
In den *Gesprächen in den Zentren* wird berichtet, dass Erwachsene in der Regel nicht routinemässig geimpft werden, sondern nur bei akutem Anlass. Kinder werden häufiger geimpft, jedoch in der Regel nicht in Form von Reihenimpfungen. Die Impfungen finden bei den Ärzten/-innen statt. Es bestehen kantonale Unterschiede und manchmal Unklarheit, wie vorzugehen ist und es wird auf Impfeempfehlungen der Kantonsärztlichen Dienste gewartet.

In der *telefonischen Befragung ausgewählter Kantonsärzte/-innen und Asylkoordinatoren/-innen* wird bestätigt, dass in den Zentren vor allem Informationen zu Impfungen verbreitet werden und wenig geimpft wird. Kinder werden am ehesten geimpft. Dies geschieht beim Hausarzt oder im Rahmen der normalen Grundversorgung („wie alle Kinder“ z.B. bei Schuleingangsuntersuchungen). Nur in zwei der untersuchten Kantone (SZ, GE) werden auch Erwachsene geimpft. Im Kanton Schwyz erhält jede Person bei der Eintrittsuntersuchung ein Impfbüchlein, es wird basierend auf dem nationalen Impfplan abgeklärt, was bereits im EVZ gemacht wurde, und der Impfstatus wird komplettiert. Unklarer Impfstatus wird als nicht geimpft bewertet. Im Kanton Genf bekommen alle Asylsuchenden systematisch Impfungen. Sie erhalten einen Termin beim Programme Santé Migrants, wo Ärzte/-innen und Krankenpfleger/-innen Hepatitis B, ROR, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten überprüfen und impfen und Folgetermine abmacht (bis dreimal, wenn die Impfung es verlangt). Die Frage nach systematischen Impfungen, zum Beispiel gegen Windpocken, wird von den kantonsärztlichen Diensten öfters diskutiert und unterschiedlich beantwortet. In den meisten Kantonen hat man sich bislang dagegen entschieden. Gemäss den Aussagen in den Telefoninterviews gibt es zumindest in einzelnen Kantonen ein Informationsmerkblatt zu Impfungen für die zuständigen Asylhausärzte/-innen. Das Merkblatt zu Impfungen wird einmal im Jahr nach den BAG-Empfehlungen überarbeitet. In den Interviews wird verschiedentlich der Wunsch nach klareren Vorgaben seitens des Bundes laut. Einige Befragte äussern sich auch dahingehend, dass Impfungen schon in den EVZ durchgeführt

werden sollten und ein Impfplan erstellt werden müsste, um möglichst frühzeitig Ausbrüche von übertragbaren Krankheiten in kantonalen Zentren zu verhindern.

Zwei Drittel der *befragten Kantonsärzte/-innen und Asylkoordinatoren/-innen* geben an, dass in ihrem Kanton ein geregeltes Vorgehen für Impfungen für Asylsuchende besteht. Auch in diesem Bereich wird dieses Vorgehen mehrheitlich von zwei oder mehreren Akteuren festgelegt, meist durch Asylkoordinator/-in und Kantonsarzt/-ärztin zusammen.

D 3.4: Wer legt das Vorgehen für Impfungen in den kantonalen Kollektivzentren fest? (Mehrfachnennungen möglich, n = 15)



Quelle: Online-Befragung 2016 von Kantonsärzten/-innen und Asylkoordinatoren/-innen.

Acht der neun Kantonsärzte/-innen geben an, dass in den Kollektivzentren ihres Kantons mindestens eine Impfung angeboten wird. Gemäss Aussagen dieser acht Kantonsärzten/-innen werden am häufigsten Kombinationsimpfungen für alle Asylsuchenden, die als ungeimpft betrachtet werden, angeboten (33% für DTP, IPV, Hib, MMR und HBV), etwas seltener VZV (22%) und kaum Influenza (11% d.h. in einem Kanton). In der Mehrheit oder allen Zentren der neun Kantone werden die Impfungen durch einen Hausarzt/eine Hausärztin (56%) und deutlich seltener durch ein Spital/Ambulatorium (33%) verabreicht, das Pflegepersonal des Kollektivzentrums spielt eine untergeordnete Rolle.

59 Prozent der Befragten beurteilen den Zugang zu Impfungen in den Kollektivzentren ihres Kantons als ausreichend, wobei die Kantonsärzte/-innen diesen Aspekt deutlich kritischer beurteilen.

D 3.5: Reicht Ihrer Ansicht nach der Zugang zu Impfungen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton aus?

	Asylkoordinator/-in des Kantons		Kantonsarzt/-ärztin		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	6	75,0%	4	44,4%	10	58,8%
Nein	1	12,5%	4	44,4%	5	29,4%
Weiss nicht	1	12,5%	1	11,1%	2	11,8%
Gesamt	8		9		17	

Quelle: Online-Befragung 2016 von Kantonsärzten/-innen und Asylkoordinatoren/-innen

3.3 ZUGANG ZUR MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

In diesem Abschnitt legen wir die Ergebnisse zur Ist-Situation im Hinblick auf die Organisation und den Zugang zur medizinischen Versorgung in den Zentren des Bundes und der Kantone dar.

3.3.1 ZUGANG ZUR MEDIZINISCHEN VERSORGUNG IN DEN ZENTREN DES BUNDES

Organisation der Gesundheitsversorgung in den EVZ und BZ

Die Empfangs- und Verfahrenszentren wie auch die Bundeszentren werden von Objektverantwortlichen geführt. Diese sind beim SEM angestellt. Mit der Betreuung der Asylsuchenden in den EVZ und BZ sind im Auftrag des SEM die zwei Betreiber ORS Service AG (EVZ Basel, EVZ Bern, EVZ Chiasso, EVZ Vallorbe, BZ Glaubenberg, BZ Perreux) und AÖZ (EVZ Altstätten, EVZ Kreuzlingen, BZ Gubel, BZ Bremgarten, Zentrum Juch) betraut. Die Betreiberfirmen sind für die Anstellung des Personals verantwortlich, welches für die Betreuung der Asylsuchenden und somit auch für die medizinische Grundversorgung der Asylsuchenden zuständig ist.

In den untersuchten EVZ und BZ arbeitet mindestens eine Person, die für die medizinische Betreuung der Asylsuchenden verantwortlich ist (Gesundheitsbeauftragte). In den meisten Zentren sind die Gesundheitsbeauftragten diplomierte Pflegefachpersonen. Die Vorgaben seitens des Bundes bezüglich der Ausbildung des Betreuungspersonals im Bereich Gesundheit sind sehr vage formuliert. In der Rahmenvereinbarung mit den Anbietern steht lediglich: „Die Beauftragte hat die erforderliche gesundheitliche Betreuung der Asyl Suchenden durch Betreuungspersonal sicher zu stellen, optional durch Unterstützung einer Pflegefachperson HF“. Die Stellenprozente, die für die medizinische Betreuung der Asylsuchenden vorhanden sind, variieren je nach Zentrum, wobei in den untersuchten EVZ und BZ kein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl Asylsuchender und verfügbaren Stellenprozenten festgestellt werden konnte. In einem Grossteil der Zentren ist die Gesundheitsbeauftragte oder ihre Stellvertretung von Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr im Zentrum anwesend, während das übrige – nicht medizinische – Betreuungspersonal in der Regel zwischen 6.00 Uhr und 22.00 Uhr präsent ist. In den meisten Zentren können die Gesundheitsbeauftragten von den Asylsuchenden während eines klar definierten Zeitfensters aufgesucht werden, den Rest der Zeit setzen die Gesundheitsbeauftragten für die Administration der medizini-

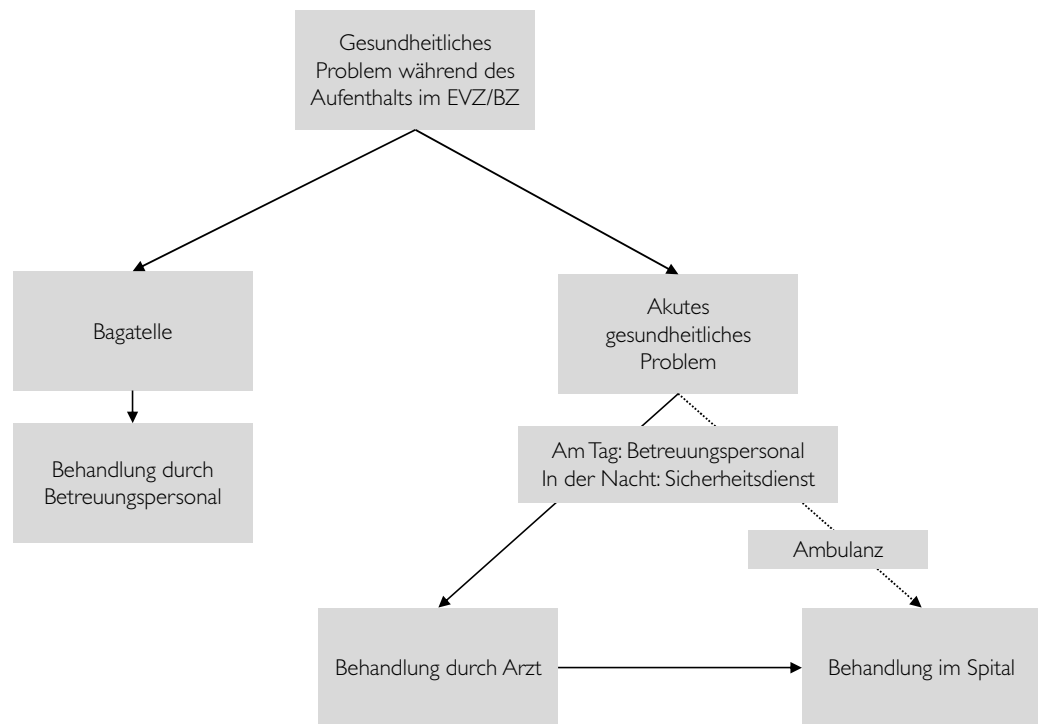
schen Betreuung ein (Dokumentation, Korrespondenz, Rechnungsstellung usw.). In keinem Zentrum ist sieben Tage pro Woche während 24 Stunden pro Tag eine Pflegefachperson bzw. eine Person, die für die medizinische Betreuung verantwortlich ist, vor Ort. Ist keine Gesundheitsbeauftragte vor Ort im Zentrum – meistens früh morgens und abends – läuft die medizinische Grundversorgung über das Betreuungspersonal oder – nachts – über die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes. Sowohl das nicht medizinisch geschulte Betreuungspersonal als auch das Personal des Sicherheitsdienstes ist angehalten, bei medizinischen Notfällen zunächst das ärzteigene Medcenter zu konsultieren, wo man rund um die Uhr von einem Arzt einen medizinischen Ratschlag erhält. In zwei Zentren sind die Zentrumsärzte/-ärztinnen bei Notfällen auch in der Nacht telefonisch erreichbar. Bei Verdacht auf einen medizinischen Notfall werden die Asylsuchenden per Ambulanz oder Taxi ins Spital gebracht (Nacht, Wochenende).

Die medizinische Betreuung durch die Pflegefachpersonen in den EVZ und BZ umfasst gemäss Auskunft der Befragten allgemeine medizinische Untersuchungen, die Diagnose und Behandlung von Krankheiten und die Triage zu Leistungserbringern inklusive Organisation des Transports. Auch die Koordination mit Leistungserbringern sowie die Rechnungsstellung fallen in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitsbeauftragten. Für Kostengutsprachen sind in den EVZ und BZ die Objektverantwortlichen zuständig. Das Aufgabengebiet der Gesundheitsbeauftragten ist klar abgegrenzt vom Aufgabengebiet der Pflegefachpersonen, die für die grensanitarischen Massnahmen zuständig sind. Die Pflegefachpersonen, die in den EVZ für die Durchführung der grensanitarischen Massnahmen zuständig sind, sind im Auftrag des BAG von der Firma ORS Service AG angestellt. In der Regel werden diplomierte Pflegefachpersonen für die GSM angestellt. Die Stellenprozente, die in den Zentren für die GSM zur Verfügung stehen, variieren je nach EVZ. Aus den Zentren wird berichtet, dass in Abhängigkeit von der Anzahl Asylsuchender, die in das Zentrum eintreten, zwischen einer und vier Personen jeweils in einem Teilzeitpensum die GSM durchführen.

Gemäss dem Leitfaden „Medizinische Abläufe in den Empfangs- und Verfahrenszentren / Bundeszentren“ des Staatssekretariats für Migration (SEM) vom 25. April 2016 ist die medizinische Versorgung in den EVZ und BZ wie folgt geregelt: „Hat die asylsuchende Person während des Aufenthalts im EVZ/BZ ein gesundheitliches Problem, so wendet sie sich an den Betreuungsdienst. Dieser entscheidet, ob es sich um einen Bagatellfall (den er selbst behandelt und im Journal vermerkt) oder möglicherweise um ein behandlungsbedürftiges gesundheitliches Problem handelt. In diesem Fall wird die asylsuchende Person zum Arzt oder ins Spital geschickt. [...] Bei Abwesenheit des Betreuungsdienstes während der Nacht hat der Sicherheitsdienstleister ausschliesslich die Möglichkeit, Arzt oder Ambulanz (zwecks Einweisung ins Spital) zu rufen.“

Darstellung D 3.6 gibt einen Überblick über den Ablauf der medizinischen Versorgung in den EVZ und BZ (ohne GSM).

D 3.6: Ablaufschema Organisation der Gesundheitsversorgung in EVZ/BZ



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an den Leitfaden „Medizinische Abläufe in den Empfangs- und Verfahrenszentren / Bundeszentren“ vom 25. April 2016.

In den Gesprächen zeigt sich, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung je nach EVZ/BZ unterschiedlich organisiert ist. In den EVZ erfolgt der medizinische Erstkontakt im Rahmen der GSM (vgl. nachfolgender Abschnitt). In einem BZ (Glaubenberg) werden die Asylsuchenden bereits beim Eintritt ins Zentrum von einem Mitarbeitenden der Sicherheitsfirma sowie von der Gesundheitsbeauftragten angeschaut, sofern diese beim Eintritt der Asylsuchenden im Zentrum anwesend ist. Auffälligkeiten wie starker Husten oder Hautausschläge können dann bereits registriert werden. Sowohl in den EVZ als auch in den BZ haben die Gesundheitsbeauftragten anschliessend in der Regel ausschliesslich mit Asylsuchenden Kontakt, die ein medizinisches Problem haben. Gesunde Asylsuchende und Asylsuchende, bei denen eine Krankheit bislang noch nicht diagnostiziert worden ist beziehungsweise bislang noch keine Symptome aufgetreten sind, kommen in der Regel während ihrer Aufenthaltsdauer im EVZ/BZ weder in Kontakt mit der Gesundheitsbeauftragten noch mit dem Zentrumsarzt. Eine Ausnahme stellen Kinder und schwangere Frauen dar, die in der Mehrheit der EVZ und BZ einen besonderen Status haben und in der Regel während ihres Aufenthalts im EVZ und BZ untersucht werden, auch wenn keine Auffälligkeiten vorliegen.

In der Regel ist die Gesundheitsversorgung in den EVZ und BZ so organisiert, dass die Asylsuchenden bei einem medizinischen Problem zunächst das für die medizinische Betreuung verantwortliche Personal (d.h. in der Regel die Gesundheitsbeauftragte) im Zentrum aufsuchen. In diesen Fällen übernehmen die Gesundheitsbeauftragten die Rolle der Gatekeeper in den Zentren. Teilweise gehen auch die Gesundheitsbeauftragten auf die Asylsuchenden zu oder Asylsuchende melden auffällige Mitbewohner/-innen

der Gesundheitsbeauftragten. In einem BZ (Glaubenberg) findet der medizinische Erstkontakt über die Rezeption statt. Handelt es sich um eine nicht behandlungsbedürftige Bagatelle (z.B. leichte Schürfung, einmalige Kopfschmerzen, vorübergehende Übelkeit), wird der Asylsuchende nicht an die Gesundheitsbeauftragte weitergeleitet. In den meisten EVZ und BZ wenden sich die Asylsuchenden bei medizinischen Problemen jedoch direkt an die Gesundheitsbeauftragte des Zentrums. Die Zentren berichten von klar definierten (Sprechstunden)Zeiten, an welchen die Gesundheitsbeauftragte aufgesucht werden kann. Die Gesundheitsbeauftragte behandelt den Asylsuchenden entweder direkt vor Ort im Zentrum im Behandlungszimmer oder vereinbart einen Termin mit dem Zentrumsarzt. Bei Notfallsituationen wird immer sofort gehandelt, bei Bedarf wird auch die Ambulanz gerufen. Einige Zentren verfügen über Zentrumsärzte, die für Sprechstunden regelmässig ins Zentrum kommen (BZ Gubel, BZ Bremgarten, EVZ Basel, EVZ Losone). Sprechstundentermine beim Zentrumsarzt können entweder von der Gesundheitsbeauftragten direkt angeordnet und organisiert werden oder vom Asylsuchenden bei Bedarf verlangt werden. Tritt ein gesundheitliches Problem nachts auf, übernimmt der Sicherheitsdienst bei Bagatellen in vielen Zentren die Erstversorgung (z.B. Aushändigen einer Kopfweh-tablette) oder triagiert den Asylsuchenden weiter an den Arzt oder (via Ambulanz) ins Spital.

Je nach Zentrum werden von den Gesundheitsbeauftragten unterschiedliche Leistungen erbracht. Dazu gehören unter anderem das Führen der Zentrumsapotheke, die Abgabe von rezeptfreien Medikamenten und die Abgabe von ärztlich verordneten Medikamenten. Auch die Triage der Asylsuchenden zu den Haus-/Asylärzten und zu weiteren Fachpersonen im Gesundheitswesen gehört zum Aufgabengebiet der Gesundheitsbeauftragten. Weiter leisten die Gesundheitsbeauftragten bei Bedarf Erste Hilfe und fordern bei Notfällen zeitnah Unterstützung an (Notarzt, Ambulanz, Notfallpsychiater usw.). Auch die Information der Asylsuchenden über relevante Gesundheitsthemen, die Abgabe von Verhütungsmitteln (Kondomen) und die Instruktion des nicht medizinischen Betreuungspersonals sowie des Sicherheitspersonals/der Nachtwachen gehören zu den Tätigkeiten der Gesundheitsbeauftragten in den Kollektivzentren. Administrative Aufgaben umfassen unter anderem die Organisation der Arzttermine, die Organisation der Transport der Asylsuchenden zum Arzttermin oder die gesamte Rechnungsstellung zuhanden des SEM. Das Verfügen von Kostengutsprachen (z.B. bei Brillen oder Zahnbehandlungen) fällt in den Kompetenzbereich der Objektverantwortlichen.

Die medizinische Versorgung der Asylsuchenden in den EVZ und BZ ist aus Sicht der Befragten in den EVZ und BZ gewährleistet. Sie bemängeln jedoch, dass nicht in jedem Zentrum eine Person mit einer medizinischen Ausbildung angestellt ist. Auch dass in keinem Zentrum rund um die Uhr medizinisch geschultes Personal präsent ist, wird kritisiert. Vorgaben seitens des Bundes (SEM) bezüglich der personellen Ausstattung der Betreuung existieren nicht; die Richtlinien der Betreiber unterscheiden sich und sind den Befragten nur teilweise bekannt. Generell werden die für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehenden Stellenprozentage als zu tief bewertet. Kritischer beurteilt ein Teil der Befragten auf Kantonsebene den Zugang zur Gesundheitsversorgung in den EVZ und BZ. Es wird berichtet, dass immer wieder Asylsuchende in Kollektivzentren eintreten, bei denen das Betreuungspersonal noch während der Eintrittsgespräche eine Tuberkuloseerkrankung oder eine andere schwerwiegende Erkrankung vermutet und die sofort nach Eintritt ins Kollektivzentrum an einen Arzt oder ins Spital

verwiesen werden. Vermutet wird von den Vertretungen der Kollektivzentren, dass Asylsuchenden in den EVZ/BZ zum Teil keine adäquate Behandlung angeboten wird oder Krankheiten nicht diagnostiziert werden, weil unter Umständen kein Kontakt zwischen den Asylsuchenden und dem Gesundheitspersonal und/oder dem Zentrumsarzt stattfindet. Ebenfalls kritisiert wird die zum Teil weit verbreitete Praxis in den EVZ und BZ, mit der Behandlung der Asylsuchenden zu warten, bis diese einem Kanton zugewiesen worden sind.

Triage zu Leistungserbringern

Tritt bei einem Asylsuchenden während des Aufenthalts ein leichtes gesundheitliches Problem auf, wird es durch die Gesundheitsbeauftragte im Zentrum behandelt. Bei gesundheitlichen Problemen, für die vor Ort im Zentrum kein Behandlungsangebot besteht, oder bei einem akuten gesundheitlichen Problem werden die Asylsuchenden von der Gesundheitsbeauftragten an einen Arzt überwiesen oder via Ambulanz direkt ins Spital triagiert. In äussersten Notfällen wurde auch schon die Schweizerische Rettungsflugwacht Rega gerufen. Ist die Gesundheitsbeauftragte nicht im Zentrum anwesend, erfolgen die Behandlung von Bagatellen und die Überweisung bei akuten gesundheitlichen Problemen durch das übrige Betreuungspersonal. Nachts ist das Personal des Sicherheitsdienstes für die Triage der Asylsuchenden zum Arzt beziehungsweise ins Spital verantwortlich. Gemäss Einschätzung der Befragten in den EVZ und BZ werden die Asylsuchenden schneller an externe Leistungserbringer (Arzt, Spital) triagiert, wenn die Erstversorgung über das nicht medizinisch geschulte Betreuungspersonal oder die Mitarbeitenden des Sicherheitsdiensts läuft.

In den meisten Zentren orientieren sich die involvierten Mitarbeitenden bei der Triage an Dokumenten, auf welchen die medizinischen Abläufe dokumentiert sind. Ein solches Dokument ist der Leitfaden des SEM „Medizinische Abläufe in den Empfangs- und Verfahrenszentren / Bundeszentren“. In der Regel haben entweder die Betreiber der Zentren oder die Gesundheitsbeauftragten vor Ort aber Dokumente erstellt, in welchen die Besonderheiten des Zentrums berücksichtigt werden. So sind darin beispielsweise die externen Leistungserbringer aufgeführt, mit welchen die Zentren zusammenarbeiten. Zusammengearbeitet wird in den EVZ und BZ mit Haus-/Zentrumsärzten, mit Spezialärzten (Gynäkologie, Pädiatrie, HNO, Dermatologie, Orthopädie, Urologie, Psychiatrie/Psychotherapie usw.) mit Zahnärzten, mit Ambulatorien, Psychiatrien und Spitälern in der Region. In Fällen von Tuberkulose arbeiten die EVZ und BZ zudem mit der Lungenliga zusammen.

Bei Unklarheiten seitens der Gesundheitsbeauftragten wird in aller Regel zunächst der Zentrumsarzt konsultiert. Notwendig wird die Triage zum Zentrumsarzt/Hausarzt vor allem dann, wenn das medizinische Problem nicht vor Ort behandelt werden kann und wenn zur Behandlung rezeptpflichtige Medikamente notwendig sind. Dieser behandelt die Asylsuchenden entweder im Rahmen seiner Visite im Zentrum oder in seiner Praxis. Meistens in Rücksprache mit der Gesundheitsbeauftragten verweist der Zentrumsarzt die Asylsuchenden bei Bedarf dann weiter an Spezialisten. In einem Zentrum läuft die Triage zum Zahnarzt ebenfalls über die Gesundheitsbeauftragte, in einem anderen Zentrum erfolgt auch die Triage in die Gynäkologie, Pädiatrie und Psychiatrie über die Gesundheitsbeauftragte (Zentrum Juch). Sind Kostengutsprachen notwendig, wird auch das SEM involviert, in der Regel via Objektverantwortliche des EVZ/BZ.

Bei Erkrankungen, die aus Sicht der Gesundheitsbeauftragten und/oder aus Sicht des Zentrumsarztes keine sofortige Behandlung erfordern, wird zum Teil auf eine Triage zu einem Spezialisten/in ein Spital verzichtet. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen (v.a. posttraumatischen Belastungsstörungen und Traumata) sowie Suchterkrankungen, aber auch bei anderen medizinischen Problemen, deren Behandlung sich aufschieben lässt, wird gemäss den Befragten in den EVZ und BZ mit der Triage und der anschließenden Behandlung gewartet, bis die Asylsuchenden einem Kanton zugewiesen worden sind. Dies ist laut den Befragten in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die Asylsuchenden nur während einer kurzen Zeit in den EVZ/BZ bleiben, eine adäquate Behandlung jedoch oftmals länger dauert.

Der Vollzug der Triage durch die Gesundheitsbeauftragten wird positiv beurteilt. Die Triage laufe grundsätzlich gut. In den Zentren habe man sich zweckmässig organisiert und man verfüge über medizinisches Personal, welches die entsprechenden Qualifikationen aufweise. So käme es beispielsweise selten vor, dass die Asylsuchenden an externe Leistungserbringer überwiesen werden, obwohl keine medizinische Notwendigkeit dafür besteht (z.B. Behandlung einer Hasenscharte). Kritisch betrachtet wird der Umstand, dass das nicht medizinisch geschulte Betreuungspersonal sowie das Personal des Sicherheitsdienstes in Abwesenheit der Gesundheitsverantwortlichen die Triage vollziehen muss. Es sei naheliegend, dass Asylsuchende bei der Triage durch das nicht medizinisch geschulte Personal schneller zu einem Arzt oder ins Spital gebracht würden, da niemand ein Risiko eingehen will. Als Vorteil für die Triage wird ein zentraler Standort des Zentrums erachtet. Befindet sich das Zentrum hingegen abgelegen, würde dies die Triage erschweren und zusätzliche Ressourcen binden, beispielsweise durch einen vergleichsweise langen Transport der Asylsuchenden mit dem Auto zum Spezialisten oder ins Spital durch das Betreuungspersonal.

Behandlungsangebot in den EVZ und BZ

In den EVZ und BZ werden unterschiedliche Behandlungen angeboten. Es liegt in der Kompetenz der Betreiberfirma, das Behandlungsangebot festzulegen. In einem Zentrum wird darauf hingewiesen, dass der (Kantons-)Apotheker das Behandlungsangebot festlegen kann. Kein Zentrum verfügt über einen konkreten Katalog an Behandlungen, die vor Ort angeboten werden. In der Regel geht es in den Zentren um die medizinische Erstversorgung. Behandelt werden in den EVZ und BZ – zumeist im Bereich der nicht-übertragbaren Krankheiten – kleine Bagatellen wie (Schürf-)Wunden, Insektenstiche, leichte Prellungen, leichtes Kopf-, Bauch- oder Rückenweh, leichte Erkältungen und grippale Infekte. Läuse und Bettwanzen werden ebenfalls vor Ort behandelt. Auch das Messen von Blutdruck, Puls, Blutzucker und Sauerstoff wird in einem Grossteil der Zentren gemacht. Die Symptombehandlung erfolgt mittels rezeptfreien Medikamenten. Ein Zentrum bietet zudem Phytotherapie an, also die Verwendung von Heilpflanzen als Arzneimittel. Seien rezeptpflichtige Medikamente notwendig, was insbesondere bei übertragbaren Krankheiten der Fall sei (Tuberkulose, HIV, Scabies, Varizellen usw.), werde der (Zentrums-)Arzt eingeschaltet. Auf Anordnung des Arztes erfolgt die kontrollierte Medikamentenabgabe im Zentrum.

In erster Linie ist das Behandlungsangebot von den Mitarbeitenden und deren Aus-/Weiterbildungshintergrund abhängig. Erweitert ist das Angebot in den Zentren dann, wenn der Zentrums-/Hausarzt vor Ort ist bzw. vor Ort regelmässige Sprechstun-

den/Visiten durchführt. Auch die Stellenprozente, die für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, beeinflussen das Behandlungsangebot.

Auf Lücken im Behandlungsangebot wird hingewiesen: Psychische Erkrankungen und andere chronische Krankheiten, die einen grossen Behandlungszeitraum erforderlich machen, werden in den EVZ und BZ kaum behandelt, sofern die Krankheit aus Sicht der Gesundheitsbeauftragten beziehungsweise des Zentrumsarztes keine akute Bedrohung des Asylsuchenden darstellt. Dies ist gemäss den EVZ und BZ darauf zurückzuführen, dass die Asylsuchenden maximal 90 Tage in den Zentren des Bundes sind, bevor sie in einen Kanton weiterverwiesen werden. In der Regel wird mit dem Beginn der Behandlung von Krankheiten, die keine akute Bedrohung der Asylsuchenden darstellen, also gewartet, bis die Asylsuchenden in einem kantonalen Kollektivzentrum sind. Einen Einfluss auf das Behandlungsangebot hat auch die Lage des Zentrums. So konnte festgestellt werden, dass abgelegene Zentren nicht über das gleiche Angebot verfügen wie Zentren in Zentrumsnähe. Kranke Asylsuchende, die auf regelmässige Kontrollen im Spital angewiesen wären, werden in einem BZ nicht behandelt, weil das nächstgelegene Spital zu weit entfernt sei. Man sei bestrebt, diese Personen schnellstmöglich in ein kantonales Kollektivzentrum in der Nähe eines Spitals zu überweisen. Aus einem Zentrum wird berichtet, dass gewisse Medikamente zur Behandlung von Suchterkrankungen bewusst nicht im Zentrum abgegeben würden, um keine falschen Anreize zu schaffen. Der Entscheid, welche Medikamente abgegeben werden, erfolge gemeinsam mit dem Arzt und in Rücksprache mit dem SEM. Bei Zahnproblemen werde vor Ort lediglich eine Schmerztherapie angeboten. Die Alternative besteht darin, dass die Asylsuchenden zum Zahnarzt triagiert werden, der den erkrankten Zahn zieht.

Aus den befragten Zentren des Bundes wird berichtet, dass psychische/psychosomatische Beschwerden bei Asylsuchenden sehr verbreitet sein dürften, aber oft schwer festzustellen seien wegen der Sprachbarrieren und weil die Betroffenen sich zurückziehen. In der Sprechstunde der Gesundheitsbeauftragten sind trotzdem psychische Beschwerden sehr präsent, in der kurzen Aufenthaltszeit und wegen begrenzter Ressourcen sind jedoch keine effektiven Massnahmen möglich. Die gute Zusammenarbeit mit der Seelsorge wird wo möglich genutzt, kann aber eine komplexe psychologische Begleitung nicht ersetzen. Personen mit psychischen Problemen können über den Zentrumsarzt/ die Zentrumsärztin an spezialisierte Stellen (z.B. Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuzes [SRK] in Zürich, psychiatrische Kliniken) weiterverwiesen werden. Wegen der kurzen Aufenthaltsdauer kann aber keine adäquate Behandlung erfolgen, zum Teil wird zunächst eine medikamentöse Behandlung durchgeführt. Bei Weiterverweisung an den Kanton wird bei der Voranmeldung auf die bestehende Behandlung hingewiesen, auch das SEM ist über psychische Erkrankungen informiert.

Medikamentenabgabe in den EVZ und BZ

Die Abgabe rezeptpflichtiger Medikamente in den Zentren obliegt der Verantwortung der Ärzte/-innen. Nicht rezeptpflichtige Medikamente werden häufig durch die Gesundheitsbeauftragten abgegeben, „unter ärztlicher Kontrolle“. Unter gewissen Bedingungen (z.B. „personifizierte Medikation“ durch den Arzt oder geringe Schwere z.B. Kopfschmerztabletten) erfolgt die Abgabe gewisser nicht rezeptpflichtiger Medikamente in manchen Zentren auch durch nicht medizinisches Personal (z.B. Securitas, Rezep-

tion), dies aufgrund der zeitlich knappen Ressourcen und der Verfügbarkeit der Gesundheitsbeauftragten. Einige Zentren stehen vor der Herausforderung, dass nicht rezeptpflichtige Medikamente (wie z.B. Kopfschmerztabletten) oft nachgefragt werden, wenn die Gesundheitsbeauftragte oder der Arzt/die Ärztin nicht verfügbar sind. In einem Zentrum gibt es eine „Apotheke“ mit vierstündigen Öffnungszeiten, wo die Medikamentenabgabe für „Bagatellsachen“ (Kopfschmerzen, Husten) sowie eine Triage durch eine Gesundheitsbeauftragte erfolgen. In einigen Zentren ist die Kompetenz der Medikamentenabgabe vom Betreiber in einem Konzept geregelt, in einem Zentrum wurde intern dafür ein elektronisches System entwickelt, welches ausweist welche Medikamente von wem abgegeben werden dürfen. Mehrfach erwähnte Grundlage zur Regelung der Abgabe sind die Abgabekategorien A bis E von Swissmedic. Die Medikamentenabgabe erfolgt in manchen Zentren mittels Formular durch eine Unterschriftenabgabe beider Seiten oder aber das Personal trägt die Abgabe von Medikamenten auf einer Tabelle ein.

In den Gesprächen wird verschiedentlich eine gewisse Unsicherheit bezüglich dem Thema Medikamentenabgabe geäußert. Den Befragten ist auch häufig unklar, wer letztlich zuständig ist für die Vorgaben in diesem Bereich und wer die Verantwortung bezüglich der Medikamentenabgabe übernimmt („wer würde bei einem Problem haften?“).

Übersetzung

Aus den EVZ und BZ wird berichtet, dass für die GSM und andere Massnahmen der Gesundheitsversorgung keine Dolmetscher/-innen zur Verfügung stehen. Bei Kommunikationsschwierigkeiten wird primär auf andere Asylsuchende zurückgegriffen, was zumeist für den Grundbedarf gut funktioniert. Zum Teil können auch die Betreuer/-innen übersetzen. Die SEM-Dolmetscher/-innen, welche bei den Befragungen anwesend sind, werden in manchen Zentren als nächste Möglichkeit beigezogen. Es bestehen aber auch Bedenken für diesen Einsatz, da diese einen klaren Auftrag im Verfahren haben, wortwörtlich übersetzen und Distanz zu den Asylsuchenden wahren müssen und keine interkulturellen Dolmetscher (ikD) sind, die zusätzliche Informationen über das Gesundheitssystem der Schweiz geben können. Die „informelle“ Übersetzung durch andere Asylsuchende oder Betreuer/-innen kann in bestimmten Situationen problematisch sein, zum Beispiel bei gynäkologischen oder psychischen Beschwerden und stigmatisierenden Erkrankungen. Hier würde dringender Bedarf an ikD bestehen. Die Vermittlungsstellen der Kantone für ikD werden von den Zentren kaum genutzt, Telefondolmetscher gar nicht. Der Einbezug von Dolmetschern für eine Behandlung ausserhalb der Zentren wird heterogen gehandhabt. Gewisse Spitäler organisieren sich selbst Dolmetscher, andere verlangen dies vom Zentrum. Ein Zentrum organisiert für bestimmte Arztbesuche (z.B. obligatorisch Gynäkologie und Pädiatrie) den Dolmetscher. Die Kostenübernahme für Dolmetschleistungen in der medizinischen Versorgung ist nicht klar geregelt.

Die Hürden, welche im Hinblick auf den Bezug von interkulturellen Dolmetschenden in den Gesprächen genannt werden, sind die ungeklärte Kostenübernahme für Dolmetschleistungen sowie der Koordinationsaufwand.

Finanzierung der Gesundheitskosten

In den EVZ und BZ sind die Asylsuchenden nicht krankenversichert. Eine Ausnahme stellt der Testbetrieb dar, in welchem die Asylsuchenden von Anfang an kollektivversichert sind. Übernommen werden die anfallenden Behandlungskosten vom SEM. Gemäss den Befragten gibt es kaum Unklarheiten bei der Kostenzuordnung. Eine Ausnahme stellen Zahnbehandlungen, Hilfsmittel und Impfungen dar. In der Regel erfolgt die Rechnungsstellung von den Leistungserbringern an das Sekretariat des EVZ/BZ. Meistens kontrolliert die Gesundheitsbeauftragte im Zentrum die Rechnung, visiert sie und leitet sie zusammen mit einer Kopie des Formulars F1 zur Zahlung an das SEM weiter. In einem EVZ (Basel) erfolgt die Rechnungstellung via Leistungserbringer direkt ans SEM, die Kontrolle erfolgt wiederum über das Formular F1 durch das EVZ. Kostengutsprachen laufen grundsätzlich immer über die Objektverantwortlichen in den EVZ und BZ.

3.3.2 ZUGANG ZUR MEDIZINISCHEN VERSORGUNG IN DEN ZENTREN DER KANTONE

Organisation der Gesundheitsversorgung in den kantonalen Zentren

Für eine adäquate Betreuung der Asylsuchenden in den Kollektivzentren der Kantone sind die Kantone verantwortlich. Sie können die (medizinische) Betreuung der Asylsuchenden selbst umsetzen oder privaten Dritten delegieren. In den untersuchten Kollektivzentren sind unterschiedliche Betreiber mit der Betreuung der Asylsuchenden betraut (AOZ, ORS Service AG, Caritas, Croix Rouge Tessinoise, Soccorso Operaio Svizzero), ein Kanton (SG) setzt den Betreuungsauftrag durch das kantonale Migrationsamt selbst um. In den kantonalen Kollektivzentren gibt es analog zu den Zentren des Bundes Mitarbeitende, die für die medizinische Betreuung der Asylsuchenden verantwortlich sind, Sie sind von den Auftragnehmenden der Zentren (AOZ, ORS Service AG, Caritas) beziehungsweise vom Kanton (SG) angestellt. In der Westschweiz ist es das Personal der kantonalen Spitäler Lausanne (Unité de soins aux migrants [USMi] der Policlinique médicale universitaire [PMU]) und Genf (Programme Santé Migrants des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG]), welche beide Pflegepersonal in den Zentren vor Ort haben. Seit wenigen Jahren sind diese Gesundheitsbeauftragten mehrheitlich ausgebildete Pflegefachpersonen. Es gibt auch Zentren (SO, ZH), in denen zwar Personal mit medizinischen Kenntnissen, aber ohne entsprechenden Ausbildungshintergrund für die medizinische Betreuung der Asylsuchenden verantwortlich ist. Die Stellenprozente, die für die medizinische Betreuung in den Zentren vorhanden sind, variieren je nach Kanton und teilweise innerhalb der Kantone je nach Zentrum. In einem Kanton (SZ) legt der Betreiber fest, dass pro Zentrum 100 Stellenprozente für die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden eingesetzt werden. Ein Betreiber legt fest, dass pro 100 Asylsuchende 370 Stellenprozente für die Betreuung zur Verfügung stehen, genaue Vorgaben, wie viele Stellenprozente davon für die medizinische Betreuung verfügbar sind, fehlen jedoch.

Die Gesundheitsbeauftragten sind für die medizinische Versorgung in den Zentren verantwortlich. Sie sind bei medizinischen Fragen in der Regel die erste Anlaufstelle für die Asylsuchenden. In fast allen Zentren bieten die Gesundheitsbeauftragten Gesundheitssprechstunden an. Das Aufgabengebiet der Gesundheitsbeauftragten in den kantonalen Kollektivzentren ist breit und, mit Ausnahme der administrativen Aufgaben, quasi identisch mit dem Aufgabengebiet der Gesundheitsbeauftragten in den EVZ und

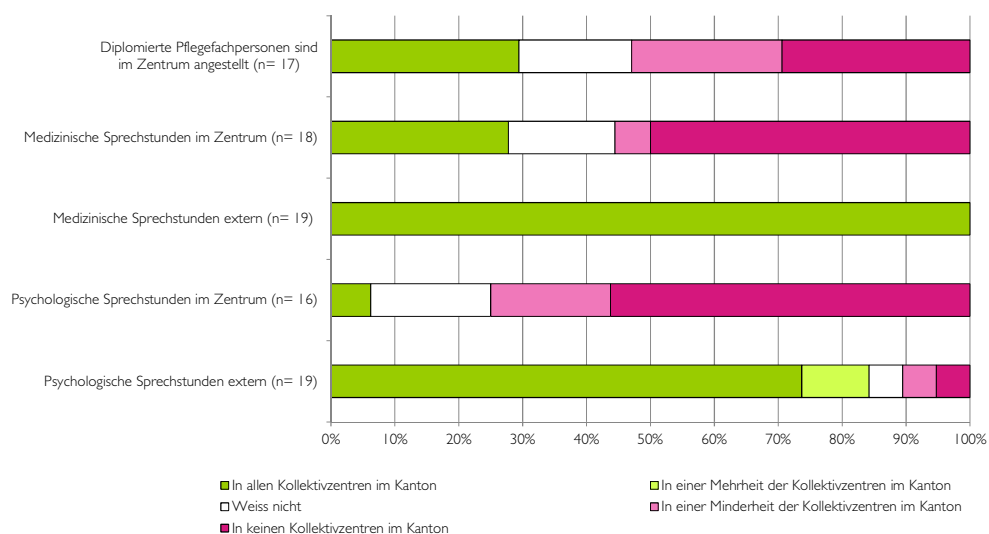
BZ. Zu den administrativen Aufgaben der Gesundheitsbeauftragten in den Kollektivzentren gehören neben der Triage, der Organisation und Koordination der Arzttermine sowie des Transports der Asylsuchenden die Organisation von Impfterminen, die Erstellung und Abgabe der Krankenkassenbestätigung oder das Verfügen von Kostengutsprachen bis 600 Franken bei Zahnarztterminen (Schmerzbehandlung). Kostengutsprachen, die den Betrag von 600 Franken übersteigen, müssen vom Kanton verfügt werden.

Bei gesundheitlichen Problemen, die keine Behandlung notwendig machen, werden bei Bedarf rezeptfreie Medikamente aus der Zentrumsapotheke an die Asylsuchenden abgegeben, in der Regel von der Gesundheitsbeauftragten, in deren Abwesenheit von der Stellvertretung oder an Wochenenden und nachts von der Nachtwache. Bei medizinischer Notwendigkeit oder wenn die Asylsuchenden darauf bestehen, wird ein Termin beim Hausarzt in dessen Praxis vereinbart. Diese Asylärzte werden als Gatekeeper-Ärzte bezeichnet, weil sie die Ärzte sind, die von den Asylsuchenden bei Bedarf als erstes aufgesucht werden. Wenn es medizinisch notwendig ist, werden die Asylsuchenden von den Asylärzten zu Spezialisten überwiesen. In einem Kanton (SO) bieten Hausärzte in den Kollektivzentren für die Asylsuchenden Sprechstunden an, die Termine werden durch die Gesundheitsbeauftragten koordiniert. Aus einem Zentrum wird berichtet, dass andere Kollektivzentren im Kanton über einen Zentrumsarzt verfügen, der seine Praxis im Zentrum hat. Es zeigt sich in der Tendenz, dass es – insbesondere für die kantonalen Kollektivzentren in ländlichen Regionen – schwierig ist, einen Hausarzt beziehungsweise einen Zentrumsarzt zu finden. Aus mehreren Zentren wird berichtet, dass die Haus-/Zentrumsärzte meist ältere, manchmal sogar pensionierte Ärzte sind. Diese würden ihre Arbeit als Haus-/Zentrumsarzt oftmals freiwillig, teilweise ohne vertragliche Sicherheit und/oder finanzielle Zusatzleistungen erbringen.

In einem Kanton (SZ) durchläuft jeder Asylsuchende, der aus einem EVZ oder BZ in ein kantonales Kollektivzentrum zugeteilt wird, eine Eintrittsuntersuchung. Diese beinhaltet eine allgemeine Überprüfung des Gesundheitsstatus, zu dem unter anderem die Überprüfung des Impfstatus, die Erneuerung und Ergänzung von Impfungen oder eine Diabetes-Abklärung gehören. Die Eintrittsuntersuchung wird durch Ärzte vorgenommen. Ziel dieser Untersuchung ist, Krankheiten zu entdecken, die im Rahmen der GSM in den EVZ nicht entdeckt worden sind und die ohne Eintrittsuntersuchung unbemerkt bleiben würden. Die Kantone können den Umfang der Eintrittsuntersuchung selbst bestimmen. Vorgaben des Bundes sind den Befragten nicht bekannt.

Die Online-Befragung bei den Asylkoordinatoren/-innen und den Kantonsärzten/-innen gibt Aufschluss über die personellen Ressourcen in den kantonalen Kollektivzentren. Die nachfolgende Darstellung gibt einen Überblick über das Personal und das Angebot, welches in den Kollektivzentren verfügbar ist.

D 3.7: Gesundheitspersonal und Angebote in den Kollektivzentren der Kantone

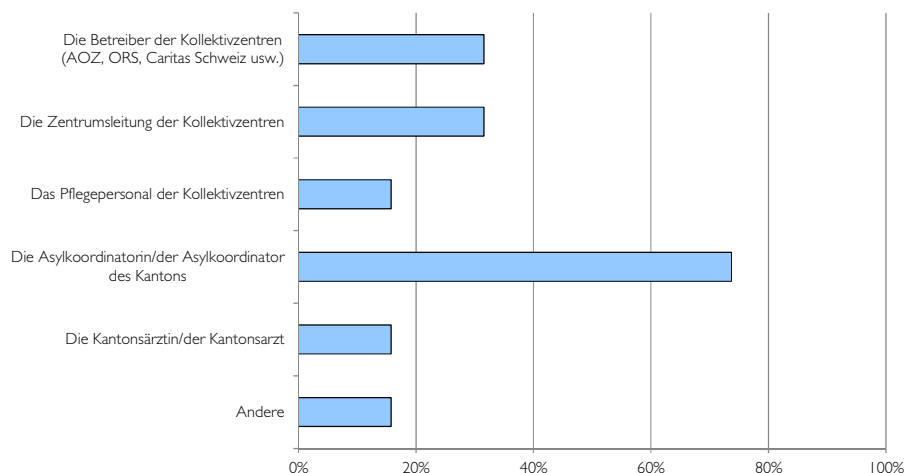


Quelle: Online-Befragung 2016 von Kantonsärzten/-innen und Asylkoordinatoren/-innen.

Alle Befragten geben an, dass den Asylsuchenden externe medizinische Sprechstunden angeboten werden und über 80 Prozent berichten von einem externen Angebot an psychologischen Sprechstunden für die Asylsuchenden. Das Angebot an internen medizinischen und psychologischen Sprechstunden ist deutlich kleiner. Gemäss 29 Prozent der befragten Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen sind in allen Kollektivzentren in ihrem Kanton diplomierte Pflegefachpersonen angestellt. Über die Hälfte der Befragten sagen aus, dass in einer Minderheit der kantonalen Kollektivzentren oder in gar keinen Kollektivzentren in ihrem Kanton diplomierte Pflegefachpersonen tätig sind. Nicht gefragt wurden die Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen nach dem verfügbaren Gesundheitspersonal mit einer anderen (medizinischen) Ausbildung. Der Zugang zum medizinischen Personal in den Kollektivzentren variiert je nach Kanton. 31 Prozent der Befragten geben an, dass die Asylsuchenden in allen Kollektivzentren in ihrem Kanton an sieben Tagen in der Woche Zugang zum medizinischen Personal haben. Erstaunlich ist, dass 27 Prozent der Befragten behaupten, dass in allen ihren kantonalen Kollektivzentren kein medizinisches Personal verfügbar ist.

Die Online-Befragung unterstreicht des Weiteren die zweckmässige Organisation der Gesundheitsversorgung in den Kollektivzentren. Für eine grosse Mehrheit der Befragten (84%) sind die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Kollektivzentren klar definiert und nachvollziehbar. Den Zugang zur medizinischen Versorgung erachten die Befragten grundsätzlich als gewährleistet. Gemäss 95 Prozent der Befragten besteht in den Kollektivzentren ihres Kantons ein geregeltes Vorgehen für den Zugang zur medizinischen Versorgung. Bei der Frage, wer das Vorgehen regelt, werden sie schon in den anderen Themenbereichen, mehrere Akteure genannt.

D 3.8: Wer legt das Vorgehen für den Zugang zur medizinischen Versorgung in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton fest? (mehrere Antworten möglich; n = 19)



Quelle: Online-Befragung 2016 von Kantonsärzte/-innen und Asylkoordinatoren/-innen.

Behandlungsangebot in den kantonalen Zentren

Das in den kantonalen Kollektivzentren vor Ort zur Verfügung gestellte Behandlungsangebot variiert je nach Zentrum stark. Einen Einfluss auf das Behandlungsangebot haben einerseits das Personal, welches in den Zentren angestellt ist, und andererseits die Lage des Zentrums. Ein Zentrum (ZH), in welchem kein medizinisch ausgebildetes Personal tätig ist, bietet – mit Ausnahme der Abgabe von rezeptfreien Medikamenten – keine Behandlungen vor Ort an. In diesem Zentrum erfolgt quasi bei jedem gesundheitlichen Problem, welches eine Behandlung erfordert, die Triage zum Hausarzt. Dieses Zentrum profitiert von seiner zentralen Lage und der dadurch einhergehenden Nähe zu den externen Leistungserbringern. Andere Zentren bieten mehr Behandlungen vor Ort an. In einem Zentrum (SO) ist das Behandlungsangebot erweitert, weil der Zentrumsarzt regelmässig vor Ort anwesend ist. Grundsätzlich lässt sich das Behandlungsangebot in den kantonalen Kollektivzentren mit dem Behandlungsangebot in den EVZ und BZ vergleichen. Im Unterschied zu den EVZ und BZ ist in den kantonalen Kollektivzentren keine Tendenz festzustellen, Behandlungen hinauszuzögern.

Dennoch sind auch in den Kantonen Behandlungslücken festzustellen: Aus den kantonalen Kollektivzentren wird berichtet, dass im Bereich psychische Erkrankungen zu wenig adäquate Behandlungen stattfinden. Häufig erfolgt eine Symptombekämpfung mit Medikamenten (im Zentrum kontrolliert Medikamentenabgabe auf Verordnung vom Hausarzt), aber es werden keine notwendigen längerfristigen Therapieansätze verfolgt. Hierfür gibt es mehrere Gründe: Vielen betroffenen Asylsuchenden fehle das nötige Vertrauen und sie versteckten ihre Probleme, der Zentrumsarzt/die Zentrumsärztin verweist zu selten an Spezialisten weiter respektive das Angebot ist begrenzt, die spezialisierten Stellen sind überlastet und es besteht im Zentrum die Befürchtung, bei Betroffenen durch ein Therapieangebot Hoffnungen auf Bleiberecht zu schüren. In vielen Kulturen sind psychische Beschwerden und eine entsprechende Behandlung zu-

dem nicht akzeptiert. Auch aus Sicht der befragten Asylkoordinatoren/-innen und des Kantonsarztes gibt es Lücken in der psychiatrischen Versorgung von Asylsuchenden, insbesondere für posttraumatische Belastungsstörungen, da es in der Schweiz zu wenige entsprechend ausgebildete Therapeuten/-innen gibt. Wo möglich, werden für akute Fälle – beispielsweise wenn von einem Asylsuchenden eine Fremd- oder Eigengefährdung ausgeht – bestehende Angebote genutzt (z.B. KJPD, psychiatrische Kliniken). Spezifische Angebote sind häufig überlastet und haben lange Wartezeiten (z.B. Therapiestellen für Folter- und Kriegsoffer).⁷ Häufig wird eine Behandlung erst angegangen, wenn die Asylsuchenden in den Gemeinden platziert worden sind. Allerdings ist die Kostenübernahme ein Problem, da je nach Krankenkasse nicht alle Leistungen vergütet werden.

Auch bei der Behandlung von Asylsuchenden mit einer Behinderung oder mit Kriegsverletzungen, die kein Anrecht auf Invalidenrente haben, würden Lücken bestehen. Bislang beschränke sich das Behandlungsangebot auf die medikamentöse Schmerzlinde- rung.

In der Online-Befragung werden die genannten Behandlungslücken im Bereich der psychischen Beschwerden bestätigt. Nur 47 Prozent der Befragten sind der Meinung, der Zugang zur psychiatrischen Versorgung sei ausreichend. Genauso viele Befragte (47%) beurteilen den Zugang zur psychiatrischen Versorgung als nicht ausreichend. Aus Sicht der Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen reicht hingegen der Zugang zur medizinischen Versorgung für die Asylsuchenden in den kantonalen Kollektivzentren sowohl bei übertragbaren Krankheiten (95%), bei nicht übertragbaren Krankheiten (90%) als auch bei der Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt (95%) aus.

D 3.9: Reicht Ihrer Ansicht nach der Zugang zur medizinischen Versorgung für die Asylsuchenden in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton aus? (n = 19)

	Ausreichend	Nicht ausreichend	Weiss nicht
Reicht Ihrer Ansicht nach der Zugang zur medizinischen Versorgung bei übertragbaren Krankheiten aus?	94,7%	5,3%	0,0%
Reicht Ihrer Ansicht nach der Zugang zur medizinischen Versorgung bei nichtübertragbaren Krankheiten aus?	89,5%	5,3%	5,3%
Reicht Ihrer Ansicht nach der Zugang zur psychiatrischen Versorgung aus?	47,4%	47,4%	5,3%
Reicht Ihrer Ansicht nach der Zugang zur Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt aus?	94,7%	5,3%	0,0%

Quelle: Online-Befragung 2016 von Kantonsärzten/-innen und Asylkoordinatoren/-innen.

Triage zu Leistungserbringern

In den kantonalen Kollektivzentren orientieren sich die Gesundheitsbeauftragten bei der Triage der Asylsuchenden an externe Leistungserbringer an Richtlinien und Weisungen der Zentrumsbetreiber. Vorgaben seitens der Kantone sind den Befragten in

⁷ In der Schweiz gibt es derzeit fünf Therapiestellen für Folter- und Kriegsoffer, die gemeinsam den Verbund «Support for Torture Victims» bilden (die Ambulatorien für Folter- und Kriegsoffer SRK in Bern, AFK in Zürich, CTG/CPM in Lausanne, Vevey, Yverdon, CTG in Genf sowie das Zentrum für Psychotraumatologie GRAVITA, SRK in St. Gallen).

den Kollektivzentren nicht bekannt. In einigen Zentren weisen die Gesundheitsbeauftragten beziehungsweise das für die medizinische Versorgung zuständige Betreuungspersonal die Asylsuchenden weiter. Sie orientieren sich bei der Triage einerseits an den im Zentrum vorhandenen Richtlinien und lassen andererseits auch ihre berufliche Erfahrung einfließen. In anderen Zentren wiederum entscheidet der Zentrumsarzt, ob der Asylsuchende vor Ort im Zentrum behandelt wird oder an einen Arzt/in ein Spital weiterverwiesen wird. Keine Weiterverweisung erfolgt in der Regel dann, wenn keine medizinische Behandlung notwendig ist, also bei Bagatellen, die durch die Abgabe von Medikamenten aus der Hausapotheke behandelt werden können. Ausserhalb der Arbeitszeiten der Gesundheitsbeauftragten triagiert das nicht medizinische Betreuungspersonal die Asylsuchenden weiter und frühmorgens, nachts und an Wochenenden läuft die Triage über den Sicherheitsdienst beziehungsweise die Nachtwache. Auch in den untersuchten Kollektivzentren lässt sich die Tendenz feststellen, dass Asylsuchende früher an einen externen Leistungserbringer weiterverwiesen werden, wenn die Triage vom nicht medizinischen Betreuungspersonal oder vom Personal des Sicherheitsdienstes vollzogen wird. Weiterverwiesen werden die Asylsuchenden an externe Leistungserbringer wie den (fixen) Hausarzt/Zentrumsarzt, an Spezialärzte, an Ambulatorien und Psychiatrien und – insbesondere bei vordringlichen Notfällen – an Spitäler.

Aus Sicht der Befragten funktioniert die Triage grundsätzlich gut. Medizinisches Fachpersonal sei für eine pragmatische und gleichzeitig korrekte Triage unabdingbar. Nicht medizinisch geschultes Personal sei in der Regel nicht kompetent genug, zu entscheiden, ob ein Asylsuchender triagiert werden muss. Dies führe dazu, wie oben bereits ausgeführt, dass die Asylsuchenden im Zweifelsfall an den Arzt oder ins Spital weiterverwiesen und somit vermeidbare Zusatzkosten verursacht werden. Doch auch nicht alle befragten Gesundheitsbeauftragten fühlen sich jederzeit in der Lage, die Triage zu vollziehen. Teilweise sei es schwierig, zu entscheiden, ob ein Asylsuchender zum Arzt muss oder nicht. In diesen Fällen sind die Befragten froh, wenn sie mit dem Zentrums- oder Hausarzt Rücksprache nehmen können beziehungsweise ihren Entscheid absichern lassen können. Weniger Triagen zu externen Leistungserbringern seien notwendig, wenn ein Arzt mehrmals pro Woche im Zentrum zur Visite kommt. Auch auf Kantonebene spielt die Lage des Zentrums eine zentrale Rolle bei der Triage: Abgelegene Zentren hätten einen Mehraufwand, da die Mitarbeitenden alle Klienten/-innen zum Arzt oder ins Spital fahren müssen und sie dann zum Teil während mehrerer Stunden dem Zentrum fernbleiben. Kritisch betrachtet werden starre Vorgaben oder Weisungen: Die Situation müsse in jedem Fall neu beurteilt werden und der Entscheid für die Behandlung vor Ort oder die Weiterverweisung an einen externen Leistungserbringer müsse jeweils in Abhängigkeit von unterschiedlichen Faktoren getroffen werden.

Medikamentenabgabe in den kantonalen Zentren

Aus den kantonalen Kollektivzentren werden unterschiedliche Aspekte der Medikamentenabgabe berichtet, die Verantwortlichkeiten sind zum Teil unklar. Viele Zentren stehen vor der Schwierigkeit, dass nicht rezeptpflichtige Medikamente oft nachgefragt werden, wenn die Gesundheitsbeauftragte oder der Arzt/die Ärztin nicht anwesend sind. Rezeptpflichtige Medikamente sind mittels Richtlinien klar ausgewiesen, werden nur unter ärztlicher Kontrolle abgegeben und sind unter Verschluss im Zentrum (z.B. Methadon). In einem Zentrum wird darauf hingewiesen, dass kulturelle Unterschiede bezüglich Medikamenteneinnahme bestehen und daher ein grösserer Bedarf an Erklä-

rung bei der Abgabe von Medikamenten besteht. In einem Zentrum gibt es ein Konzept zur medizinischen Versorgung vom privaten Betreiber, dieses enthält auch Weisungen, Formulare und Listen zur Medikamentenabgabe. Neue Mitarbeitende werden zudem in Gesundheitskursen geschult.

Übersetzung

Aus den kantonalen Zentren wird berichtet, dass die Kostenübernahme für Dolmetschdienstleistungen unterschiedlich ist. In manchen Kantonen werden die Kosten für einen offiziellen Dolmetschdienst (z.B. der Caritas) vom Kanton übernommen. Da zum Teil ein Budget für Dolmetschende fehlt und die Organisation unkomplizierter ist, werden häufig den Betroffenen vertraute, sprachkompetente (ehemalige) Asylsuchende eingesetzt, um die Übersetzung zu leisten und gegebenenfalls auch Arztbesuche zu begleiten. Diese Lösung ist manchmal ungünstig, zum Beispiel wenn nicht klar ist, ob die Informationen korrekt übersetzt werden oder wenn sehr persönliche, vertrauliche Themen angesprochen werden müssen. Nur bei dringendem Bedarf werden zentrale Vermittlungsstellen (z.B. von Kanton, Caritas oder HEKS) genutzt. Einige Spitäler organisieren selbst einen Dolmetschdienst, andere Spitäler verlangen vom Zentrum die Organisation.

Auch aus Sicht der befragten Kantonsärzte/-innen und Asylkoordinatoren/-innen ist der Beizug (ausgebildeter) interkultureller Dolmetscher/-innen für medizinische Abklärungen und Behandlungen schwierig und erfolgt nur selten. Haupthinderungsgrund ist der erhöhte Aufwand, zum Beispiel für die Koordination, welcher nie vergütet wird, sowie für den Einsatz an sich, welcher nicht immer vergütet wird. Der Mehraufwand geht oft zulasten der Ärzte/-innen. Häufig wird daher ein pragmatischer Zugang gewählt und andere (z.T. ehemalige) Asylsuchende, die bereits besser Deutsch können, werden als Übersetzer/-innen eingesetzt.

Finanzierung der Gesundheitskosten

Verantwortlich für die Finanzierung der Gesundheitskosten von Asylsuchenden sind die Kantone. Sobald die Asylsuchenden in den Kanton transferiert werden, werden sie rückwirkend seit ihrer Ankunft in der Schweiz krankenversichert. Die meisten Kantone schliessen für die Asylsuchenden Kollektivverträge bei Krankenversicherern ab, meistens so genannte „Gatekeeping-Verträge“. Die Asylsuchenden haben Anrecht auf die Behandlung von Krankheiten, Unfällen und Mutterschaft gemäss KVG. Für die Finanzierung der Gesundheitskosten erhalten die Kantone vom SEM einen Pauschalbetrag.

Es zeigt sich, dass bei der Kostenzuordnung gewisse Unklarheiten bestehen. Eine Herausforderung stelle die Kostenübernahme bei Zahnbehandlungen dar. Die Vorgaben für die behandelnden Zahnärzte seien sehr streng. Grundsätzlich seien nur Schmerzbehandlungen durchzuführen. Alternativ könne der erkrankte Zahn gezogen werden. Für beide Behandlungsformen seien Kostengutsprachen der Kollektivzentren notwendig. Übersteigen die Behandlungskosten einen gewissen Betrag (je nach Kanton zwischen 500 und 600 CHF), müsse beim Kanton eine Kostengutsprache eingeholt werden. Aus den Zentren wird berichtet, dass Kostengutsprachen für Zahnbehandlungen seitens der Kantone in den vergangenen Jahren restriktiver bewilligt worden sind. Oftmals sei der Entscheid, weshalb eine Kostengutsprache nicht gesprochen wurde, intransparent.

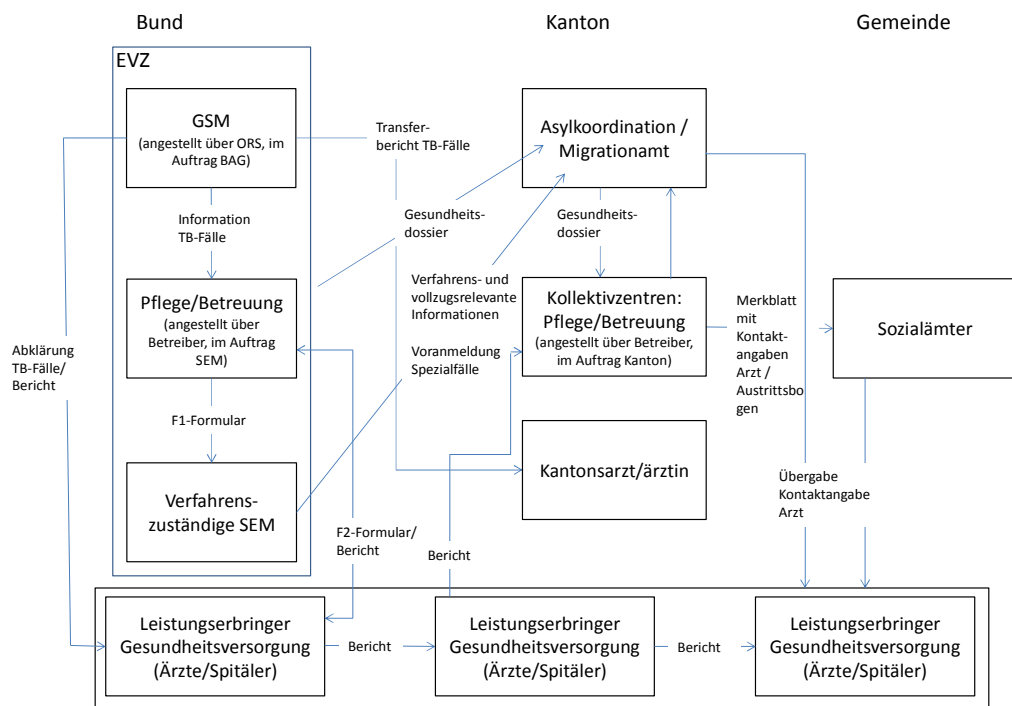
Unklarheiten gibt es des Weiteren beim Einbezug von interkulturellen Dolmetschenden. Hier scheint nicht geklärt, wer den Dolmetschdienst zu finanzieren hat. In gewissen Kantonen übernimmt der Betreiber des Kollektivzentrums die Kosten, in anderen Kantonen werden die Kosten vom Kanton getragen. Ebenfalls unklar ist aus Sicht eines Teils der Befragten, wer für die Finanzierung von Hilfsmitteln (Krücken, Rollstuhl, Brille usw.) verantwortlich ist, die weder von der Krankenkasse noch von der Invalidenversicherung übernommen werden. Zum Teil werden solche Rechnungen von den Kollektivzentren beziehungsweise deren Betreibern, zum Teil vom Kanton und zum Teil auch vom SEM beglichen. In einem Zentrum wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Kostenübernahme bei der Nothilfe eine Herausforderung darstellt. Das Zentrum müsse jeweils mit der Asylkoordination des Kantons Rücksprache halten, ob der Kanton diese Kosten übernimmt oder nicht. Auch der Kantonsarzt könne bei Unklarheiten betreffend die Finanzierung von Gesundheitskosten konsultiert werden. Schliesslich bleibt für die Kantone auch unklar, wer die Spitalkosten zu tragen hat, die in der Zeit anfallen, in der die Asylsuchenden im EVZ/BZ waren. Gemäss einer befragten Person (AK SZ) sei nicht klar, welcher Kanton wie viel zahlen muss. Hier sei eine Klärung notwendig.

Je nach Kanton variiert die Abrechnung der Behandlungskosten. In einem Kanton (SG) stellt der Leistungserbringer die Behandlungskosten dem Zentrum in Rechnung. Die Gesundheitsbeauftragte kontrolliert die Rechnung und leitet sie im Anschluss an die Verantwortlichen der Asylkoordination des Kantons weiter. Diese lassen sie schliesslich der Krankenkasse zukommen. In anderen Kantonen werden die Behandlungskosten von den Leistungserbringern direkt der Krankenkasse in Rechnung gestellt. Dies ist meist dann der Fall, wenn ein „Gatekeeping-Vertrag“ zwischen dem Kanton (Asylkoordination) und dem Krankenversicherer besteht.

3.4 DOKUMENTATION GESUNDHEITSDATEN UND INFORMATIONSAUSTAUSCH

In der nachfolgenden Darstellung ist der Informationsfluss bezüglich der individuellen Gesundheitsdaten zwischen Bund, Kanton und Gemeinde dargelegt.

D 3.10: Austausch individueller Gesundheitsdaten



Quelle: Eigene Darstellung aufgrund Angaben aus den Interviews

3.4.1 DOKUMENTATION GESUNDHEITSDATEN EVZ/BZ

Die Dokumentation der Gesundheitsdaten ist im Leitfaden „Medizinische Abläufe in den Empfangs- und Verfahrenszentren / Bundeszentren“ beschrieben und in einem Ablaufschema oberflächlich dargestellt. Aus den EVZ und BZ wird berichtet, dass die Gesundheitsdaten der Asylsuchenden, welche die Pflegefachperson aufsucht, in einem medizinischen Dossier in Papierform dokumentiert werden. In einem Zentrum (BZ Bremgarten) wurde von einem Mitarbeitenden eine Datenbank entwickelt, in welcher die Gesundheitsdaten elektronisch erfasst werden können. Verantwortlich für die Dokumentation ist die Gesundheitsbeauftragte im Zentrum. Während des Aufenthalts der Asylsuchenden in den EVZ und BZ werden behandlungsbedürftige gesundheitliche Probleme, die im Zentrum behandelt werden, dokumentiert. Dazu gehören auch die Resultate der GSM inklusive allfälliger Unterlagen. Eine Kopie der medizinischen Akten der asylsuchenden Person, die entstanden sind, bevor die Asylsuchenden ins EVZ eingetreten sind, wird ebenfalls im medizinischen Dossier abgelegt. Werden Asylsuchende ausserhalb des Zentrums, beispielsweise beim Zentrumsarzt bzw. dem Hausarzt des Zentrums oder im Spital behandelt, wird dies ebenfalls dokumentiert. In diesem Fall informiert der Leistungserbringer (Arzt, Spital) die Pflegefachperson im Zentrum. Hierzu wird das Formular F2 verwendet. Auf dem Formular F2 vermerkt die Gesundheitsbeauftragte den Verdacht der Erkrankung. Es wird dem Asylsuchenden für den Arztbesuch mitgegeben. In der Regel sendet der Arzt das Formular F2 per E-Mail zurück, ergänzt mit den Angaben zur Diagnose, zur Behandlung und zu allfälligen Nachkontrollen. Es gibt zusätzlich an, welche Kosten der Behandlung vom SEM übernommen werden. Das Formular F2 wird schliesslich in der Krankheitsakte des Asylsuchenden

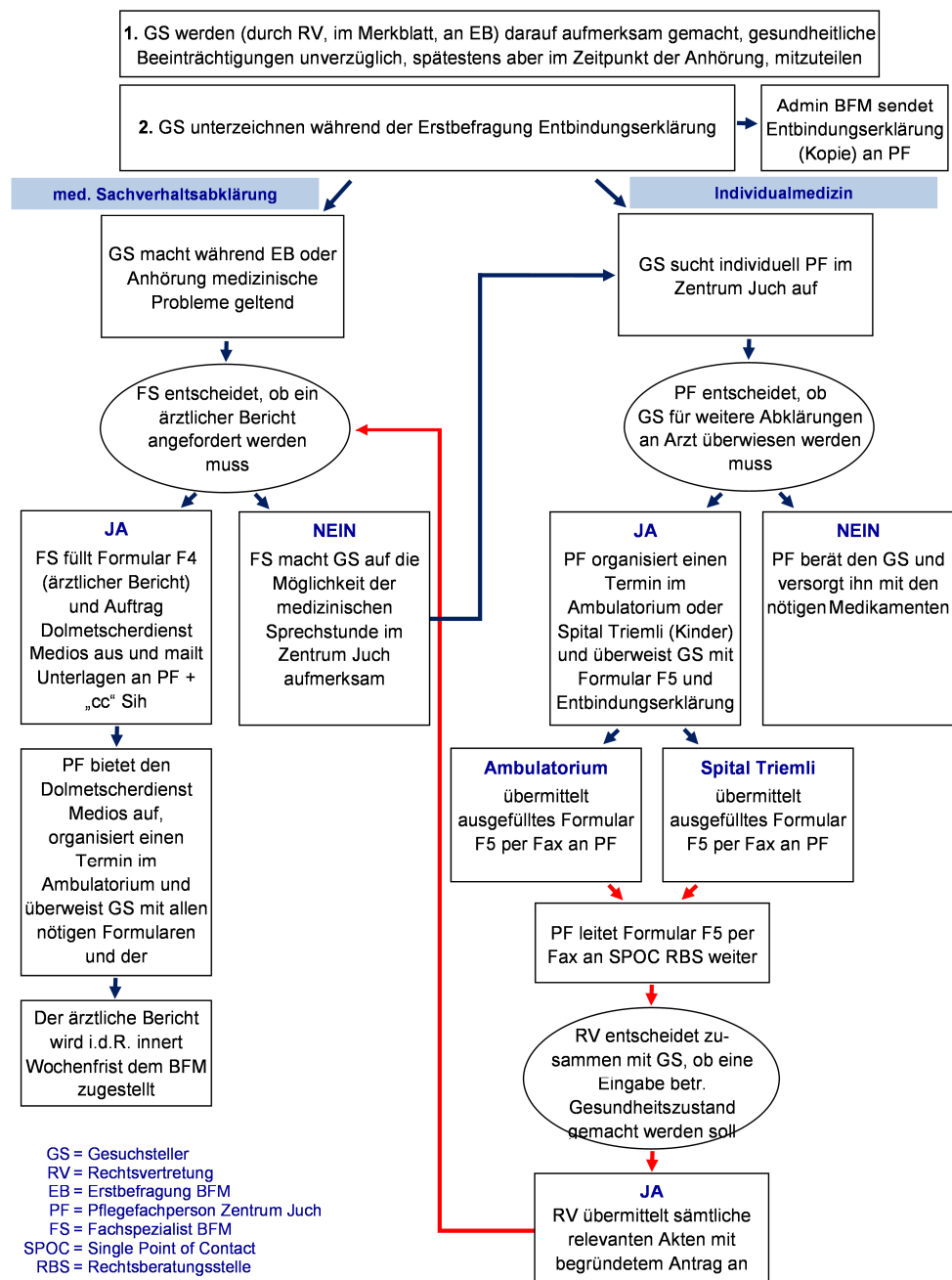
den abgelegt.⁸ Dieser Rückfluss an Informationen seitens der Ärzteschaft/Spitäler läuft gemäss den befragten Mitarbeitenden der EVZ/BZ unterschiedlich gut. Während es bei den durch das Zentrum bestimmten Hausärztinnen/Hausärzten recht gut funktioniert, füllen die Spitäler häufig das Formular F2 nicht aus. Die Pflegefachperson ist in diesem Fall verantwortlich dafür, die notwendigen Informationen der Leistungserbringer zu erhalten und holt diese bei Bedarf selber ein. Mit dem Formular F1 informiert die Pflegefachperson die EVZ/BZ über den medizinischen Fall. Das F1-Formular stellt für die Sekretariate der EVZ/BZ auch die Grundlage für die Rechnungslegung und -kontrolle dar. Das Original des Formulars wird im Sekretariat des EVZ/BZ abgelegt. Erwähnt wird auch das Formular „Ärztlicher Bericht“, mittels welchem Ärztinnen/Ärzte und Spitäler die EVZ/BZ über die medizinischen Probleme des untersuchten Asylsuchenden informieren. Hier geht es vor allem um verfahrens- oder vollzugsrelevante Informationen.

Der zentrumsinterne Austausch zwischen dem GSM-Gesundheitspersonale und der Pflegefachperson der Betreuung wird in der Regel als sehr gut bezeichnet. Falls der GSM-Pflegefachperson im Rahmen der GSM etwas auffällt, teilt sie dies der Pflegefachperson Betreuung mit oder schickt den Asylsuchenden direkt zur Pflegefachperson. Probleme hinsichtlich des Informationsaustauschs wurden nur in einem EVZ gemeldet. Hier meldet der Arzt, der die Tuberkulose-Untersuchung durchführt, die Ergebnisse an die Pflege/Betreuung der AOZ und nicht direkt an die GSM-Pflegefachperson. Von der Pflege/Betreuung der AOZ wird die Information an die GSM-Pflegefachperson weitergeleitet, was nicht in jedem Fall reibungslos funktioniert hat und Personen mit Tuberkulose in den Kanton geschickt wurden. Mittlerweile konnten die Probleme aber behoben werden, indem die GSM-Pflegefachperson jeweils immer eine Kopie des Arztberichts erhält. In Zürich Testbetrieb werden die GSM von denjenigen Pflegefachpersonen durchgeführt, welche auch für die Pflege im Zentrum zuständig ist. Dies wird von allen beteiligten als sehr sinnvoll und nutzbringend erachtet.

Im Testbetrieb Zürich wurde zudem eine intensive Aufbauarbeit geleistet, um die Abläufe im Bereich der medizinischen Abklärung mit allen Akteuren zu regeln. Verschiedene interne Formulare wurden erstellt und geprüft und bewähren sich in der Praxis. Der festgelegte Ablauf ist in der nachfolgenden Darstellung D 3.11 aufgezeigt.

⁸ Im Testbetrieb Zürich wurde ein eigenes Formular F5 entwickelt (siehe Ausführungen unten).

D 3.11: Ablaufschema medizinische Abklärungen im Testbetrieb



Quelle: SEM Testbetrieb Version vom 22.8.2014.

Das Formular F5 wurde eigens im Testbetrieb Zürich entwickelt. Darauf hält der definierte Leistungserbringer des Zentrums (Ambulatorium) Informationen zur Diagnose, medizinischer Behandlung und Medikation zuhanden der Pflegefachperson in der Unterkunft fest. Das Formular F5 ersetzt die beiden Formulare F1 und F2 und wird bei mehreren Arztbesuchen fortlaufend ergänzt und auf der dafür vorgesehenen elektronischen Plattform "Phönix" abgelegt. Zugriff auf diese elektronische Plattform hat das Pflegepersonal des Zentrums sowie das Ambulatorium.

3.4.2 ÜBERGABE GESUNDHEITSDATEN AN KANTON

Bezüglich der Übergabe von Gesundheitsdaten zwischen EVZ/BZ und den Kantonen gilt es folgende Kommunikationsstränge zu unterscheiden: erstens die Übergabe von individuellen Gesundheitsdaten, zweitens die Information über meldepflichtige übertragbaren Krankheiten sowie drittens, die Übergabe von medizinischen Daten, welche hinsichtlich des Asylverfahrens respektive des Vollzug von Bedeutung sein könnten.

- Beim ersten Strang wird in den Bundeszentren und EVZ eine Kopie des Gesundheitsdossiers seitens der Pflegefachperson/Betreuung des Zentrums per Post an den Kanton geschickt. Je nach Kanton sind dies unterschiedliche Stellen, i.d.R. die Asylkoordination, in Waadt ist es das Office cantonal de la population, EVAM, und in Genf werden diese Auskünfte direkt auch an das Programme Santé Migrants geschickt, damit die notwendigen Termine vorbereitet werden können (z.B. Impfungen). Dies hat bis spätestens am Vortag des Austritts zu erfolgen. Die Originale werden den Gesuchstellenden übergeben. Seitens des Migrationsamts/Asylkoordination wird das Dossier in der Folge weiter an die kantonalen Kollektivzentren übermittelt. Der Umfang des Dossiers ist unterschiedlich, enthält aber im Minimum das Formular F2, auf welchem im besten Fall die Angaben zur Diagnose, zur Behandlung und zu allfälligen Nachkontrollen vermerkt sind. Aus einem Zentrum wird aber berichtet, dass das Gesundheitsdossier nicht systematisch an die Asylkoordination weitergegeben, sondern lediglich in einem Couvert dem Asylsuchenden mitgegeben wird. Im Kanton Waadt ist seit 2012 vorgesehen, dass das Gesundheitsdossier von den EVZ/BZ an die Policlinique médicale universitaire de Lausanne, welche den Auftrag hat die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden zu gewährleisten, geschickt wird. Neu existiert seit Mitte 2016 zudem ein spezifisches Formular zur Voranmeldung von medizinischen Spezialfällen. Medizinische Spezialfälle muss das EVZ dem Kanton drei Arbeitstage vor Eintritt des Asylsuchenden in den Kanton voranmelden damit Vorabklärungen getroffen, die Platzierung organisiert, die zugewiesene Unterkunft informiert und notwendige Vorkehrungen getroffen werden können. Auf dem Meldeblatt festgehalten werden Informationen wie Diagnose, erfolgte Behandlungen/Therapien, einzunehmende Medikamente und notwendige Hilfsmittel.
- Die Information über meldepflichtige übertragbare Krankheiten an den Kantonsarzt/die Kantonsärztin erfolgt über die für die GSM zuständige Fachperson. Wenn die Asylsuchenden dann in den Kanton weitergeleitet werden, dann ist es ebenfalls die Aufgabe der GSM-Pflegeperson, das Dossier dem Kantonsarzt weiterzuvermitteln.
- Der dritte Kommunikationsstrang läuft über die verfahrenszuständigen SEM-Mitarbeitenden in den EVZ. Das EVZ schickt jene Gesundheitsakten an den Kanton, die verfahrens- oder vollzugsrelevant sind.

Seitens der befragten Kollektivzentren wird häufig darauf hingewiesen, dass sehr viele Asylsuchende in die Zentren kommen, welche kein Dossier dabei haben und von welchen sie auch keine Daten übermittelt bekommen haben. In diesen Fällen wissen die Gesundheitsverantwortlichen nicht, ob der/die Asylsuchende über keine medizinische Vorgeschichte verfügt, weil er in den Zentren des Bundes nie die Pflegefachperson aufgesucht hat, oder ob die Daten auf dem Weg in den Kanton ‚verloren‘ gegangen sind.

Berichtet wird auch, dass die Daten erst nach einiger Zeit, zum Teil Wochen später, oder erst nachdem nachgefragt wurde, eintreffen. Positiv hervorgehoben wird das nationale Meldeblatt, mittels welchem die EVZ die Kantone frühzeitig über gesundheitlich stark angeschlagene Personen informieren können. Die befragten Bundeszentren würden sich auch wünschen, dass sie diese Informationen aus den EVZ erhielten. Bislang werden die Informationen aber nur aus den EVZ in die Kantone und nicht an die Bundeszentren geschickt.

Gemäss der Befragung der Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzteschaft sind 47 Prozent der Ansicht, dass die BZ/EVZ die Gesundheitsdossiers der Asylsuchenden rechtzeitig an die kantonalen Stellen schicken. Ebenfalls 47 Prozent gibt an, dass die Koordination zwischen den involvierten Akteuren bei der Gesundheitsversorgung im Asylwesen gut funktioniert. Besser eingeschätzt wird die Information der Kantone bei Tuberkulose. Hier sind 68 Prozent der Meinung, dass bei Verdacht auf Tuberkulose die kantonalen Stellen rechtzeitig informiert werden. Als negativ wird auch hier hervorgehoben, dass die Dossiers spät ankommen, oder dass keinerlei Angaben bei der Ankündigung der Zuweisung erfolgen. Dadurch entstehe eine Unsicherheit, ob die relevanten Informationen aus den EVZ auch wirklich und zeitgerecht erhalten. Im Idealfall würde es funktionieren, dass die relevanten Daten letztlich beim zuständigen Leistungserbringer ankommen, so dass dieser informiert ist und doppelte Untersuchungen vermeiden kann. Die vielen Schnittstellen auf dem Weg dahin ein Risiko dar, dass wichtige Informationen verloren gehen.

In den verschiedenen Gesprächen, wie auch im Rahmen der Online-Befragung, erachten einige Befragte die Einführung eines elektronischen Dossiers als prüfenswert, in welchem alle medizinisch relevanten Informationen der Asylsuchenden (welche momentan in Papierform gesammelt werden) gespeichert sind und auf welches alle involvierten Stellen Zugriff (mit unterschiedlicher Zugriffsberechtigung) hätten.

3.4.3 DOKUMENTATION GESUNDHEITSDATEN KANTONALE KOLLEKTIVZENTREN

In den befragten Zentren der Kantone wird das medizinische Dossier, welches in den EVZ für die Asylsuchenden angelegt worden ist, weitergeführt. Die Dossiers beinhalten Informationen zu den medizinischen Untersuchungen und Behandlungen, die seit Eintritt ins EVZ an den Asylsuchenden durchgeführt wurden. Dabei handelt es sich einerseits um zentrumsinterne Informationen und andererseits um Informationen von Leistungserbringern, die mit den Asylsuchenden in Kontakt standen. Gesunde Asylsuchende bzw. Asylsuchende, bei denen bislang keine Krankheit festgestellt wurde, verfügen teilweise über kein Dossier, für sie wird in den Kollektivzentren ein Dossier eröffnet. Aus einem Kollektivzentrum wird berichtet, dass sie nur in seltenen Fällen Informationen über die Asylsuchenden erhalten, die bei ihnen eintreten. In diesem Zentrum werden gewisse gesundheitsrelevante Daten (u.a. die zuständigen Hausärzte und Spezialärzte, der Impfstatus des Asylsuchenden, Überweisungsschreiben, Rückmeldungen von Ärzten, Aktennotizen zu Notfällen, Arztberichte) in einer elektronischen Datenbank erfasst. Für die Dokumentation der Krankengeschichte sind in den Kollektivzentren die für die medizinische Betreuung der Asylsuchenden verantwortlichen Mitarbeitenden, in der Regel die Gesundheitsbeauftragten, zuständig. In einigen Zentren wird zusätzlich zur fallbezogenen, individuellen Dokumentation eine Liste geführt, auf welcher die

durch das Betreuungs- und Sicherheitspersonal abgegebenen Medikamente eingetragen werden.

3.4.4 ÜBERGABE GESUNDHEITSDATEN AN GEMEINDE

Wenn der Asylsuchende das Kollektivzentrum verlässt und in die Gemeinde kommt, ist der Informationsfluss zwischen den Zentren und der Gemeinde unterschiedlich geregelt. Medizinische Akten werden in der Regel nicht über das Zentrum an eine Stelle weitergeleitet, sondern dem Asylsuchenden in Papierform mitgegeben. Aus einem kantonalen Zentrum wird von einem standardisiertem Merkblatt zuhanden des Asylsuchenden berichtet das den Hinweis enthält, ob die Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt notwendig ist. Darauf angeben ist auch der Kontakt zum Hausarzt. Oder es wird in einem allgemeinen Austrittschreiben, das dem Asylsuchenden mitgegeben wird, die Adresse des Hausarztes angegeben. Es ist dann die Aufgabe des neuen Arztes die Akten und Berichte von seinem Vorgänger anzufordern. Dies kann er jedoch nur tun, wenn er/sie davon Kenntnis hat, was gemäss Aussagen in den Gesprächen häufig nicht der Fall sein dürfte. Aus einem Zentrum wird berichtet, dass der Zentrumsarzt dafür verantwortlich sei, die Informationen dem neuen Arzt zu schicken. Ob dies gemacht wird, ist unklar. Nur in ganz wichtige Fällen (z.T. Suizidale Fälle, Notfälle) würden die Zentrumshausärzte dem Kollektivzentrum die Erlaubnis erteilen, Informationen an die Gemeinden weiterzugeben (ob die Leute einen Termin brauchen, bei welchem Arzt sie sind usw.)

In diesem Kapitel ziehen wir basierend auf den Ergebnissen der Ist-Analyse ein Fazit zu den einzelnen Themenbereichen und formulieren Empfehlungen. Darstellung D 4.1 zeigt eine Übersicht der Ergebnisse, welche im Folgenden ausgeführt werden.

D 4.1: Übersicht Fazit und Empfehlungen

	Fazit		Empfehlung
	Gut	Optimierbar	
Informations- und Präventionsarbeit in den Zentren des Bundes und der Kantone			
Probleme mit Infektionskrankheiten (im Zentrum und als Einschleppung) (Bund/Kantone)	●		
Prozess GSM (Tuberkulose) (Bund)	●		
Abgabe von Präservativen (Bund/Kantone)	●		
Professionelle Informations- und Präventionsarbeit auf kantonaler Ebene im Rahmen migrationssensibler Strukturen (Westschweiz)	●		
Informationen zum Zugang zum Gesundheitssystem (Bund/Kantone)		●	E3: Präventions- und Informationskonzept für die Zentren bereitstellen
Informationen über gesundheitsrelevante Themen (Bund/Kantone)		●	
Systematisches Vorgehen bzgl. der Prävention und Früherkennung von übertragbaren Krankheiten (ausser Tuberkulose) (Bund)		●	E1: Einführung eines medizinischen Erstgesprächs auf Bundesebene
Vorbereitung im Hinblick auf Ausbruchmanagement (Bund/Kantone)		●	E2: Festlegung eines Ausbruchmanagements
Schutz der Mitarbeitenden (Bund/Kantone)		●	
Zugang zu Impfungen			
Systematische Erhebung von Polio-Impfungen bei Kindern bis sechs Jahre (Bund/Kantone)	●		
Feststellung des Impfstatus und kein systematisches Impfangebot (Bund)		●	E4: Systematische Prüfung des Impfstatus und Erstellung eines persönlichen Impfplans im Rahmen des medizinischen Erstgesprächs sicherstellen
Handhabung des Themas Impfen (Kantone)		●	E5: Handlungsempfehlungen an die Kantone

	Fazit		Empfehlung
	Gut	Optimierbar	
Zugang zur medizinischen Versorgung			
Medizinisch ausgebildetes Gesundheitspersonal vor Ort (Bund)	●		
Etablierung verschiedener pragmatischer Lösungen in den Zentren (Bund/Kantone)	●		
Versorgung und Triage durch medizinisch ausgebildetes Personal (Kantone)		●	E6: Medizinisches Personal in Zentren des Bundes als Pflichtvorgabe, entsprechende Empfehlung an kantonale Zentren
Migrationsensible Strukturen in der Deutschschweiz		●	E7: Stärkung migrationssensibler Gesundheitsversorgung
Handhabung der Medikamentenabgabe (Bund/Kantone)		●	<i>Im Rahmen von E6 enthalten</i>
Behandlungsangebot, insbesondere Angeboten für traumatisierte Personen (Bund/Kantone)		●	E8: Zugang zu psychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten verbessern und niederschwellige Angebot aufbauen und vorhandene Angebote nutzen
Finanzierung von sozialmedizinischen Zusatzleistungen (Übersetzungen) (Bund/Kantone)		●	
Gesundheitsdaten und Informationsaustausch			
Standardisierte Dokumentation in den Zentren des Bundes (Bund)	●		
Federführung bezüglich Zuständigkeit und Aufgaben (Bund/Kantone)		●	E9: Regelung der Zuständigkeit und Zusammenarbeit
Austausch von Gesundheitsdaten (Bund/Kantone)		●	E10: (Elektronisches) Gesundheitsdossier für alle Asylsuchenden und Regelung Austausch

Quelle: eigene Darstellung.

Bei den einzelnen Themenbereichen verweisen wir jeweils kurz auf die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen, ziehen ein Fazit dahingehend, was in den Zentren gut läuft und wo Handlungsbedarf besteht. Schliesslich werden Massnahmen skizziert, mit welchen die Anforderungen, welche sich aufgrund der neuen gesetzlichen Grundlage ergeben haben, erfüllt werden können.

4.1 INFORMATION- UND PRÄVENTIONSARBEIT

Seit dem 1. Januar 2016 ist das revidierte Epidemien-gesetz (EpG)⁹ in Kraft, welches explizit die Risiken, welche durch die Verbreitung übertragbarer Krankheiten gegeben sind, minimieren möchte (Art. 19). Gemäss Artikel 31 der Verordnung über die Be-

⁹ SR 818.101 Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemien-gesetz, EpG) vom 28. September 2012.

kämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV)¹⁰ haben die Betreiber von kantonalen Kollektivzentren für Asylsuchende dafür zu sorgen, dass die Personen in ihrer Obhut nach dem Eintritt in die Unterkunft innert nützlicher Frist in einer ihnen verständlichen Sprache über Infektionskrankheiten und ihre möglichen Symptome, insbesondere über HIV/Aids, über andere sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten und über Tuberkulose, sowie über den Zugang zur medizinischen Versorgung informiert werden. Zudem haben sie dafür zu sorgen, dass die Asylsuchenden geeignete Mittel zur Verhütung übertragbarer Krankheiten sowie Zugang zu einer geeigneten Versorgung und zu Impfungen erhalten.¹¹

4.1.1 WAS LÄUFT GUT?

Die Ergebnisse der Ist-Analyse lassen den Schluss zu, dass *es in den letzten Jahren in den Zentren des Bundes und der Kantone wenig Probleme mit Infektionskrankheiten gab*. Häufigste Probleme, welche genannt werden, sind Varizellen-Ausbrüche. Das Risiko des Imports von hierzulande seltenen Infektionskrankheiten durch Asylsuchende kann aktuell als gering eingestuft werden. Dies entspricht auch Einschätzungen aus dem Ausland. Demnach sind Asylsuchende grundsätzlich durch die gleichen Infektionskrankheiten gefährdet wie die ansässige Bevölkerung. Jedoch ist aufgrund der spezifischen der Flucht zugrundeliegenden Erfahrungen im Herkunftsland, der anstrengenden Reise, des oft fehlenden Impfschutzes und der engen räumlichen Situation in den Aufnahmeeinrichtungen die Gruppe der asylsuchenden Menschen empfänglicher gegenüber Infektionskrankheiten. Das heisst, die Asylsuchenden sind eher für Ansteckungen gefährdet, als dass von ihnen eine Gefahr ausgeht.¹²

Die bisherigen GSM, in der Form einer niederschweligen Befragung, haben sich grundsätzlich bewährt: Die GSM sind der einzige „Anlass“, bei dem alle Asylsuchenden von einer medizinisch geschulten Person kurz befragt werden. Dies ist nicht nur aus Sicht der Prävention bezüglich einer übertragbaren Krankheit sinnvoll, sondern liefert dem Gesundheitspersonal, welches nachträglich für die Gesundheitsversorgung in den Zentren zuständig ist, wichtige Hinweise auch aus individualmedizinischer Sicht.

Abgabe von Präservativen erfolgt standardmässig: Als Mittel zur Verhütung übertragbarer Krankheiten werden den Asylsuchenden sowohl in den Zentren des Bundes wie der Kantone Präservative abgegeben. Dieses Angebot wird auch nachgefragt.

Migrationsspezifische Strukturen der Gesundheitsversorgung fördern eine professionelle Informations- und Präventionsarbeit: Die Massnahmen in den Bereichen Informati-

¹⁰ SR 818.101.1 Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV) vom 29. April 2015.

¹¹ Für die Bundeszentren wird dieser Auftrag auch in Art. 5 der Verordnung des EJPD über den Betrieb von Unterkünften des Bundes im Asylbereich vom 24. November 2007 (Stand am 29. September 2015) festgehalten: „Der Zugang zur notwendigen medizinischen und zahnärztlichen Grund- beziehungsweise Notversorgung wird gewährleistet.“

¹² Vgl. Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 38, 21. September 2015; Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 112 | Heft 42 | 16. Oktober 2015; Daniel Koch, Anforderungen an eine effiziente Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in der Schweiz. Vortrag an der Swiss Public Health Conference am 15. November 2016 in Bern.

on und Prävention variieren je nach Kanton deutlich. In Kantonen, in welchen die Gesundheitsversorgung in den Zentren über migrationspezifische Strukturen organisiert ist, erfolgt die Informations- und Präventionsarbeit professioneller. Dies ist insbesondere in den Westschweizer Kantonen der Fall.

Le mot d'ordre à *Genève* est le dépistage. En effet, les institutions impliquées dans la prise en charge des requérants d'asile et de leur santé ont une longue expérience en la matière. Culturellement, les parties prenantes s'accordent à dire que les premiers contacts sont très importants en ce qui concerne la santé. Par conséquent, tous s'accordent aussi pour dire que les premiers entretiens où les questions de santé sont abordées (à Genève, dès l'arrivée sur le territoire) ont besoin d'être réalisés par du personnel ayant un savoir-faire au niveau des soins, et non pas des questions administratives. Une place de choix est dès lors accordée au Programme Santé Migrants dans le processus d'accueil des requérants qui peut assurer un dépistage précoce d'un certain nombre de pathologies, qu'elles soient somatiques ou psychologiques. Aussi, c'est très rapidement que les arrivants reçoivent des informations en matière de santé et de prévention – deux à trois semaines après leur arrivée, lors de l'entretien d'évaluation de santé initial (ESI). Notamment, alors que les populations migrantes présentent souvent un cumul de ces pathologies, elles n'en parlent pas aisément et ne se plaignent pas, de peur que cela ait une influence négative sur les décisions liées à leur futur statut : le système genevois met tout en œuvre pour que tout dépistage puisse avoir lieu le plus tôt possible et dans les meilleures conditions. De plus, le dispositif tel qu'actuellement en place, avec une première ligne infirmière, puis une délégation à un réseau de médecins généraliste ou en cas de besoin, à des spécialistes au sein des HIG ou ailleurs sur le canton, et enfin, la mise à disposition d'interprètes dès que le besoin se présente, assure une prise en charge de très haute qualité à Genève.

Le système *vaudois* est quelque peu différent car moins centralisé. La promotion et la prévention sont opérationnalisées sous deux formes : d'une part, individuelle, sous forme de discussions, cette dernière repose en effet davantage sur les médecins à travers le canton pour diffuser des informations en matière de santé. D'autre part, de manière collective, des groupes d'une quinzaine de personnes sont formés (regroupement par langue souvent, pour faciliter la communication) avec l'EVAM (organisme chargé de l'hébergement des migrants). Les 4 modules actuellement dispensés portent sur 1) la santé mentale, 2) la santé sexuelle, 3) les addictions, et 4) l'alimentation et l'activité physique. Pour des raisons d'organisation – arrivées et départs différés – tous n'y ont pas forcément droit ou n'y passent pas, mais il y a trois jours par semaine où ces modules sont dispensés. Actuellement, un 5^{ème} module est en développement et a pour thématique la « promotion de la paix » afin de favoriser l'échange de cultures et le vivre-ensemble.

La situation à *Neuchâtel* est particulière. En effet, la prise en charge des requérants en matière de santé est en cours de transformation/construction. MDM espère pouvoir apporter une meilleure prise en charge qui s'accompagnerait d'un meilleur échange d'informations, d'une part. D'autre part, la centralisation qui est en cours de réalisation via l'ouverture de la Maison de la santé en juin dernier devrait permettre de reprendre un certain nombre d'éléments en matière de prévention : la mise à disposition

d'une permanence libre tous les après-midi devrait avoir pour incidence à long terme un accroissement de la qualité de la passation de l'information. Actuellement, des présentations ou des séances d'informations sont organisées de manière sporadique et sans systématique au sein des centres par le Groupe SIDA Neuchâtel en ce qui concerne le VIH. Le futur programme d'action cantonal, en cours d'élaboration, s'efforcera de systématiser ces interventions tant d'un point de vue de leur fréquence que de leur contenu. Seront incluses des questions liées à des activités de prévention et d'information.

4.1.2 WAS LÄUFT WENIGER GUT?

Informationen über gesundheitsrelevante Themen sowie zum Zugang zum Gesundheitssystem erfolgen zurückhaltend und uneinheitlich: Auf Ebene des Bundes konzentriert sich die Präventions- und Informationsarbeit in erster Linie auf folgende Themen: Tuberkulose (Befragung), HIV/Aids (Film und Abgabe von Präservativen) und Polio-Impfungen bei bis sechs Jahre alten Kindern (mündliche Hinweise). Über weitere Infektionskrankheiten und deren Symptome wird nicht informiert. Der Einsatz von schriftlichem Informationsmaterial scheint sich – zumindest unmittelbar nach Ankunft in den Zentren des Bundes – nicht zu bewähren und wird daher auch kaum verwendet. In den kantonalen Zentren werden primär Präservative abgegeben. Allerdings variiert der Einsatz von Präventionsmassnahmen zwischen den Zentren. Es fehlt an niederschwellig einsetzbaren, allgemein verständlichen Präventionsmaterialien in verschiedenen Sprachen (z.B. zum Thema Impfen) oder solche Materialien sind dem Gesundheitspersonal vor Ort nicht bekannt. Über den Zugang zum Gesundheitssystem respektive das Schweizer Gesundheitssystem wird nicht spezifisch informiert. Auf Bundesebene erscheint diesbezüglich der Zeitpunkt, kurz nach Ankunft in der Schweiz, als zu früh und würde für viele Asylsuchenden eine Überforderung darstellen.

Kein systematisches Vorgehen bezüglich der Prävention und Früherkennung von übertragbaren Krankheiten (ausser Tuberkulose), ein Eingreifen erfolgt nur bei offensichtlichen Hinweisen: Präventive Massnahmen beim Eintritt ins Zentrum sind in der Regel lediglich auf das Erkennen einer Tuberkulose im Rahmen der bisherigen GSM fokussiert. Am Rande findet eine Information bezüglich HIV statt. Die GSM sind nicht auf das Erkennen anderer Erkrankungen ausgerichtet. Präventive Massnahmen beim Eintritt ins Zentrum unter Einbezug der Fachpersonen aus den Bereichen Pflege, Betreuung und Sicherheit kommen nur bei offensichtlichen Hinweisen zum Einsatz.

Ungenügende Vorbereitung im Hinblick auf Ausbruchmanagement: Die Akteure vor Ort in den Zentren fühlen sich in der Tendenz ungenügend vorbereitet für einen möglichen Ausbruch einer übertragbaren Krankheit. Erstens ist eine effektive Fallisolierung aufgrund der vorhandenen Infrastruktur praktisch nicht möglich. Zweitens fehlen häufig Massnahmenpläne, die konkrete Massnahmen aufgrund der gesetzlichen Grundlagen definieren und beschreiben. Hier wünschen sich die Zentren Unterstützung von nationaler Seite. Drittens sind die Zuständigkeiten bei einem allfälligen Ausbruchmanagement nicht eindeutig definiert. Gemäss den Ergebnissen der Ist-Analyse werden jeweils mehrere Akteure als Verantwortliche für das konkrete Vorgehen beim Ausbruch einer übertragbaren Krankheit genannt, was auf eine unklare Definition der Rollen und Aufgabenteilung hindeutet.

Schutz der Mitarbeitenden in den Zentren bisher kaum ein Thema: Durch den engen Kontakt mit den Asylsuchenden sind die Mitarbeitenden einem besonderen Risiko für die Ansteckung mit einer übertragbaren Krankheit ausgesetzt. Bisher bestehen kaum Vorgaben oder spezifische Massnahmen, die explizit den Schutz von Mitarbeitenden vor übertragbaren Krankheiten beabsichtigen.

4.1.3 EMPFEHLUNGEN

Empfehlung 1: Einführung eines medizinischen Erstgesprächs auf Bundesebene

In den Kollektivzentren des Bundes und der Kantone leben Menschen über längere Zeit eng zusammen. Mit der Neustrukturierung des Asylbereichs kann sich die maximale Aufenthaltsdauer in den Zentren des Bundes von 90 auf 140 Tage erhöhen. In dieser Situation besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Ausbrüche von Infektionskrankheiten in diesen Einrichtungen. Anstelle der GSM, welche den Fokus auf das Erkennen von Tuberkulose legen, empfehlen wir die Einführung eines niederschweligen *medizinischen Erstgesprächs* durch die Pflegefachpersonen in den Zentren des Bundes. Folgende Argumente sprechen hierfür:

- Das Gespräch erlaubt die niederschwellige Information über allgemeine Gesundheitsthemen sowie die Prävention und Früherkennung von Infektionskrankheiten, die aufgrund ihres möglichen schweren Verlaufs oder ihres Ausbreitungspotenzials in Gemeinschaftsunterkünften besonders relevant sind. Dazu gehören insbesondere Tuberkulose, Windpocken, Masern, Norovirus sowie Skabies und Läuse.¹³
- Der Direktkontakt mit den Asylsuchenden bietet zudem auch die Möglichkeit, wichtige Hinweise aus individualmedizinischer Perspektive zu erhalten, da viele Asylsuchende in einem schlechten Gesundheitszustand in der Schweiz ankommen.¹⁴ Alle Personen werden erfasst, ein allfälliger Handlungsbedarf festgestellt und nachfolgend notwendige Schritte können koordiniert erfolgen und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Hierzu ist jedoch eine entsprechende Dokumentation und Informationsweitergabe (vgl. Empfehlung 10).
- Sollte eine spezifische Gefährdungssituation auftreten, wären zudem mit der Einführung eines Erstgesprächs die Strukturen etabliert, um während eines bestimmten Zeitraums oder bei einer bestimmten Zielgruppe eine weiterführende Untersuchung durchzuführen.

¹³ Vgl. Robert Koch Institut (2015): Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende. Windpocken und Skabies wurden in den Gesprächen mit den Gesundheitsverantwortlichen in den Zentren am häufigsten genannt.

¹⁴ Vgl. Mario Gattiker: Wovon sprechen wir? Übersicht über die aktuellen migrationspolitischen Herausforderungen. Vortrag an der Swiss Public Health Conference am 15. November 2016 in Bern.

Vom Umfang her könnte ein medizinisches Erstgespräch folgende Elemente enthalten:

- Zu Beginn erfolgt eine *Anamnese*, bei welcher, in vergleichbarer Weise wie bei der bisherigen Tuberkulose-Befragung, anhand einfacher Piktogramme Themen wie Schmerzen, Fieber, Husten, Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Bauchkrämpfe, Hautausschlag, Juckreiz, Schwangerschaft abgefragt werden. Wenn möglich sollte auch die psychische Gesundheit thematisiert werden.
- In einen zweiten Teil wird auf das Thema *Impfen* eingegangen (vgl. Empfehlung 4).
- Im dritten Teil erfolgt eine körperliche *Untersuchung*: Diese soll in erster Linie dazu dienen, bei den Asylsuchenden übertragbare Krankheiten festzustellen. Dazu gehören das Messen der Vitalparameter sowie die Inspektion des Gesichtes, des Halses und der Hände.

Inwiefern Labor-Screening-Untersuchungen zu diesem Zeitpunkt sinnvoll sind, ist mit Experten/-innen zu klären. Für die Erarbeitung der Inhalte des Erstgesprächs können zum Beispiel bestehende Leitlinien aus der Ärzteschaft einbezogen werden.¹⁵ Das Gespräch sollte so früh wie möglich nach Ankunft in der Schweiz erfolgen. Die Ergebnisse und allfällige Behandlungsschritte sind in einem Dossier festzuhalten, jede Person erhält ein Dossier, unabhängig vom Befund (vgl. Empfehlung 10). Um eine aus sachlogischer Sicht unnötige Schnittstelle zu vermeiden, sollte das eingesetzte medizinische Personal nachträglich auch für die weitere individualmedizinische Versorgung in den Zentren zuständig sein.

Die Umsetzung dieser Empfehlung erachten wir als sehr dringlich, da die GSM auf Ende 2017 abgeschafft werden und eine Anschlusslösung gefunden werden muss.

Empfehlung 2: Festlegung eines Ausbruchsmanagements

Neben der Prävention und Früherkennung von übertragbaren Krankheiten braucht es effektive Massnahmen, welche bei einem allfälligen Ausbruch einer Infektionskrankheit in den Zentren greifen. Wir empfehlen dem Bund, hierfür Vorgaben für das Management von Ausbrüchen übertragbarer Krankheiten in den Zentren zu formulieren und diesbezüglich grundsätzlich die Zuständigkeiten zu klären. Gemäss den Ergebnissen der Ist-Analyse lassen sich folgende Zuständigkeiten festhalten:

- Der *Bund* soll erstens in Zusammenarbeit mit der Kantonsärzteschaft den Auftragnehmenden der Gesundheitsversorgung in den Zentren Handlungsleitlinien zum Vorgehen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit formulieren. Diese sollen den Verantwortlichen bei der konkreten Beschreibung und Definition von Massnahmen dienen. Von den Auftragnehmenden in den Zentren ist ausgehend

¹⁵ Z.B. Guideline Migrationsmedizin desmediX-Netzwerks 2016 http://www.medix.ch/files/medix_guideline_migrationsmedizin_6-2016.pdf oder die neue Leitlinie (2016) zur Abklärung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten und Aktualisierung des Impfschutzes bei asymptomatischen UMAs www.pigs.ch/pigs/05-documents/doc/guidance-2016-d.pdf. Zugriff: 21.11.2016.

von diesen Handlungsleitlinien – analog zu Betreibern anderer Kollektivunterkünften und -einrichtungen (z.B. Alters- und Pflegeheime, Schulen, Strafanstalten) – die Erarbeitung eines Notfallplans einzufordern. Dieser enthält auch eine Beschreibung von Massnahmen zum Schutz der Mitarbeitenden.

Der Bund soll zweitens Richtlinien festlegen, wie in den Zentren des Bundes der Schutz der Beschäftigten sicherzustellen ist. Entsprechende Anforderungen sind ebenfalls in der Rahmenvereinbarung mit den Auftragnehmenden in den Zentren aufzunehmen.

Drittens soll der Bund dafür sorgen, dass in den Zentren des Bundes eine adäquate Infrastruktur zur Isolierung im Falle eines Ausbruchs einer ansteckenden Krankheit vorhanden ist.

- Die *Kantonsärzteschaft* ist zuständig für die Mitarbeit bei der Definition von Handlungsleitlinien und allenfalls die Aufnahme derselben in die kantonalen Pandemiepläne, für die Einschätzung der Situation und die Beratung des Gesundheitspersonals in den Zentren sowie für die Entscheidung hinsichtlich spezifischer infektionspräventiver Massnahmen.
- Die *kantonale Stelle/Asylkoordination* ist auf der Ebene der kantonalen Zentren für die Einforderung der Notfallpläne zuständig. Dies hat analog zur Bundesebene über die Rahmenvereinbarung mit den Auftragnehmenden in den Zentren zu erfolgen.
- Die *Auftragnehmenden in den Zentren* sind für Erstellung des Notfallplans zuständig. Der Notfallplan sollte minimale Angaben zu verantwortlichen Stellen und Personen (klare Zuständigkeiten innerhalb des Zentrums und Ansprechpersonen ausserhalb) sowie zu grundsätzlichen Abläufen einschliesslich Materialbeschaffung, allgemeine Hygienemassnahmen und Kontaktmanagement enthalten. Als Ausgangspunkt zur Definition der genauen Anforderungen könnten bestehende Handbücher oder Vorgaben für andere Institutionen dienen.¹⁶
- *Gesundheitspersonal in den Zentren* setzt die Notfallpläne um.

Empfehlung 3: Präventions- und Informationskonzept für die Zentren bereitstellen

Wir empfehlen dem Bund, ein Präventions- und Informationskonzept zu erarbeiten. Dieses soll die Themen, den Zeitpunkt, die Form der Vermittlung sowie die Zuständigkeiten festlegen. Zu beachten gilt es dabei, dass das medizinische Erstgespräch auch für die niederschwellige Präventions- und Informationsarbeit genutzt werden sollte. Entsprechend wäre es wichtig, dass für dieses Gespräch mehrsprachiges Informationsmaterial (z.B. Piktogramme) erarbeitet wird, das beim Gespräch eingesetzt werden kann.

¹⁶ Z.B. (BAG 2015): Pandemieplan Handbuch für die betriebliche Vorbereitung oder Arbeitssicherheit Schweiz (2016); Handbuch Betriebliche Pandemieplanung.

4.2 ZUGANG ZU IMPFUNGEN

Gemäss Artikel 31 EpV Buchstabe c sollen die Betreiber von Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes und von kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende dafür sorgen, dass die Asylsuchenden („die Personen in ihrer Obhut“) Zugang zu Impfungen nach dem nationalen Impfplan unter Berücksichtigung der spezifischen Empfehlungen des BAG für Asylsuchende erhalten. Im erläuternden Bericht zur EpV wird darauf hingewiesen, dass in der Regel in den EVZ keine Impfungen stattfinden, wenn der Aufenthalt der Asylsuchenden nur von kurzer Dauer ist.

4.2.1 WAS LÄUFT GUT?

Im Rahmen der GSM wird systematisch nach Polio-Impfungen bei Kindern (bis sechs Jahre) gefragt und eine entsprechende Impfung angeboten. In der Praxis wird dann häufig eine Kombinationsimpfung verabreicht, nicht nur die Impfung gegen Polio.

Auch auf kantonaler Ebene werden Impfungen am ehesten bei Kindern angeboten, nur im Kanton Schwyz sowie in den beiden Westschweizer Kantonen auch bei Erwachsenen.

In *Schwyz* wird im Rahmen von zwei Eintrittsuntersuchungen der Impfstatus bei allen Asylsuchenden überprüft und es werden gegebenenfalls zur Komplettierung (freiwillige) Impfungen durchgeführt/angeboten. Dies erfolgt bei einem Hausarzt.

Dès leur arrivée à *Genève*, les requérants se voient proposer un entretien avec une infirmière du Programme Santé Migrants, qui posera un certain nombre de questions et qui proposera, en plus d'un rendez-vous chez un médecin du réseau, un rendez-vous au sein du Programme Santé Migrants où la question des vaccins nécessaires ou présents sera abordée. Les enfants et les femmes enceintes sont rapidement délégués aux spécialistes (pédiatre, gynécologue). Pour les adultes en général, une prise de sang pour vérifier l'hépatite B est effectuée. On propose en plus la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, ainsi que, pour les plus de 45 ans, la rougeole-oreillons-rubéole (ROR). On demande aux personnes de revenir quelques semaines plus tard afin de faire les rappels nécessaires, puis, le cas échéant, une troisième visite est proposée au besoin. Enfin, il n'y a pas de contrôle systématique de la varicelle : pour les cas urgents, l'hôpital est toujours facilement accessible à Genève. Plus généralement, comme pour les autres questions de santé, la question des vaccins est abordée à travers l'âge du patient à Genève – le dispositif de santé genevois étant principalement fractionné de cette manière, chaque personne sera réorientée vers le service le plus adéquat très rapidement.

Dans le canton de *Vaud*, les vaccins sont l'une des missions confiées à l'USMi : dès lors, la première phase d'évaluation de la santé – un rendez-vous est en général fixé dans les deux à trois semaines suivant l'arrivée sur le territoire vaudois – inclut des questions liées aux vaccins. Une tentative de déceler les besoins intervient alors, et suite à cela, sont en général administrés les vaccins suivants : deux injections à intervalle de deux mois pour le ROR, puis on vérifie l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la po-

liomyélite. Les démarches nécessaires sont alors entreprises pour qu'un suivi soit instauré et que les vaccins manquants soient administrés dans les meilleurs délais.

4.2.2 WAS LÄUFT WENIGER GUT?

Keine systematische Feststellung des Impfstatus und kein systematisches Impfangebot: Auf Bundesebene wurde nicht von systematischen Impfungen berichtet. Das Impfangebot beschränkt sich auf eine Information bezüglich Polio-Impfungen bei Kindern.

Umgang mit Thema Impfen sehr heterogen: Der Zugang zu Impfungen wird in den kantonalen Zentren heterogen behandelt. Es gibt unterschiedliche Haltungen bezüglich des Themas. Insgesamt wird ein Schwerpunkt darauf gelegt, die Asylsuchenden über die Möglichkeit, sich impfen zu lassen, zu informieren und weniger auf ein konkretes Impfangebot. Inwiefern dadurch ein tatsächlicher Zugang zu Impfungen geschaffen wird, ist unklar. Die Ist-Analyse zeigt auf, dass in den Zentren auf konkretere Vorgaben zum Vorgehen bezüglich Impfungen gewartet wird.

4.2.3 EMPFEHLUNGEN

Durch eine wachsende Zahl unzureichend geimpfter Asylsuchender kann sich eine epidemiologisch relevante, ungeschützte Bevölkerungsgruppe entwickeln, bei der sich die Schliessung von Impflücken aufgrund des dezentralen Gesundheitssystems schwierig gestalten kann.

Empfehlung 4: Systematische Prüfung des Impfstatus und Erstellung eines persönlichen Impfplans im Rahmen des medizinischen Erstgesprächs sicherstellen

Wir empfehlen, im Rahmen des medizinischen Erstgesprächs (vgl. Empfehlung 1) die allenfalls vorhandenen Impf-Ausweise zu sichten. In Abhängigkeit vom Impfstatus sollte ein Impfangebot gemacht und ein persönlicher Vorgehensplan basierend auf dem nationalen Impfplan definiert werden. Der nationale Impfplan 2016 enthält Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) in vier Empfehlungskategorien, wovon zum Beispiel die Impfungen der ersten Kategorie („empfohlene Basisimpfungen“) als unerlässlich für die individuelle und öffentliche Gesundheit eingestuft sind. Hierzu zählen derzeit Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus-Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B, Masern-Mumps-Röteln, humane Papillomaviren (Mädchen), Varizellen (Erwachsene) und Grippe (> 65 Jahre). Ein unbekannter Impfstatus ist nach nationalem Impfplan als ungeimpft zu betrachten. Bei einer Verlegung in ein kantonales Zentrum sind nötige Teilimpfungen weiterzuführen. Die Kantone sind entsprechend zu sensibilisieren (vgl. nächste Empfehlung 5).

Diese Massnahme soll als erste Standortbestimmung dienen und muss nicht zwangsläufig zur Folge haben, dass unmittelbar nach Ankunft im Zentrum mit der Umsetzung des Impfplans begonnen werden muss.

Ein solches systematisches Vorgehen gewährt individuellen Schutz der Asylsuchenden, eine Begrenzung oder Verhinderung von Ausbrüchen impfpräventabler Erkrankungen sowie die Verhinderung der Bildung einer schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppe mit möglicherweise unzureichendem Impfschutz.

Empfehlung 5: Handlungsempfehlungen an die Kantone

Um die Umsetzung der auf Bundesebene eingeleiteten Massnahmen (Impfplan) sicherzustellen, braucht es klare Empfehlungen des BAG, welches diese in Zusammenarbeit mit der Kantonsärzteschaft festlegt. Die Kantonsärztlichen Dienste wiederum sind dafür zuständig, dass die Empfehlungen in den kantonalen Zentren möglichst umgesetzt werden.

4.3 ZUGANG ZUR MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Gemäss Artikel 31, Absatz 2 der EpV haben die Betreiber von kantonalen Kollektivzentren für Asylsuchende dafür zu sorgen, dass die Personen in ihrer Obhut Zugang zu einer geeigneten medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der spezifischen Empfehlungen des BAG für Asylsuchende erhalten.

4.3.1 WAS LÄUFT GUT?

Medizinisch ausgebildetes Gesundheitspersonal vor Ort schafft Entlastung und Handlungssicherheit: In den Zentren des Bundes und zum Teil auch auf kantonaler Ebene sind im Laufe der letzten Jahre medizinisch geschulte Personen im Bereich der Gesundheitsversorgung eingestellt worden. Dieser Umstand wird als wichtig eingeschätzt, weil er vor Ort für Entlastung und Handlungssicherheit des Betreuungspersonals im Hinblick auf die Zuweisung zu Ärzten/Ärztinnen respektive Spitälern sorgt.

Etablierung verschiedener pragmatischer Lösungen in den Zentren: Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in den Zentren grundsätzlich zweckmässig organisiert ist und der Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleistet ist. Wenn Krankheiten nicht im Zentrum vor Ort behandelt werden können, erfolgt die Weitervermittlung zum Zentrumsarzt, zu Spezialisten oder ins Spital. Positiv auf das Behandlungsangebot wirkt sich die Anwesenheit des (Zentrums-)Arztes vor Ort und die geographische Nähe zu Spezialärzten und zu Spitälern aus.

Die Ist-Analyse zeigt auf, dass es nicht das eine gute Modell zur Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung gibt, welches sich schweizweit übertragen lässt, da eine Kontextabhängigkeit besteht. Die Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ist von den Versorgungsstrukturen sowie auch von einer landesteilspezifischen „Versorgungskultur“ abhängig. In der Romandie übernimmt traditionellerweise der Staat eine stärkere Rolle in der Gesundheitsversorgung im Sinne von Public Health und es werden migrationsspezifische Netzwerke, oft unter Einbezug von spezifischen Spitalstrukturen, unterstützt. In der Deutschschweiz besteht eher eine dezentralisierte Versorgung mit Hausärzten/-innen und migrationsspezifische Strukturen sind sehr selten.

Eine migrationsspezifische Organisation der Gesundheitsversorgung, wie sie in der Westschweiz der Fall ist, bietet jedoch sehr gute Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Informations- und Präventionsarbeit und eine adäquate Einschätzung der Gesundheitssituation aufgrund der vorhandenen transkulturellen Kenntnisse.

Avec une organisation développée depuis plusieurs années au sein même des HUG concernant la prise en charge des populations vulnérables, dont les migrants notamment, *Genève* fait office de très bon élève. En effet, les requérants sont accueillis dès leur arrivée au centre administratif de l'Hospice général par une infirmière qui a un local sur place, et qui est financée par le Programme Santé Migrants (HUG). Celle-ci va expliquer le système de santé suisse et encourager la personne à se rendre au Programme Santé Migrants dans les jours suivants afin de rencontrer un/e infirmière qui examinera ensuite la situation de santé générale et qui prendra les mesures nécessaires (vaccins, attribution d'un médecin, renvoi vers un spécialiste, etc.) En somme, le canton propose divers niveaux de prise en charge (infirmiers, médecins, spécialistes) situés à des endroits géographiques stratégiques (arrivée, centres d'hébergement, réseau), couvrant ainsi la totalité des besoins en matière de santé, s'adaptant au cas par cas, et dans un laps de temps relativement limité, ce qui fait que selon les personnes interrogées, les requérants d'asile sont pris en charge aussi bien que la population résidente sur le canton.

En ce qui concerne *Vaud*, l'Etat a mandaté la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) pour prendre en charge la santé des requérants d'asile. Au sein de la PMU, c'est l'Unité de soins aux migrants (USMi), dont le travail s'effectue sur plusieurs lieux dans le canton (antennes), qui va prendre en charge les requérants. L'USMi possède une équipe pluridisciplinaire comprenant des infirmiers, une équipe administrative et des médecins formés dans la prise en charge de migrants. Via l'USMi, les requérants sont pris en charge en étroite collaboration avec les partenaires tels que les médecins de premier recours au sein du réseau vaudois. Le dispositif vaudois possède de nombreuses similarités avec le le canton de Genève : la PMU coordonne le dispositif et édicte les prescriptions et les modalités de travail, anime un réseau de médecins et s'assure que le modèle vaudois réponde aux besoins des requérants tout en étant le plus efficace possible. Cependant, là où les HUG peuvent opérer de manière plutôt centralisée du fait de la géographie du canton, Vaud, pour répondre à des contraintes territoriales différentes, est moins centralisé et le dispositif repose sur des antennes géographiques, ce qui aurait peut-être une influence sur le caractère un peu moins systématique des différentes étapes.

La pratique diffère cependant dans le canton de *Neuchâtel* qui a décidé de déléguer les questions de santé des requérants à Médecins du Monde (MDM), actuellement au bénéfice d'un contrat de prestations de durée limitée. Cette réponse est en partie due à la culture du canton, qui accorde beaucoup de subventions à des associations et qui apparaît comme moins étatisé pour les affaires sociales, d'une part. D'autre part, le canton ne possède pas d'hôpital universitaire ni de policlinique. A l'heure actuelle, le système de prise en charge des requérants en matière sanitaire est en plein développement. Une Maison de la Santé a été créée à la Chaux de Fonds afin de centraliser l'offre de prestations de MDM. Jusqu'en juin dernier, en effet, les infirmières offraient une présence mobile au sein des centres en circulant d'un endroit à un autre de jour en jour. Cependant, cette approche s'avérait peu efficace. Chronophage et chère, elle a ainsi été remplacée par la Maison de la Santé qui permet un accueil infirmier centralisé 5 après-midi par semaine pour tous les requérants. En ce qui concerne la prise en charge, le canton apporte une distinction entre les personnes qui sont considérées comme résidant dans

un centre de premier accueil (hébergement collectif initial dès leur arrivée) ou non (hébergement ailleurs, plus tard, en appartement, par exemple). Principalement pour des raisons économiques, ce ne sont que les premiers qui vont bénéficier des prestations dispensées par médecins du monde. Le système de santé suisse n'était pas toujours facile à comprendre, ces choix ne semblent pas optimaux, et ce, malgré l'accompagnement offert par MDM, et surtout d'un point de vue épidémiologique.

4.3.2 WAS LÄUFT WENIGER GUT?

Versorgung und Triage durch nicht medizinisch ausgebildetes Personal: Auf kantonaler Ebene erfolgt der Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Zentren der Deutschschweiz in der Regel durch medizinisch nicht geschultes Personal. Gewisse Zentren verfolgen diesen Ansatz explizit, um den Asylsuchenden den freien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Entsprechend werden in diesen Zentren die Asylsuchenden schneller zum Arzt/zur Ärztin geschickt.

Wenig ausgeprägte migrationssensible Strukturen in der Deutschschweiz: In der Deutschschweiz dominiert traditionellerweise das Modell der Triage an Hausärzte/-innen, wobei sich zeigt, dass es immer schwieriger wird, Personen zu finden, welche diese Aufgabe übernehmen wollen. Es handelt sich oft um ältere Ärzte/-innen, welche diese Betreuung aus „goodwill“ machen, ohne vertragliche Sicherheit und finanzielle Abgeltung. Diese Hausärzte/-ärztinnen sind häufig überlastet. Zudem gibt es ein Problem ausserhalb der Behandlungszeiten. Es fehlt die Einbindung in migrationsspezifische Netzwerke, welche auch das notwendige Know-how sicherstellen würden.

Unterschiedliche Handhabung der Medikamentenabgabe: Die Medikamentenabgabe erfolgt im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Asylsuchenden und der begrenzten Verfügbarkeit von abgabeberechtigtem Fachpersonal. Da medizinisches Personal nur sehr beschränkt zur Verfügung steht, werden nicht rezeptpflichtige Medikamente meist von den Gesundheitsbeauftragten abgegeben, manchmal auch aus Ressourcengründen von nicht medizinischem Personal.

Lücken im Behandlungsangebot: Die Rate der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist bei Asylsuchenden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das bis zu 10-fache erhöht.¹⁷ Gemäss den Ergebnissen der Ist-Analyse gibt es Lücken im Behandlungsangebot, insbesondere im Bereich der psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote für traumatisierte Personen. In diesem Bereich gibt es lediglich Angebote der Krisenintervention. Längerfristige, begleitende Angebote sind zu wenige vorhanden. Spezifische Angebote für Asylsuchende gibt es lediglich an psychiatrischen Kliniken von Universitätsspitalern (z.B. Ambulatorium für Transkulturelle Psychiatrie in Basel, Sprechstunde für Transkulturelle Psychiatrie in Bern, Abteilung Psy&Migrants am Universitätsspital Waadt) und dort bestehen begrenzte Kapazitäten und folglich zum Teil lange Wartezeiten. Es sind aber nicht nur die fehlenden Angebote, sondern auch bestehende Barrieren im Zugang, wie etwa die Tabuisierung des Themas oder die ungenügende Regelung des Einsatzes von interkulturell Übersetzenden. Insbesondere Psy-

¹⁷ Gemäss Positionspapier „Psychoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (22. März 2016) wurden in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern 2012 bei 63,6 % der Asylsuchenden eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt.

chotherapie ist in vielen Herkunftsländern nicht etabliert und mit Vorbehalten belegt. Dies muss bei der Wahl der Behandlungsstrategie berücksichtigt und den Betroffenen behutsam näher gebracht werden.

Finanzierung von sozialmedizinischen Zusatzleistungen (Übersetzungen) ist ungenügend geregelt: Übersetzungsleistungen sind bei der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden häufig notwendig. Zumeist werden in den Zentren dafür „informelle“ Übersetzer/-innen eingesetzt, also andere Asylsuchende oder Betreuer/-innen. Wenn dies nicht ausreicht, werden oft die Dolmetscher/-innen beigezogen, die bei den Befragungen im Auftrag des SEM anwesend sind. Die Nutzung interkultureller Dolmetscher/-innen ist selten, was vor allem an dem erhöhten Aufwand für die Organisation und der zum Teil ungeklärten oder fehlenden Kostenübernahme liegt, da die Leistungserbringer (Ärzte/-innen oder Spitäler) häufig die Kosten übernehmen müssten. Gleichzeitig wird in den Zentren für bestimmte Situationen wie psychische Beschwerden, stigmatisierende Erkrankungen oder komplexe Behandlungen der Einsatz von interkulturellen Dolmetschende als wünschenswert erachtet.

4.3.3 EMPFEHLUNGEN

Empfehlung 6: Medizinisches Personal in Zentren des Bundes als Pflichtvorgabe, entsprechende Empfehlung an kantonale Zentren

Die vorliegende Analyse wie auch diverse weitere Erhebungen zeigen auf, dass viele Asylsuchende in einem schlechten Gesundheitszustand in den Zentren des Bundes ankommen. Aus Sicht der vorliegenden Studie ist es unerlässlich, dass in den Zentren des Bundes medizinisch ausgebildetes (und optimaler Weise transkulturell geschultes) Personal anwesend ist. Auf Bundesebene empfehlen wir, die bestehende Rahmenvereinbarung mit den Auftragnehmenden anzupassen. Der bisherige Passus „Die Beauftragte hat die erforderliche gesundheitliche Betreuung der Asylsuchenden durch Betreuungspersonal sicher zu stellen, optional durch Unterstützung einer Pflegefachperson HF“ ist aus unserer Sicht zu vage formuliert. Dabei sollte auch einheitlich geregelt werden, in welchem Umfang (im Verhältnis zur Grösse des Zentrums und zur Zusammensetzung der Asylsuchenden) medizinisch ausgebildetes Personal vor Ort anwesend sein soll. Die Anwesenheit von Personal mit einer medizinischen Ausbildung trägt auch dazu bei, mehr Handlungssicherheit im Bereich der Medikamentenabgabe zu schaffen.

Auch in den kantonalen Zentren bewährt es sich, wenn medizinisch ausgebildetes Personal zur Verfügung steht, um zum einen eine effektive Triage zu den Leistungserbringern vorzunehmen und zum andern eine Erst- beziehungsweise Grundversorgung im Zentrum gewährleisten zu können. Sollten die Kantone auf die Anstellung von medizinisch ausgebildetem Personal bewusst verzichten, um den Asylsuchenden den freien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu überlassen, sollte in diesen Zentren eine entsprechend umfassende Information über das Gesundheitssystem erfolgen und auf eine Triage der Asylsuchenden zu Leistungserbringern durch medizinisch ungeschultes Personal verzichtet werden.

Empfehlung 7: Stärkung migrationssensibler Gesundheitsversorgung

Wie bereits mehrfach erwähnt, findet die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in den Deutschschweizer Kantonen, anders als in der Westschweiz, in der Regel über Hausärztinnen und Hausärzte statt, mit welchen die Zentren zusammenarbeiten. Es gilt, diese bei ihrer Aufgabe zu unterstützen und zu stärken, indem vertragliche und finanzielle Anreize geschaffen werden. Zudem könnten gewisse Arbeitserleichterungen geschaffen werden, zum Beispiel eine Informationsplattform, auf welcher Grundlagenwissen und Best Practices zu bestimmten Krankheiten zur Verfügung gestellt werden. Im Kanton St.Gallen ist beispielsweise eine Infoplattform für Hausärzte/-ärztinnen in Erarbeitung. Oder im Kanton Solothurn haben sich Ärzte/-innen zusammengetan und wollen künftig für die Zentren im Kanton ein Angebot mit Sprechstunden anbieten. Die Idee ist, dass die Ärzte/-innen sich zusammen einen Fall anschauen können und so auch gewisse Krankheiten, die nicht bekannt sind, besser erkannt werden können. Solche Initiativen gilt es zu unterstützen.

Empfehlung 8: Zugang zu psychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten verbessern und niederschwellige Angebot aufbauen respektive vorhandene Angebote nutzen

Die Problematik des schwierigen Zugangs zu psychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten respektive das Fehlen oder die Überlastung entsprechender Angebote ist aus verschiedenen Studien¹⁸ bekannt und wurde auch im Rahmen dieser Studie bestätigt. Die unbegleiteten, minderjährigen Asylsuchenden stellen dabei eine besonders vulnerable Zielgruppe dar. Fehlende psychiatrische/therapeutische Angebote stellen jedoch grundsätzlich (nicht nur im Flüchtlingsbereich) ein Problem dar, welches langfristig anzugehen ist. Gleichzeitig benötigt nicht jeder Betroffene eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Viele Asylsuchende können durch eine gute Tagesstruktur, die niederschwellige Aktivierung ihrer Ressourcen und soziale Unterstützung sowie Integrationsmassnahmen ihre Situation relativ gut bewältigen. Wir empfehlen daher, in den Zentren vermehrt auch niederschwellige Angebote und soweit wie möglich das Know-how von Fachstellen (z.B. National Coalition Building Institute [NCBI] oder Caritas Schweiz) zu nutzen. Der Einbezug von Kulturvermittler/-innen kann in vielen Situationen eine gute Lösung sein, um psychosoziale Entlastungen zu ermöglichen. Dabei ist es auch wichtig, die Grundbedürfnisse der Asylsuchenden wie passende Unterkunft, Sicherung der Ernährung, sicherer Aufenthaltsstatus und eine sinngebende Beschäftigung zu sichern, um somit dazu beizutragen, dass die Betroffenen nach Möglichkeit keine Behandlungsbedürftigkeit entwickeln. Auch kommt es darauf an, die Betroffenen in die Sozial- und Arbeitswelt zu integrieren.¹⁹

¹⁸ Z.B. Oetterli, Manuela et al. (2013): Ist -Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich, Luzern.

¹⁹ Vgl. die Empfehlungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen, im Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (22. März 2016).

4.4 DOKUMENTATION GESUNDHEITSDATEN UND INFORMATIONSAUSTAUSCH

Die revidierten gesetzlichen Grundlagen sehen vor, dass Bund und Kantone gemäss Artikel 31 Absatz 3 des EpV die Umsetzung der Massnahmen nach Absatz 2 koordinieren. Das BAG legt unter Einbezug des Staatssekretariats für Migration (SEM) und der zuständigen kantonalen Behörden die fachlichen und administrativen Abläufe fest und überprüft periodisch die Wirksamkeit der Massnahmen.

4.4.1 WAS LÄUFT GUT?

Standardisierte Dokumentation in den Zentren des Bundes: Die Dokumentation der Gesundheitsdaten in den EVZ/BZ erfolgt auf der Basis standardisierter Formulare und Abläufe. Konsequenterweise werden die beiden Formulare F1 und F2 und seit neuem auch die Vorankündigung von Spezialfällen. Diese Datenerfassung sowie der Austausch der Daten scheinen eingespielt und funktionieren weitgehend gut.

Der zentrumsinterne Austausch zwischen GSM-Pflegefachperson und Pflege/Betreuung funktioniert in der Regel gut. Aus sachlogischer Sicht würde es aber mehr Sinn machen, diese zusätzliche Schnittstelle zu vermeiden. Im Testbetrieb Zürich erfolgen die GSM und die individualmedizinische Versorgung im Zentrum aus einer Hand, was von den Beteiligten als sehr vorteilhaft eingestuft wird.

Im Testbetrieb Zürich wurden die beiden Formulare F1 und F2 zu einem Formular F5 zusammengefasst. Es beinhaltet alle relevanten medizinischen Informationen auf einen Blick und wird bei mehreren Arztbesuchen fortlaufend ergänzt und auf der dafür vorgesehenen elektronischen Plattform „Phönix“ abgelegt, auf welche sowohl das Gesundheitspersonal des Zentrums wie auch das Ambulatorium Zugriff haben.

A Genève, les institutions et les acteurs qui sont parties prenantes dans les processus liés à la santé des requérants collaborent très bien et se connaissent souvent personnellement. Du moins, chaque personne a une personne de contact au sein des diverses parties prenantes du processus d’asile. Ainsi, lorsque l’Office cantonal de la population reçoit la liste des arrivées de requérants, il transmet ces informations à l’Hospice général (chargé du logement des requérants sur le canton) et aux HUG (infirmières présentes dans les locaux de l’Hospice général et Programme Santé Migrants) afin que chacun des acteurs puisse préparer l’arrivée du requérant au mieux, et que les problèmes éventuels liés à la santé du requérant puissent être anticipés et pris en charge de manière optimale.

4.4.2 WAS LÄUFT WENIGER GUT?

Federführung bezüglich Zuständigkeit und Aufgaben nicht klar geregelt: Die Ist-Analyse zeigt auf, dass die Zuständigkeit für die verschiedenen Aufgaben und Prozesse im Bereich der Information, Prävention (inkl. Impfen), Früherkennung, Ausbruchmanagement, Organisation Gesundheitsversorgung (insbesondere Medikamentenabgabe) von den verschiedenen Akteuren unterschiedlich eingeschätzt wird. Häufig werden mehrere Akteure genannt. Verantwortlichkeiten scheinen nicht eindeutig zugewiesen. So werden verschiedene Prozesse von unterschiedlicher Seite beschrieben und definiert und es bestehen verschiedene Konzepte/Merkblätter von unterschiedlichen Akteuren:

BAG, SEM, Kantone (Asylkoordination/Kantonsarzt/-ärztin), auftragnehmende Organisationen der Zentren oder das jeweilige Zentrum selbst.

Austausch von Gesundheitsdaten ist in der momentanen Form anfällig auf Datenverluste und für Doppelspurigkeiten: Die Übergabe von individuellen Gesundheitsdaten von den EVZ/BZ an den Kanton und von da an die Gemeinde weist viele Schnittstellen auf und ist daher anfällig auf „Datenverluste“. Falls keine Gesundheitsdaten vorhanden sind, wissen die jeweiligen Akteure nicht, ob ein gesundheitsrelevantes Problem vorliegt oder die Informationen nicht (oder nicht rechtzeitig) übermittelt wurden. Zudem sind Unterschiede in der Qualität der Dokumentation der Gesundheitsdaten durch die Mitarbeitenden in den Zentren sowie durch die externen Leistungserbringer festzustellen. Insbesondere der Rückfluss an Informationen seitens der Leistungserbringer (v.a. Spitäler) an die Zentren funktioniert nicht reibungslos.

4.4.3 EMPFEHLUNGEN

Empfehlung 9: Regelung der Zuständigkeit und Zusammenarbeit

Wir empfehlen dem Bund, zusammen mit den Kantonen generell sämtliche Aufgaben und Kompetenzen der im Rahmen der Gesundheitsversorgung involvierten Akteure klar zu definieren: Bund (SEM, BAG), Kantone (Kantonsärzte/-innen, Asylkoordination), Gemeinden, auftragnehmende Organisation im Bereich Gesundheit, Zentrumsleitung, Gesundheitsbeauftragte vor Ort, Leistungserbringer. Als gutes Beispiel können die Erfahrungen im Testbetrieb Zürich herbeigezogen werden, wo im Rahmen einer intensiven Aufbauarbeit Aufgaben und Abläufe unter sämtlichen beteiligten Akteuren geregelt wurden.

Empfehlung 10: Einführung eines (elektronisches) Gesundheitsdossiers für alle Asylsuchenden und Sicherstellung des Austauschs respektive der Übermittlung von Gesundheitsdaten

Wir empfehlen, systematisch für alle Asylsuchenden im Rahmen des medizinischen Erstgesprächs ein Gesundheitsdossier zu eröffnen. Darin soll auch explizit vermerkt sein, wenn keine gesundheitsrelevanten Auffälligkeiten vorliegen. Auf diese Weise können die nachbetreuenden Zentren und Ärzte/-innen fehlende Unterlagen nachfordern und es können Doppelspurigkeiten in der Diagnose und Behandlung vermieden werden. Das Gesundheitsdossier sollte als erste Standortbestimmung dienen und in knapper Form die Ergebnisse der Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie den Impfstatus und ein Impfangebot enthalten. Wir empfehlen zudem zu prüfen, ob ein solches Dossier in elektronischer Form geführt werden könnte. Es gilt dabei zu definieren, wer, welche Zugriffsrechte auf die Gesundheitsdaten hat. Die Erfahrungen des Testbetriebs Zürich könnten hierzu als Vorlage dienen.

ANHANG

**AI ONLINE-BEFragung ASYLKOORDINATOREN/-INNEN UND
KANTONSÄRZTE/-INNEN: GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR
ASYLSUCHENDE**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dem am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen revidierten Epidemiengesetz wurden das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Migration (SEM) beauftragt, ein Konzept zu erarbeiten, welches den Schutz der Asylsuchenden und der Schweizer Wohnbevölkerung vor übertragbaren Krankheiten sicherstellt und diesbezüglich die fachlichen und administrativen Abläufe festhält. Gemäss Artikel 31 der Epidemienverordnung sollen der Bund und die Kantone die Umsetzung der Massnahmen koordinieren, während das BAG unter Einbezug des SEM und der zuständigen kantonalen Behörden die fachlichen und administrativen Abläufe festlegen soll.

Um eine Grundlage für die Erarbeitung des geforderten Konzepts zu erhalten, haben das BAG zusammen mit dem SEM Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern und evaluanda in Genf mit der Durchführung einer Ist-Soll-Analyse zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende mandatiert.

Im Rahmen der Studie haben wir bereits telefonische Interviews mit Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzten/-innen in acht Analysekantonen durchgeführt. Für eine flächendeckende Analyse der Gesundheitsversorgung, ist vorgesehen, zusätzlich zu den Interviews eine Online-Befragung bei allen kantonalen Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzten/-innen durchzuführen. Die Befragung soll einerseits Erkenntnisse über den heute bestehenden Zugang zur Gesundheitsversorgung, über das Angebot von Informationen und Impfungen sowie über die für die Gesundheitsversorgung für die Asylsuchenden eingesetzten Ressourcen in den kantonalen Kollektivzentren liefern. Andererseits sind wir daran interessiert, zu erfahren, wo das bestehende System Lücken aufweist und wo Verbesserungen angezeigt sind. Um die Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Ihrem Kanton erfassen zu können, bitten wir Sie an der Umfrage teilzunehmen, auch wenn Sie im Rahmen der Evaluation bereits interviewt worden sind.

Die Online-Befragung ist jetzt eine Woche (ab jetzt bis am xx.xx.2016) online verfügbar. Innerhalb dieses Zeitraums können Sie den Fragebogen ausfüllen. Die Beantwortung des Fragebogens dauert durchschnittlich 20 bis 30 Minuten. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ebenso steht es Ihnen frei, Einzelfragen nicht zu beantworten, sofern Sie dies nicht möchten. Die Ergebnisse der Befragung sollen als Grundlage für die zukünftige Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende genutzt werden und den kantonalen Kollektivzentren zu Nutzen kommen. Ihre Antworten, wie auch die Angaben zu Ihrer Person werden anonym und streng vertraulich behandelt. Wenn Sie Fragen zur Studie oder technische Probleme haben, stehen wir gerne zur Verfügung (+41 41 226 04 21, thorshaug@interface-politikstudien.ch oder +41 41 226 04 30, bucher@interface-politikstudien.ch). Bitte klicken Sie auf den Link, um mit der Umfrage zu beginnen: [Umfrage starten]

Besten Dank für Ihre Teilnahme!

EINLEITUNG

Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, den Fragebogen auszufüllen.

In den meisten Fällen genügt es, wenn Sie die zutreffende Antwortvorgabe ankreuzen. Bei einigen Fragen können Sie Ihre Antwort frei formulieren.

Bitte klicken Sie auf die Schaltfläche (Pfeil) am unteren rechten Rand des Fensters, um mit der Umfrage zu beginnen.

TEIL A FRAGEN ZUR PERSON

A1 Funktion

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Asylkoordinator/-in des Kantons | <input type="checkbox"/> |
| Kantonsarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> |

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

A2 Kanton

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| (Auswahlliste mit allen Kantonen) | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|--------------------------|

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

A3 Anzahl Kollektivzentren in Ihrem Kanton (unter „kantonale Kollektivzentren“ verstehen wir kantonale Durchgangszentren sowie kantonale Kollektivunterkünfte)

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Offene Zahlenangabe | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen

TEIL B INFORMATION SARBEIT

Im Folgenden möchten wir Fragen zur Information über Gesundheitsthemen in den kantonalen Kollektivzentren stellen.

B1 Welche Informationen über Gesundheitsthemen werden in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton angeboten? (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|---|--------------------------|
| Informationen zu übertragbaren Krankheiten | <input type="checkbox"/> |
| Informationen zu nichtübertragbaren Krankheiten | <input type="checkbox"/> |
| Informationen zum Gesundheitswesen der Schweiz | <input type="checkbox"/> |
| Informationen zu Impfungen | <input type="checkbox"/> |
| Informationen zum Zugang zur medizinischen Versorgung | <input type="checkbox"/> |
| Informationen zu präventiven Massnahmen | <input type="checkbox"/> |
| Andere Informationen, nämlich: | <input type="checkbox"/> |
| Weiss nicht | <input type="checkbox"/> |

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

B2 In wie vielen Kollektivzentren in Ihrem Kanton werden die folgenden Informationen über Gesundheitsthemen angeboten?	In allen Kollektivzentren im Kanton	In einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton	In einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton	In keinen Kollektivzentren im Kanton	Weiss nicht
Informationen zu übertragbaren Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zu nichtübertragbaren Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zum Gesundheitswesen der Schweiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zu Impfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zum Zugang zur medizinischen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zu präventiven Massnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

B3 Besteht ein geregelter Vorgehen für die Information über Gesundheitsthemen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?	
Die Information über Gesundheitsthemen ist in allen Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Die Information über Gesundheitsthemen ist in einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Die Information über Gesundheitsthemen ist in einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Die Information über Gesundheitsthemen ist in keinem der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

B4 Wer legt das Vorgehen für die Information über Gesundheitsthemen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton fest? (mehrere Antworten möglich)	
Die Betreiber der Kollektivzentren (AOZ, ORS, Caritas Schweiz usw.)	<input type="checkbox"/>
Die Zentrumsleitung der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
Das Pflegepersonal der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
Die Asylkoordinatorin/der Asylkoordinator des Kantons	<input type="checkbox"/>
Die Kantonsärztin/der Kantonsarzt	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

B5 Wird Ihrer Ansicht nach das festgelegte Vorgehen für die Information über Gesundheitsthemen in den Kollektivzentren eingehalten?	
Immer	<input type="checkbox"/>
Oft	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>

Nie	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

B6	Wie wird das sprachliche Verständnis der Information über Gesundheitsthemen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton sichergestellt?	In allen Kollektivzentren im Kanton	In einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton	In einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton	In keinen Kollektivzentren im Kanton	Weiss nicht
	Durch den Einsatz von qualifizierten Dolmetschenden beziehungsweise interkulturellen Dolmetschenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch den Einsatz von mehrsprachigen Mitarbeitenden in den Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch Übersetzungsdienste anderer Asylsuchender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch den Zugang zum schriftlichen Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das sprachliche Verständnis wird nicht sichergestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

B7	Gemäss Artikel 31, Absatz 2 der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung [EpV]) sollen Asylsuchende nach dem Eintritt in eine Unterkunft innert nützlicher Frist in einer ihnen verständlichen Sprache über Infektionskrankheiten und ihre möglichen Symptome, insbesondere über HIV/Aids, über andere sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten und über Tuberkulose, sowie über den Zugang zur medizinischen Versorgung informiert werden. Reichen Ihrer Ansicht nach die Massnahmen im Bereich Informationsarbeit über Gesundheitsthemen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton aus?	
	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>
	Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

B8	Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie bei der Informationsarbeit über Gesundheitsthemen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

TEIL C PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Im Folgenden möchten wir Fragen zu Präventionsmassnahmen gegen sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten in den kantonalen Kollektivzentren stellen.

C1 Welche der folgenden Präventionsmassnahmen werden gegen sexuell oder durch Blut übertragbare Krankheiten in den kantonalen Kollektivzentren in Ihrem Kanton eingesetzt? (mehrere Antworten möglich)

Zugang zu Präservativen	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterial über sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten (Broschüren, Filme usw.)	<input type="checkbox"/>
Andere Massnahmen, nämlich:	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

C2 In wie vielen Kollektivzentren in Ihrem Kanton werden die folgenden Präventionsmassnahmen gegen sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten angeboten?

	In allen Kollektivzentren im Kanton	In einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton	In einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton	In keinen Kollektivzentren im Kanton	Weiss nicht
Zugang zu Präservativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterial über sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten (Broschüren, Filme usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Massnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

C3 Besteht ein geregeltes Vorgehen für die Arbeit mit Präventionsmassnahmen gegen sexuell oder durch Blut übertragbare Krankheiten in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?

Die Arbeit mit Präventionsmassnahmen ist in allen Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit mit Präventionsmassnahmen ist in einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit mit Präventionsmassnahmen ist in einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit mit Präventionsmassnahmen ist in keinem der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

C4 Wer legt das Vorgehen für die Arbeit mit Präventionsmassnahmen gegen sexuell oder durch Blut übertragbare Krankheiten in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton fest? (mehrere Antworten möglich)

Die Betreiber der Kollektivzentren (AOZ, ORS, Caritas Schweiz usw.)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Die Zentrumsleitung der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
Das Pflegepersonal der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
Die Asylkoordinatorin/der Asylkoordinator des Kantons	<input type="checkbox"/>
Die Kantonsärztin/der Kantonsarzt	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele/-innen

C5 Wird Ihrer Ansicht nach das festgelegte Vorgehen für die Arbeit mit Präventionsmassnahmen gegen sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten in den Kollektivzentren eingehalten?

Immer	<input type="checkbox"/>
Oft	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele/-innen

C6 Gemäss Artikel 31, Absatz 2 der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung [EpV]) haben die Betreiber von kantonalen Kollektivzentren für Asylsuchende dafür zu sorgen, dass die Personen in ihrer Obhut die geeigneten Mittel zur Verhütung von sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten, insbesondere Präservative, erhalten. Reicht Ihrer Ansicht nach die Arbeit mit Präventionsmassnahmen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton aus?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele/-innen

C7 Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie bei der Arbeit mit Präventionsmassnahmen gegen sexuell oder durch Blut übertragbare Krankheiten in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele/-innen

TEIL D ZUGANG ZUR MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Im Folgenden möchten wir Fragen zur medizinischen Versorgung in den kantonalen Kollektivzentren stellen.

D1 Besteht ein geregelter Vorgehen für den Zugang zur medizinischen Versorgung in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?

Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist in allen Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist in einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist in einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist in keinem der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele/-innen

D2 Wer legt das Vorgehen für den Zugang zur medizinischen Versorgung in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton fest? (mehrere Antworten möglich)	
Die Betreiber der Kollektivzentren (AOZ, ORS, Caritas Schweiz usw.)	<input type="checkbox"/>
Die Zentrumsleitung der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
Das Pflegepersonal der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
Die Asylkoordinatorin/der Asylkoordinator des Kantons	<input type="checkbox"/>
Die Kantonsärztin/der Kantonsarzt	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele/-innen

D3 Wird Ihrer Ansicht nach das festgelegte Vorgehen für den Zugang zur medizinischen Versorgung in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton eingehalten?	
Immer	<input type="checkbox"/>
Oft	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele/-innen, Filterfrage (wenn B14=in allen Kollektivzentren)

D4 Gemäss Artikel 31, Absatz 2 der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienvorordnung [EpV]) haben die Betreiber von kantonalen Kollektivzentren für Asylsuchende dafür zu sorgen, dass die Personen in ihrer Obhut Zugang zu einer geeigneten medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der spezifischen Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für Asylsuchende erhalten. Reicht Ihrer Ansicht nach der Zugang zur medizinischen Versorgung für die Asylsuchenden in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton aus?	ausreichend	nicht ausreichend	Weiss nicht
Der Zugang zur medizinischen Versorgung bei übertragbaren Krankheiten ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zugang zur medizinischen Versorgung bei nicht-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

übertragbaren Krankheiten ist...			
Der Zugang zur psychiatrischen Versorgung ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zugang zur Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

D5 Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie beim Zugang zur medizinischen Versorgung in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

TEIL E ZUGANG ZU IMPFUNGEN

Im Folgenden möchten wir Fragen zum Zugang zu Impfungen in den kantonalen Kollektivzentren stellen.

E1 An welche Gruppen werden die folgenden Impfungen in Ihrem Kanton angeboten?	An alle Asylsuchenden, die als ungeimpft betrachtet werden	An Risikogruppen (z.B. Kinder, Schwangere), die als ungeimpft betrachtet werden	Anderes Vorgehen	Die Impfung wird nicht angeboten	Weiss nicht
Diphtherie-Tetanus-Pertussis (DTP/DTp/dT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis (IPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern-Mumps-Röteln (MMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B (HBV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizellen (VZV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage an: Kantonsärzte/-innen

E2 Werden weitere Impfungen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton angeboten?

Frage an: Kantonsärzte/-innen

E3	Durch wen werden die angebotenen Impfungen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton durchgeführt?	In allen Kollektivzentren im Kanton	In einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton	In einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton	In keinen Kollektivzentren im Kanton	Weiss nicht
	Durch einen Hausarzt/eine Hausärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch ein Spital/Ambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch das Pflegepersonal des Kollektivzentrums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durch andere					

Frage an: Kantonsärztel-innen

E4	Besteht ein geregeltes Vorgehen für Impfungen für Asylsuchende in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?	
	Der Zugang zu Impfungen ist in allen Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
	Der Zugang zu Impfungen ist in einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
	Der Zugang zu Impfungen ist in einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
	Der Zugang zu Impfungen ist in keinem der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
	Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztel-innen

E3	Wer legt das Vorgehen für Impfungen für Asylsuchende in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton fest? (mehrere Antworten möglich)	
	Die Betreiber der Kollektivzentren (AOZ, ORS, Caritas Schweiz usw.)	<input type="checkbox"/>
	Die Zentrumsleitung der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
	Das Pflegepersonal der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
	Die Asylkoordinatorin/der Asylkoordinator des Kantons	<input type="checkbox"/>
	Die Kantonsärztin/der Kantonsarzt	<input type="checkbox"/>
	Andere (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>
	Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztel-innen

E3	Wird Ihrer Ansicht nach das festgelegte Vorgehen für Impfungen für Asylsuchende in den Kollektivzentren eingehalten?	
	Immer	<input type="checkbox"/>
	Oft	<input type="checkbox"/>
	Selten	<input type="checkbox"/>
	Nie	<input type="checkbox"/>
	Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztel-innen

E4 Gemäss Artikel 31, Absatz 2 der Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung [EpV]) haben die Betreiber von kantonalen Kollektivzentren für Asylsuchende auch dafür zu sorgen, dass die Personen in ihrer Obhut Zugang zu Impfungen nach dem nationalen Impfplan unter Berücksichtigung der spezifischen Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für Asylsuchende erhalten. Reicht Ihrer Ansicht nach der Zugang zu Impfungen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton aus?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> |
| Weiss nicht | <input type="checkbox"/> |

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

E5 Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie beim Zugang zu Impfungen in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

TEIL F MASSNAHMEN BEI AUSBRUCH EINER ÜBERTR. KRANKHEIT

Im Folgenden möchten wir Fragen zu Massnahmen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in den kantonalen Kollektivzentren stellen.

F1 Besteht ein geregeltes Vorgehen zur *Früherkennung* von übertragbaren Krankheiten in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?

- | | |
|--|--------------------------|
| Das Vorgehen zur Früherkennung von übertragbaren Krankheiten ist in allen Kollektivzentren im Kanton geregelt | <input type="checkbox"/> |
| Das Vorgehen zur Früherkennung von übertragbaren Krankheiten ist in einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt | <input type="checkbox"/> |
| Das Vorgehen zur Früherkennung von übertragbaren Krankheiten ist in einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt | <input type="checkbox"/> |
| Das Vorgehen zur Früherkennung von übertragbaren Krankheiten ist in keinem der Kollektivzentren im Kanton geregelt | <input type="checkbox"/> |
| Weiss nicht | <input type="checkbox"/> |

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

F2 Besteht ein geregeltes Vorgehen zum *Vorgehen bei Ausbruch* einer übertragbaren Krankheit in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?

- | | |
|---|--------------------------|
| Das Vorgehen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit ist in allen Kollektivzentren im Kanton geregelt | <input type="checkbox"/> |
| Das Vorgehen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit ist in einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt | <input type="checkbox"/> |
| Das Vorgehen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit ist in einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton geregelt | <input type="checkbox"/> |

Das Vorgehen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit ist in keinem der Kollektivzentren im Kanton geregelt	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

F3 Wer legt das Vorgehen und die Massnahmen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton fest (mehrere Antworten möglich)?	
Die Betreiber der Kollektivzentren (AOZ, ORS, Caritas Schweiz usw.)	<input type="checkbox"/>
Die Zentrumsleitung der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
Das Pflegepersonal der Kollektivzentren	<input type="checkbox"/>
Die Asylkoordinatorin/der Asylkoordinator des Kantons	<input type="checkbox"/>
Die Kantonsärztin/der Kantonsarzt	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte angeben)	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

F4 Wird Ihrer Ansicht nach das festgelegte Vorgehen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton eingehalten?	
Immer	<input type="checkbox"/>
Oft	<input type="checkbox"/>
Selten	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

F5 Wie ist Ihre Zustimmung zu den folgenden Aussagen?	Voll und ganz einverstanden	Ziemlich einverstanden	Eher nicht einverstanden	Überhaupt nicht einverstanden	Weiss nicht
Die Richtlinien, die den Kollektivzentren zur Verfügung stehen sind genügend klar, um Ausbrüche einer übertragbaren Krankheit frühzeitig erkennen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kollektivzentren verfügen über genügend Massnahmen, um Ausbrüche einer übertragbaren Krankheit bewältigen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Massnahmen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit werden zeitgerecht eingesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zuständigkeiten der involvierten internen und externen Stellen sind genügend geregelt, um Ausbrüche einer übertragbaren Krankheit bewältigen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Informationsaustausch zwischen den Kollektivzentren und der Kantonsärztin/dem Kantonsarzt ist ausreichend, um Ausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

einer übertragbaren Krankheit bewältigen zu können

Frage an: Kantonsärztel-innen

F6	Wie ist Ihre Zustimmung zu den folgenden Aussagen?	Voll und ganz einverstanden	Ziemlich einverstanden	Eher nicht einverstanden	Überhaupt nicht einverstanden	Weiss nicht
----	---	-----------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------------	-------------

Die Angestellten in den Kollektivzentren im Kanton haben ausreichend Wissen über die Prävention und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten

Die Hausärzte/-innen im Kanton haben ausreichend Wissen über die Prävention und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten

Weitere medizinische Leistungserbringer (z.B. Spitäler, Ambulatorien) im Kanton haben ausreichend Wissen die Prävention und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten

Frage an: Kantonsärztel-innen

F7 **Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie bei den Massnahmen bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?**

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

TEIL G ZUSAMMENARBEIT UND INFORMATIONSAUSTAUSCH

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, Fragen zur Zusammenarbeit und zum Informationsaustausch zwischen den involvierten Stellen in der Gesundheitsversorgung zu beantworten.

G1 **Welche kantonalen Stellen und/oder Akteure erhalten das Gesundheitsdossier der/des Asylsuchenden wenn eine Asylsuchende/ein Asylsuchender das Bundes- oder Empfangs- und Verfahrenszentrum verlässt und in das kantonale Kollektivzentrum kommt? (mehrere Antworten möglich)**

Das kantonale Migrationsamt	<input type="checkbox"/>
Die kantonale Asylkoordination	<input type="checkbox"/>
Der/die Kantonsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>
Das Kollektivzentrum	<input type="checkbox"/>
Der/die Asylsuchende	<input type="checkbox"/>
Andere, nämlich:	<input type="checkbox"/>

Weiss nicht	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztel/-innen

G2 Welche kantonalen Stellen und/oder Akteure werden bei Verdacht auf Tuberkulose nach der Überweisung ins kantonale Kollektivzentrum informiert? (mehrere Antworten möglich)

Das kantonale Migrationsamt	<input type="checkbox"/>
Die kantonale Asylkoordination	<input type="checkbox"/>
Der/die Kantonsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>
Die Lungenliga	<input type="checkbox"/>
Andere, nämlich:	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztel/-innen/-innen

G3 In welchen Situationen werden Sie als Kantonsarzt/-ärztin von den Kollektivzentren in Ihrem Kanton einbezogen? (mehrere Antworten möglich)

Bei meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten	<input type="checkbox"/>
Beim Festlegen eines Vorgehens zur Prävention und Kontrolle von übertragbaren Krankheiten	<input type="checkbox"/>
Bei Kostenfragen	<input type="checkbox"/>
In anderen Situationen, nämlich:	<input type="checkbox"/>
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>

Frage an: Kantonsärzte

G4 Wie ist Ihre Zustimmung zu den folgenden Aussagen bezüglich Zuständigkeiten und Verantwortlichen unterschiedlicher Akteure bei der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende?	Voll und ganz einverstanden	Ziemlich einverstanden	Eher nicht einverstanden	Überhaupt nicht einverstanden	Weiss nicht
---	-----------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------------	-------------

Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Bundes- oder Empfangs- und Verfahrenszentren sind klar definiert und nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Kollektivzentren sind klar definiert und nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Leistungserbringer (z.B. [Haus-]Ärzten/-innen, Spezialisten/-innen, Spitäler, Ambulatorien) sind klar definiert und nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Asylkoordinatoren/-innen sind klar definiert und nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ten der *Kantonsärztele-innen* sind klar definiert und nachvollziehbar

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele-innen

G5	Wie ist Ihre Zustimmung zu den folgenden Aussagen?	Voll und ganz einverstanden	Ziemlich einverstanden	Eher nicht einverstanden	Überhaupt nicht einverstanden	Weiss nicht
----	---	-----------------------------	------------------------	--------------------------	-------------------------------	-------------

Die Bundes-, Empfangs- und Verfahrenszentren schicken die Gesundheitsdossiers der Asylsuchenden *rechtzeitig* an die kantonalen Stellen

Bei Verdacht auf Tuberkulose werden die kantonalen Stellen *rechtzeitig* informiert

Die Koordination zwischen den involvierten Akteuren bei der Gesundheitsversorgung im Asylwesen funktioniert gut

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele-innen

G6	Bei der Aussage „Die Koordination zwischen den involvierten Akteuren bei der Gesundheitsversorgung funktioniert gut“ haben sie „eher nicht einverstanden“ oder „überhaupt nicht einverstanden“ angegeben. Bitte erläutern Sie Ihre Antwort.					
----	--	--	--	--	--	--

G7	Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie bei der Zusammenarbeit und dem Informationsaustausch zwischen den involvierten Stellen in Ihrem Kanton?					
----	---	--	--	--	--	--

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärztele-innen

TEIL H EINGESETZTE RESSOURCEN

Schliesslich interessiert uns, welche Ressourcen für die Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton eingesetzt werden.

H1	Über welches Gesundheitspersonal und welche Angebote verfügen die Kollektivzentren in Ihrem Kanton?	In allen Kollektivzentren im Kanton	In einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton	In einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton	In keinen Kollektivzentren im Kanton	Weiss nicht
	Diplomierte Pflegefachpersonen sind im	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kollektivzentrum angestellt					
Medizinische Sprechstunden werden den Asylsuchenden <i>im Kollektivzentrum</i> angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Sprechstunden werden den Asylsuchenden <i>extern</i> angeboten (bei Hausarzt/-ärztin, bei Spezialist/-in, im Spital/Ambulatorium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Sprechstunden werden <i>im Kollektivzentrum</i> angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Sprechstunden werden <i>extern</i> angeboten (bei Hausarzt/-ärztin, bei Spezialist/-in, im Spital/Ambulatorium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

H2	An wie vielen Tagen in der Woche haben die Asylsuchenden Zugang zum medizinischen Personal in den kantonalen Kollektivzentren in Ihrem Kanton?	In allen Kollektivzentren im Kanton	In einer Mehrheit der Kollektivzentren im Kanton	In einer Minderheit der Kollektivzentren im Kanton	In keinen Kollektivzentren im Kanton	Weiss nicht
	Montag bis Sonntag (an 7 Tagen in der Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Montag bis Freitag (an 5 Tagen in der Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	An 1 bis 4 Tagen in der Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kein medizinisches Personal im Kollektivzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

H3	Welche Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie bei den eingesetzten Ressourcen für die Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in den Kollektivzentren in Ihrem Kanton?
----	---

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

TEIL I WEITERE ANGABEN

|| Hier können Sie weitere Bemerkungen zum Thema Gesundheitsversorgung für Asylsuchende anfügen.

Frage an: Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzte/-innen

A2 GESPRÄCHSLEITFADEN FÜR DIE INTERVIEWS IN DEN EVZ/BZ DES BUNDES UND IN DEN KOLLEKTIVZENTREN DER KANTONE MIT DEN ZENTRUMSLEITUNGEN UND DEM MEDIZINISCHEN PFLEGEPERSONAL

Einleitung:

- Kurze Vorstellung Interface, Mitarbeiter, Auftrag
- Ziel des Interviews ist es, Informationen zu folgenden Themen zu erhalten:
 - Organisation/Koordination des Zugang zur Gesundheitsversorgung sichergestellt?
 - Angebot von Informationen und Impfungen
 - Eingesetzte Ressourcen

4.5 PERSON UND IHRE TÄTIGKEIT

1. Welches ist Ihre Position und Ihre Funktion? Wie lange arbeiten Sie an Ihrer gegenwärtigen Stelle? Von wem sind Sie angestellt (ORS Service AG, SEM, BAG)?
2. Welche Rolle/Aufgaben haben Sie im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende?

4.6 ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG

Wir möchten gerne von Ihnen wissen, wie bei Ihnen im Zentrum die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden organisiert ist, wie die Problemerkennung und die Weiterverweisung ablaufen und für welche Krankheiten ein Behandlungsangebot besteht.

4.6.1 ORGANISATION/KOORDINATION INNERHALB DES ZENTRUMS

Beschreibung Ist-Situation

3. Bitte beschreiben Sie, wie bei Ihnen im Zentrum die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden organisiert ist:
 - Wie läuft im Regelfall der (medizinische) Erstkontakt ab? Wer ist für den Erstkontakt mit dem Asylsuchenden verantwortlich und was beinhaltet der Erstkontakt? (*gehen sie auch aktiv auf Asylsuchende zu? werden alle Kinder untersucht?*) *Art?: Befragung (Anamnese), Dokumente anschauen (z.B. Impfdokumentation – wird es wohl nicht geben), körperliche Untersuchung, Laboruntersuchungen oder Bildgebung (z.B. Röntgen)*
 - Welche Aufgaben übernimmt das Personal, das für die medizinische Individualversorgung (Grund- und Notversorgung) zuständig ist (angestellt von ORS Service im Auftrag des SEM)?
 - Welche Aufgaben übernimmt das Personal, das für die grensanitären Massnahmen zuständig ist (angestellt von ORS Service im Auftrag des BAG)?

Übernehmen die für die GSM zuständigen Personen auch Aufgaben innerhalb der Individualversorgung?

- Welche weiteren Akteure sind im Zentrum allenfalls in die individuelle Gesundheitsversorgung für Asylsuchende involviert, in welcher Form? (Bspw. Sprechstunde durch Arzt/Ärztin im Zentrum?)
- Sind die Abläufe im Bereich der medizinischen Versorgung standardisiert? Gibt es einen formalisierten Ablauf? Gibt es Reglemente, Richtlinien, Weisungen an denen Sie sich orientieren? (vgl. Vertrag BAG/SEM mit ORS Service AG und Verordnung des EJPD zum Betrieb von Unterkünften des Bundes im Asylbereich, SR 142.311.23). Für welche übertragbaren / nicht übertragbaren Krankheiten?

Gibt es ein definiertes System zur Früherkennung von Krankheiten in Ihrem Zentrum? Wenn ja: In welcher Form? Verschriftlicht? Für welche übertragbaren / nicht übertragbaren Krankheiten?

4. Wie ist in Ihrem Zentrum die Umsetzung der Massnahmen im Falle eines Ausbruchs einer übertragbaren Krankheit organisiert?:
 - Welche Massnahmen sind vorgesehen? Welche Massnahmen werden zu welchem Zeitpunkt von wem ergriffen?
 - Welche Akteure sind involviert? Wie sind die Zuständigkeiten geregelt?
 - Welche Richtlinien und Strukturen bestehen (u.a. in Bezug auf eine potenzielle Fallisolierung?)

Beurteilung Ist-Situation bzgl. Organisation und Koordination im Zentrum

5. Bitte beurteilen Sie die Ist-Situation bzgl. Organisation und Koordination im Zentrum:
 - Ist *ihr* Aufgabenbereich aus ihrer Sicht gut organisiert um den Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu gewährleisten. Was läuft gut was weniger gut und wo gibt es diesbezüglich Optimierungsbedarf?
 - Ist die Aufgabenteilung, Koordination und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren *im* Zentrum aus ihrer Sicht gut organisiert um den Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu gewährleisten. Was läuft gut was weniger gut und wo gibt es diesbezüglich Optimierungsbedarf? (*Schnittstelle zwischen GSM und Individualversorgung klar?*)

4.6.2 TRIAGE

Beschreibung Ist-Situation bzgl. Triage

6. Wie wird die Weiterverweisung von Asylsuchenden in Ihrem Zentrum vollzogen? In welchem Fall/zu welchem Zeitpunkt erfolgt Triage/Weiterverweisung, wann nicht?
 - Bitte beschreiben Sie den Regelfall: Wer weist die Asylsuchenden weiter? Wer entscheidet, ob Asylsuchender vor Ort im Zentrum behandelt wird oder an ei-

nen Arzt/in ein Spital weiterverwiesen wird? Unter welchen Voraussetzungen werden die Asylsuchenden weiterverwiesen?

- Welche Unterscheide gibt es im Falle einer übertragbaren / nicht übertragbaren Krankheit?
- Gibt es bzgl. Weiterverweisungen Weisungen, Richtlinien, Reglemente, an denen man sich orientieren kann?

7. Mit welchen Institutionen arbeiten Sie zusammen im Bereich der Gesundheitsversorgung?

- An wen werden die Asylsuchenden weiterverwiesen? Bitte nennen Sie uns die Institutionen, an die die Asylsuchenden weiterverwiesen werden (Arzt, Ambulatorium, Spital, usw.) / mit denen Sie zusammenarbeiten. (fixe Zentrumsärzte?)

Beurteilung Ist-Situation bzgl. Triage

8. Wie funktioniert die Weiterverweisung aus ihrer Sicht?

- Bzgl. Zusammenarbeit der involvierten Akteure (Leistungserbringer Gesundheitsversorgung: Arzt, Ambulatorium, Spital, usw)? Was läuft gut, was weniger gut. Welches Optimierungspotential gibt es?
- Frage an das für die Individualversorgung zuständige Personal: Fühlen Sie sich in der Lage, zu entscheiden, ob eine Weiterverweisung notwendig ist oder ob die Behandlung im Zentrum erfolgen kann? Haben Sie die Möglichkeit, Ihren Entscheid absichern zu lassen?

4.6.3 ZUSAMMENARBEIT UND INFORMATIONSAUSTAUSCH ZWISCHEN DEN INVOLVIERTEN STELLEN

Beschreibung Ist-Situation bzgl. Zusammenarbeit/Infoaustausch

9. Bitte beschreiben Sie, was passiert, wenn der/die Asylsuchende das EVZ/BZ verlässt und in ein kantonales Kollektivzentrum kommt?

- Übergabe persönliche Gesundheitsdaten (Verfahrensdossier inkl. med. Betreuungsdossier)? In welcher Form? Von wem? An wen? Zu welchem Zeitpunkt?
- Unterscheide bei übertragbaren/nicht übertragbaren Krankheiten?
- Wie ist die Schnittstelle zwischen EVZ/BZ und weitem kantonalen Stellen geregelt/wie läuft die Zusammenarbeit ab (Kantonsarzt, Asylkoordination)

10. Bitte beschreiben Sie, wie die Gesundheitsdaten (also die Krankengeschichte?) der Asylsuchenden dokumentiert werden

- In welcher Form? Von wem? Zu welchem Zeitpunkt? Eröffnung medizinisches Betreuungsdossier, Inhalt? (Formular „Meldung medizinische Fälle“, Journal (Information zur Medikamentenabgabe), Überweisungsformular / Medizinische Information inkl. medizinisches Protokoll (Infos zur Diagnose/Behandlung))

Beurteilung Ist-Situation bzgl. Zusammenarbeit/Infoaustausch

11. Wie funktionieren die die Abläufe, Zusammenarbeit, Infoaustausch aus ihrer Sicht:

- Zwischen EVZ/BZ und Kollektivzentren der Kantone? Was läuft gut, was weniger gut. Welches Optimierungspotential gibt es?
- Zwischen EVZ/BZ und weiteren kantonalen Stellen (Kantonsarzt, Asylkoordination)? Was läuft gut, was weniger gut. Welches Optimierungspotential gibt es?

4.6.4 BEHANDLUNGSANGEBOT

Beschreibung Ist-Situation bzgl. Behandlungsangebot

12. Welches Behandlungsangebot besteht in Ihrem Zentrum?

- Für wen besteht welches Behandlungsangebot (ohne Impfungen)?
- Für welche (übertragbaren / nicht übertragbaren) Krankheiten?
- Stichwort Rationierung?

13. Wer legt fest, welches Behandlungsangebot angeboten wird? Gibt es hierzu (gesetzliche) Vorgaben/Richtlinien, an denen Sie sich orientieren?

Beurteilung Ist-Situation bzgl. Behandlungsangebot

14. Wie beurteilen sie das Behandlungsangebot?

- im Zentrum? Gibt es aus Ihrer Sicht Lücken?
- bzgl. Weitervermittlung zu Angeboten? Gibt es aus Ihrer Sicht Lücken? (z.B. im Bereich der psychischen Erkrankung/Sucht)?

4.7 ANGEBOT VON INFORMATIONEN UND IMPFUNGEN

In der Folge interessiert uns, über welches Informationsangebot Sie in Ihrem Zentrum verfügen und wie der Umgang mit Impfungen geregelt ist.

4.7.1 INFORMATIONENANGEBOT

Beschreibung Ist-Situation bzgl. Information

15. Bitte beschreiben Sie, wie, von wem und wann die Asylsuchenden über gesundheitliche Themen informiert werden.

- Welche gesundheitsrelevanten Informationen werden in Ihrem Zentrum angeboten? Zu welchen gesundheitlichen Themen? Zum Gesundheitssystem? Zu medizinischen Angeboten? Für übertragbare / nicht übertragbare Krankheiten?
- In welcher Form (Flyer, Bildschirm, sprachlich/kulturell adaptiert)?
- Formalisiertes/standardisiertes Vorgehen bei der Information von Asylsuchenden?
- Abgrenzung zu den Informationen im Rahmen der grenzsanitarischen Massnahmen?

16. Welche Mittel zur Verhütung von sexuell und durch Blut übertragenen Krankheiten stehen zur Verfügung? (was soll das ausser Kondomen denn sein? Frische Spritzen für Fixer?)

- In welcher Form und zu welchem Zeitpunkt?
- Formalisiertes/standardisiertes Vorgehen bei der Abgabe von Verhütungsmitteln?

Beurteilung Ist-Situation bzgl. Information

- Wie beurteilen Sie das Informationsangebot im Zentrum? Optimierungspotenzial?

4.7.2 IMPFUNGEN

Beschreibung Ist-Situation bzgl. Impfungen

17. Werden in Ihrem Zentrum Impfungen angeboten?

- Welche Impfungen (z.B. gemäss dem aktuellen Schweizerischen Impfplan des BAG) oder z.B. nur Masern wegen Maserneliminationsziel der Schweiz? Zu welchem Zeitpunkt? Für welche Personen (gibt es evtl. Routineimpfungen, die alle unbeschadet erhalten oder Impfungen, die nur bestimmte Personengruppen wie z.B. Schwangere oder Kinder erhalten)? Durch wen?
- Gibt es ein formalisiertes/standardisiertes Vorgehen bei der Überprüfung des Impfstatus (z.B. via Dokumente/Impfpasskontrolle, Serologie/ Blutuntersuchungen)?
- Gibt es ein formalisiertes/standardisiertes Vorgehen beim Vervollständigen (aktiv oder passiv)?
- Wie werden die Impfungen bzw. der Impfstatus der Asylsuchenden dokumentiert? (z.B. Impfpass? Wer bewahrt den auf?)

Beurteilung Ist-Situation bzgl. Impfungen

18. Wie beurteilen Sie die Situation bzgl. Impfungen im Zentrum? Optimierungspotenzial?

4.8 EINGESETZTE RESSOURCEN

Uns interessiert auch, welche Ressourcen in Ihrem Zentrum für die Gesundheitsversorgung für Asylsuchende eingesetzt werden.

Personal

19. Welches (Gesundheits-)Personal ist bei Ihnen im Zentrum angestellt?

- Mit welchem Ausbildungshintergrund (Personal ORS Service AG im Auftrag von BAG und SEM)? Medizinisches Personal? Personal ohne medizinischen Hintergrund?
- Mit welchen Stellenprozenten?

20. Wie wird das Gesundheitspersonal aus- und weitergebildet für Gesundheits- und Migrationsaspekte?

- Kulturell sprachlich, auf übertragbare Krankheiten, psychische Erkrankungen?, geschult?

Interkulturelle Dolmetscher/-innen

21. Besteht die Möglichkeit, interkulturelle Dolmetscher/-innen beizuziehen bei medizinischen Abklärungen/Behandlungen?

- Wie oft werden interkulturelle Dolmetscher/-innen beigezogen?
- Wann/unter welchen Bedingungen werden interkulturelle Dolmetscher/-innen beigezogen?

Gesundheitskosten

Wer übernimmt die Behandlungskosten (inklusive Impfkosten)?

22. Wie ist die Kostenzuordnung geregelt?

- Wer übernimmt die Behandlungskosten? Geregelt?
- Wer finanziert das (medizinische) Personal, das bei Ihnen im Zentrum ange stellt ist? Geregelt?
- Unklarheiten bei der Kostenzuordnung?