

Schlussbericht

Formative Evaluation der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende

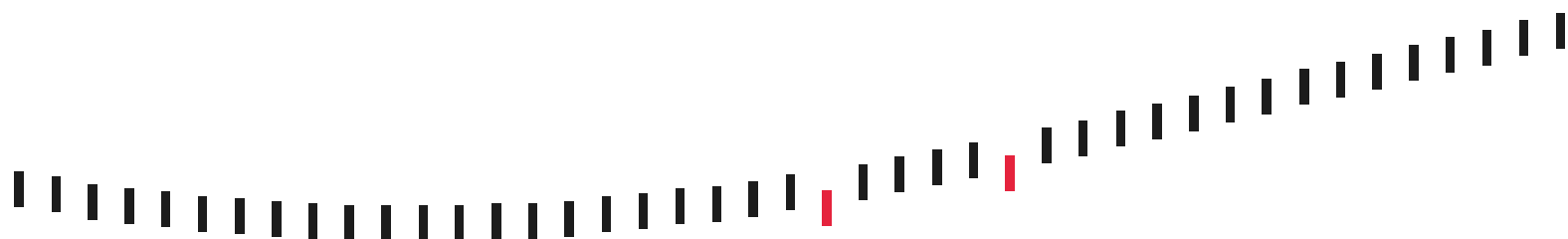
Konzeption und Umsetzung der Massnahmen gemäss dem Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone»

Basel | 06.06.2023

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autorinnen und Autoren:

Dr. Wolfram Kägi, Mirjam Suri, Christopher Huddleston (BSS), Denise Efonayi-Mäder (SFM)



Impressum

Formative Evaluation der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende

Entwurf Schlussbericht

06.06.2023

Vertragsnummer:	142005032
Laufzeit der Evaluation:	März 2022 – Juni 2023
Datenerhebungsperiode:	April 2022 – Dezember 2022
Leitung Evaluationsprojekt im BAG:	Dr. Jenny Prodanovic und Tamara Bonassi, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
Meta-Evaluation:	<p>Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p>
Bezug:	<p>Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), www.bag.admin.ch/evaluationsberichte</p>
Zitiervorschlag:	<p>Kägi, W., Suri, M., Huddleston, C., Efonayi, D. (2023). Formative Evaluation der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende. BSS Volkswirtschaftliche Beratung und Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.</p>

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG
Aeschengraben 9
4051 Basel
T +41 61 262 05 55
contact@bss-basel.ch

www.bss-basel.ch

Projektleitung seitens Auftragnehmerin: Dr. Wolfram Kägi

Autorinnen/Autoren: Wolfram Kägi, Mirjam Suri, Christopher Huddleston (BSS), Denise Efionayi-Mäder (SFM)

Projektmitarbeit: Joëlle Fehlmann, Anna Party und Jonas Lehmann (BSS), Dina Bader (SFM)

Kooperationspartner: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien SFM, Dre Sophie Durieux Paillard (HUG)

Steuergruppe:

Serge Houmard (Bundesamt für Gesundheit BAG), Eric Kaser (Staatssekretariat für Migration SEM), David Keller (Staatssekretariat für Migration SEM), Linda Nartey (Bundesamt für Gesundheit BAG), Silvia Steiner (Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK), Myriame Zufferey (Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK)

Begleitgruppe:

Erna Aubert (Organisation for Refugee Services ORS), Stéphane Berger (Staatssekretariat für Migration SEM), Sandra Blättler (Staatssekretariat für Migration SEM), Benjamin Bracher (Staatssekretariat für Migration SEM), Georg Carl (Asylkoordinator, Kanton Graubünden), Patricia Draï (Staatssekretariat für Migration SEM), Nathalie Gasser (Beauftragte E-Learning übertragbare Krankheiten, Lungenliga Schweiz), Bernd Hammerer (AOZ), Patricia Iseli (BAZ-Partnerärztin, Inselspital Bern), Tiziana Jurietti (Staatssekretariat für Migration SEM), Annette Koller Doser (Staatssekretariat für Migration SEM), Susanne Lenherr (Staatssekretariat für Migration SEM), Ulrike Leutwyler (ORS), Philipp Ludin (Bundesamt für Gesundheit BAG), Christiane Meier (Kantonsärztin, Kanton Zürich), Giorgio Merlani (Kantonsarzt, Kanton Tessin), Sayda Nejjar (Staatssekretariat für Migration SEM), Cristina Oberholzer Casartelli (Asylkoordinatorin, Kanton Tessin), Philippe Otzenberger (Asylkoordinator, Kanton Luzern), Laura Rezzonico (Schweizerische Flüchtlingshilfe), Nicole Ritz (Medizinische Expertin, Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB / Luzerner Kantonsspital), Allan Schaer (Staatssekretariat für Migration SEM), Matthis Schick (Medizinischer Experte, Universitätsspital Zürich USZ), Otto Schoch (Medizinischer Experte, Kantonsspital St.Gallen KSSG), Mike Schüpbach (Bundesamt für Gesundheit BAG), Cornelia Staehelin (ehem. Lehrbeauftragte BAZ/KAZ, Inselspital Bern), Laura Tommila (Schweizerische Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht, Plattform ZiAB), Branka Vukmirovic (Staatssekretariat für Migration SEM), Elmedina Zuga-Bravic (AOZ).

Wir danken dem Bundesamt für Gesundheit, dem Staatssekretariat für Migration, der Steuergruppe und der Begleitgruppe für die konstruktive Zusammenarbeit. Zudem danken wir den Personen, die sich für Fachgespräche zur Verfügung gestellt und teilgenommen haben und denjenigen, die an der Onlinebefragung und den Fokusgruppengesprächen teilgenommen haben, für Ihre wertvollen Beiträge zur vorliegenden Evaluation.

Gendergerechte Sprache: Bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern wird, sofern möglich, die geschlechtsneutrale Form verwendet; wenn dies unmöglich ist, werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit die weiblichen und die männlichen Formen alternierend verwendet.

© 2023 BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Inhalt

Tabellen	v
Abbildungen.....	v
Abkürzungsverzeichnis	vi
Abstract	vii
Schlüsselwörter	vii
1. Einleitung	1
2. Ausgangslage, Evaluationsfragen und Untersuchungsmethoden	2
2.1 Asylsuchende und deren Unterbringung	2
2.2 Gesundheitsversorgung für Asylsuchende: Gesetzliche Grundlagen.....	3
2.3 Konzept und Umsetzungsdokumente.....	4
2.4 Wirkungsmodell.....	6
2.5 Evaluationsfragen.....	10
2.6 Quantitative vs. qualitative Ansätze.....	11
2.7 Grenzen der Untersuchung	12
3. Stand der Umsetzung der Aufträge	12
3.1 Umsetzung in den BAZ.....	12
3.2 Umsetzung in den KAZ.....	14
4. Zentrale Massnahmen: Umsetzung, Zweckmässigkeit und Wirkung	15
4.1 Medizinische Eintrittsinformation (MEI)	15
4.2 Medizinische Erstkonsultation (MEK)	19
4.3 Individualmedizin / Zugang zur Gesundheitsversorgung	21
4.4 Impfungen	27
4.5 Public-Health Massnahmen.....	28
4.6 Abgabe Medikamente.....	29
4.7 Sicherstellen der sprachlichen Verständigung.....	30
4.8 Weiterbildung	33
5. Zusammenarbeit der Akteure.....	35
5.1 BAG-SEM.....	35
5.2 Bund-Kanton	36
5.3 Innerhalb der Zentren	37
5.4 BAZ/KAZ – Ärztinnen und Ärzte	37
5.5 Kanton/Bund-Zentren/externe Dienstleister.....	39
5.6 Zwischen den Zentren	39
5.7 Aufsicht Gesundheitsversorgung in BAZ und KAZ	41

6. Querschnittsthemen und ergänzende Fragestellungen	43
6.1 Schnittstelle medizinische Sachverhaltsabklärungen	43
6.2 Unbegleitete minderjährige Asylsuchende	44
6.3 Diphtheriefälle	45
6.4 Effizienz	46
6.5 Sicht Asylsuchende	47
7. Optimierungspotential	49
8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	52
8.1 Schlussfolgerungen	52
8.2 Empfehlungen	53
9. Literaturverzeichnis	62
Anhang	64
A.1 Details Untersuchungsmethoden	64
A.2 Evaluationsfragen	69
A.3 Methodenmatrix	71
A.4 Liste der Interviewpersonen	72
A.5 Interviewleitfäden Fachgespräche	74
A.6 Tabellenanhang (Auswertung Onlinebefragung)	91

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht Versand und Rücklauf Onlinebefragung	11
Tabelle 2: Für BAZ implementierte Aufträge aus dem Konzept.....	13
Tabelle 3: Zeitpunkt der medizinischen Eintrittsinformationen.....	18
Tabelle 4: Informiertheit der Asylsuchenden	18
Tabelle 5: Zugang zu ärztlichen Leistungsbereichen	27
Tabelle 6: Vorgehen in Abwesenheit des Gesundheitspersonals.....	37
Tabelle 7: Übermittlung des medizinischen Dossiers	40

Abbildungen

Abbildung 1: Entwicklung Anzahl Asylsuchende in den BAZ (2020 – 2022)	3
Abbildung 2: Wirkungsmodell.....	9
Abbildung 3: Bekanntheit und Nutzung des Konzepts & Handbuchs in den KAZ	15
Abbildung 4: Durchführung der medizinischen Eintrittsinformationen in den BAZ	16
Abbildung 5: Medizinische Eintrittsinformationen in den KAZ.....	17
Abbildung 6: Implementation Erstkonsultationen in den KAZ	20
Abbildung 7: Gesundheitspersonal im Verhältnis zur Belegung in den BAZ	22
Abbildung 8: Gesundheitspersonal im Verhältnis zur Belegung in den KAZ	23
Abbildung 9: Anzahl Sprechstunden in den BAZ	24
Abbildung 10: Anzahl Sprechstunden in den KAZ	24
Abbildung 11: Dolmetschmethoden	31
Abbildung 12: Umsetzung der Finanzierung des Dolmetschens	33
Abbildung 13: Zusammenarbeit innerhalb der Kantone und zwischen Bund und Kanton.....	36
Abbildung 14: Zusammenarbeit mit Leistungserbringern	38
Abbildung 15: Beaufsichtigung der Gesundheitsversorgung in den Kantonen.....	42
Abbildung 16: Inzidenz Diphtherie (2013 – 2023)	45
Abbildung 17: Bewertung der Kosteneffizienz	47

Abkürzungsverzeichnis

AS:	Asylsuchende
AsylG:	Asylgesetz
AK:	Asylkoordinatorinnen und Asylkoordinatoren
BAG:	Bundesamt für Gesundheit
BAZ:	Bundesasylzentrum
BAZmV:	Bundesasylzentrum mit Verfahrensfunktion
BAZoV:	Bundesasylzentrum ohne Verfahrensfunktion
EpG:	Epidemiengesetz
EpV:	Epidemienverordnung
GDK:	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
KA:	Kantonsärztinnen und Kantonsärzte
KAZ:	kantonale Kollektivunterkunft für Asylsuchende
KVG:	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MEI:	Medizinische Eintrittsinformationen
MEK:	Medizinische Erstkonsultation
ORS:	Organisation for Refugee Services
P&A:	Sektion Partner & Administration
SEM:	Staatssekretariat für Migration
SODK:	Konferenz der schweizerischen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
UMA:	Unbegleitete minderjährige Asylsuchende

Abstract

Die vorliegende Evaluation untersucht, inwieweit die im Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» genannten Massnahmen umgesetzt werden konnten und welche Wirkung die Massnahmen entfalten. Hierfür wurden zahlreiche Dokumente und Daten ausgewertet, drei Bundesasylzentren (BAZ) und vier kantonale Kollektivunterkünfte für Asylsuchende (KAZ) besucht, 55 Fachgespräche und elf Interviews mit Asylsuchenden geführt sowie zahlreiche Personen in BAZ, KAZ und kantonalen Stellen online befragt. Zentrale Ergebnisse: Seitens Bund und BAZ sind die meisten im Konzept genannten Aufträge und Massnahmen umgesetzt worden. Dennoch benennt die Evaluation einige weiterhin bestehende Herausforderungen. In den KAZ, für die das Konzept auch nur partiell gilt, ist die Situation insgesamt deutlich heterogener als in den BAZ. Auf Basis der Analyse formuliert die Evaluation 19 Empfehlungen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsversorgung
Asylsuchende
Bundesasylzentren
Kantonale Kollektivunterkünfte für Asylsuchende
Medizinische Eintrittsinformation
Medizinische Erstkonsultation
Doppelte Triage / doppeltes Gatekeeping

1. Einleitung

Jedes Jahr suchen tausende von Menschen in der Schweiz Schutz vor Verfolgung. Ein Grossteil dieser Menschen lebt zunächst in Kollektivunterkünften, zuerst in Bundesasylzentren (BAZ), später dann in kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende (KAZ). Neben Unterkunft und Verpflegung ist die Gesundheitsversorgung Asylsuchender (AS) von zentraler Bedeutung. Ein Ziel der Gesundheitsversorgung ist dabei, dass sowohl AS wie auch die Schweizer Wohnbevölkerung vor übertragbaren Krankheiten geschützt werden.

Im Jahr 2016 sind das revidierte Epidemiengesetz (EpG) und die entsprechende Verordnung (EpV) in Kraft getreten. Das EpG und die EpV nennen konkrete Ziele im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von AS. Nach Inkrafttreten von EpG und EpV haben das Staatssekretariat für Migration SEM, das Bundesamt für Gesundheit BAG und die Kantone das Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» (künftig kurz «Konzept») erarbeitet. Durch die Umsetzung des Konzepts sollen die in Gesetz und Verordnung genannten Ziele im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung Asylsuchender erreicht werden.

Die vorliegende Evaluation untersucht, inwieweit die im Konzept genannten Massnahmen umgesetzt werden konnten und welche Wirkung dies entfaltet hat. Weiter beurteilt die Evaluation die Konzeption der Massnahmen. Die Evaluation zeigt Bewährtes auf, identifiziert Herausforderungen, erkennt Handlungsbedarf und formuliert Empfehlungen. Damit stellt die Evaluation die Grundlage für allfällige Optimierungsentscheide zur Verfügung.

Struktur des Berichts: Zunächst zeigen wir in Kapitel 2 den Rahmen der Gesundheitsversorgung von AS auf und skizzieren die institutionellen und gesetzlichen Grundlagen. Weiter fassen wir die zentralen inhaltlichen Punkte des in dieser Evaluation zu evaluierenden Konzepts und der assoziierten Dokumente zusammen, legen die Evaluationsfragen dar und skizzieren die Untersuchungsmethoden. Kapitel 3 stellt dar, wie die im Konzept aufgelisteten «Aufträge» umgesetzt wurden, während Kapitel 4 die Umsetzung, Zweckmässigkeit und Wirkung der im Konzept festgelegten Massnahmen aufzeigt und beurteilt. Das fünfte Kapitel ist der Zusammenarbeit der verschiedenen in der Gesundheitsversorgung Asylsuchender involvierten Akteure gewidmet. Kapitel 6 behandelt verschiedene Querschnittsthemen, inkl. die Gesundheitsversorgung unbegleiteter minderjährigen Asylsuchenden (UMA) und die Bewältigung der jüngsten Diphtheriefälle unter in der Schweiz untergebrachten AS. Auf Basis der durchgeführten Analyse zeigt Kapitel 7 Optimierungspotentiale auf und Kapitel 8 enthält die Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

2. Ausgangslage, Evaluationsfragen und Untersuchungsmethoden

2.1 Asylsuchende und deren Unterbringung

Jedes Jahr gelangen tausende AS in die Schweiz. Menschen, die in der Schweiz Asyl beantragen. Sie melden sich zuerst in den Bundesasylzentren mit Verfahrensfunktion (BAZmV). Entweder sie bleiben im Anmelde-BAZmV oder werden in die Asylregionen verteilt (wo sie entsprechend auch einem BAZmV zugewiesen werden). Nach der Registrierung des Asylgesuchs bleiben die AS für die ersten Verfahrensschritte, wie z. B. die Anhörung, in einem BAZmV¹. Seit 1. März 2019 wird im Hinblick auf die Behandlung des Gesuchs das «beschleunigte Asylverfahren» angewandt, das zum Ziel hat, den Asylentscheid innerhalb von 140 Tagen zu treffen. Wenn nach 140 Tagen noch kein Entscheid getroffen werden konnte, wird ein sogenanntes «erweitertes Verfahren» eröffnet. AS im erweiterten Verfahren werden in die Kantone verlegt, wo sie in kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende (KAZ) untergebracht sind. Gewisse Kantone beherbergen AS allerdings auch in Wohnungen. AS, die einen negativen Entscheid erhalten oder deren Gesuch unter das Dublin-Abkommen fällt (was bedeutet, dass sie in das Land, in dem sie zuerst registriert wurden, zurückkehren müssen), werden bis zur Ausreise in einem BAZ ohne Verfahrensfunktion (BAZoV) untergebracht. In der Schweiz gibt es 26 BAZ², von denen 21 ohne Verfahrensfunktion sind. In den BAZ waren im Jahr 2022 bis zu 7'000 AS untergebracht, wobei die intertemporalen Schwankungen recht gross sind (s. Abbildung 1). Weiter gibt es in der Schweiz rund 160 kantonale Zentren³.

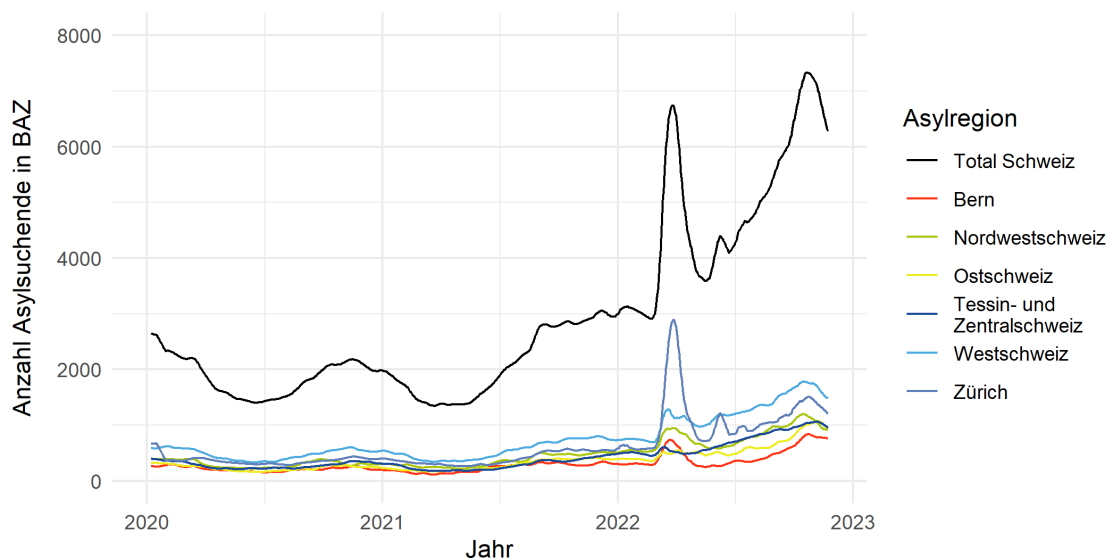
Die BAZ liegen in der Verantwortung des Bundes (bzw. des Staatssekretariats für Migration SEM), die KAZ in der Verantwortung der Kantone. Der Betrieb der BAZ wird an Leistungserbringer übertragen. Der Betrieb der KAZ wird teils direkt durch den Kanton wahrgenommen, teils wird der Betrieb – analog zu den BAZ – von externen Leistungserbringern sichergestellt.

¹ In BAZmV finden die Asylverfahren statt, d.h. dort werden Asylgesuche eingereicht, geprüft und darüber entschieden.

² Die Zahl der BAZ beruht auf Angaben des SEM bei der Lancierung der Onlinebefragung (Oktober 2022).

³ Zur Zahl der dort insgesamt unterbrachten AS liegen keine Angaben vor.

Abbildung 1: Entwicklung Anzahl Asylsuchende in den BAZ (2020 – 2022)



Quelle: SEM/MIDES Bestand und Kapazität pro Tag 2020 – 2022 (Stand 30.11.2022) Eigene Auswertung: gleitender Mittelwert (14 Tage)

2.2 Gesundheitsversorgung für Asylsuchende: Gesetzliche Grundlagen

Mit dem Inkrafttreten des revidierten Epidemiengesetzes EpG im Jahr 2016 wird die Gesundheitsversorgung für AS auch im EpG geregelt. Das EpG und die entsprechende «Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen» (Epidemienverordnung EpV) sehen vor, dass in den Bundesasylzentren und in den kantonalen Kollektivunterkünften Massnahmen zur Verminderung und Beseitigung von Risiken der Übertragung von Krankheiten implementiert werden. Weiter hält die Verordnung fest, dass die in den BAZ und KAZ untergebrachten AS «Zugang zu einer geeigneten medizinischen Versorgung und zu Impfungen nach dem nationalen Impfplan...erhalten» (Art. 31, Abs. 2 Bst. c EpV). Die hier vorliegende Evaluation leistet einen Beitrag zur in der EpV vorgesehenen periodischen Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen nach Art. 31 EpV.

Eingangs festgehalten werden muss, dass auf Bundesebene verschiedene Gesetze Rechtsgrundlagen die Gesundheitsversorgung von AS regeln. Entsprechende Artikel in den relevanten Gesetzen sind u.a.:

- Asylgesetz (AsylG): Gemäss AsylG stellt der Bund in Zusammenarbeit mit den Standortkantonen die Gesundheitsversorgung sicher, wobei er diese Aufgaben ganz oder teilweise an Dritte übertragen kann (Art. 80 Abs. 1 AsylG).
- Gesetz über die Krankenversicherung (KVG): Das KVG besagt, dass die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschliessen, für jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz gilt, also auch für AS.

Relevant im Zusammenhang mit der vorliegenden Evaluation ist weiter die Regelung zur «medizinischen Sachverhaltsabklärung» (Art. 26a AsylG): Der Gesetzesartikel hält fest, dass im Asylverfahren gesundheitliche Beeinträchtigungen berücksichtigt werden können. AS müssen gesundheitliche Beeinträchtigungen «unmittelbar nach der Gesuchseinreichung, spätestens jedoch bei der Anhörung zu den Asylgründen ... oder der Gewährung des rechtlichen Gehörs ... geltend machen» (Art. 26a, Ziff. 1 AsylG). Für das Vorbringen entsprechender gesundheitlicher Aspekte bezeichnet das SEM für eine entsprechende Untersuchung medizinisches Fachpersonal (Art. 26a, Ziff. 2 AsylG). Art. 26a, Ziff. 3 AsylG besagt dann aber weiter: «Später geltend gemachte oder von einer anderen medizinischen Fachperson festgestellte gesundheitliche Beeinträchtigungen können im Asyl- und Wegweisungsverfahren berücksichtigt werden, wenn sie nachgewiesen werden.» In der Praxis bedeutet letzteres, dass jegliche ärztlich dokumentierte Diagnosen und Behandlungsberichte in das Asylverfahren eingebracht werden können⁴. Die hier skizzierte Regelung gemäss Art. 26a AsylG wurde zeitlich nach Art. 31 EpV, der Grundlage der vorliegenden Evaluation, in Kraft gesetzt und ist grundsätzlich *nicht* Evaluationsgegenstand. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheitsversorgung Asylsuchender durch Art. 26a AsylG tangiert wird. Aus diesem Grund sind konsequenterweise entsprechende Evaluationsfragen zur Schnittstelle «Sachverhaltsabklärung» und «Gesundheitsversorgung» im Fragekatalog der Evaluation aufgenommen.

2.3 Konzept und Umsetzungsdokumente

2.3.1 Konzept zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende

Das Konzept zeigt Schritte auf, die implementiert werden sollen, um die im EpG und in der EpV dargelegten Ziele zu erreichen. Der Untertitel des Konzepts fasst den Inhalt des Dokuments ergänzend zusammen: «Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung». Primäre Ziele des Konzepts sind:

- Der Zugang von AS zum Gesundheitssystem soll sichergestellt werden.
- Übertragbare Krankheiten und andere akute Gesundheitsprobleme sollen rechtzeitig erkannt und behandelt werden; bei übertragbaren Krankheiten soll zudem deren Übertragung verhindert werden.

Im Kern legt das Dokument zentrale Ziele zur Gesundheitsversorgung Asylsuchender dar (Kapitel 3.1.). Das Kapitel 3.2. («Allgemeine Prinzipien der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und der Umsetzung des Epidemiengesetzes und der entsprechenden Verordnung») stellt sodann konkrete Massnahmen bzw. konkretisierte Ziele vor, die der Erreichung der genannten Gesamtziele dienen. Hier wird z.B. ausgeführt, dass AS bei Eintritt in ein BAZ «medizinische Eintrittsinformationen» erhalten, wobei konkret ausgeführt wird, wie diese Information übermittelt werden soll («...im Rahmen eines Gesprächs persönlich und individuell durch eine Pflegefachperson geführt, zeitnah nach Eintritt, unterstützt durch ein computerbasiertes und animiertes Informationstool, welches durch die Verfügbarkeit in zahlreichen Sprachen die Verständlichkeit gewährleistet»). Nachfolgend werden verschiedene operative Aspekte in 13 Unterkapiteln

⁴ Wobei Arztberichte in der Praxis dann eingebracht werden, wenn diese entweder für die Anerkennung von Asyl, das Verfahren (Einschätzung der Glaubwürdigkeit und Aussagequalität) oder die Aufschiebung einer Wegweisung bei negativem Entscheid relevant sind.

ausgeführt. Zentrale Themen sind dabei u.a. die medizinische Eintrittsinformation, die medizinische Erstkonsultation und der Zugang zu Individualmedizin. In den 13 Unterkapiteln werden insgesamt 15 «Aufträge» formuliert (ein Teil der Aufträge hat wiederum Unteraufträge). Diese «Aufträge» benennen ganz konkrete Handlungsaufträge, wie z.B. das Ausarbeiten von Informationsmaterialien für die medizinische Eintrittsinformation.

Gesamthaft betrachtet beinhaltet das Dokument, das die Basis für die vorliegende Evaluation darstellt, übergeordnete Ziele, konkrete Massnahmen und ganz konkrete Handlungsanweisungen (Aufträge). In der Evaluation differenzieren wir zwischen a) der Überprüfung der Ausführung der konkreten Handlungsaufträge und b) der Implementierung von konkreten Massnahmen und der Erreichung der übergeordneten Ziele.

Weiter ist festzuhalten: Das Konzept ist lediglich für die BAZ bindend. Die übergeordneten gesetzlichen Vorgaben des EpG / der EpV und des AsylG gelten selbstredend auch für die Kantone. Wie jedoch gesetzlichen Vorgaben erreicht werden, unterscheidet sich von Kanton zu Kanton. Zwar bezieht sich das Konzept selbst explizit auf die BAZ und die KAZ. Die Kantone hingegen sehen das Konzept nicht als eine verbindliche Arbeitsvorlage, vielmehr haben einzelne Kantone eigene Konzepte für ihre Kollektivunterkünfte entwickelt. Die von den Kantonen entwickelten Konzepte lehnen sich inhaltlich teilweise⁵ an das hier zu evaluierende Konzept an. Je operativer die im Konzept festgehaltenen Aktivitäten und Massnahmen sind, desto eher können Kantone andere Wege beschreiten. So hält das Konzept u.a. im Kapitel 3.3.3. auch fest: «Die Organisation der Gesundheitsversorgung und des Zugangs zur derselben unterliegt den Kantonen und kann sich entsprechend von Kanton zu Kanton unterscheiden. Grundsätzlich wird von der Arbeitsgruppe empfohlen auch in den kantonalen Kollektivunterkünften den Zugang zur Gesundheitsversorgung über gut qualifizierte Pflegefachpersonen zu gewährleisten und mit designierten Ärzten zusammenzuarbeiten und die medizinischen Abläufe ebenfalls, wie in den Bundesasylzentren, zu dokumentieren.» Zudem betreffen gewisse im Konzept erwähnte Themen primär die BAZ und weit weniger die KAZ (z.B. die medizinischen Eintrittsinformationen, die AS unmittelbar nach der Einreise in die Schweiz erhalten sollen).

2.3.2 Handbücher, Leitfaden und Betriebskonzept (BEKO)

Als Schritt zur Erreichung der im Konzept genannten Ziele und zur Implementierung der im Konzept genannten Massnahmen wurde das bereits zuvor bestehende «Handbuch Zugang zur Gesundheitsversorgung der AS und Abläufe im BAZ» revidiert und angepasst (künftig kurz «Handbuch Zugang»). Das «Handbuch Zugang» konkretisiert viele im Konzept festgehaltenen Ziele und Massnahmen. Zu beachten ist aber: Während sich das Konzept grundsätzlich auf BAZ und KAZ bezieht, ist das besagte Handbuch lediglich für die BAZ. Einzelne Kantone wiederum haben eigene Handbücher für ihre KAZ erarbeitet. Zusätzlich wurden das für die BAZ geltende Betriebskonzept Unterbringung (BEKO) angepasst. Ferner wurden noch zwei weitere Dokumente erarbeitet: das für BAZ und KAZ geltende Handbuch «Empfehlungen für Impfungen und zur Verhütung sowie zum Ausbruchmanagement von übertragbaren Krankheiten in den Asylzentren des

⁵ In einer ergänzenden Befragung der Kantone zu dieser Frage hat das Evaluationsteam von sieben Kantonen die Antwort erhalten, dass sie sich in ihren eigenen Konzepten zur Gesundheitsversorgung von AS «vage» oder «punktuell» am Konzept des Bundes und der Kantone orientieren. Ein Kanton hat kein eigenes Konzept und verwendet das Konzept des Bundes. Ein weiterer Kanton hat ein eigenes Konzept entwickelt, das gemäss dem entsprechenden Kanton «kongruent» mit dem Konzept des Bundes und der Kantone ist, sich aber nicht an dieses anlehnt.

Bundes und den Kollektivunterkünften der Kantone» (künftig kurz «Handbuch Gesundheitspersonal») und der Leitfaden «Umgang mit Heilmitteln in den BAZ».

2.4 Wirkungsmodell

Die intendierte Wirkung des Konzepts, die involvierten Akteure sowie die Wirkungszusammenhänge lassen sich mittels eines Wirkungsmodells darstellen. Gleichzeitig erlaubt das Wirkungsmodell, die Evaluationsfragen in der Wirkungslogik zu verorten.

Input

Die Inputs bzw. die Grundlagen für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung Asylsuchender sind die entsprechenden Gesetze und Verordnungen. Das Konzept richtet sich zunächst vor allem an die Betreiber von Bundesasylzentren (SEM), an die Betreiber von Kollektivunterkünften (Kantone) und an das BAG. BAG und SEM sind für die Umsetzung der (meisten) Massnahmen verantwortlich (z.B. die Bereitstellung der relevanten Tools, siehe hierfür «Vollzug / Output» unten).

Vollzug / Output

Bund (BAG und SEM) sowie die Kantone übernehmen im Hinblick des Vollzugs folgende Aufgaben:

- SEM und Kantone: Abschliessen von Verträgen und Vereinbarungen mit Leistungserbringern
- BAG in Absprache mit SEM: Ausarbeitung und Bereitstellung von Konzepten und Handbüchern zu Verhütungsmassnahmen, inkl. Ausbruchsmanagement
- BAG in Absprache mit SEM: Ausarbeitung und Bereitstellung von Informationsmaterial
- BAG in Absprache mit SEM: Ausarbeitung Weiterbildungen und Schulungen für Gesundheitsfachpersonen. BAG legt den Inhalt fest. Organisation und Durchführung durch SEM.
- Kantone: Aufsicht über Gesundheitsversorgung in BAZ und KAZ inkl. Ausbruchsmanagement

Die Implementierung der Gesundheitsversorgung selbst erfolgt sodann in den BAZ und KAZ bzw. je nach Bedarf durch die relevanten Akteure und Institutionen des Gesundheitswesens. Zentrale Elemente der Gesundheitsversorgung in den BAZ / KAZ sind:

- Medizinische Eintrittsinformation: Beim Eintritt in die Zentren werden AS über gewisse grundlegende Gesundheitsthemen informiert. Im Fokus liegen hier übertragbare Krankheiten und das Vorgehen bei gesundheitlichen Beschwerden.
- Medizinische Erstkonsultation: Auf freiwilliger Basis erhalten AS bei Eintritt ins Zentrum eine Erstkonsultation. Der Fokus liegt hier auf der Erfassung des Gesundheitszustands und des Impfstatus sowie dem Bedarf nach allfälligen weiteren Abklärungen oder Behandlungen.
- Doppelte Triage: AS sind via KVG versichert. Dabei gilt für sie ein Hausarztmodell. Dies bedeutet, dass sie immer zuerst den Grundversorger aufsuchen müssen, bevor bei Bedarf eine Spezialistin beigezogen wird. Dem Besuch beim Grundversorger vorausgestellt ist in den BAZ / KAZ zudem noch eine erste Triage: Die AS suchen bei gesundheitlichen Beschwerden die Gesundheitsfachstelle auf. Dort entscheiden die Gesundheitsfachpersonen, ob ein Arztbesuch

angezeigt ist. Bagatellbeschwerden, bei denen keine ärztliche Behandlung notwendig ist, werden gleich vor Ort behandelt (bspw. durch die Abgabe nicht rezeptpflichtiger Medikamente wie Paracetamol).

- Führen der medizinischen Dossiers der AS und Übermittlung derselben
- Ausbruchsmanagement (bzgl. übertragbarer Krankheiten) (operative Aspekte)

Involviert in die Gesundheitsversorgung sind in den BAZ und KAZ folgende Organisationen bzw. Personengruppen:

- Zentrumsleitung: trägt die Gesamtverantwortung, inkl. Gesundheitsversorgung (in den BAZ: Sektion Partner & Administration (P&A)⁶)
- Gesundheitsfachstelle/Pflegefachpersonen in den BAZ/KAZ (in den BAZ: «Medic-Help»).
- Ärztliche Grundversorgung: Für die ärztliche Grundversorgung sind Hausärztinnen, Gynäkologinnen und Pädiater zuständig. Je nach Zentrum bestehen Verträge zwischen den Zentren und ausgewählten Ärztinnen und Ärzten. In manchen Zentren werden Asylsuchenden jedoch auch je nach Verfügbarkeit an verschiedene Arztpraxen verwiesen.
- Spezialistinnen / Kliniken: Die Grundversorgung überweisen AS bei Bedarf an Spezialisten oder Kliniken.
- Betreuungspersonen und Sicherheitspersonal: Während Gesundheitsfachpersonen in den BAZ/KAZ nur gewisse Präsenzzeiten haben, sind Betreuungs- und Sicherheitsfachpersonen sehr viel häufiger in den Zentren, teils während 24h pro Tag. Bei Gesundheitsproblemen der AS sind sie zu Randzeiten die Ansprechpersonen.
- Seelsorgerinnen, psychologische Betreuung / Mediatoren: Diese Personengruppen leisten bei Bedarf auch Beiträge zur Gesundheitsversorgung.

Outcome

Die Gesundheitsversorgung soll bei den AS zu folgenden Resultaten bzw. Wirkungen auf der Outcome-Ebene führen:

- Sie kennen und verstehen ihre Rechte und Pflichten im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung.
- Sie schützen sich und andere durch entsprechendes Verhalten vor übertragbaren Krankheiten.
- Sie nutzen bei Bedarf den ihnen zur Verfügung stehenden Zugang zur Gesundheitsversorgung.
- Sie halten sich an Therapievorgaben.

⁶ Die Sektion Partner & Administration (P&A) sind Sektionen des SEM, die für den Bereich Unterbringung (inkl. Gesundheitsversorgung) in der jeweiligen Asylregion verantwortlich sind. Für eine Definition der Asylregionen siehe Fussnote 2.

Bei den Mitarbeitenden in den BAZ/KAZ sollen folgende Wirkungen erzielt werden:

- Sie schützen AS und sich selbst vor übertragbaren Krankheiten. Insbesondere nutzen sie entsprechendes Schutzmaterial.
- Sie kontrollieren / verhindern den Ausbruch von übertragbaren Krankheiten.
- Sie ermöglichen den AS den Zugang zur Gesundheitsversorgung und Impfungen.
- Sie nehmen an relevanten Weiterbildungen teil.

Impact

Ultimativ hat die Gesundheitsversorgung von AS folgende übergeordnete Ziele:

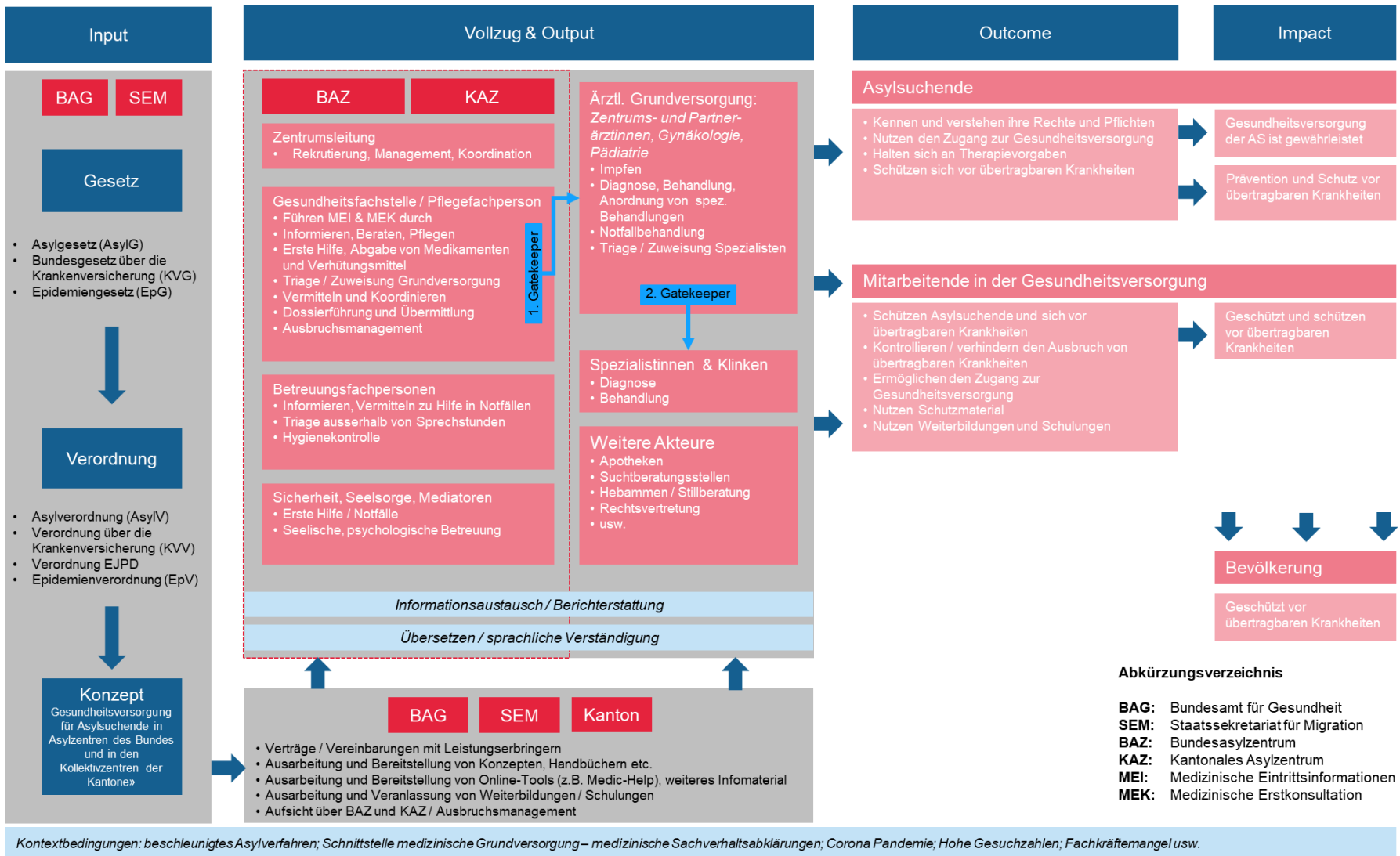
- Die medizinische Behandlung und Pflege von AS sind gewährleistet.
- Sowohl AS wie auch Mitarbeitende von BAZ/KAZ und die Bevölkerung insgesamt sind vor übertragbaren Krankheiten geschützt.

Kontext

Die Beurteilung der Massnahmen, die zur Gesundheitsversorgung der AS beitragen sollen, muss vor dem Hintergrund einer Reihe von Kontextbedingungen betrachtet werden; Kontextbedingungen, die teilweise zum Zeitpunkt des Verfassens des Konzepts nicht in dieser Form antizipiert worden waren.

- Die COVID-19-Pandemie.
- Die Zahl der Schutzsuchenden hat mit dem Ukraine-Krieg deutlich zugenommen. Zudem gab es einen markanten Anstieg der Asylgesuche aus der Türkei und aus Afghanistan. Damit ging eine starke Beanspruchung der BAZ und KAZ einher; die bestehenden Infrastrukturen in den BAZ und KAZ sind teils überlastet bzw. nicht mehr ausreichend.
- Fachkräftemangel: Das Gesundheitswesen ist derzeit wie kaum eine andere Branche mit dem Problem des Fachkräftemangels konfrontiert. In einzelnen Berufen bzw. Disziplinen ist die Situation besonders angespannt, zu nennen sind Pflegefachpersonen, Hausärzte sowie Ärztinnen in den Fachgebieten Psychiatrie und Pädiatrie. Daneben ist auch die Verfügbarkeit von Dolmetschenden (insbesondere für in der Schweiz wenig gesprochene Sprachen) limitiert.
- Schnittstelle medizinische Grundversorgung – Sachverhaltsabklärung: Wie in Kapitel 2.2. ausgeführt, können gemäss AsylG alle Arztberichte für das Asylverfahren beigezogen werden. Dies ist zwar einerseits eine gesetzliche Grundlage; im Hinblick auf die hier zu evaluierenden Massnahmen, wie sie im Konzept festgehalten sind, ist die entsprechende Regelung im AsylG aber eine Kontextbedingung.

Abbildung 2: Wirkungsmodell



2.5 Evaluationsfragen

2.5.1 Fünf Hauptfragen

Der Evaluationsgegenstand der vorliegenden Evaluation ist das oben beschriebene Konzept. Dabei sollen die «Konzeption und Umsetzung der Massnahmen», die im Konzept aufgeführt sind, begutachtet werden. Konkret verfolgt die Evaluation folgende Zielsetzungen:

1. Ermittlung des Stands der Umsetzung der Massnahmen des Konzepts
2. Beurteilung der Zweckmässigkeit der Massnahmen
3. Identifikation erwünschter und allfälliger unerwünschter (Neben-)Wirkungen
4. Identifikation möglicher Einflussfaktoren / relevanter Kontextbedingungen (insb. beschleunigtes Asylverfahren, COVID-19-Pandemie)
5. Identifikation von Optimierungspotential

Die ausformulierten Fragen inkl. Unterfragen sind in Anhang A.1 aufgeführt.

2.5.2 Struktur der Beantwortung der Fragen

Die Evaluation beinhaltet gemäss den Fragestellungen sowohl summative wie auch formative Elemente, wobei der Schwerpunkt gemäss dem Titel der Evaluation auf die formativen Aspekte gelegt wird, also auf die Identifikation und Formulierung von Verbesserungsvorschlägen. Die erste Frage bzw. Zielsetzung der Evaluation adressiert Vollzug und Output. Thema zwei, drei und vier nehmen Bezug zur Wirkung, wobei die Interaktion zwischen Massnahme und Wirkung bei der Fragestellung von besonderem Interesse ist. Die fünfte Fragestellung zielt grundsätzlich auf alle Wirkungsebenen, wobei die Optimierung selbst auf den Inputs- und Vollzugsebenen ansetzen muss. Die Evaluation adressiert alle fünf oben genannten Fragen, die Struktur der Evaluation weicht allerdings etwas von der Reihenfolge der Fragen ab.

Die Evaluationsfragen verwenden den Begriff «Massnahmen». Darunter sind alle «Ziele», «Prinzipien» und weitere Aktivitäten, die im Konzept genannt werden, subsummiert. Das Konzept enthält über 60 so definierte «Massnahmen». Zudem enthält das Konzept eine Liste von 15 ganz konkreten «Aufträgen» (inkludiert man Unteraufträge, dann sind es 19 Aufträge). Insgesamt enthält das Konzept damit rund 80 «Massnahmen» und «Aufträge». Bei der Beantwortung der Evaluationsfragen gehen wir sodann wie folgt vor:

- Bei den Aufträgen zeigen wir auf, ob diese umgesetzt worden sind.
- Bei den breiter gefassten Massnahmen identifizieren wir die besonders bedeutsamen Massnahmen («zentrale Massnahmen») und strukturieren sie gemäss Kapitel 3.3 im Konzept. Für diese zentralen Massnahmen untersuchen wir jeweils die für das entsprechende Thema relevantesten Evaluationsfragen inklusive Fragen zu Zweckmässigkeit und Wirkung.

Bei der Beantwortung der Evaluationsfragen wurden folgende Untersuchungsmethoden eingesetzt:

- Auswertung von Dokumenten
- Auswertung bestehender Daten

- Total 55 Fachgespräche: Ein zentrales Element der Evaluation waren dabei Besuche von drei BAZ und vier KAZ, in denen ein grosser Teil der Fachgespräche durchgeführt wurden. Ergänzend befragt wurden Vertreterinnen der Stakeholdergruppen Pflegefachpersonen, Partnerärztinnen / Hausärzte, weitere Fachärztinnen, Psychotherapeuten, Betreuungsfachpersonen, Sicherheitsfachpersonen, Zentrumsleitende, Vertreterinnen des SEM, Vertreter des BAG, kantonale Asylkoordinatorinnen, Seelsorger, Rechtsvertreterinnen, Sozialpädagoginnen und eine Vertreterin der Plattform ZiAB (Plattform «Zivilgesellschaft in Asyl-Bundeszentren»).⁷
- Im Rahmen der Zentrumsbesuche wurden zusätzlich elf Interviews mit AS geführt.
- Onlinebefragung bei Zentrumsleitungen der KAZ, Vertreter der Sektionen P&A der sechs Asylregionen, Pflegefachpersonen in BAZ/KAZ, kantonale Asylkoordinatoren und Kantonsärztinnen (Zahl der angefragten Personen und Rücklauf siehe Tabelle 1 unten). Zeitraum der Durchführung: Oktober-Dezember 2022.
- Zwei Fokusgruppengespräche mit Vertretungen von BAZ und KAZ
- Sitzungen mit Vertretungen der Begleitgruppe und Steuergruppe der Evaluation

Tabelle 1: Übersicht Versand und Rücklauf Onlinebefragung

Stakeholdergruppe	Zur Teilnahme eingeladen	Rücklauf absolut	Rücklauf in Prozent
BAZ Sektionen P&A	6*	6	100%
KAZ-Zentrumsleitungen	81**	28	35%
Pflegefachpersonen BAZ	100	53	53%
Pflegefachpersonen KAZ (direkt angeschrieben)	21	14	67%
Pflegefachpersonen KAZ offene Einladung		5	
Kantonale Asylkoordinatoren	26	18	69%
Kantonsärztinnen	26	20	77%

(*): Leiten insgesamt 26 BAZ

(**): Leiten insgesamt 163 KAZ

Wir gehen davon aus, dass bei der Erhebung lediglich ein kleiner Anteil der Pflegefachpersonen in den KAZ erreicht wurde. Somit der Rücklauf dieser Stakeholder mit Vorsicht zu interpretieren.

In Anhang A.1 sind die Methoden (insbesondere die Befragungen) detailliert beschrieben.

2.6 Quantitative vs. qualitative Ansätze

Die Erhebung kombiniert quantitative und qualitative Methoden. Um quantitative Auswertungen möglich zu machen, wurden in den Onlinebefragungen zahlreiche geschlossene Fragen einer möglichst grossen Zahl von Stakeholdern gestellt. Auch in den Interviews wurden Fragen so gestellt, dass sich die Antworten quantitativ auswerten lassen. Wo immer möglich beziehen wir uns bei unserer Analyse auf Antworten, die von mehreren Interviewpersonen gegeben wurden, so dass eine möglichst grosse Objektivität der Aussagen gewährleistet ist.

⁷ Eine Liste der Interviewpersonen nach Funktion und zugehörige Institution befindet sich im Anhang A.4

Gleichzeitig aber beinhaltet die Erhebung bzw. die Auswertung derselben auch gewisse qualitative Aspekte. So sind die Interviews zwar durch einen strukturierten Fragenbogen geleitet. Gleichzeitig aber erlaubt es das persönliche Gespräch, dass zusätzliche Informationen aufgenommen werden. Und auch die Onlinebefragung beinhaltet offene Antwortfelder. Beides, das persönliche Gespräch wie auch die offenen Antwortfelder in der Onlinebefragung führen dazu, dass Einzelmeinungen bzw. nur von einer Person genannte Informationen zur Verfügung stehen. Dabei können von den Befragten Themen aufgebracht werden, nach denen wir gar nicht gefragt hatten. Teilweise war es möglich, interessante zusätzliche Themen in nachfolgenden Interviews auch abzufragen, um so eine solidere empirische Basis zu schaffen. Insbesondere gegen Ende der Feldphase war eine solche Validierung dann aber teils nicht mehr möglich. Dennoch werden solche zusätzlichen Aspekte in Einzelfällen in die Evaluation aufgenommen, wobei jeweils offengelegt wird, wenn die Information nur von einer einzelnen Person stammt.

2.7 Grenzen der Untersuchung

Das Thema der Gesundheitsversorgung von AS ist sehr weit, es sind zahlreiche Akteure involviert und die Evaluationsfragen decken eine breite Palette von Themen und Fragen ab. Nicht alle denkbaren Fragen konnten im Rahmen der Evaluation adressiert werden und manche Frage konnte zwar angesprochen, aber nicht vertieft analysiert werden. Der Schwerpunkt der Evaluation liegt dabei auf den Ebenen Input, Vollzug und Output und weniger auf Outcome und Impact. Weiter ist anzumerken, dass eine Adressierung von Gender und vulnerablen Gruppen punktuell und wo besonders relevant vorgenommen wurde, aber kein Schwerpunkt der vorliegenden Evaluation war, zumal die Situation von Flüchtlingsfrauen in einer früheren Studie spezifisch untersucht wurde (siehe Amacker, M., Büchler, T., Efonyai-Mäder, D., Egenter, J., Fehlmann, J., Funke, S. und Hausammann, C. V. , 2019).

Im Hinblick auf die Daten- und Informationserhebung konnten nicht alle involvierten Gruppen in gleicher Breite befragt werden. So wurden z.B. Betreuende zwar in Fachgesprächen einbezogen, nicht aber in der breiter abgestützten Online-Befragung. Zu betonen ist ferner: Die Untersuchung bezieht sich ausschliesslich auf in BAZ und KAZ untergebrachte AS (Aufenthaltsstatus N), nicht auf die Gesundheitsversorgung von AS, die in Privatunterkünften untergebracht sind.

3. Stand der Umsetzung der Aufträge

3.1 Umsetzung in den BAZ

Insgesamt enthält das Konzept 15 Aufträge, wenn man die «Unteraufträge» als einzelne Aufträge zählt sind es 19 Aufträge. Ein substantieller Teil der Aufträge bezieht sich auf Dokumente und Konzepte, die erstellt werden sollten. Die heute zur Verfügung stehenden Handbücher und Tools stellen damit eine Umsetzung der Aufträge dar. Die Handbücher und Tools, auf die wir hier Bezug nehmen, gelten für die BAZ, entsprechend wurden die Aufträge für die BAZ umgesetzt. Tabelle 2 gibt an, ob (und durch welche Arbeiten) die Aufträge umgesetzt wurden.

Tabelle 2: Für BAZ implementierte Aufträge aus dem Konzept

Nr.	Auftrag	HG	HZ	BE-KO	w.D.	n.i.
1a	Anpassung Personalressourcen betreffend Pflegefachpersonen			X		
1b	Anpassung des medizinischen Leitfadens (Anpassung der Abläufe Eintrittskonsultation, Erstkonsultation, Dokumentation, Formulare zur Überweisung) und Erstellen eines Ablaufschemas für medizinische Abklärungen)		X			
2	Anpassung der vorhandenen Standards und Arbeitsanweisungen in den kantonalen Kollektivunterkünften				N	
3	Erarbeiten eines Informationskonzeptes und Bereitstellung der notwendigen Informationsmaterialien einschliesslich der Informationsmaterialien für die medizinische Eintrittsinformation				A	
4	Erstellen des Fragenkataloges für Erstkonsultation				B	
5	Anpassen der Stellenbeschriebe der Pflegefachpersonen			X		
6	Vorlagen Kollaborationsverträge				C	
7	Impfkonzept Asylzentren	(X)				(X)
8	Erarbeitung von Hygienestandards für die Asylzentren		X	X		
9	Erarbeitung der Richtlinien für die häufigsten Ausbrüche von Infektionskrankheiten	X				
10a	In jedem Zentrum muss ein Arzt oder Apotheker die fachtechnische Verantwortung für die Apotheke übernehmen, Beschaffungssituation überprüfen		X	X	D	
10b	Erstellung von Anwendungsstandards für nicht verschreibungspflichtige Medikamente				D	
11	Prüfung der Vollständigkeit der «Adressliste Kantone für Zuweisungsfaxe gemäss Weisung Verteilung» und Klärung der Adressen für Secure-Mail					X
12a	Schulungsmoduls Übertragbare Krankheiten im Asylbereich				E	
12b	Entwicklung Weiterbildungsmodul für transkulturelle Kompetenzen im Gesundheitsbereich				E	
12c	Aufbau Wissensplattform für medizinische Fachpersonen im Asylbereich: Klären der Verantwortlichkeiten, allenfalls Bildung neuer Arbeitsgruppe					X
13	Überprüfen der Einwilligungserklärung im Rahmen des Asylverfahrens hinsichtlich rechtlicher Situation				F	
14	Bildung einer Fachgruppe				G	
15	Aufsetzen des CIRS (Meldeformular), Meldewege, Fachgruppe, Schulung, Anpassung EQS					X

Legende: HG: «Handbuch Gesundheitspersonal», HZ: «Handbuch Zugang», w.D.: weitere Dokumente, n.i.: nicht implementiert.

N: Nicht bekannt (einzelne Kantone haben eigene Konzepte entwickelt, im Rahmen der Evaluation wurden aber keine vollständige Übersicht über diese Konzepte erarbeitet); A: Webseite medic-help.ch / Kommunikationskonzept Weissgrund; B: Webseite mmcheck.ch; C: Vorlagen Vereinbarung Ärzte / Apotheken; D: Leitfaden Umgang mit Heilmitteln in den BAZ; E: Unterlagen BAG-Schulungsmodulare; F: Rechtsgutachten Prof. Rüttsche; G: Protokolle der Begleitgruppensitzungen Gesundheit Asyl / Arbeitsgruppe Impfen

Ein «X» in den Spalten 3-5 zeigt auf, dass die Umsetzung durch entsprechende Konkretisierung in den zentralen Dokumenten erfolgt ist (Handbücher und BEKO), wenn die Umsetzung in anderen Dokumenten erfolgt ist, dann ist dies in der Spalte «w.D.» (weitere Dokumente) vermerkt, wobei die Buchstaben jeweils auf einzelne Dokumente verweisen, die in der Legende genannt sind. Insgesamt zeigt die Tabelle: Von den total 19 Aufträgen wurden 15 umgesetzt.

Nicht oder vermutlich nicht umgesetzt wurden 4 Aufträge. Dies sind:

- *Auftrag 7: «Impfkonzept Asylzentren»:* Wenn das genannte Impfkonzept als Bestandteil des «Handbuchs für Gesundheitspersonal» gilt, so kann der Auftrag als erfüllt betrachtet werden. Gemäss Aussagen des BAG und des SEM bedarf es jedoch eines umfassenderen Impfkonzepts, das bspw. auch die Logistik und Prozesse für grössere Impfkationen festlegt. Somit kann der Auftrag – je nach Interpretation – auch als noch nicht umgesetzt bezeichnet werden.
- *Auftrag 11: «Prüfung der Vollständigkeit der «Adressliste Kantone für Zuweisungsfaxe gemäss Weisung Verteilung» und «Klärung der Adressen für Secure-Mail»:* Das Evaluations-team konnten nicht eruieren, ob eine solche Prüfung stattgefunden hat. In den Fokusgruppen-gesprächen wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die medizinischen Dossiers teils ohne Secure-Mail (also unverschlüsselt) versandt werden. Der Grund dafür sei, dass die E-Mail-Adressen der kantonalen Stelle teilweise nicht stimmen. Hieraus muss gefolgert werden, dass die Prüfung nicht oder nicht häufig durchgeführt wird.
- *Auftrag 12c «Aufbau Wissensplattform für medizinische Fachpersonen im Asylbereich»:* Die Plattform existiert (noch) nicht. Gemäss Aussage des BAG wurde deren Erstellung vorläufig auf Eis gelegt. Auf Wunsch des BAG wurde in der Onlinebefragung der Pflegefachpersonen explizit gefragt, ob sie sich eine solche Plattform wünschen würden. In der Tat ist dies bei einer grossen Mehrheit der antwortenden Pflegefachpersonen der Fall: 14 von 15 Pflegefachpersonen in den KAZ und 42 von 49 Pflegefachpersonen in den BAZ wünschen sich eine Plattform.
- *Auftrag 15 «Aufsetzen des CIRS (Meldeformular), Meldewege, Fachgruppe, Schulung, Anpassung EQS»:* Dieser Auftrag wurde noch nicht implementiert. Gründe hierfür sind dem Evaluationsteam nicht bekannt. In der Evaluation wurden hierzu keine spezifischen Fragen gestellt, eine Interviewperson regte allerdings an, dass ein anonymes Meldesystem (engl.: Critical Incident Reporting System CIRS) in den BAZ eingeführt wird.

3.2 Umsetzung in den KAZ

Für die KAZ sind die in der Tabelle genannten Dokumente nicht generell bindend und es gibt keine Übersicht, ob und inwieweit in den Kantonen und in den über 100 KAZ Aktivitäten bestehen, die einer Erfüllung der «Aufträge» gleichzusetzen wären. Es hätte den Auftrag gesprengt, den Kantonen und KAZ Fragen zu allen im Konzept genannten Aufträgen und Massnahmen zu stellen. Vielmehr haben wir die KAZ-Zentrumsleitenden gefragt, ob sie das Konzept kennen und nutzen. Das Ergebnis (s. Abbildung 3) zeigt, dass lediglich eine Minderheit dieser Personengruppe das Konzept nutzt. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die in den Kantonen erarbeiteten Grundlagen gewisse Elemente aus dem Konzept beinhalten. 74% der Befragten nutzen Konzepte des jeweiligen Kantons, 58% verwenden zentrumseigene Konzepte, 52% Konzepte der Leistungserbringerorganisation. Bzgl. der in den KAZ beschäftigten Pflegefachpersonen ist festzuhalten: rund 50% nutzen das Konzept und das «Handbuch Gesundheitspersonal».

Abbildung 3: Bekanntheit und Nutzung des Konzepts & Handbuchs in den KAZ



Quelle: Onlinebefragung der Zentrumsleitenden und der Pflegefachpersonen in den KAZ
 Welche der nachfolgenden Dokumente sind Ihnen bekannt und welche nutzen Sie? [KAZ-Zentrumsleitung: n = 44, inkl. 15 k.A./ Pflegefachpersonen: n = 19 inkl. 3 k.A.]

4. Zentrale Massnahmen: Umsetzung, Zweckmässigkeit und Wirkung

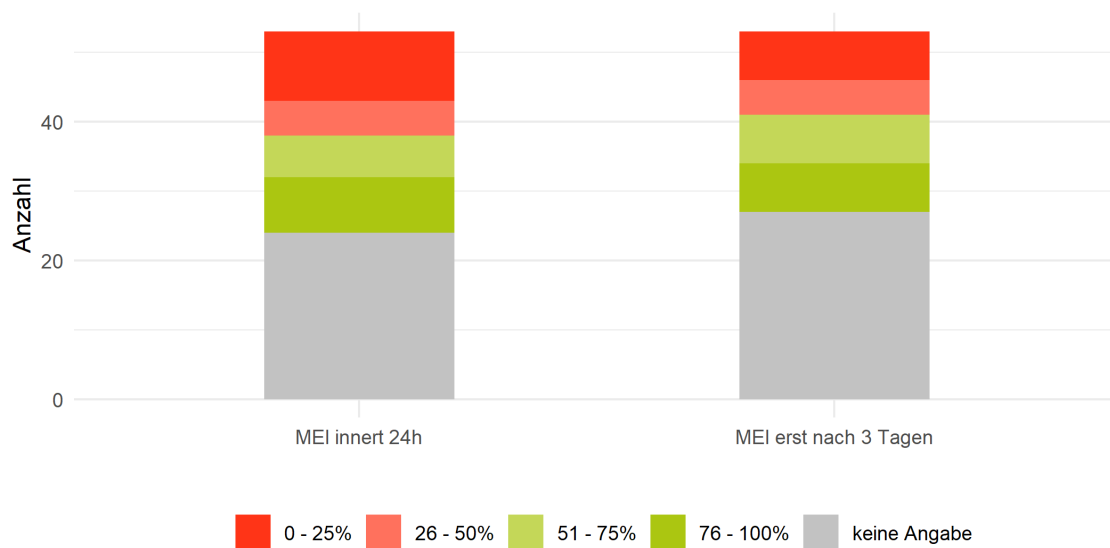
4.1 Medizinische Eintrittsinformation (MEI)

In medizinischen Eintrittsinformationen sollen AS über zentrale Fragen zum Thema Gesundheit informiert werden. Wichtige Elemente sind dabei die Sensibilisierung im Hinblick auf übertragbare Krankheiten und Instruktionen zum Vorgehen bei gesundheitlichen Beschwerden. Das Konzept hält bzgl. der MEI fest: «Die medizinische Eintrittsinformation muss derart ausgestaltet sein, dass die Durchführbarkeit innerhalb von maximal drei Tagen nach Eintritt in das definitiv zugewiesene Zentrum auch gewährleistet werden kann, wenn gleichzeitig eine grosse Zahl von Asylsuchenden neu eintrifft».

4.1.1 Umsetzung

In den BAZ wird die MEI heute computerbasiert durchgeführt, wobei die Informationen in 38 Sprachen zur Verfügung stehen (s. www.medic-help.ch)⁸. Ergänzend zur computergeführten Informationsbereitstellung informieren Mitarbeitende der BAZ die AS auch mündlich (Quelle: Fachgespräche). Unterschiede bestehen aber im Zeitpunkt der Information. In manchen BAZ finden die MEI bereits in den ersten 24 Stunden nach Eintritt statt, in anderen dauert es mehr als drei Tage, bis die AS die entsprechenden Informationen erhalten (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Durchführung der medizinischen Eintrittsinformationen in den BAZ



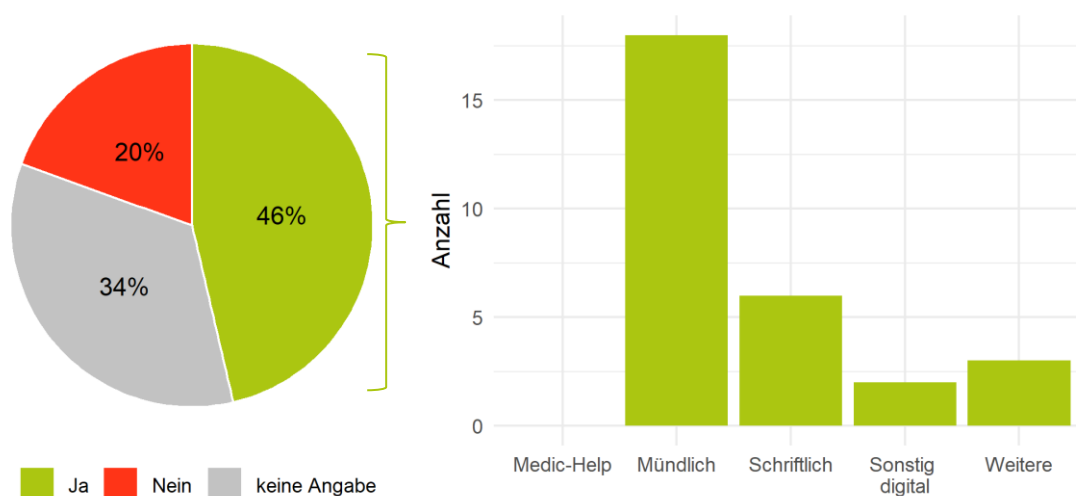
Quelle: Onlinebefragung der Pflegefachpersonen in den BAZ

Bei welchem Anteil der Fälle wurde die medizinischen Eintrittsinformationen innert der ersten 24 Stunden bzw. innert den ersten 3 Tagen nach Eintritt durchgeführt? [n = 53, inkl. 24 resp. 27 k.A.]. Anzumerken ist: Viele der Befragten haben angegeben, dass sie zu wenig lang im BAZ arbeiten, um diese Frage beantworten zu können (daher die vielen «keine Angaben»). Die Abbildung ist wie folgt zu lesen (am Beispiel der ersten Säule): 24 Personen (grauer Balkenabschnitt) machen keine Angabe (das heisst: Sie wissen nicht, wie viele AS innerhalb von 24h MEI erhalten), 8 Personen (dunkelgrüner Balkenabschnitt) sagen, dass 76-100% der AS innerhalb von 24h ein MEI erhalten, 6 Personen (hellgrüner Balkenabschnitt) sagen, dass 51-75% der AS innerhalb von 24h ein MEI erhalten etc.

In den KAZ ist die Situation heterogener. So geben manche KAZ medizinische Eintrittsinformationen ab, andere nicht. Auch die Art der Informationsbereitstellung differiert zwischen den KAZ. In den allermeisten KAZ werden die relevanten Informationen mündlich kommuniziert.

⁸ In den BAZoV werden grundsätzlich keine MEI durchgeführt, da alle AS, die in BAZoV sind, zuvor in BAZmV waren – und dort eine MEI erhalten haben.

Abbildung 5: Medizinische Eintrittsinformationen in den KAZ



Quelle: Onlinebefragung der Zentrumsleitenden und der Pflegepersonen in den KAZ
 Werden Asylsuchende beim Eintritt über Gesundheitsthemen (übertragbare Krankheiten und Ansprechpersonen) in der Regel informiert? [n = 41, inkl. 14 k.A. / Anteile der Zentren mit bzw. ohne medizinische Eintrittsinformationen]
 [Wenn ja:] Wie werden sie informiert? [n = 29 / Anzahl Zentren nach Art der Informationsvermittlung (Mehrfachantworten waren möglich)]

4.1.2 Zweckmässigkeit und Wirkung

Die für die MEI zur Verfügung stehenden Online-Tools sind gemäss den dem Evaluationsteam vorliegenden Informationen und der erreichten Wirkung (s. Tabelle 4) insgesamt zweckmässig. Hervorzuheben sind die zahlreichen Sprachen, in denen die Informationen zur Verfügung gestellt werden. Von der Kommunikationsagentur Weissgrund durchgeführte Nutzungsanalysen⁹ der MEI zeigen, dass die AS auf einzelnen Seiten länger verweilen. Daraus schliesst Weissgrund, dass die MEI die Bedürfnisse der Asylsuchenden gut abdecken. Weiter steigt gemäss Weissgrund die Zahl der direkten Zugriffe auf die Webseite (anstatt via Suchmaschine); dies wertet die Kommunikationsfirma als ein Indiz dafür, dass die Seite gezielt besucht werde und ihren Zweck erfülle. Auch die im Rahmen der vorliegenden Evaluation interviewten Fachpersonen attestieren den bestehenden Tools einen hohen Grad an Zweckmässigkeit. Erwähnt wurde u.a., dass durch die MEI die Impfbereitschaft bei den AS gestiegen sei (zwei Aussagen).

Kontrovers beurteilt wird unter den relevanten Stakeholdern die Frage, ob der Zeitpunkt der Durchführung der MEI (wenn möglich innerhalb von 24 Stunden, spätestens aber drei Tage nach Eintritt in ein BAZ), zielführend ist (s. Tabelle 3).

⁹ Nutzungsanalysen Medic-Help (Weissgrund, 2020 & 2022)

Tabelle 3: Zeitpunkt der medizinischen Eintrittsinformationen

	Zeitpunkt MEI
zu früh	15%
zu spät	10%
passend	76%

Quelle: Befragung der Pflegefachpersonen in den BAZ
Wie beurteilen Sie generell den Zeitpunkt für die medizinischen Eintrittsinformationen? [n = 53, inkl. 11 keine Angabe (k.A.)]

Die Mehrheit der Stakeholder erachtet die jetzige Regelung als adäquat. Diejenigen, die den Zeitpunkt der Durchführung der MEI als zu früh erachten, verweisen auf die Problematik des «Relokationssyndroms»: In den ersten drei Tagen nach Eintritt in das Zentrum seien AS aufgrund ihrer psychischen Verfassung oftmals nicht in der Lage, die Informationen der MEI aufzunehmen.

Das ultimative Ziel der MEI ist, dass AS über zentrale Themen bzgl. der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung informiert sind. In der im Rahmen der Evaluation durchgeführten Online-Erhebung wurde daher abgefragt, wie die verschiedenen relevanten Stakeholder die Informiertheit der AS einschätzen. Dabei wurde bewusst nicht explizit gefragt, inwieweit dies auf die MEI zurückzuführen ist, sondern der Fokus wurde auf den schlussendlich relevanten Kenntnisstand der AS gelegt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Informiertheit der Asylsuchenden

	Übertragbare Krankheiten	Impfungen	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Beschwerden	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Notfällen	Anzahl k.A.
BAZ Sektionen P&A	4.0	4.6	5.2	5.0	0, 0, 0, 0
BAZ Pflegefachpersonen	3.2	3.8	4.7	4.8	2, 3, 0, 1
KAZ-Zentrumsleitung	4.0	4.5	5.4	5.2	20, 20, 24, 25
KAZ Pflegefachpersonen	2.9	3.5	5.1	5.1	3, 3, 3, 3

Quelle: Befragung der BAZ und KAZ
Sind Asylsuchende Ihrer Einschätzung nach ausreichend informiert über...? [1; überhaupt nicht ausreichend informiert – 6; absolut ausreichend informiert, BAZ P&A: n = 26 / BAZ Pflege: n = 53 / KAZ-Zentrumsleitung: n = 41 / KAZ Pflege: n = 19, Anzahl k.A. kommasetrennt nach Spalte]. Angegeben sind die Mittelwerte der gegebenen Antworten.

Gemäss den Zentrumsleitenden wie auch den Pflegefachpersonen sind die AS im Schnitt ausreichend über die Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Beschwerden und Notfällen informiert. Weniger gut informiert sind sie bzgl. Impfungen und übertragbare Krankheiten. Die Leitenden

(KAZ-Zentrumsleitung und Sektionen P&A) bewerten die Informiertheit der AS jeweils etwas besser als die Pflegefachpersonen. Berücksichtigt werden muss bei der Interpretation der Ergebnisse, dass für die MEI nur relativ wenig Zeit zur Verfügung steht, also keine umfassende Information über Gesundheitsthemen möglich ist.

4.2 Medizinische Erstkonsultation (MEK)

Ergänzend zur MEI werden in allen BAZ medizinische Erstkonsultationen (MEK) angeboten.

Im Konzept steht: «Ziele der Erstkonsultation sind die systematische Erfassung und Dokumentation des Gesundheitszustandes und des Impfstatus des Asylsuchenden und die Triage und Zuweisung zum Zentrumsarzt bei dringenden und akuten Gesundheitsproblemen, bei Verdacht auf eine übertragbare Krankheit und zur Durchführung der Impfungen.»

4.2.1 Umsetzung

Analog zur MEI wird auch die MEK digital und fragebogenbasiert durchgeführt und von einer Pflegefachperson begleitet. Die MEI dient einer ersten Anamnese und ist in 33 Sprachen abrufbar (s. www.mmcheck.ch). Zur Verfügung steht ein allgemeiner Fragebogen, der den somatischen Gesundheitszustand, mögliche Ansteckungen bzw. Ansteckungsrisiken sowie den Impfstatus und die allfällige Impfbereitschaft der AS eruieren soll. Nach Ausfüllen des Fragebogens durch die AS muss die Pflegefachperson eine Einschätzung zum allgemeinen Gesundheitszustand der AS abgeben, besondere Bedürfnisse oder Spezialfälle melden und falls nötig eine Zuweisung zur Zentrumsärztin bzw. zum Zentrumsarzt in die Wege leiten. Die Befragungsergebnisse weisen einen TB-Score (Kennzahl zum Risiko einer Tuberkuloseinfektion) sowie den Body-Mass-Index (BMI) aus. Zusätzlich kann auch das «Präscreening Psy» durchgeführt werden: Zweck dieses Fragebogens ist die Früherkennung von allfälligen traumatischen Belastungen, so dass die Bedürfnisse solcher Personen berücksichtigt werden können.

Im Gegensatz zur MEI ist die MEK freiwillig, wobei die AS ermutigt werden, daran teilzunehmen. Gemäss den Einschätzungen der Pflegefachpersonen in den BAZ (Onlinebefragung der Pflegefachpersonen in den BAZ) nehmen rund 75% der AS an einer MEK teil. Damit wird der im «Handbuch Zugang» (S. 15) genannte Zielwert von 80% knapp nicht erreicht.

Bei den KAZ ist die Situation wiederum weniger einheitlich: Rund 60% der KAZ bieten gemäss unserer Online-Erhebung eine MEK an, die Abläufe sind nur teilweise standardisiert (s. Abbildung 6).

In den vom Evaluationsteam besuchten KAZ ist das Vorgehen unterschiedlich. Je nach KAZ ist die MEK wie folgt geregelt:

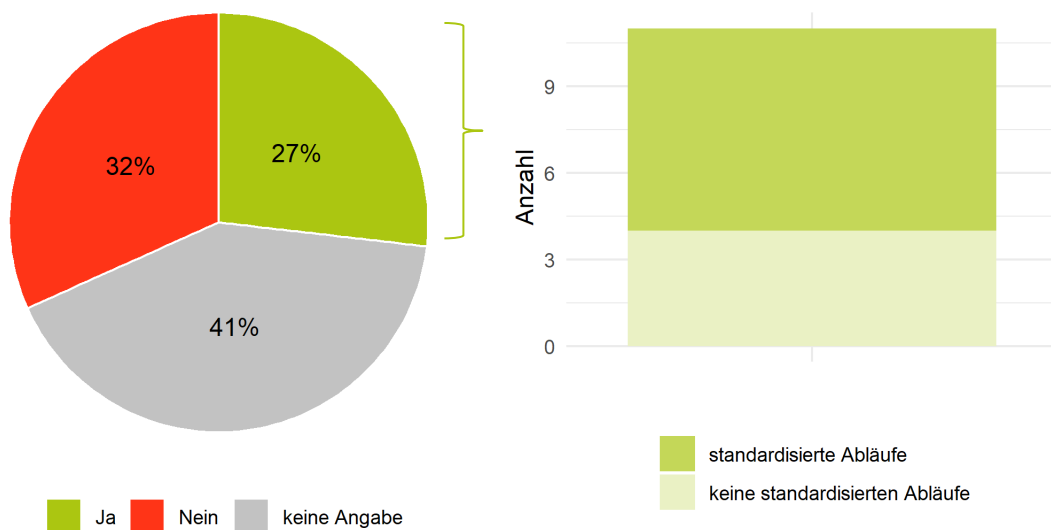
- Die ankommenden AS werden nach ihrem generellen Befinden und Gesundheitszustand befragt. Einen standardisierten Ablauf haben diese KAZ lediglich bei der Abklärung nach Impfungen (Liste BAG).
- Die Pflegefachpersonen begutachten die Dossiers der ankommenden AS. Wenn sie einen Anamnesebedarf feststellen, leiten sie diese Information den Betreuungspersonen weiter. Die

Betreuungspersonen führen dann ein Eintrittsgespräch mit den AS und bieten diese, je nach Rückmeldung der Pflegefachpersonen, zur Sprechstunde auf.

- Die ankommenden AS durchlaufen ein standardisiertes Verfahren. Im Kanton Waadt wird eine «Gesundheitsprüfung» von rund 1-1,5-stündiger Dauer (derzeit etwas weniger) durchgeführt.

Drei der vier besuchten KAZ erwähnen, dass die Erstkonsultation wichtig sei, um Vertrauen der (künftigen) Bewohnenden zum Pflegepersonal aufzubauen. Dies habe eine nachhaltige Wirkung, da AS in der Folge bei gesundheitlichen Problemen weniger Hemmungen hätten, das Pflegefachpersonal aufzusuchen.

Abbildung 6: Implementation Erstkonsultationen in den KAZ



Quelle: Onlinebefragung der Zentrumsleitenden und der Pflegefachpersonen in den KAZ, eigene Auswertung
Durchlaufen Asylsuchende in der Regel beim Eintritt in das Zentrum eine Erstkonsultation zur Feststellung des Gesundheitszustands? [n = 41, inkl. 17 k.A.]
 [Wenn ja:] *Besteht hierbei ein standardisierter Ablauf (bspw. Fragebogen)?* [n = 11]

4.2.2 Zweckmässigkeit und Wirkung

Gemäss Onlinebefragung der Pflegefachpersonen in den BAZ nehmen rund 75% der AS an einer MEK teil und die MEK geniesst laut Aussagen von Gesprächspartnern in den BAZ bei den AS eine hohe Akzeptanz. Insgesamt erfüllt die MEK den Zweck, den somatischen Gesundheitszustand, mögliche Ansteckungen bzw. Ansteckungsrisiken sowie den Impfstatus und allfällige Impfbereitschaft der AS zu eruieren. Kritisch wird seitens einzelner Stakeholder angemerkt, dass innerhalb der kurzen Untersuchungsdauer keinesfalls eine vollständige Anamnese möglich sei. Zu wenig Fokus werde auf psychiatrische Probleme gelegt.

Die zur MEI gemachten Anmerkungen im Hinblick auf den Zeitpunkt gelten mindestens teilweise auch bzgl. der MEK: Für manche AS ist die MEK kurz nach ihrem Eintritt in ein Zentrum zu früh.

Andererseits aber ist es offensichtlich wichtig, dass gewisse Informationen zum Gesundheitszustand der AS möglichst rasch gewonnen werden, insbesondere im Hinblick auf übertragbare Krankheiten. Vor diesen Hintergrund erscheint der jetzige Zeitpunkt der MEK zielführend¹⁰.

4.3 Individualmedizin / Zugang zur Gesundheitsversorgung

Konzept: «Der Zugang zur medizinischen Grundversorgung, d. h. zu den Leistungen gemäss obligatorischer Krankenpflegeversicherung, ist allen Gesuchstellern in den Zentren sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonsebene gewährleistet».

Zentrale Elemente des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sind dabei a) die Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen und b) der Zugang zu Ärztinnen und Ärzten. Zudem beeinflusst die Schnittstelle medizinische Grundversorgung / medizinische Sachverhaltsabklärung die Gesundheitsversorgung.

4.3.1 Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen

Umsetzung

Konzept: «Die Pflegefachpersonen sind grundsätzlich die ersten Ansprechpersonen für die Asylsuchenden bei gesundheitlichen Problemen in den Zentren, sei es im Rahmen der Erstkonsultation oder zu irgendeinem Zeitpunkt während dem Aufenthalt im Rahmen der Individualmedizin.»

In den Kollektivzentren angestellte Pflegefachpersonen spielen gemäss Konzept eine zentrale Rolle beim Zugang der AS zur Individualmedizin. Folglich ist im Hinblick auf die Umsetzung des Konzepts die Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen von zentraler Bedeutung.

Pflegefachpersonen in den BAZ

Abbildung 7 zeigt auf, wie viele Pflegefachpersonen (in Vollzeitäquivalente FTE¹¹) in den verschiedenen BAZ im November 2022¹² arbeiteten. Da in den BAZ unterschiedlich viele AS untergebracht sind, muss dabei auch die Zahl der Bewohnenden berücksichtigt werden. Das Diagramm zeigt daher für jedes BAZ die Zahl der Bewohnenden, die Zahl der FTE und durch das Verorten im Achsendiagramm das Verhältnis der beiden Kennzahlen auf. Vier BAZ haben keine angestellten Pflegefachpersonen. In einem BAZ sind keine Stellenprozente bei den Pflegefachpersonen vorgesehen¹³ und somit auch keine vorhanden (SOLL: 0 / IST: 0). Bei den weiteren drei BAZ sind die gesprochenen Stellen der Pflegefachpersonen nicht besetzt. Der Bedarf wird gemäss Reporting der Leistungserbringer über Temporärbüros oder den Pflegefachpersonen anderer BAZ abgedeckt. In weiteren BAZ, bei denen die gesprochenen Stellen nur teilweise besetzt werden können,

¹⁰ Ein medizinischer Experte aus der Begleitgruppe der Evaluation empfiehlt, mehrere MEKs zu verschiedenen Zeitpunkten durchzuführen (z.B. einmal im BAZ und einmal im KAZ), so dass Krankheiten, die sich spät nach der Infektion manifestieren, besser erkannt werden.

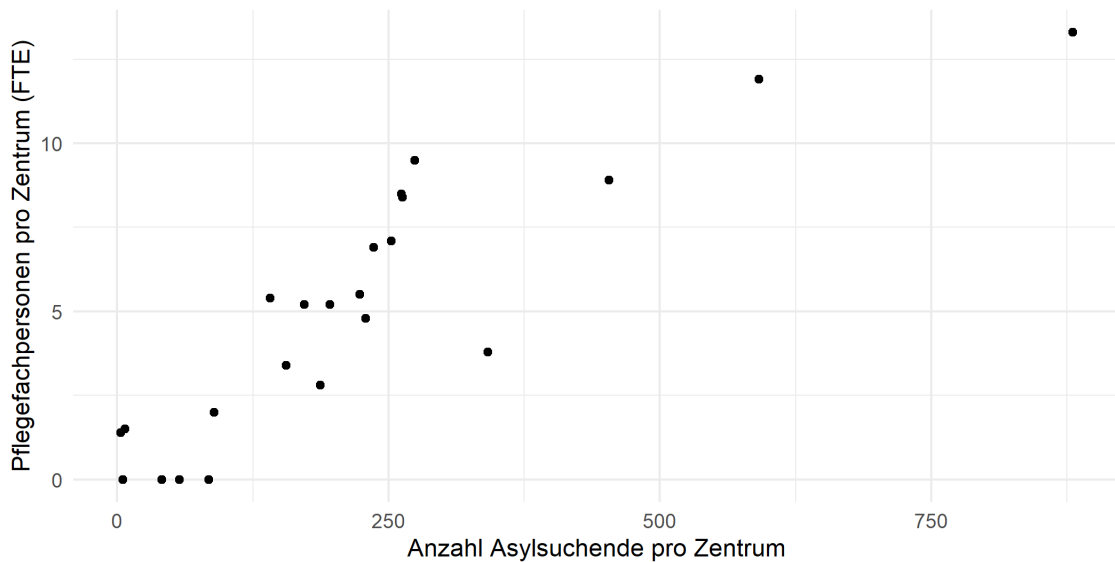
¹¹ FTE für full time equivalent.

¹² FTE-Angaben der Leistungserbringerorganisationen gemäss Stand 04.11.2022

¹³ Dies ist im BAZ im Flughafen Genf der Fall, das eine Sondersituation darstellt.

wird ebenfalls auf Temporärmitarbeitende zurückgegriffen. Das Diagramm zeigt: einerseits erhöht sich grundsätzlich die Zahl der Pflegefachpersonen in den BAZ mit der Zahl der dort untergebrachten AS. Andererseits aber bestehen zwischen BAZ mit vergleichbar vielen AS auch grosse Unterschiede. Bei BAZ mit rund 250 AS gibt es solche, die 5 FTE Pflegefachpersonen angestellt haben und solche mit 10 FTE Pflegefachpersonen.

Abbildung 7: Gesundheitspersonal im Verhältnis zur Belegung in den BAZ



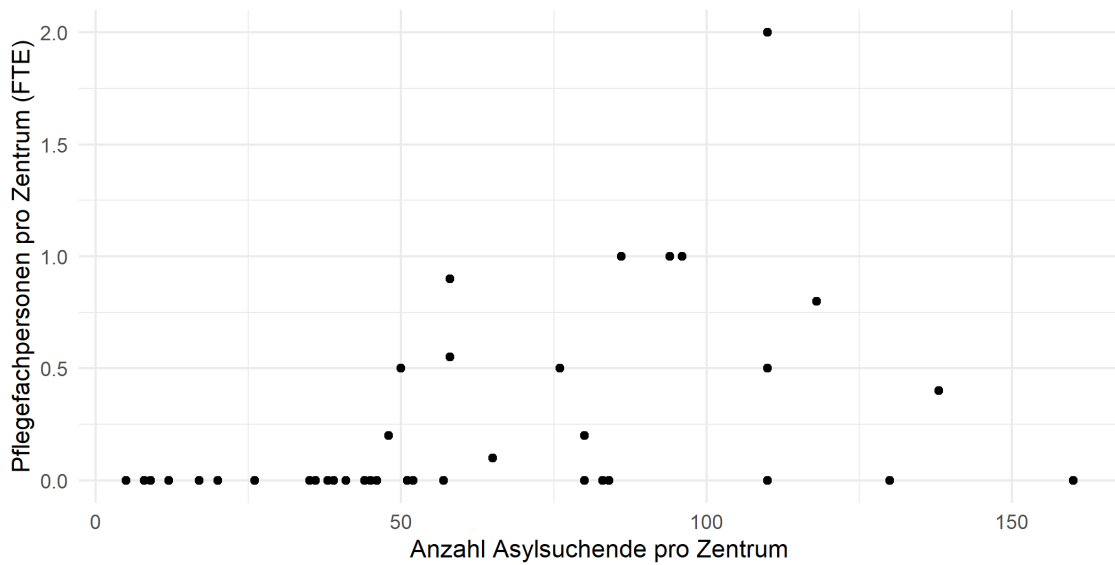
Quelle: Reporting SEM/Leistungserbringer Betreuung, eigene Auswertung
 Angaben zur Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner und den FTE der Mitarbeitenden nach Funktion und Zentrum
 (Stand 04.11.2022) [n=25]

Pflegefachpersonen in den KAZ

Rund zwei Drittel der untersuchten KAZ beschäftigen keine Pflegefachpersonen (Quelle: Onlinebefragung)¹⁴. Bemerkenswert ist, dass in gewissen Zentren eine relativ geringe Anzahl an FTE bei den Pflegefachpersonen mit einer relativ hohen Zahl an Bewohnenden einhergeht. In diesen Fällen ist neben den Pflegefachpersonen zum Teil auch noch weiteres Gesundheitspersonal vor Ort. Die Anzahl gesprochener FTE in den KAZ konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht erhoben werden. Aus offenen Antworten in der Onlinebefragung wissen wir, dass in gewissen KAZ bei einer Erhöhung der Auslastung die gesprochenen FTE nicht angepasst werden, d.h. die Pflegefachpersonen erhalten kein erhöhtes Pensum bzw. bekommen keine Unterstützung durch weitere Fachkräfte (Quelle: zwei Aussagen Onlinebefragung).

¹⁴ Zwei dieser KAZ haben Gesundheitspersonal mit anderen Qualifikationen (z.B. medizinische Praxisassistenten oder Fachfrauen Gesundheit).

Abbildung 8: Gesundheitspersonal im Verhältnis zur Belegung in den KAZ



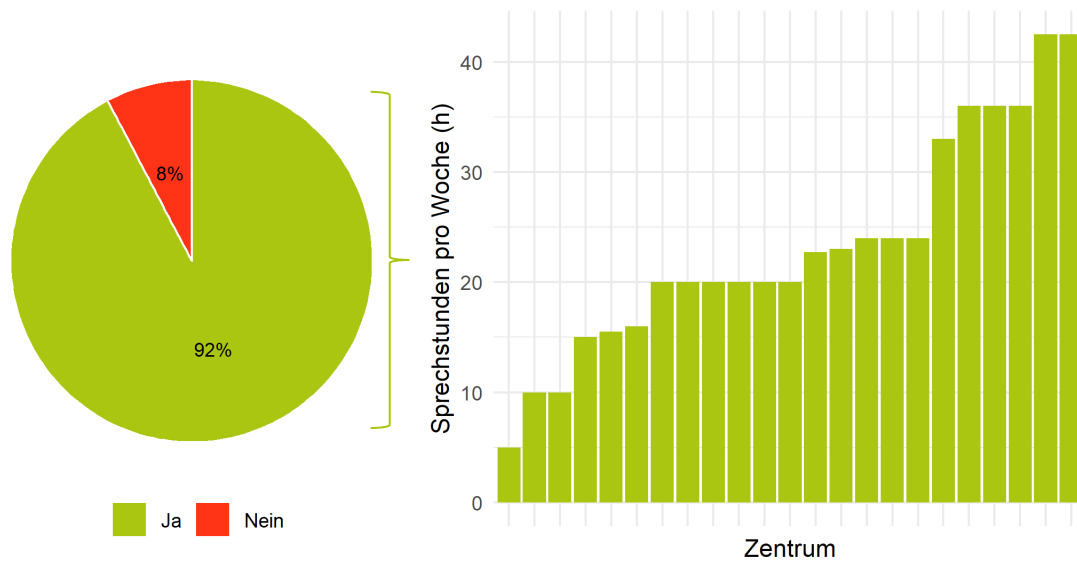
Quelle: Onlinebefragung der Zentrumsleitenden in den KAZ, eigene Auswertung
Angaben zur Anzahl Bewohnenden und den FTE der Mitarbeitenden nach Funktion und Zentrum (Zeitraum 18.10.22 – 15.11.2022) [n=41]

Sprechstunden

Konzept: «Die Pflegefachpersonen bieten tägliche Sprechstunden an. Sie stellen den direkten und koordinierten Zugang zur primären medizinischen Grundversorgung sicher (1. Gatekeeper), d.h. zu den ärztlichen Partnern, den sogenannten Zentrumsärzten. Dies sind in der Regel ärztliche Grundversorger mit Einzelpraxistätigkeit oder Tätigkeit in ambulanten medizinischen Einrichtungen.»

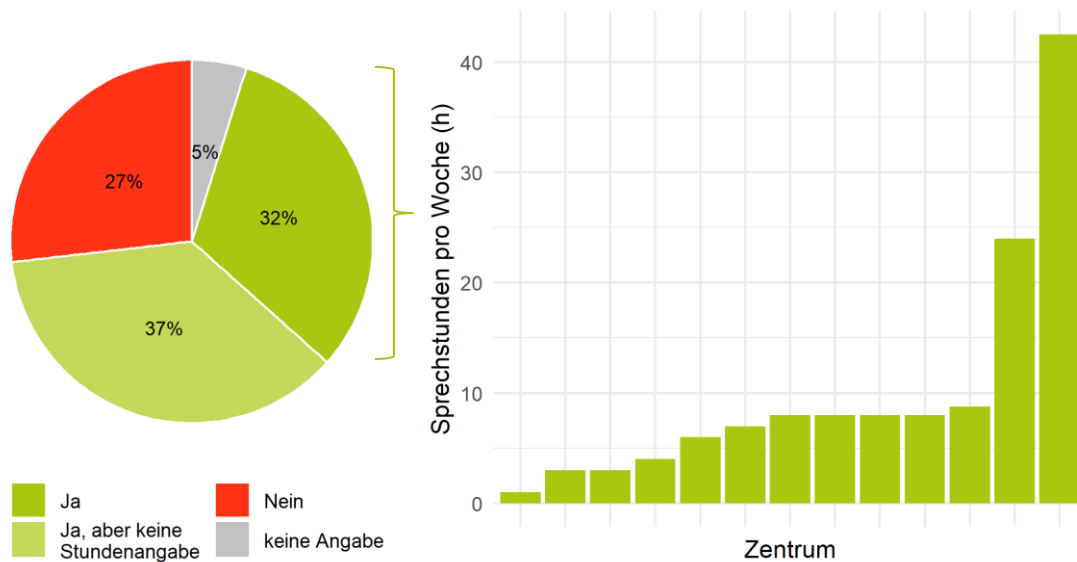
Ebene BAZ: Das BEKO und das «Handbuch Zugang» schreiben in den BAZ tägliche Sprechstunden (pro Werktag sind vier Stunden Sprechstunden vorgesehen und an Wochenenden reduzierter Pikettdienst) vor. Gemäss den befragten Sektionen P&A werden diese Vorgaben in den BAZmV (exkl. Flughäfen) eingehalten oder sogar übertroffen. Kleinere BAZ (temporäre oder BAZoV) bieten eine reduzierte Anzahl Sprechstunden an. Die beiden Flughafen-Standorte haben nur Sprechstunden, wenn Flughafen-Verfahren laufen. Diese waren im vergangenen Jahr (2022) gemäss SEM meist ausgesetzt, weshalb in den Flughäfen keine Sprechstunden stattgefunden haben.

Abbildung 9: Anzahl Sprechstunden in den BAZ



Quelle: Onlinebefragung der P&A-Sektionen
 Werden in den von Ihnen beaufsichtigten Zentren Sprechstunden im Bereich Gesundheit angeboten (Asylsuchende können sich spontan d.h. ohne Terminvereinbarung beim Pflegefachpersonal mit Anliegen melden)? [n = 26]
 [Wenn ja:] Anzahl Sprechstunden (in h) pro Woche und Zentrum [n= 24]
 Anmerkung zur Achsenbeschriftung Balkendiagramm: Jeder senkrechte Balken steht für ein BAZ.

Abbildung 10: Anzahl Sprechstunden in den KAZ



Quelle: Onlinebefragung der Zentrumsleitenden in den KAZ
 Werden in den von Ihnen beaufsichtigten Zentren Sprechstunden im Bereich Gesundheit angeboten (Asylsuchende können sich spontan d.h. ohne Terminvereinbarung beim Pflegefachpersonal mit Anliegen melden)? [n = 41, inkl. 2 k.A.]
 [Wenn ja:] Anzahl Sprechstunden (in h) pro Woche und Zentrum [n = 13]
 Anmerkung zur Achsenbeschriftung Balkendiagramm: Jeder senkrechte Balken steht für ein KAZ.

Ebene KAZ: Elf KAZ geben an, keine Sprechstunden bei Pflegefachpersonen anzubieten. Insgesamt 31 der befragten KAZ geben an, wöchentliche Sprechstunden anzubieten. Für zwölf Zentren

wurden genauere Angaben zur Anzahl Sprechstunden pro Woche gemacht (s. Abbildung 10). Ein Zentrum sieht keine Begrenzung der Sprechstunden vor bzw. es ist dort bei Anwesenheit der Pflegefachperson möglich, jederzeit auf diese zuzugehen.

Abläufe

In den BAZ sowie in den KAZ, in denen Pflegefachpersonen verfügbar sind, übernehmen diese in der Regel die im Konzept vorgesehenen Rollen (Ansprechpersonen bei Gesundheitsfragen und erste Triage). In einem von uns besuchten BAZ gibt es allerdings entgegen diesem gemäss Konzept und «Handbuch Zugang» vorgesehenem Ablauf eine separate Anlaufstelle für AS, die zur Medic-Help Sprechstunde möchten, also eine Art «Vor-Triage». Die Mitarbeitenden dieser Anlaufstelle sind keine ausgebildeten Pflegefachpersonen.

Beurteilung der Umsetzung

Festzuhalten ist, dass die Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen (in Relation zur Zahl der den Zentren untergebrachten AS) wie auch die Anzahl der angebotenen Sprechstunden deutlich zwischen den Zentren variiert. Weiter ist festzuhalten, dass entgegen der im Konzept vorgesehenen Regelung in vielen KAZ keine Pflegefachpersonen anwesend sind. Angemerkt werden muss aber, dass die im Rahmen der vorliegenden Evaluation durchgeführte Onlinebefragung die FTE der festangestellten Pflegefachkräfte erhoben hat. Zentren mit sehr wenigen Pflegefachpersonen nutzen teilweise die Dienstleistungen von Temporärbüros, setzen Pflegefachpersonen anderer Zentren ein oder beschäftigen noch anderes Gesundheitspersonal, so dass die Unterschiede zwischen den Zentren real weniger gross sein mögen als die Abbildung 7 und Abbildung 8 vermuten lassen würden. Kritisch beurteilt werden muss, wenn mangels Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen andere Mitarbeitende eine «Vor-Triage» vornehmen.

Zweckmässigkeit und Wirkung

Die Pflegefachpersonen können die im Konzept skizzierten Aufgaben fachgerecht wahrnehmen (Ansprechpersonen bei Gesundheitsfragen und erste Triage). Die Anwesenheit von Pflegefachpersonen kann folglich als in hohem Grad zweckmässig bezeichnet werden. Insbesondere der Gatekeeping-Rolle der Pflegefachpersonen wird ein hoher Nutzen attestiert: im Rahmen der Evaluation interviewten Ärztinnen bestätigen, dass das Gatekeeping dazu führt, dass AS in der Regel nur dann einen Arzttermin wahrnehmen, wenn dies auf Grund ihrer gesundheitlichen Situation auch notwendig ist. Eine Betreuungsperson hat zu Protokoll gegeben, dass es im entsprechenden Zentrum bedeutend weniger Arztkonsultationen von AS hat, seit die erste Triage durch Pflegefachpersonen eingeführt wurde. Ergänzend zur ersten Triage organisieren die Pflegefachpersonen auch die Arztbesuche und stellen sicher, dass AS die Termine fristgerecht wahrnehmen.

Wichtig ist auch die Rolle, die Pflegefachpersonen innerhalb der BAZ/KAZ-Teams einnehmen: Wiederholt haben BAZ/KAZ-Mitarbeitende gegenüber dem Evaluationsteam angegeben, dass sie froh um die Anwesenheit von Gesundheitsfachleuten seien, bzw. bei deren Abwesenheit im Hinblick auf die adäquate Adressierung gesundheitlicher Probleme unsicher seien.

In den BAZ/KAZ, in denen keine oder nur wenige Pflegefachpersonen arbeiten, können diese die oben skizzierten Aufgaben nicht oder nur bedingt wahrnehmen.

Eine wichtige Beobachtung ist schliesslich: Viele in den Zentren arbeitende Pflegefachpersonen geben an, insgesamt überlastet zu sein. Und zahlreiche Pflegefachpersonen geben an, einen hohen administrativen Aufwand zu haben, was mitunter einer der Gründe für ihre hohe Arbeitsbelastung sei. Zudem können manche der offenen Stellen (für Pflegefachpersonal) nicht besetzt werden.

4.3.2 Zugang zu ärztlicher Versorgung

Umsetzung

Grundsätzlich ist durch die bestehenden Regelungen und die für AS abgeschlossenen Krankenversicherungen der Zugang zur ärztlichen Versorgung gewährleistet. Dies gilt gleichermassen für AS in BAZ und KAZ.

Zweckmässigkeit und Wirkung

In den Fachgesprächen wurde hervorgehoben, dass es in der Praxis teilweise zu langen Wartezeiten kommt, insbesondere in der Psychiatrie, aber auch in der Pädiatrie. Aus diesem Grund haben wir in der Onlinebefragung die verschiedenen Stakeholdergruppen nach deren Einschätzung zum Zugang zur ärztlichen Versorgung befragt. Die Pflegefachpersonen haben wir zudem gebeten, zwischen der Situation heute und in den letzten fünf Jahren insgesamt zu differenzieren, um einen Eindruck zu erhalten, ob sich die Situation eher verbessert oder verschlechtert. Die schriftliche Befragung bestätigt grundsätzlich den Eindruck, der in den persönlichen Gesprächen vermittelt worden war: Probleme bestehen insbesondere im Bereich der Psychiatrie und zu einem gewissen Grad auch bei Pädiaterinnen und Gynäkologen (siehe Tabelle 5).

In den Fachgesprächen weisen dabei viele Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner darauf hin, dass der ungenügende Zugang zu Psychiaterinnen und Psychiatern sehr nachteilhaft sei, zumal viele AS mit ernsthaften psychischen Problemen zu kämpfen haben, sei es wegen Traumatisierungen im Heimatland oder während der Flucht. Gleichzeitig wird anerkannt, dass in der Schweiz ganz generell ein Mangel an psychiatrischen Fachpersonen besteht. Bei AS kommt jedoch noch erschwerend hinzu, dass sie a) häufig ihren Wohnort wechseln und es somit einerseits für sie nicht möglich ist, für mehrere Monate auf einen Termin mit einer Psychiaterin zu warten (weil sie zum Zeitpunkt des Termins allenfalls schon gar nicht mehr am gleichen Ort wohnen), b) längere Therapien nicht möglich sind und c) die sprachliche Verständigung, die bei psychiatrischen Sprechstunden besonders relevant ist, oft einen Dolmetscher erfordert. Die Auswertung der Onlinebefragung zeigt zudem: Die Pflegefachpersonen schätzen den Zugang zu Ärztinnen und Ärzten weniger gut ein als Zentrumsverantwortliche und die kantonalen Behörden.

Insgesamt kann, mit den genannten Einschränkungen, der den AS gewährte Zugang zur ärztlichen Versorgung als gut bzw. zweckmässig beurteilt werden.

Tabelle 5: Zugang zu ärztlichen Leistungsbereichen

Befragte	Allgemeinmedizin	Gynäkologie	Pädiatrie	Spezialisten/innen somatisch	Spezialisten/innen psychiatrisch	Zahnmedizin	Anzahl k.A.
BAZ Sektionen P&A	5.5	4.7	4.7	4.5	2.9	5.1	0, 0, 0, 0, 0, 0
KAZ-Zentrumsleitung	4.4	4.5	4.0	5.2	3.5	4.5	3, 9, 10, 3, 18, 4
Kantone	4.4	4.5	4.0	4.2	3.5	4.5	2, 5, 4, 4, 7, 7
BAZ Pflegefachpersonen							
aktuell	4.4	4.1	3.5	3.7	2.8	4.7	0, 2, 1, 1, 1, 0
in den letzten 5 Jahren	4.5	4.2	3.7	4.0	3.0	4.5	12, 13, 14, 13, 12, 12
KAZ Pflegefachpersonen							
aktuell	4.8	4.7	3.9	4.3	3.4	4.5	2, 2, 3, 7, 2, 2
in den letzten 5 Jahren	5.2	5.1	4.8	4.7	4.4	4.6	6, 6, 7, 7, 6, 7

Quelle: Onlinebefragung

Wie bewerten Sie den Zugang der Asylsuchenden zu folgenden ärztlichen Leistungsbereichen? [1; sehr schlecht – 6; sehr gut, BAZ P&A: n = 26 / KAZ-Zentrumsleitung: n = 41 / Kantone: n = 38 / BAZ Pflege: n = 53 / KAZ Pflege: n = 19, Anzahl k.A. kommagetrennt nach Spalte]

Mittelwerte der Skalenbewertungen.

4.4 Impfungen

Konzept: «Die Impfungen sind freiwillig und werden nur mit dem Einverständnis der Asylsuchenden durchgeführt. In den Folgezentren, sei es auf Bundesebene oder kantonaler Ebene, wird das Impfschema vervollständigt.»

Das Konzept sieht vor, dass die AS in den BAZ von der Zentrumsärztin bzw. vom Zentrumsarzt «voraussichtlich» geimpft werden. Gemäss Wortlaut scheint eine gewisse Flexibilität vorhanden zu sein (Schwankungstauglichkeit).

4.4.1 Umsetzung

Derzeit werden gemäss den uns vorliegenden Informationen¹⁵ in den BAZ nicht alle AS systematisch geimpft bzw. nicht allen AS die Impfung angeboten¹⁶. Als Grund wird die hohe Zahl von Asylsuchenden und Personalmangel in den BAZ angegeben. Auch werden aktuell Kinder selten geimpft (Engpass Pädiatrie). Als Folge müssen die Kantone bzw. die KAZ die Aufgabe des Impfens übernehmen. Allerdings haben wir im Laufe der Evaluation nicht erhoben, ob in den KAZ alle notwendigen Impfungen durchgeführt werden können.

4.4.2 Zweckmässigkeit und Wirksamkeit

Insgesamt erscheint die Situation nicht adäquat. Geschuldet ist dies gemäss den relevanten Stakeholdern primär der hohen Zahl von AS. Aber auch die Vorgaben bzgl. der zu implementierenden Prozesse sind nicht ausreichend zielführend. Im «Handbuch Gesundheitspersonal» sind die medizinischen Aspekte (Anzahl Dosen, Nebenwirkungen etc.) der gängigen Impfungen gut abgedeckt und dokumentiert. Was jedoch fehlt sind systematische Vorgaben zu Prozessen / Logistik inkl. der Dokumentation der Impfungen.

4.5 Public-Health Massnahmen

4.5.1 Hygiene

Konzept: Die Hygienestandards sind in einem Rahmenkonzept festgelegt und dienen als Grundlage für die Ausarbeitung von zentrumsinternen Richtlinien. Die Standards umfassen folgende Bereiche: Personal, Bewohner, Reinigung, Lebensmittel, Abfallentsorgung, Küchenschädlinge, Krätze und Bettwanzen, und die Räumlichkeiten der medizinischen Versorgung.

Umsetzung

Die besuchten Zentren haben gemäss den befragten Zentrumsmitarbeitenden allesamt Hygienekonzepte und -richtlinien. Dem Evaluationsteam war es allerdings nicht möglich, jeden im Konzept genannten Bereich zu überprüfen.

In den Gängen der Zentren steht Desinfektionsmittel zur Verfügung. Die Gemeinschaftsräume und Sanitäranlagen werden täglich gereinigt. Die BAZ setzen professionelle Reinigungsdienstleister ein. Gewisse KAZ setzen ebenfalls professionelle Reinigungsfirmen ein, in anderen KAZ wird die Reinigung durch die Bewohnenden und das Personal vorgenommen. Ein KAZ führt einen «Putzplan», an dem sich die AS beteiligen müssen (sie werden dafür auch entlohnt mit Taschengeld). In einem weiteren KAZ wird die Reinigung als freiwilliges Beschäftigungsprogramm geführt. Auch hier werden die AS für ihre Arbeit entlohnt. Seit der COVID-19-Pandemie haben mehrere Zentren berichtet, dass Hygienerichtlinien aktualisiert wurden und die Hygiene strenger gehandhabt wird.

¹⁵ Quelle: Ein Fachgespräch, Diskussion in einer der Fokusgruppen und fünf Antworten in einem offenen Antwortfeld der Onlinebefragung.

¹⁶ Dabei muss selbstredend berücksichtigt werden, dass bei AS wie in der Schweiz allgemein Impffreiheit besteht. Es geht darum, systematisch Impfungen anzubieten und diejenigen, die keine Vorbehalte gegenüber Impfungen haben, auch zu impfen.

Die hohen Gesuchzahlen und damit einhergehende Überbeanspruchung der Infrastruktur führt dazu, dass manche Hygienerichtlinien nicht mehr oder ungenügend eingehalten werden können. Auch die Auffassungen von Hygiene unterscheiden sich je nach kulturellem Hintergrund, was unter den Bewohnenden teilweise zu Auseinandersetzungen führt. Das Hygienebewusstsein sei insbesondere bei UMA ein Problem: Mehrere Interviewpersonen haben in diesem Zusammenhang auch über Skabiesfälle berichtet (s. Kapitel 6.2). Im Rahmen der Fokusgruppengespräche wurde zudem aus einem BAZ berichtet, dass die zuständige Reinigungsfirma in den Medic-Help-Räumlichkeiten nur die Böden reinigt. Alles andere müsse vom Personal gereinigt werden und das Personal habe dazu keine adäquaten Reinigungsmaterialien. Zudem würden Verbandstoffabfälle nicht korrekt entsorgt.

4.5.2 Abgabe Präservative und Spritzen

Konzept: «Zur Verhütung sexuell oder durch Blut übertragbarer Krankheiten werden den Asylsuchenden einerseits Präservative zur Verfügung gestellt, sowie bei IV-Drogenkonsum sauberes Spritzenmaterial kontrolliert abgegeben, d. h. gegen Rückgabe ab der 2. Spritze unter Voraussetzung, dass eine Konsultation beim Arzt stattgefunden hat und die Abgabe der Spritzen jeweils einzeln im Dossier vermerkt wird.»

Umsetzung

In allen von uns besuchten BAZ und KAZ werden Präservative abgegeben. Teilweise würden diese auch proaktiv in den Erstkonsultationen angeboten. Spritzenmaterial wird in den besuchten Zentren aus Sicherheitsgründen nicht abgegeben, jedoch stehen (mindestens) vier Zentren in Kontakt mit Suchtberatungsstellen, welche das Material kontrolliert abgeben.

4.6 Abgabe Medikamente

Konzept: Die Institutionsapotheken müssen von einer fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP) beaufsichtigt werden. Dies muss per Gesetz ein Arzt oder Apotheker sein. Aktuell werden die nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente Klasse (C/D/E) für die Institutionsapotheken der Asylunterkünfte lokal über die jeweiligen Apotheken vor Ort und rezeptpflichtige Medikamente jeweils patientenspezifisch gemäss Arztrezept eingekauft. Die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente (Medikamente der Klasse C/D)¹⁷ aus dem Medikamentenschrank werden unter ärztlicher Aufsicht von den Pflegefachpersonen und vom Betreuungspersonal gemäss standardisierten Prozessen angewendet. Medikamente der Klasse E können von den Pflegefachpersonen selbstständig abgegeben werden.

Umsetzung

Ebene BAZ: Die besuchten BAZ werden fachtechnisch von den Partnerärztinnen und Partnerärzten beaufsichtigt. Die BAZ verfügen jeweils über eine Zentrumsapotheke, über die verschreibungsfreie Medikamente (Kategorie D/E) von den Pflege- und Betreuungsfachpersonen an die AS abgegeben werden. Die Partnerärztinnen und Partnerärzte verschreiben die rezeptpflichtigen

¹⁷ Mittlerweile wurde die Abgabekategorie C abgeschafft bzw. in die Kategorien B und D umgeteilt.

Medikamente (Kategorie A/B). Das Vorgehen entspricht damit dem Leitfaden «Umgang mit Heilmitteln in den BAZ».

Ebene KAZ: In den besuchten KAZ wird die Medikamentenabgabe unterschiedlich gehandhabt. Ein KAZ hat – wie in den BAZ – eine Hausapotheke, aus welcher die Pflegefachpersonen verschreibungsfreie Medikamente an die AS abgibt. Bei Abwesenheit der Pflegefachpersonen, geben die Betreuungsfachpersonen Medikamente ab. Zur Unterstützung der Betreuungsfachpersonen sind alle Medikamente und deren Anwendung klar beschriftet. Die verschreibungsfreien Medikamente werden über eine lokale Apotheke beschafft, die rezeptpflichtigen über die Partnerärztinnen und Partnerärzte. In einem anderen KAZ dürfen Pflege- und Betreuungsfachpersonen lediglich Arzneimittel der Kategorie E abgeben. Andere Medikamente müssen direkt von den Partnerärztinnen und Partnerärzten verabreicht werden¹⁸.

Zweckmässigkeit und Wirksamkeit

Die im Konzept dargelegte Regelung ist nicht eindeutig. Die entscheidende Frage ist: Was bedeutet der Passus «die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente ... aus dem Medikamentenschrank werden unter *ärztlicher Aufsicht* von den Pflegefachpersonen ... angewendet»? Dies kann so interpretiert werden, dass die Ärztinnen und Ärzte bei der Abgabe selbst vor Ort sein müssen oder aber, dass es genügt, dass die Apotheke grundsätzlich unter ärztlicher Aufsicht steht. In der Praxis ist gemäss unseren Interviews die Regelung, in der in den BAZ / KAZ von den Pflegefachpersonen nur Medikamente der Kategorie E abgegeben werden können, ineffizient. Es führe dazu, dass AS bei Bagatellbeschwerden einen Arzttermin wahrnehmen müssen (drei Aussagen Fachgespräche).

4.7 Sicherstellen der sprachlichen Verständigung

Konzept: «Ist in der Interaktion zwischen medizinischem Personal und den Asylsuchenden die Verständigung nicht gewährleistet, wird ein Dolmetscher, eine Dolmetscherin angefragt. In der Regel wird der nationale Telefondolmetschdienst angefragt. Bei komplexen, emotionalen Gesprächen mit grösserer Tragweite sowie bei Untersuchungen von besonders vulnerablen Personen (z. B. Kinder/Jugendliche bei Pädiatern, Frauen bei Gynäkologen, Patienten bei Psychiatern) sind persönlich anwesende professionelle Dolmetschende gendergerecht einzubeziehen.»

4.7.1 Umsetzung

Abbildung 11 zeigt auf, mit welcher Unterstützung die sprachliche Verständigung in der Praxis in BAZ und KAZ erfolgt.

BAZ: Die Massnahmen gemäss Konzept können nicht konsequent eingehalten werden. Die Kommunikation mit den Pflegefachpersonen erfolgt nur selten mit Präsenzdolmetschenden und nur teilweise mit Telefondolmetschdiensten. Häufig wird für die sprachliche Verständigung auf Google Translate (o.Ä.), wenige gemeinsame Sprachkenntnisse (d.h., der AS hat rudimentäre

¹⁸ Das entsprechende KAZ lehnt sich nach Angaben unserer Gesprächspersonen in seinen Regeln an das Konzept an, das Evaluationsteam hat jedoch nicht im Detail nachgefragt, ob die Regelungen der Medikamentenabgabe sich auf das Konzept beruft oder auch andere Gründe hat.

Kenntnisse einer Sprache, die vom Gesundheitspersonal gesprochen wird, z.B. Englisch) oder sprachkundiges Personal zurückgegriffen.

Abbildung 11: Dolmetschmethoden



Quelle: Onlinebefragung der Pflegefachpersonen in den BAZ und in den KAZ
Bei welchem Anteil der Konsultationen/Sprechstunden werden die folgenden Dolmetschmethoden generell beansprucht? [nie/selten (weniger als 30%), teilweise (30% - 70%), häufig/immer (mehr als 70%), BAZ: n = 53 / KAZ: n=19, Anzahl k.A. nachfolgend komma-getrennt nach Dolmetschmethode: BAZ: 3,3,3,4,3,6,5 / KAZ: 3,4,4,6,6,4,3]
 Lesebeispiel: Für den ersten Balken im oberen Diagrammteil: Rund 5% der Befragten können zur Frage keine Angaben machen (grau markiert), rund 17% geben an, dass das Dolmetschen in den BAZ häufig (>70%, grün markiert) von Freunden / Angehörigen übernommen wird, rund 50% der Befragten geben an, dass das Dolmetschen in den BAZ teilweise (30-70%, gelb markiert) von Freunden und Angehörigen übernommen wird und 20% der Befragten geben an, dass das Dolmetschen selten (weniger als 30%, rot markiert) von Freunden / Angehörigen übernommen wird.

KAZ: Dolmetschen wird nicht immer vom Kanton finanziert. Teils werden für den Beizug von Dolmetschenden Kostengutsprachen benötigt, was mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden ist. Auch in den KAZ werden für die sprachliche Verständigung am häufigsten digitale Übersetzungstools wie Google-Translate eingesetzt.

Sowohl in den BAZ wie in den KAZ werden häufig oder teilweise Freunde oder Angehörige als Dolmetschende beigezogen. Diese Praxis kann aus verschiedenen Gründen problematisch sein:

Freunde oder Familienangehörige sind nicht neutral, nicht an das Berufsethos von professionellen Übersetzerinnen und Übersetzer gebunden und insbesondere lässt sich eine Schweigepflicht im Hinblick auf die Inhalte des Gesprächs schwer durchsetzen¹⁹.

Partnerärztinnen und Partnerärzte: Aus den Fachgesprächen wissen wir, dass bei Arztkonsultationen vielfach digitale Übersetzungstools eingesetzt werden.

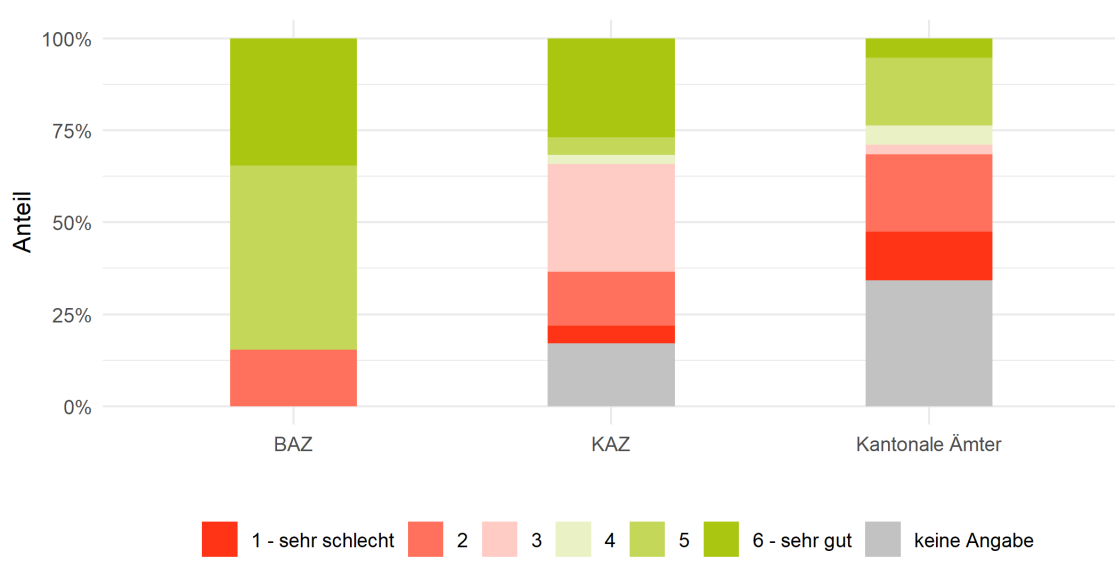
4.7.2 Zweckmässigkeit und Wirkung

Es fällt auf, dass in der Gesundheitsversorgung Asylsuchender sehr häufig Dienste wie Google Translate eingesetzt werden, während telefonische Übersetzungsdienste oder persönlich anwesende Dolmetschende seltener genutzt werden. Gemäss Gesundheitsfachpersonen sind jedoch Online-Übersetzungstools, aber auch die Übersetzung durch Angehörige und Freunde, aus verschiedenen Gründen problematisch (Datenschutz, Genauigkeit der Übersetzung). Dies führt die Evaluatoren zur Konklusion, dass die bestehenden Regelungen (insbesondere die im Konzept festgehaltenen Grundsätze) zum «Sicherstellen der sprachlichen Verständigung» (Kap. 3.10 im Konzept) insgesamt nicht ausreichend sind, um in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden eine reibungslose Kommunikation über die Sprachbarrieren hinweg sicherzustellen.

Neben der eingeschränkten Verfügbarkeit von Dolmetschenden (insbesondere bei seltenen Sprachen) werden von den Stakeholdern (vor allem auf Ebene KAZ) die Regelungen bzgl. der Finanzierung bzgl. Abgeltung von Übersetzungsdienstleistungen kritisiert. Die Mitarbeitenden der KAZ und der kantonalen Ämter bewerten die heutige Situation kritisch (Abbildung 12). In einigen Kantonen müssen für Dolmetscherleistungen Kostengutsprachen eingeholt werden. Dies führe zu einem erhöhten administrativen Aufwand und könne teilweise auch den Zeitpunkt einer Behandlung verzögern. Die ärztlichen Leistungserbringer (auf Ebene BAZ und KAZ) sind zudem selber für die Organisation von Dolmetschern zuständig. Die Koordination mit den Dolmetscherdiensten ist für die Ärztinnen und Ärzte aber sehr zeitintensiv, kann nicht bei den Krankenkassen abgerechnet werden und führe gemäss den Fachgesprächen zu Verzögerungen in den Arztpraxen. Die kantonalen Asylkoordinatoren kritisieren, dass weder Bund, Krankenkasse noch die kantonalen Gesundheitsämter die sprachliche Verständigung (mit-)finanzieren. Die Kosten müssten von den Budgets der Sozialämter bzw. der Sozialhilfe gedeckt werden.

¹⁹ Ein medizinischer Fachexperte aus der Begleitgruppe der Evaluation hält dazu fest: «Studien zeigen, dass bei Laiendolmetschenden bis zu 50% unpräzise oder falsch übersetzt wird, dass heikle Themen (Suizidalität, sexuelle Traumata, häusliche Gewalt, psychiatrische Beschwerden) nicht zur Sprache kommen, dass das Risiko von Fehleinschätzung und die Komplikationsrate höher sind und die medizinrechtlichen Vorgaben nicht eingehalten werden können».

Abbildung 12: Umsetzung der Finanzierung des Dolmetschens



Quelle: Onlinebefragung der P&A-Sektionen, KAZ Zentrumsleitenden und der kantonalen Ämter
Wie bewerten Sie die Umsetzung der Finanzierung des Dolmetschens im Rahmen der Gesundheitsversorgung der Asyl-suchenden? [1; sehr schlecht – 6; sehr gut, BAZ: n = 26 / KAZ: n = 41, inkl. 7 k.A. / Kantone: n = 38, inkl. 13 k.A.]
 Lesehilfe (erster Balken): rund 15% der Befragten beurteilen die Frage für die BAZ auf der Skala von 1-6 mit einer 2 (rot markiert), rund 50% der Befragten mit einer 5 (mit mittleren Grünschattierung markiert) und rund 35% der Befragten bewerten die Frage mit der Bestnote (6, dunkelgrün markiert).

4.8 Weiterbildung

Das Konzept beinhaltet verschiedene Aussagen bzw. Massnahmen zum Thema Weiterbildung. Die im Folgenden dargelegten Erkenntnisse zur Umsetzung dieser Massnahmen wurden in den Fachgesprächen in den Zentren gewonnen.

4.8.1 Nothilfekurse

Konzept: «Der regelmässige Besuch von Nothilfekursen ist obligatorisch».

Umsetzung

In sämtlichen BAZ und KAZ, die wir besucht haben, wird ein jährlicher Nothilfekurs organisiert. In zwei BAZ und in den vier KAZ gibt es Nothilfekurse für alle neu eingetretenen Mitarbeitenden (Pflege, Betreuung und Sicherheit). Da die Kurse nur einmal pro Jahr stattfinden, kann es je nach Zeitpunkt des Stellenantritts allerdings relativ lange dauern, bis die Person den Nothilfekurs besuchen kann. In einem weiteren BAZ gibt es gemäss einer Interviewperson keine Nothilfekurse für Betreuungsfachperson. Gemäss BEKO sind jährliche Nothilfekurse für die Mitarbeitenden der Medic-Help-Stellen vorgesehen.

4.8.2 Übertragbare Krankheiten

Konzept: «Das Betreuungs- und Sicherheitspersonal der Asylunterkünfte wird einmal jährlich im Rahmen einer Informationsveranstaltung über die im Kontext ihrer Tätigkeit in einer Asylunterkunft relevanten übertragbaren Krankheiten informiert, d. h. über die übertragbaren Krankheiten die im Fokus der medizinischen Eintrittsinformation stehen.»

Umsetzung

Ebene BAZ: Gemäss Aussagen des Betreuungs- bzw. Sicherheitspersonals werden in einem BAZ für diese Mitarbeitenden nur Nothilfekurse angeboten, keine anderen Weiterbildungen stünden zur Verfügung. Zwei Personen wünschen sich Weiterbildungen im Bereich übertragbare Krankheiten und Konfliktmanagement. In einem anderen BAZ gibt eine Betreuungsperson an, keine Weiterbildungen zu übertragbaren Krankheiten erlebt zu haben und dass sie auf eigene Wege Informationen habe beschaffen müssen. Das Sicherheitspersonal im selben Zentrum gibt hingegen an, eine Schulung erhalten zu haben. Das Betreuungspersonal in einem weiteren BAZ gibt an, eine Auswahl an über 50 verschiedenen Schulungsangeboten pro Jahr zu haben, wovon innerhalb von 3 Jahren mindestens 15 Kurse besucht werden müssen und bestimmte Basismodule auch Pflicht seien. Im selben Zentrum verweist eine Person aus dem Sicherheitspersonal auf diverse Schulungen zum Thema übertragbare Krankheiten.

Ebene KAZ: Ein KAZ veranstaltet jährlich mehrere Weiterbildungen zu aktuellen Problemen. So fand gemäss einer Betreuungsperson kürzlich eine Schulung zu Diphtherie statt. Für die drei weiteren KAZ konnten wir nicht genau eruieren, ob das Betreuungs- und Sicherheitspersonal jährliche Weiterbildungen zu übertragbaren Krankheiten besuchen kann. Wir wissen aus den Gesprächen jedoch, dass sie Zugang zu verschiedenen Weiterbildungen haben – teils obligatorisch, teils fakultativ.

4.8.3 Migrationsspezifische Themen

Konzept: «Neben den fachlichen Qualifikationen sind auch gute Kenntnisse in migrationsspezifischen Bereichen wichtig, um die kulturell unterschiedlichen Konzepte von Gesundheit erkennen und auch damit umgehen zu können. Eine Weiterbildung im Bereich Weibliche Genitalverstümmelung ist aktuell in Planung in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk gegen Genitalverstümmelung. Eine Weiterbildung im Bereich transkultureller Kompetenzen ist obligatorisch für Pflege & Ärzte.»

Umsetzung

Ebene BAZ: Gemäss den Fachgesprächen in den BAZ und den ausgearbeiteten Schulungsunterlagen gibt es Weiterbildungen für die Pflegefachpersonen im Bereich transkulturelle Kompetenzen. Auch andere Mitarbeitende hätten die Möglichkeit, eine Weiterbildung zu transkulturellen Kompetenzen zu besuchen. Allerdings erlaubt die Intensität des Arbeitsalltags den Pflegefachpersonen nicht immer den Besuch dieser Weiterbildungen. Dabei sei beim Personal häufig aufgrund des kulturellen Hintergrunds oder früheren Erfahrungen aus anderen Bereichen bereits transkulturelles Wissen vorhanden.

Ebene KAZ: Drei von vier KAZ haben ein nicht obligatorisches Weiterbildungsangebot im Bereich transkulturelle Kompetenzen. Zum vierten besuchten KAZ haben wir diesbezüglich keine Informationen.

Bei den Partnerärztinnen und Partnerärzten der BAZ und KAZ konnten wir im Rahmen der Untersuchung nicht erheben, ob sie eine obligatorische Weiterbildung im Bereich transkultureller Kompetenzen besucht haben. Aus Schulungsunterlagen und -auswertungen wissen wir, dass die Universität Lausanne mit Prof. Bodenmann im Auftrag des BAG zwischen 2017 und 2018 fünf Weiterbildungsveranstaltungen an verschiedenen Standorten der Schweiz organisiert hat: Von rund 70 teilnehmenden Personen waren zwei Ärztinnen bzw. Ärzte. Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, regelmässig an Fortbildungen teilzunehmen. Eine spezifische Fortbildung in transkulturellen Kompetenzen ist jedoch nicht obligatorisch. Gemäss SEM liege die Verantwortung für ärztliche Weiterbildungen beim BAG oder bei den Fachgesellschaften. Ob seit diesen Schulungen weitere Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte zu transkulturellen Kompetenzen stattgefunden haben, wissen wir nicht.

Ob eine Weiterbildung zum Thema weibliche Genitalverstümmelung stattgefunden hat, können wir nicht feststellen. In den uns vorliegenden Schulungsunterlagen und aus den Fachgesprächen haben wir hierzu nichts erfahren. Des Weiteren wurde im Auftrag des BAG für medizinisches Fachpersonal (u. a. Pflegefachpersonen) Schulungen für das «Handbuch Gesundheitspersonal» durchgeführt. In den Schulungen wurden die im Handbuch behandelten übertragbaren Krankheiten sowie Impfungen thematisiert.

5. Zusammenarbeit der Akteure

Im Folgenden wird die Zusammenarbeit der für die Gesundheitsversorgung von AS relevanten Akteure thematisiert. Dabei zeigen wir auf, wie sich die Zusammenarbeit gestaltet (Evaluationsfrage 1.3), und bewerten diese auch punktuell.

5.1 BAG-SEM

Das SEM ist die Asylbehörde, das BAG die Gesundheitsbehörde. Die Gesundheitsversorgung für Asylsuchende tangiert somit Arbeitsbereiche beider Ämter. Eine gute Kooperation zwischen dem BAG und dem SEM ist daher bei der im Rahmen der vorliegenden Evaluation adressierten Fragestellung von grosser Bedeutung. Die Begleitgruppe «Gesundheit Asyl» bietet ein gutes Beispiel für eine solche Zusammenarbeit. Diese Gruppe wurde gegründet, um die Umsetzung des Konzepts zu begleiten und um aktuelle Probleme rund um die Gesundheitsversorgung für AS zu besprechen. Neben Vertretungen des SEM und des BAG waren auch die Kantone, die Lungenliga und verschiedene medizinische Fachpersonen vertreten. Seit Beginn der COVID-19-Pandemie habe sich die Begleitgruppe allerdings nicht mehr getroffen.

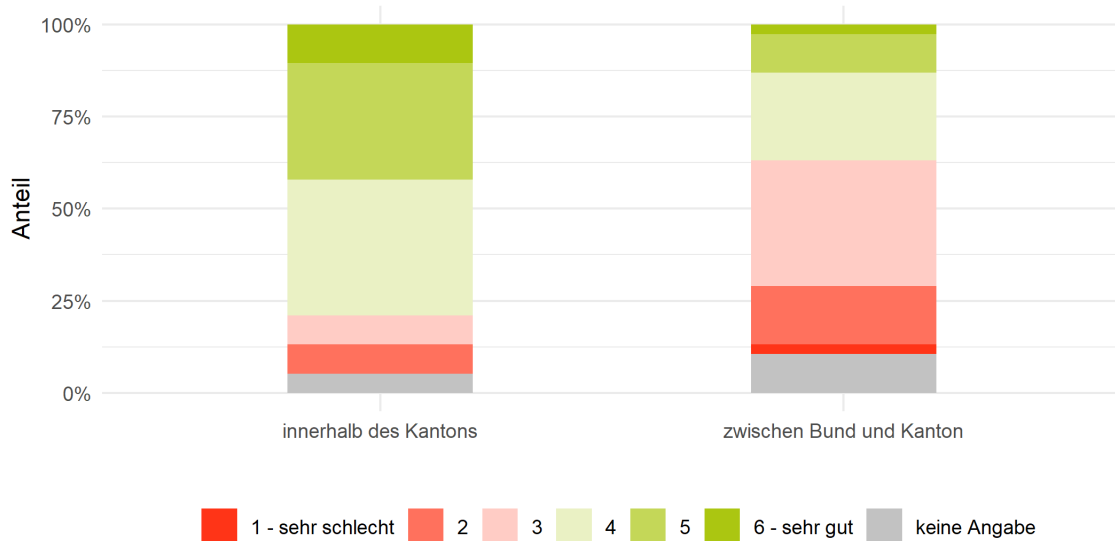
In den Fachgesprächen wurde aber auch deutlich, dass es punktuell etwas unklar ist, welches Amt die Federführung für ein Thema hat. So gibt es z.B. offenbar Doppelspurigkeiten hinsichtlich der MEI & MEK: Für die MEI & MEK wurden vom BAG und vom SEM Übersetzungen in Auftrag

gegeben. Der MEK-Fragebogen sei zudem, wie wir in Fachgesprächen erfahren haben, doppelt finanziert: Das SEM finanziere einen ausgebauten Tuberkulose-Screen während das BAG über die Lungenliga ein Screening organisiere.

5.2 Bund-Kanton

Seitens der Kantone wird die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung von AS eher negativ beurteilt, jedenfalls deutlich schlechter als die Zusammenarbeit innerhalb des Kantons (s. Abbildung 13).

Abbildung 13: Zusammenarbeit innerhalb der Kantone und zwischen Bund und Kanton



Quelle: Onlinebefragung der kantonalen Behörden

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit unter den Akteuren der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden innerhalb des Kantons? [n = 38, inkl. 2 k.A.]

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kanton im Bereich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden? [n = 38, inkl. 4 k.A.]

In der Onlinebefragung äussern sich einige Vertretungen der kantonalen Behörden kritisch über die mangelnde Zusammenarbeit mit dem Bund: Vier Personen hätten gerne eine stärkere inhaltliche Beteiligung des SEM und des BAG bei Fragen der Gesundheitsversorgung der AS in den kantonalen Strukturen. Vier weitere Personen wünschen sich auch einen verbesserten Informationsfluss zwischen den politischen Ebenen. Eine Person wünscht sich konkret eine Kontaktperson beim SEM. Zwei Personen erwähnen, dass zurzeit angestrebt wird, durch Austauschgefässe die Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Gesundheitsbehörden, dem SEM und der lokalen Partnerarztpraxis zu verbessern. Aus einem Fachgespräch wissen wir, dass es einen regelmässigen Austausch zwischen dem BAG und der Kantonsärzteschaft zum Thema übertragbare Krankheiten gibt. Dieser Austausch sei allerdings nicht spezifisch auf den Asylkontext ausgerichtet.

5.3 Innerhalb der Zentren

Innerhalb der Zentren ist das Pflegefachpersonal grundsätzlich die erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Anliegen. Wenn Pflegefachpersonen nicht anwesend sind (oder keine Pflegefachpersonen in dem Zentrum arbeiten, was in vielen KAZ der Fall ist), übernimmt jeweils das Betreuungs- und Sicherheitspersonal die Triage bei gesundheitlichen Anliegen oder Notfällen.

Tabelle 6: Vorgehen in Abwesenheit des Gesundheitspersonals

	standardisiertes Prozedere	kein standardisiertes Prozedere / individuelles Vorgehen	Anzahl k.A.
BAZ	100.00%	0.00%	0
KAZ	51.35%	48.65%	4

Quelle: Onlinebefragung der P&A-Sektionen und der KAZ-Zentrumsleitenden
Gibt es bei Abwesenheit des Gesundheitspersonals ein standardisiertes Prozedere, wie sich das restliche Personal verhalten muss, wenn Asylsuchende ein gesundheitliches Problem haben? [BAZ: n=26 / KAZ: n=41]

In den KAZ wurde uns mehrfach gesagt, dass sich das Personal, das keine Ausbildung im Bereich Gesundheit hat, bei Abwesenheit der Pflegefachpersonen mit gesundheitlichen Anliegen überfordert fühle (zwei Aussagen Fachgespräche, eine Aussage Fokusgruppe). Laut einer Betreuungsperson wurden die AS vor der Anstellung von Pflegefachpersonen bei jeglichen Beschwerden direkt zur Ärztin bzw. zum Arzt oder zum Notfall verwiesen. Seitdem die Pflegefachpersonen vor Ort seien, hätten die Arzt- und Spitalbesuche drastisch abgenommen und das restliche Personal fühle sich entlastet.

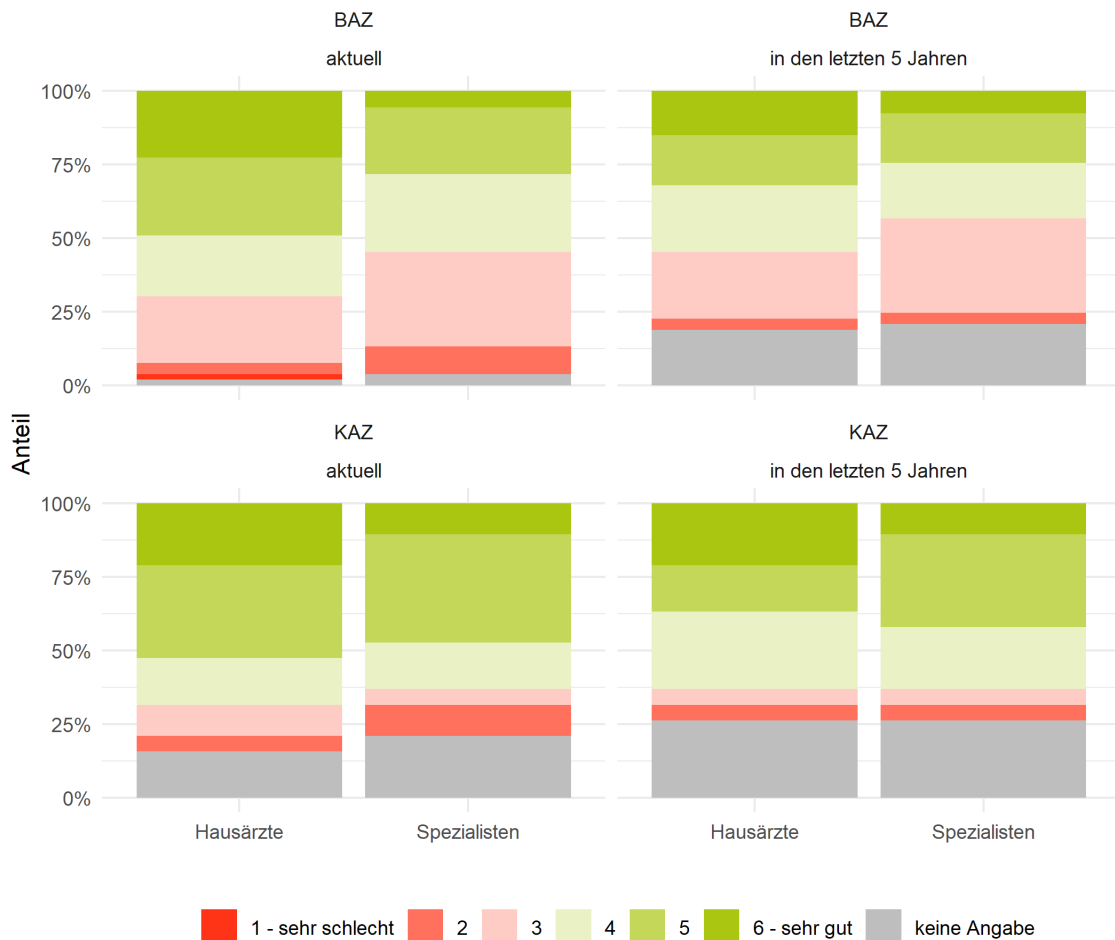
Good-Practice: Ein KAZ (Kanton Freiburg) hat eine Vereinbarung getroffen, so dass das Personal in Abwesenheit der Pflegefachpersonen bei Bedarf die Notrufnummer 144 wählen kann und Unterstützung bei der Triage (vorläufig Abwarten, Taxi oder Ambulanz für Notfall) erhält. Die Mitarbeitenden der 144 sind entsprechend ausgebildet und rund um die Uhr erreichbar. Die Erfahrungen mit diesem Vorgehen sind gut. Ein anderes KAZ wendet sich in ähnlichen Fällen an den diensthabenden Notarzt, der für die gesamte Bevölkerung zuständig ist, wobei die Erfahrungen durchgezogen sind.

5.4 BAZ/KAZ – Ärztinnen und Ärzte

Die Partnerärztinnen und Partnerärzte der BAZ arbeiten entweder in naheliegenden Praxen oder direkt vor Ort in den BAZ. Insgesamt scheint die Zusammenarbeit mit den Partnerärztinnen und Partnerärzten gut zu funktionieren (s. Abbildung 14). Arbeiten die Partnerärztinnen und Partnerärzte direkt vor Ort im BAZ, sei dies gemäss zwei Gesprächspartnern sehr vorteilhaft. Es finde somit ein direkter Austausch mit den Pflegefachpersonen der Medic-Help-Stellen statt. Die Partnerärztinnen und Partnerärzte können so auch besser eine beratende Rolle für die Pflegefachpersonen einnehmen und auch ihre Aufsichtsfunktion wahrnehmen (bspw. bei der Medikamentenabgabe). Ein weiterer Partnerarzt bezeichnet zwar die Zusammenarbeit mit der Medic-Help-Stelle als grundsätzlich in Ordnung, schildert aber «häufig vorkommende» Fälle, bei denen AS

verspätet zur Sprechstunde erscheinen und somit die Terminplanung in der Praxis durcheinanderbringen. Der Partnerarzt führt dies jedoch auf den Personalmangel im BAZ zurück, der eine adäquate Organisation der Arzttermine offenbar verhindert²⁰.

Abbildung 14: Zusammenarbeit mit Leistungserbringern



Quelle: Onlinebefragung der Pflegefachpersonen in den BAZ und in den KAZ
 Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit folgenden Akteuren? [BAZ: n = 53, inkl. 1,2,10,11 k.A. (entsprechend den Balken v.l.n.r) / KAZ: n = 19, inkl. 3,4,5,5 k.A. (entsprechend den Balken v.l.n.r)]

Ebene KAZ: Die Formen der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sind in den KAZ etwas heterogener. Wir wissen, dass mindestens zwei KAZ in der Westschweiz für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung mit den lokalen Universitätsspitalern zusammenarbeiten. Diese Form von Zusammenarbeit wird von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, den Pflegefachpersonen (die auch bei den Spitalern angestellt sind – s. Kapitel 5.5) sowie von den kantonalen Behörden dieser Kantone positiv bewertet. Die AS hätten einen guten Zugang zur Grundversorgung (drei Aussagen Fachgespräche, zwei Aussagen Onlinebefragung). Des Weiteren bedienen sich zwei weitere KAZ am lokalen Ärztenetz. Eine befragte Pflegefachperson bezeichnet die hohe Dichte des Ärztenetzes als sehr nützlich: Funktioniere die Zusammenarbeit mit der einen Praxis

²⁰ Seitens SEM wird in diesem Zusammenhang aber auch darauf hingewiesen, dass es ultimativ in der Verantwortung der AS selbst liegt, Arzttermine wahrzunehmen.

nicht gut, so könne man sich einer anderen zuwenden. Ausserdem sei es auch besser möglich, mit Praxen zusammenzuarbeiten, die sprachkundiges Personal haben, so dass auf Dolmetscherleistungen verzichtet werden kann.

Von BAZ und KAZ wird betont, dass ein nachhaltiger Beziehungsaufbau zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten essentiell sei (sechs Aussagen Fachgespräche, eine Aussage Fokusgruppe). Bestehen gute Beziehungen, so funktioniere der Informationsfluss besser und bei den Ärztinnen und Ärzten baue sich mehr Verständnis und Flexibilität bei der Behandlung von AS auf. In gewissen KAZ gestalte sich die Zusammenarbeit schwierig, da lokale Ärztinnen bzw. Ärzte entweder die Behandlung von AS ganz ablehnten oder sich nur wenig Zeit dafür nähmen; vermutet wird dabei, dass die sprachliche Verständigung ein Hindernis sei (zwei Aussagen Onlinebefragung).

5.5 Kanton/Bund-Zentren/externe Dienstleister

Auf Bundesebene und in gewissen Kantonen ist der Betrieb der Zentren inklusive deren Gesundheitsfachstellen an externe Leistungserbringer ausgelagert. Auf Ebene BAZ legen die Leistungserbringerorganisationen die Löhne / Arbeitsbedingungen fest. Dies sei gemäss Einschätzungen der Interviewpersonen mitunter ein Grund, weshalb die Fluktuation des Personals relativ hoch sei (Quelle: drei Aussagen Fachgespräche, zwei Aussagen Fokusgruppe).

In den KAZ der Westschweizer Kantone Genf und Waadt sind die Pflegefachpersonen nicht bei der Leistungserbringerorganisation, sondern bei den lokalen Universitätsspitalern angestellt und haben entsprechend die Arbeitsbedingungen des Kantons. Im Kanton Freiburg sind die Pflegefachpersonen zwar bei einer Leistungserbringerorganisation angestellt, die Löhne werden allerdings vom Kanton festgelegt und finanziert. In einigen Kantonen ist das Zentrumspersonal (und somit auch die Pflegefachperson) direkt beim Kanton angestellt. Die kantonalen Arbeitsbedingungen führen gemäss Fokusgruppengespräch dazu, dass die Stellen sehr beliebt sind und der andernorts herrschende Fachkräftemangel weniger zu spüren sei (Quelle: zwei Aussagen Fachgespräche und zwei Aussagen Fokusgruppen).

5.6 Zwischen den Zentren

Koordination der Massnahmen zwischen Bund und Kantonen: Übergabe medizinischer Dossiers bei Übertritt BAZ zu KAZ

Ein zentraler Punkt in der Zusammenarbeit zwischen BAZ und KAZ ist die Übergabe medizinischer Dossiers.

Konzept: «Der Kanton erhält in jedem Fall ein medizinisches Dossier des ihm überstellten Asylsuchenden. Dieses enthält die Resultate der Erstkonsultation bzw. gegebenenfalls die Meldung, dass eine solche Konsultation verweigert wurde oder nicht stattgefunden hat. Die Übermittlung der medizinischen Dossiers und die Meldung von Medizinalfällen erfolgt gemäss den bereits bestehenden Vereinbarungen mit der SODK (Schreiben der SODK vom 4. Oktober 2012), wenn möglich per Secure-Mail, ansonsten per Fax, an die von den Kantonen gemeldeten kantonalen Empfängern medizinischer Informationen.»

Gemäss Konzept bzw. dem Schreiben der Konferenz der schweizerischen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK vom 4. Oktober 2012 soll die Dossierübermittlung verschlüsselt und in- nert bestimmter Fristen stattfinden. Die Dossiers werden von den Medic-Help-Stellen der BAZ an bestimmte kantonale Stellen übermittelt, die dann wiederum das Dossier in das zuständige KAZ weiterleiten. Die Fachgespräche, Onlinebefragung sowie auch die Dokumentenanalyse ha- ben gezeigt, dass die aktuelle Form der Dossierübermittlung mit verschiedenen Problemen ver- bunden ist. Tabelle 7 fasst die zu dieser Thematik in der Onlinebefragung eingeholten Informati- onen zusammen. Dabei fällt auf, dass es zwischen den Einschätzungen der BAZ (insbesondere der BAZ P&A) und der KAZ deutliche Unterschiede gibt.

Tabelle 7: Übermittlung des medizinischen Dossiers

	rechtzeitig	vollständig	verschlüsselt	zweckmässig	Anzahl k.A.
BAZ Sektionen P&A	100%	100%	69%	100%	0, 0, 0, 0
BAZ Pflegefachpersonen	76%	65%	60%	64%	4, 4, 13, 14
KAZ-Zentrumsleitung	73%	57%	47%	63%	15, 24, 18, 14
KAZ Pflegefachpersonen	63%	56%	7%	69%	3, 5, 3, 3

Quelle: Onlinebefragung der BAZ und KAZ

Ist die Übermittlung der medizinischen Dossiers (bspw. beim Transfer zwischen Bund und Kanton) in den meisten Fällen rechtzeitig / vollständig / verschlüsselt / zweckmässig? [ja / nein, BAZ P&A: n = 6 / BAZ Pflege: n = 53 / KAZ-Zentrums- leitung: n = 41 / KAZ Pflege: n = 19, Anzahl k.A. kommagetrennt nach Spalte]

Mehrheitlich werden die Dossiers rechtzeitig und vollständig übermittelt, wobei festzuhalten ist, dass ein nicht unerheblicher Teil der Dossiers nicht rechtzeitig bei den KAZ eingeht. Die Zweck- mässigkeit der Dossierübermittlung wird bestätigt. Am kritischsten wird die Verschlüsselung der Dossiers bewertet. Dass die Bewertungen hierzu schlechter ausfallen (insbesondere bei den Pfl- egefachpersonen in den KAZ) mag verschiedene Gründe haben:

- Die Mails werden nicht immer via Secure-Mail versandt. Laut Vertretungen der BAZ sind nicht immer die korrekten Empfängeradressen vorhanden. Falsche Adressen führen dann dazu, dass der Transfer des Dossiers im System blockiert wird. Folglich werden die Dossiers über unverschlüsselte Kanäle versandt (zwei Aussagen Fokusgruppe).
- Es besteht ein Spannungsfeld zwischen der Datensicherheit bzw. der Verschlüsselung der Dos- siers und der Behandlungskontinuität: Die Entschlüsselung der Dossiers gestalte sich teils schwierig. So verwenden die Asylregionen unterschiedliche Verschlüsselungssoftwares. Je nachdem aus welcher Asylregion die Asylsuchenden zugewiesen werden, müssen andere Soft- wares eingesetzt werden. Dies habe gemäss zwei Personen in den KAZ dazu geführt, dass Dos- siers verzögert und (mangels IT-Kenntnissen) über unverschlüsselte Kanäle beschafft werden mussten. Weiter sei der verschlüsselte Versand der Dossiers aus Sicherheitsgründen an spezi- fische Empfängeradressen gebunden. Falls die empfangende Person bspw. krankheitshalber ausfällt kann nicht anderweitig auf das Dossier zugegriffen werden (zwei Fachgespräche, zwei Aussagen Fokusgruppe). Aus diesen Gründen wird teilweise auf die Verschlüsselung verzich- tet.
- Die Dossiers kommen bei den kantonalen Stellen (Sozialamt) verschlüsselt an, werden vom Kanton entschlüsselt und dann über das interne kantonale Netzwerk transferiert. Somit kom- men die Dossiers bei den Pflegefachpersonen in den KAZ «unverschlüsselt» an.

Seitens der Gesprächspartnerinnen und den Teilnehmern der Onlinebefragung wurde zur Dossierübermittlung ergänzend angemerkt:

- Verspätete oder sogar verlorene Dossiers seien zwar nicht ein alltägliches Phänomen, jedoch komme es immer wieder vor. Dies könne einerseits zu einer Beeinträchtigung der Behandlungskontinuität führen. Fehlt das Dossier, so kann es bspw. zu Verzögerungen bei der Medikamenteneinnahme kommen. Dies sei besonders bei Psychopharmaka problematisch (zwei Aussagen Zentrumsbesuche, drei Aussagen Fokusgruppe). Andererseits könne dies auch zu Doppelspurigkeiten bzw. höheren Gesundheitskosten führen: Untersuchungen werden erneut durchgeführt, da die Nachforschungen zum Verbleib des Dossiers zu aufwändig sind. (Quelle: zwei Aussagen Zentrumsbesuche, zwei Aussagen Onlinebefragung, drei Fokusgruppe).
- Sprache des Dossiers: Je nach zuweisender Asylregion entspricht die Sprache des Dossiers nicht der Lokalsprache des empfangenden KAZ. Wenn diese Sprachkompetenzen nicht im KAZ vorhanden sind, führe dies zu aufwändigen Übersetzungsarbeiten. Insbesondere handschriftliche Notizen in einer Fremdsprache seien schwierig zu verstehen. Ausserdem erachten es die Interviewpersonen als problematisch, ärztliche Befunde mit digitalen Hilfsmitteln zu übersetzen (vier Aussagen Fachgespräche).
- Die Dossiers kommen unstrukturiert in den KAZ an. Dies führe zu zusätzlichem Aufwand bei den Gesundheitsfachstellen der KAZ. Besonders schwierig sei es bei Familien, die jeweils ein gemeinsames Dossier haben, die Dokumente den richtigen Personen zuzuordnen (vier Aussagen Onlinebefragung, zwei Aussagen Fokusgruppe, drei Aussagen Fachgespräche).

Konzept: «Die Einführung des elektronischen medizinischen Dossiers im Sinne eines elektronischen Patientendossiers (eHealth) ist nicht Teil dieses Umsetzungskonzeptes, kann aber allenfalls in einem Folgeprojekt aufgenommen werden.»

Die Einführung eines Patienteninformationssystems (PIS) ist zurzeit beim SEM in Bearbeitung: Es bestehen Bestrebungen mit einer externen Firma, ein geeignetes System zu identifizieren (es soll kein System von Grund auf neu geschaffen werden). Angedacht ist, dass die Leistungserbringer Betreuung das System beschaffen. Das SEM finanziert die Beschaffung und setzt die Rahmenbedingungen fest (Quelle: Fachgespräch).

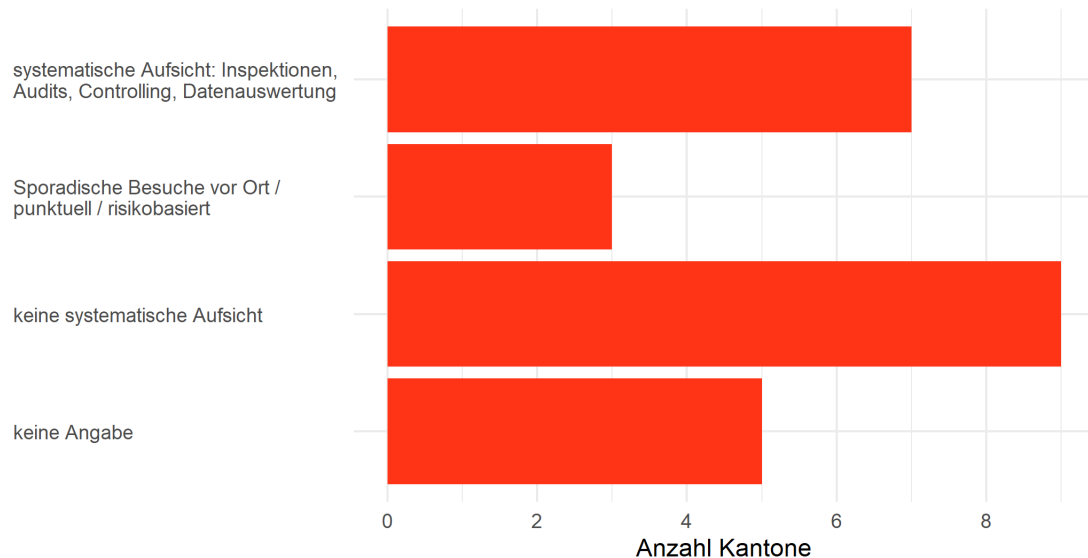
In dem PIS sollen die Krankengeschichten der AS digital hinterlegt sein. Die Digitalisierung der Dossiers über ein PIS hätte das Potential, die administrativen Aufwände der Medic-Help-Stellen zu reduzieren und auch den Transfer zwischen den BAZ zu erleichtern. Es ist unklar inwieweit auch die Kantone in das PIS eingebunden werden könnten, so dass auch der Transfer Bund-Kanton hinsichtlich Dossierübermittlung optimiert würde.

5.7 Aufsicht Gesundheitsversorgung in BAZ und KAZ

Die Aufsicht der Gesundheitsversorgung in BAZ und KAZ fällt grundsätzlich in den Kompetenzbereich der Kantone. In den Kantonen gibt es keine einheitliche Vorgehensweise hinsichtlich der Beaufsichtigung der Gesundheitsversorgung in den KAZ (s. Abbildung 15). Rund die Hälfte der Kantone, für welche uns Angaben vorliegen, haben keine systematische Aufsicht. Einer dieser

Kantone führt aus, dass es zwar keine systematische Aufsicht gebe, stattdessen jedoch ein regelmässiger Austausch zwischen der Kantonsärzteschaft und der Asylkoordination stattfindet²¹. Sieben Kantone haben eine systematische Aufsicht implementiert.

Abbildung 15: Beaufsichtigung der Gesundheitsversorgung in den Kantonen



Quelle: Onlinebefragung der kantonalen Behörden
Wie wird die Gesundheitsversorgung in den Zentren seitens Kanton beaufsichtigt (z.B. Audits)? [n = 24]
 Auswertung und Klassifizierung der Angaben aus offenen Antworten

Erhobene Daten

Im Zusammenhang mit der Aufsicht wurde im Rahmen der Evaluation auch abgefragt, welche Daten Kantone bzgl. der Gesundheitsversorgung von AS und meldepflichtiger Krankheiten erheben. Die Ergebnisse sind wie folgt:

Aus den Kantonen (Onlinebefragung der Kantonsärzte und Asylkoordinatorinnen) wissen wir, dass sechs Kantone systematisch Daten zur Gesundheitsversorgung für AS erheben:

- Zwei Kantone erheben bei AS nur die Anzahl COVID-19-Impfungen.
- Ein Kanton führt bei AS nur eine Statistik zu «vulnerablen Personen».
- Ein Kanton gibt an, bei AS Daten zu erheben, spezifiziert jedoch nicht welche.
- Ein Kanton erhebt bei AS relativ umfassend Daten (Impfungen, Krankheiten). Die Leistungserbringerorganisation ist beauftragt, Dossiers zu führen und die Behandlungen der Ärztinnen und Ärzte zu monitoren.
- Ein Kanton erhebt bei AS sehr umfassende Daten: Anzahl der Personen, die medizinisch triagiert werden, Anzahl der Tuberkulose-Verdachtsfälle, Anzahl der durchgeführten Screening-

²¹ Aus Gesprächen und Feedbacks zum vorliegenden Evaluationsbericht ergibt sich, dass auch in anderen Kantonen eine enge und gute Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Akteuren (Kantonsärzteschaft / Gesundheitsdepartemente) und den BAZ etabliert werden konnte.

tests und Ergebnisse, Anzahl der Patienten, die an die Ärztinnen überwiesen werden, einschliesslich Pädiatrie, Anzahl der organisierten Gesundheitsförderungssitzungen, Anzahl der erreichten Personen. Anzahl der Patienten, die von Pflegefachpersonen mit einem Problem der psychischen Gesundheit entdeckt wurden (via Fragebogen), Anzahl der hospitalisierten Personen

- 14 Kantone erheben keine Daten zur Gesundheitsversorgung von AS
- Zu sechs Kantonen haben wir keine Angaben

Gemäss Aussagen in den Fachgesprächen mit dem BAG und SEM gestaltet sich die Datenerhebung und Datenauswertung im Hinblick auf übertragbare Krankheiten bei AS schwierig. So werden bspw. Fälle von übertragbaren Krankheiten zwar gemäss dem obligatorischen Meldewesen an die Kantone gemeldet, allerdings nicht differenziert nach Bevölkerungsgruppen wie AS. Somit ist die Inzidenz von übertragbaren Krankheiten nur auf Ebene der Gesamtbevölkerung verfügbar²². Mit den aktuellen gesetzlichen Grundlagen sei es grundsätzlich nicht möglich, anonymisierte Gesundheitsdaten zu erheben und auszuwerten.

6. Querschnittsthemen und ergänzende Fragestellungen

6.1 Schnittstelle medizinische Sachverhaltsabklärungen

Wie in Kapitel 2.2 ausgeführt können Arztberichte grundsätzlich für die Asylverfahren genutzt werden. Dies führt (teilweise) dazu, dass Ärztinnen und Ärzte nicht (nur) wegen akuten gesundheitlichen Beschwerden aufgesucht werden, sondern den (ergänzenden) Zweck haben, einen Arztbericht zu erhalten, der dann in das Asylverfahren eingebracht werden kann. Gemäss verschiedenen Aussagen ermutigt die Rechtsvertretung teilweise AS gezielt zu Arztbesuchen, um (weitere) Arztberichte zu erhalten. Weiter geht die Rechtsvertretung teilweise direkt auf Pflegefachpersonen in den Zentren zu und bitten diese, für bestimmte AS Arztbesuche zu vereinbaren²³. Insgesamt hat die Möglichkeit, Arztberichte für Asylverfahren zu nutzen, in der Praxis problematische Konsequenzen:

- Zusätzliche Belastung für Pflegefachpersonen und Ärztinnen: Verschiedene Gesprächspartner haben das Evaluationsteam auf die zusätzlich entstehende Belastung hingewiesen.
- Dilemmata für die behandelnden Ärzte:
 - Sie sind teilweise unsicher, ob der AS wirklich ein akutes gesundheitliches Problem hat oder primär einen Arztbericht für das Asylverfahren benötigt.
 - Aus menschlichen Gründen möchten sie AS möglicherweise gerne in ihrem Asylverfahren unterstützen, gleichzeitig müssen sie eine zielorientierte und effiziente Gesundheitsversorgung ihrer Patientinnen und Patienten sicherstellen.

²² Bei anderen Krankheiten wie psychischen Beeinträchtigungen gibt es ohnehin keine Meldepflicht.

²³ Einige Asylregionen haben diese Praxis mittlerweile untersagt. Die Kommunikation mit den Medic-Help-Stellen muss über das SEM gehen.

Es gibt aber nicht nur kritische Stimmen zur derzeitigen Regelung. Teilweise erachten Ärztinnen und Ärzte die oben skizzierte Situation auch als unproblematisch: Ihre Aufgabe sei es einen objektiven Befund festzuhalten, egal ob verfahrensbedingt oder nicht. Aus Sicht der Rechtsvertretung wird festgehalten:

- Die (medizinischen) Sachverhaltsabklärungen müssen stattfinden können, wenn sie relevant für das Asylverfahren sind (etwa im Fall von Folter).
- Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kann wichtig sein, um die Glaubhaftigkeit und allenfalls beeinträchtigte Aussagequalität zu erklären.
- Schwere Gesundheitsprobleme können ein Wegweisungshindernis darstellen, wenn sie im Herkunftsland nicht behandelt werden können. Folglich müssen die entsprechenden Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert werden.

In den ersten beiden oben skizzierten Fällen müssen diese medizinischen Sachverhalte, selbst wenn sie nicht «akut» sind, möglichst früh eingebracht werden, später im Verfahren ist die Beweislast höher. Es ist daher die Pflicht des Rechtsvertretenden, die entsprechenden Abklärungen anzuregen.

6.2 Unbegleitete minderjährige Asylsuchende

Eine besondere Herausforderung für die Gesundheitsversorgung sind unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA). Derzeit (bzw. zum Zeitpunkt der Online-Befragung) befinden sich viele UMA in den Zentren, insbesondere aus Afghanistan. Die spezifisch für UMA vorgesehenen Zimmer in den Zentren sind überbelegt. Viele UMA haben kein adäquates Hygienebewusstsein, die jüngsten Skabiesausbrüche in den Zentren werden so erklärt (vier Aussagen in Onlinebefragung, sechs Aussagen Fachgespräche, eine Aussage Fokusgruppe). Gemäss BEKO ist für in den Zentren untergebrachte UMA eine intensivere Betreuung durch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen vorgesehen. Die Angaben der Leistungserbringer²⁴ zeigen auf, dass von den sechs BAZmV (UMA werden nur in den BAZmV beherbergt), nur ein BAZ alle Stellen der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen besetzen kann. Im Schnitt sind in den sechs BAZmV bei den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen 4.6 FTE vakant. In einem BAZ wurde dies auch bestätigt: Das aktuelle «Fallführungsverhältnis²⁵» der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sei sehr hoch.

Gemäss einer befragten Person würden UMA mit unangebrachtem Verhalten vielfach den psychiatrischen Diensten zugewiesen. Das Problem liege aber eher an den Rahmenbedingungen, an einem fehlenden strukturierten Umfeld (Familie, Wohnung, Regeln, Stabilität). Eine weitere Person bestätigt diese Aussage: Nicht immer seien psychiatrische Therapien notwendig, sondern es brauche stabilisierenden Faktoren oder niederschwellige Interventionen (Stressbewältigung, Schlafhilfen, soziale Unterstützung usw.) und Beschäftigung²⁶.

²⁴ Reporting SEM/Leistungserbringer Betreuung, Stand 2. - 4. November 2022

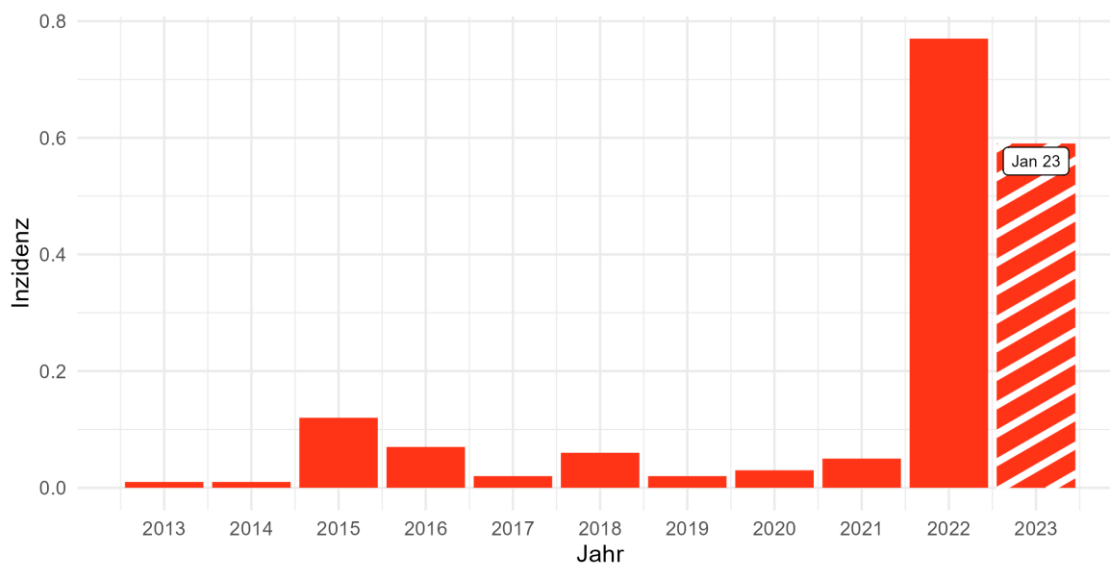
²⁵ Das Fallführungsverhältnis beschreibt die Anzahl Personen (Fälle), die von einer Fachperson betreut werden.

²⁶ Dies gelte teilweise auch für junge Erwachsene, bei welchen eine Chronifizierung psychischer Störungen teilweise ebenfalls durch Kurzbehandlungen oder -hilfen abgewendet werden könne.

6.3 Diphtheriefälle

Gegen Ende 2022 und Anfang 2023 kam es unter AS zu 71 Diphtheriefällen (Abbildung 16 zeigt die Inzidenz bzgl. Diphtheriefälle für die vergangenen zehn Jahre auf). Diese jüngste Häufung von Diphtheriefällen wurde im Rahmen der vorliegenden Evaluation genutzt, um zu prüfen, ob die bestehenden (auf Basis des Konzepts arbeiteten) Prozesse und Abläufe im Fall einer solchen Häufung von Fällen und des Risikos eines eigentlichen Diphtherie-Ausbruchs adäquat sind.

Abbildung 16: Inzidenz Diphtherie (2013 – 2023)



Inzidenz Diphtherie in der Schweiz seit 2013, Anzahl Fälle pro 100'000 Personen
Quelle: BAG (2023, Stand 24.01.2023), abgerufen am 30.01.2023, eigene Darstellung

Zur Adressierung der Frage der Zweckmässigkeit der bestehenden Prozesse im Zusammenhang eines solchen Ausbruchs hat das Evaluationsteam verschiedene Stakeholder befragt. Die Ergebnisse der Gespräche sind hier kurz zusammengefasst. Die Einschätzung der verschiedenen befragten Personen, die im Folgenden kurz dargestellt wird, differiert dabei deutlich.

SEM und BAG (Fachgespräch mit beiden Ämtern gemeinsam):

- Das Ausbruchsmanagement lief sehr gut. Wir konnten schnell reagieren. Das «Handbuch Gesundheitspersonal» hat sich grundsätzlich bewährt. Allerdings gab es in der Umsetzung teilweise Unklarheiten: Wer ist für was zuständig (BAG/SEM, Kanton, Partnerärztinnen und Partnerärzte)? Die Zusammenarbeit SEM-BAG hat aber sehr gut funktioniert, es konnten die nötigen Schritte eingeleitet werden.
- Das Handbuch ist in aktueller Form etwas «rigide». Um möglichst schnell zu reagieren, werden Anpassungen in Form von Handlungsanweisungen herausgegeben. Idealerweise wäre das Handbuch einfacher anpassbar. Bspw. könnte man die essentiellen Flowcharts digitalisieren. So könnten Prozessanpassungen schnell vorgenommen und kommuniziert werden.

- Das BAG ist zuständig für das entsprechende Informationsmaterial. Dies war aber teilweise nicht beim BAG bekannt. Spezifisches Infomaterial für einzelne Zielgruppen (angepasste Materialien) mussten schnell / adhoc in Zusammenarbeit mit dem SEM erstellt werden. Dabei bräuchte es generell besseres Infomaterial für AS, allenfalls auch kurze Filme zu einzelnen Themen, statt Broschüren.
- Aktueller Kontext: Da die Infrastruktur (die BAZ) sehr ausgelastet war, waren Isolationsmassnahmen schwierig / nicht möglich. Folglich hat man auf Impfungen gesetzt.

Fachgespräch mit einer Gesundheitsfachperson ausserhalb der Verwaltung:

- Es gab Unterschiede zwischen den BAZ: Ein BAZ hat beim Eintritt systematisch bei allen AS Abstriche (Diphtherie-Test) gemacht. Andere BAZ haben dies nicht gemacht; von dort kam es dann zu Transfers/Verlegungen von infizierten AS. Die Zusammenarbeit mit der Kantonsärzteschaft unseres Kantons war gut und hat sich bei den Diphtheriefällen bewährt.
- Die Nützlichkeit der vorhandenen Dokumente wurde im konkreten Fall der Diphtheriefälle kritisch beurteilt: «Wenn ich keine Austauschmöglichkeit gehabt hätte mit Kantonsärzteschaft und SEM, hätten die Unterlagen nicht ausgereicht («Handbuch Gesundheitspersonal» und Handlungsanweisungen). Die Unterlagen seien qualitativ schlecht.

Online-Befragung bei Pflegefachpersonen bei BAZ und KAZ:

- Von total 51 in BAZ tätigen Pflegefachpersonen haben 29 angegeben, dass es in ihrem Zentrum in «letzter Zeit» Diphtheriefälle gab. In den KAZ hat keine an der Befragung teilnehmende Pflegefachperson angegeben, dass es jüngst im entsprechenden Zentrum Diphtheriefälle gegeben hätte (siehe Tabelle A37 im Anhang).
- Den Pflegefachpersonen, in deren Zentrum es jüngst Diphtheriefälle gab, wurde dann die Frage gestellt: «Wie bewerten Sie den Umgang mit Diphtherie in Ihrem Zentrum?». Als Antwort sollte der Umgang mit Diphtherie auf einer Skala von 1 bis 6 bewertet werden, differenziert nach «Ausbruchsmanagement» und «Identifikation». Beide Subthemen wurden im Durchschnitt mit 3.83 bewertet (s. Tabelle A38 im Anhang).

6.4 Effizienz

Neben der Zweckmässigkeit (sprich: Effektivität) wurde das Evaluationsteam gebeten, auch die Effizienz verschiedener Massnahmen zu beurteilen. In der Onlinebefragung wurden aus diesem Grund die Kantonsärztinnen und die Asylkoordinatoren nach ihrer Einschätzung der Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung der AS in den Kollektivunterkünften gefragt. Das Ergebnis (siehe Abbildung 17) zeigt zunächst, dass viele der Befragten sich nicht in der Lage sahen, diese Frage zu beantworten. Diejenigen, die geantwortet haben, schätzen die Kosteneffizienz mehrheitlich positiv ein.

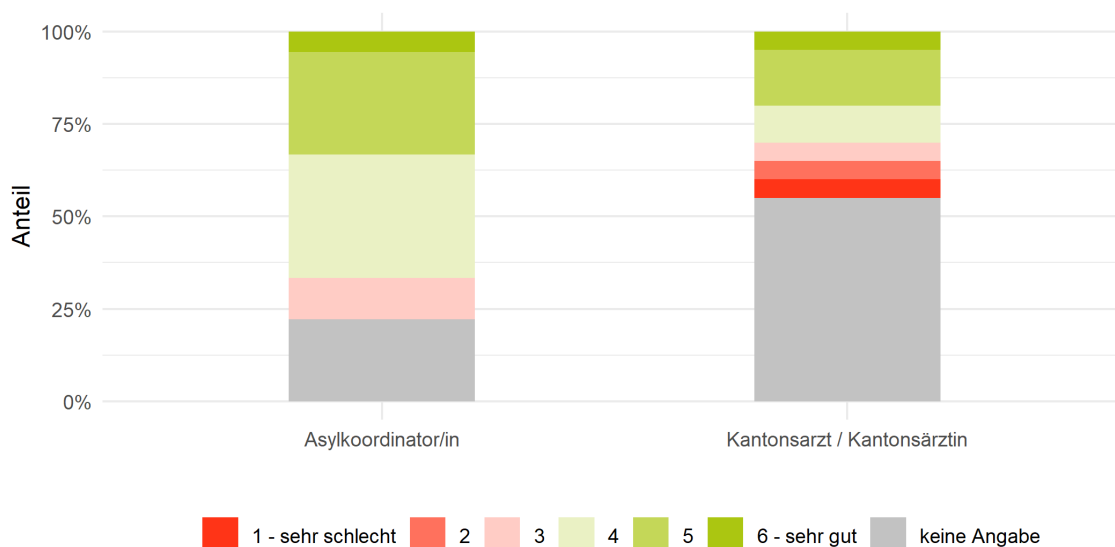
Beurteilung der Frage durch das Evaluationsteam: Wird die Gesundheitsversorgung von AS gesamthaft betrachtet, dann sind vermutlich folgende Elemente die Hauptkostentreiber:

- Beschäftigung von Pflegefachpersonen in den Kollektivunterkünften
- Behandlungen durch Ärztinnen, wobei differenziert werden kann zwischen

- Erstversorger / Hausärzte
- Spezialistinnen
- Notfallstationen

Die Beschäftigung von Pflegefachpersonen in den BAZ/KAZ bindet substantielle Ressourcen. Unter Effizienzgesichtspunkten stellt sich die Frage, ob der ausgelöste Nutzen der Anstellung von Pflegefachpersonen die entstehenden Kosten rechtfertigt. Möglicherweise führt die durch die Pflegefachpersonen durchgeführte erste Triage zu Kosteneinsparungen. Während in Gesprächen dem Gatekeeping durchaus ein Nutzen attestiert wird (s.o.), war im Rahmen der vorliegenden Arbeit aber keine quantitative Untersuchung der Wirkung des Gatekeepings auf die durch die ärztliche Versorgung ausgelösten Kosten möglich. Eine solche Untersuchung würde eine ökonometrische Modellierung bedingen, bei der verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheitskosten berücksichtigt werden.

Abbildung 17: Bewertung der Kosteneffizienz



Quelle: Onlinebefragung der kantonalen Behörden.

Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in Ihrem Kanton Ihrer Ansicht nach kosteneffizient? Hinweis: Mit Kosteneffizienz ist gemeint, dass die Kostenaufwände in adäquatem Verhältnis zur erzielten Wirkung stehen (also keinen "unnötigen" Kosten entstehen) [AK: n = 18, inkl. 4 k.A. / KA: n = 20, inkl. 11 k.A.]

6.5 Sicht Asylsuchende

Insgesamt wurden im Rahmen der Zentrumsbesuche elf AS befragt. Neun der elf Gespräche konnten auf Deutsch, Französisch oder Englisch durchgeführt werden. Zwei Gespräche wurden mit Hilfe von Dolmetschenden durchgeführt. Einleitend: Es gab AS, die dem Evaluationsteam ausführlich ihre Asylgründe erläuterten. Dies deutet darauf hin, dass sie die Rolle des Evaluationsteams nicht richtig erfasst haben. Es ist nicht auszuschliessen, dass sich diese AS bewusst unkritisch bzgl. der Gesundheitsversorgung geäußert haben. Festgehalten werden muss weiter,

dass in allen im Rahmen der Evaluation besuchten Zentren Pflegefachpersonen angestellt sind. Möglicherweise wären die Aussagen von AS, die in Zentren ohne angestellte Pflegefachpersonen untergebracht sind, kritischer.

Eintritt in das Zentrum / Zugang zur Gesundheitsversorgung

Die befragten AS geben alle an, dass sie beim Eintritt in das Zentrum gefragt wurden, wie es ihnen gesundheitlich geht. Vier der elf AS fügen zudem an, dass sie beim Nennen eines gesundheitlichen Anliegens unmittelbar oder relativ zeitnah behandelt wurden. Sämtliche AS wissen auch, wann sie sich an wen wenden müssen (bspw. bei gesundheitlichen Beschwerden in der Nacht). Alle befragten AS geben an, bei Bedarf zur Ärztin bzw. zum Arzt gehen zu können, wobei zwei Personen zusätzlich erwähnen, dass sie für spezialisierte Behandlungen lange warten mussten resp. immer noch warten. Einzelne Befragte waren schwer krank und wurden zeitnah behandelt.

Sprachliche Verständigung

Zwei Personen geben an, im BAZ im Rahmen von Sprechstunden keine Dolmetschenden gehabt zu haben. Die eine Person musste deshalb mit ihren «schlechten» Englischkenntnissen zurechtkommen. Die andere Person konnte jeweils ihre Familie für das Dolmetschen beiziehen. Aufgrund deren Sprachkenntnisse in Deutsch, Französisch bzw. Englisch konnten sich die restlichen befragten AS bei Sprechstunden ohne Mühe verständigen. Eine dieser Personen gibt zusätzlich an, dass bei ihrer Mutter im BAZ (die keine der obengenannten Sprachen spricht) für Termine mit der Rechtsvertretung ein Telefondolmetscher und bei ärztlichen Terminen immer eine Präsenzdolmetscherin zur Verfügung steht. In den KAZ haben wir seitens AS keine Hinweise erhalten, dass es Probleme mit der sprachlichen Verständigung gebe. Allerdings mag hier eine deutliche Verzerrung der Stichprobe vorliegen, da dem Evaluationsteam AS, die eine gängige Sprache sprechen, für die Interviews vorgeschlagen wurden.

Gender

Zwei AS erwähnen, dass im BAZ bei Medic-Help-Konsultationen berücksichtigt wurde, dass sie von Pflegefachperson des jeweiligen Geschlechts behandelt wurden. Eine weitere Person gibt an, dass das Präsenzdolmetschen bei psychiatrischen Sprechstunden von einer Person des gleichen Geschlechts wahrgenommen wurde.

Hygiene

Die Hygienezustände in den Zentren werden unterschiedlich bewertet. Die in den BAZ befragten AS bezeichnen die Hygiene als sehr gut. Die Sanitäranlagen und Gemeinschaftsräume würden täglich gereinigt. Eine Person merkt an, dass in den Duschen nur kaltes Wasser zur Verfügung stehe. Zwei der in den KAZ befragten AS haben die Hygienezustände als problematisch bezeichnet: Die Schlafzimmer seien klein und überbelegt. Die Sanitäranlagen würden von so vielen Personen genutzt, dass die Reinigung nicht nachkomme. Zudem hielten sich nicht alle Bewohnenden an die Hygienevorschriften. Anzumerken ist, dass diese beiden AS in einem separaten Trakt für alleinstehende Männer untergebracht worden waren. Eine weitere Person (Frau mit Kind) im selben Zentrum hat die Hygienezustände positiv beurteilt.

7. Optimierungspotential

Insgesamt leistet das Konzept einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung von AS. Für eine weiterführende Würdigung des Erreichten sei auf Kapitel 8 verwiesen. Im Sinne des formativen Elements der Evaluation wird hier jedoch zunächst dargelegt, wo die Evaluation noch Optimierungspotential identifiziert hat. Dabei gilt vorab festzuhalten:

- Das Jahr 2022 war geprägt durch eine starke Zunahme der Schutz- und Asylsuchenden. Zudem hat sich der Fachkräftemangel bei Pflegefachpersonen stark akzentuiert. Die grosse Zahl von AS hat das Asylsystem insgesamt teilweise an die Kapazitätsgrenze gebracht und beide Entwicklungen zusammen haben das System der Gesundheitsversorgung von AS stark belastet. Gleichzeitig erlaubt der spezifische Kontext es aber auch, zu untersuchen, wie das System bzw. insbesondere die im Konzept vorgesehenen Prozedere zur Gesundheitsversorgung, unter Stress funktioniert bzw. reagiert. So wurden in der Evaluation möglicherweise gewisse Schwachpunkte offenbar, die in einer anderen Situation (mit weniger AS und mehr verfügbaren Fachkräften im Pflegebereich) nicht zutage getreten wären.
- Grundsätzlich richtet sich das Konzept sowohl an Bundesasylzentren (BAZ) wie auch an kantonale Kollektivunterkünfte für Asylsuchende (KAZ). Allerdings betreffen zahlreiche der Aufträge primär die BAZ bzw. die Bundesverwaltung. Weiter wird auch bzgl. der Ziele im Konzept teilweise erläutert, dass die kantonalen Regelungen vom Konzept abweichen können (siehe auch «Konzeption des Konzepts selbst» weiter unten in diesem Kapitel). Dies ist bei der Einordnung der nachfolgend dargelegten Optimierungsmöglichkeiten zu beachten ist.

Die nachfolgend dargelegten Punkte zum Optimierungspotential sind entlang den ersten vier Hauptfragen der Evaluation gegliedert (Stand der Umsetzung der Massnahmen, Zweckmässigkeit der Massnahmen, Wirkungen der Massnahmen, Kontextbedingungen). Die fünfte Hauptfrage bezieht sich auf das Optimierungspotential selbst, das im vorliegenden Kapitel behandelt wird. Den ersten vier Hauptfragen vorangestellt ist ergänzend eine Beurteilung des Optimierungspotentials des Konzepts selbst.

Konzeption des Konzepts selbst

Wir erlauben uns, auf zwei kritische Punkte zum Konzept selbst hinzuweisen.

- Es ist unklar und teils widersprüchlich, für wen das Konzept bindend ist. Gemäss Titel ist es für BAZ und KAZ, im Konzept finden sich dann aber Passagen, die darauf hindeuten, dass mindestens manche der Regelungen in einzelnen Kantonen von den im Konzept dargelegten Regelungen abweichen können. Und einzelne Kantone haben denn auch eigene Konzepte zur Gesundheitsversorgung von AS entwickelt. Insgesamt ist das hier evaluierte Konzept nicht rechtsverbindlich und es verbleibt unklar, was für wen (BAZ oder KAZ) verbindlich ist oder sein sollte.
- Das Konzept als Dokument ist schwer zugänglich, unübersichtlich und beinhaltet viele Redundanzen. Es werden einleitende Ziele, konkrete Aufträge, gewisse Prinzipien und Massnahmen genannt. Es ist für den Leser nicht leicht ersichtlich, was die zentralen Forderungen oder Massnahmen des Konzepts sind. Bei den 19 konkreten Aufträgen ist diese Übersichtlichkeit gegeben, bei den übergeordneten Zielen, Prinzipien und Massnahmen hingegen nicht. Viele der im

Konzept festgehaltenen Themen sind dann in weiterführenden Dokumenten (Handbücher etc.) konkretisiert, was es den Leserinnen und relevanten Akteuren aber nur noch erschwert, auf einfache Art und Weise die zentralen Regeln und Abläufe zu erfassen.

Umsetzung der Massnahmen

- Einzelne Aufträge aus dem Konzept wurden nicht umgesetzt. Medizinische Dossiers werden teilweise unverschlüsselt versandt, da die Adressen für Secure-Mail teilweise nicht stimmen. Es ist also zu vermuten, dass die Klärung der Adressen für Secure-Mail (Auftrag 11) nicht oder zu wenig oft stattfindet. Zudem wurde bis anhin keine Wissensplattform für medizinische Fachpersonen (Auftrag 12c) aufgebaut und kein anonymes Meldesystem (CIRS) aufgesetzt (Auftrag 15). Auftrag 7 («Impfkonzept Asylzentren») ist je nach Interpretation nicht erfüllt: Ist das Impfkonzept Teil des «Handbuchs für Gesundheitspersonal, so ist der Auftrag 7 erfüllt. Werden unter Impfkonzept auch logistische Prozesse (bspw. Umsetzung von grösseren Impfaktionen) verstanden, so ist der Auftrag 7 nicht umgesetzt.
- Punktuell wurden Unklarheiten und Überschneidungen bzgl. der Zuständigkeit im Hinblick auf die gemäss Konzept umzusetzenden Massnahmen identifiziert. So haben z.B. sowohl BAG wie auch SEM Arbeiten im Zusammenhang mit den MEI und MEK für Asylsuchende übernommen bzw. auch an externe Partner vergeben, was zu Doppelspurigkeiten geführt hat.
- Der Transfer von medizinischen Dossiers zwischen BAZ und KAZ findet teils nicht gemäss den Vorgaben statt. Einerseits erhalten die KAZ Dossiers teils unverschlüsselt, was den Vorgaben des Datenschutzes zuwiderläuft. Aus operativer Sicht problematisch ist v.a. aber, dass Dossiers teils zu spät die KAZ erreichen oder unleserlich sind. Dies führt dann dazu, dass Behandlungskontinuität der AS nicht gewährleistet ist.
- Die Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen unterscheidet sich deutlich zwischen den Zentren. Teilweise fehlt es an Pflegefachpersonen, auch weil Stellen nicht besetzt werden können. In vielen KAZ ist überhaupt kein Pflegefachpersonal vorhanden. Fehlendes Pflegefachpersonal führt dazu, dass die Aufgaben, die diese Fachpersonen übernehmen sollten, nicht ausgeführt werden können. Namentlich haben AS dann vor Ort keine Ansprechperson mit entsprechenden Fachkenntnissen zu Gesundheitsfragen und die im Konzept vorgesehene erste Triage kann nicht stattfinden. Die AS müssen sich in der Konsequenz direkt an die Grundversorger wenden oder direkt zur Notaufnahme eines Spitals gehen. Beides sollte durch die erste Triage vermieden werden.

Zweckmässigkeit der Massnahmen

- Das Ziel, Mitarbeitende von BAZ und KAZ adäquat weiterzubilden, ist nur unzureichend erreicht. Insbesondere: Nicht nur die Pflegefachpersonen, sondern auch andere Mitarbeitende in BAZ und KAZ (insbesondere das Sicherheits- und Betreuungspersonal) sind mit Fragen im Kontext der Gesundheit konfrontiert und bei Abwesenheit des Pflegefachpersonals auch die ersten bzw. einzigen Ansprechpartner der AS. Das entsprechende Personal fühlt sich aber teilweise nicht darauf vorbereitet, entsprechende Fragen zu beantworten und adäquate Entscheidungen zu treffen.
- Beim bestehenden Pflegefachpersonal werden viele zeitliche Ressourcen durch administrative Abläufe gebunden. Dies reduziert die Zeit, die für Sprechstunden für AS verfügbar ist. Festgehalten werden muss: Es handelt sich hier um administrative Aufgaben, die spezifisch im Zusammenhang mit der Versorgung von AS entstehen und über das sonst in der Gesundheitsbranche übliche Mass an administrativer Belastung hinausgehen.

- Die sprachliche Kommunikation ist oft schwierig. Kritisiert wird seitens vieler Stakeholder die fehlende Finanzierung von Dolmetschern, gleichzeitig aber ist gemäss vielen Gesprächspartnern in den BAZ und KAZ das Hauptproblem, dass für einige Sprachen oft keine Dolmetscherinnen verfügbar sind. Zudem ist die Organisation eines Termins mit einem Dolmetscherdienst eine zusätzliche zeitliche Belastung für die Pflegefachpersonen in den BAZ / KAZ. Und schliesslich ist der Beizug von Dolmetschenden auch für die behandelnden Ärzte / Ärztinnen problematisch, da der zeitliche Mehraufwand nicht über TARMED abgerechnet werden kann und zu Verzögerungen im Praxisalltag führt.
- Ausbruchsmanagement: Die jüngsten Diphtheriefälle in den BAZ haben Stärken und Schwächen des aktuellen Ausbruchsmanagements in den Kollektivunterkünften aufgezeigt. Gesprächspartner haben darauf hingewiesen, dass die Verantwortlichkeiten beim Management eines Ausbruchs nicht überall einheitlich geregelt²⁷ und die Zuständigkeiten auch nicht immer klar seien.
- Fehlender Austausch zwischen BAZ und KAZ: Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurden Fokusgruppengespräche mit Mitarbeitenden von BAZ und KAZ organisiert. Teilnehmende gaben dabei zu Protokoll, dass sie einen solchen Austausch bisher nicht gehabt hätten und dass ein solcher Austausch wichtig wäre, um ein besseres Verständnis füreinander zu schaffen und Abstimmungsprobleme zwischen BAZ und KAZ zu lösen.
- Aufsicht: Die Kantone haben die Aufsicht über die Gesundheitsversorgung in den KAZ. In der Praxis gibt es in manchen Kantonen jedoch keine systematischen Aktivitäten im Hinblick auf die Aufsicht der KAZ.
- Effizienz der Regelungen: Viele der im Konzept genannten Massnahmen sind zielführend und effektiv. Sind sie aber auch effizient? Besonders relevant ist die Frage beim Einsatz von Pflegefachpersonal in den BAZ und KAZ, da die Bereitstellung von Pflegefachpersonal in BAZ und KAZ mit bedeutsamen Kosten verbunden ist. Stellt man die Frage, ob der Einsatz von Pflegefachpersonal in BAZ und KAZ insgesamt die Effizienz der Gesundheitsversorgung von AS erhöht, dann muss untersucht werden, ob (oder inwieweit) der Einsatz von Pflegefachpersonen dazu führt, dass andere Kosten reduziert werden können (insbesondere Arzt- und Spitalkosten, wenn z.B. unnötige Besuche der Notfalldienste der Spitäler vermieden werden). Mangels Ressourcen (es bräuchte hier ein umfassendes Untersuchungsdesign, das z.B. auch die Auswertung von Krankenversicherungsdaten mit einschliesst) konnte diese wichtige Frage im Rahmen der vorliegenden Evaluation nicht beantwortet werden. Resultate zur Frage der Effizienz des Einsatzes von Pflegefachpersonen in BAZ / KAZ wären in der Diskussion um die Anstellung von Pflegefachpersonen in allen KAZ allerdings sehr hilfreich, da in vielen KAZ heute nach wie vor keine Pflegefachkräfte verfügbar sind.

Wirkungen der Massnahmen

Die Wirkungen der implementierten Massnahmen sind grundsätzlich positiv. Für eine kurze Würdigung der positiven Wirkung siehe Kapitel 8, bzw. auch die in Kapitel 4 dargelegten Detailergebnisse. Nicht alle Massnahmen entfalten aber die optimale Wirkung. Unter «Wirkungen» nehmen wir daher hier Themen auf, bei denen die Wirkung noch optimiert werden könnte – oder

²⁷ Da die Verantwortung bei den Kantonsärztinnen und Kantonsärzten liegt, ist eine nicht überall gleiche Regelung auch naheliegend.

die ergänzend eingeführt werden könnten, um die Wirkung der Massnahmen noch weiter zu optimieren. Anzumerken ist aber auch, dass eine vertiefte Analyse der Wirkungen der später durchzuführenden summativen Evaluation vorbehalten bleibt.

- Der Zugang zu Ärztinnen und Ärzten ist zwar grundsätzlich gegeben, je nach Fachbereich kommt es aber zu langen Wartezeiten (wobei festzuhalten ist, dass dies auch für die Schweizer Wohnbevölkerung gilt). So ist es insbesondere sehr schwierig, Zugang zu psychiatrischer Behandlung inkl. entsprechenden Therapien zu erhalten. Dies ist vor dem Hintergrund der Tatsache, dass viele AS traumatisierende Erlebnisse hinter sich haben und unter psychischen Problemen leiden, problematisch.
- Die Standardprozedere wie MEI und MEK adressieren die spezifische Situation von UMA nicht in geeigneter Weise.
- Impfungen: Bei hoher Auslastung der BAZ können nicht alle AS, die eine Impfung wünschen, tatsächlich geimpft werden. Einerseits fehlen den Betreibern die notwendigen Ressourcen, andererseits sind die im Konzept und in den Handbüchern zum Thema Impfen verfügbaren Informationen nicht ausreichend, um die operative Durchführung der Impfungen sicherzustellen.
- Fehlende Aspekte: Verschiedene Fachpersonen haben darauf hingewiesen, dass es im Hinblick auf eine langfristig optimale Gesundheitsversorgung von AS wichtig wäre, mehr Daten zu operativen Aspekten innerhalb der Zentren (z.B. zur Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen) und mehr Gesundheitsdaten von AS zu haben. Das Konzept sieht jedoch keine Massnahmen im Hinblick auf die Erhebung und Verarbeitung solcher Daten vor.

Relevante Kontextbedingungen

- Die Regelung, nach der alle Arztberichte für das Asylverfahren genutzt werden können (Art. 26a, Ziff. 2 AsylG), führt zu verschiedenen negativen Auswirkungen (stärkere Beanspruchung der Pflegefachpersonen und Ärztinnen, Dilemmata bei den Ärztinnen).

8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

8.1 Schlussfolgerungen

Das Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» beinhaltet zahlreiche übergeordnete Zielsetzungen und Massnahmen sowie eine Reihe von konkreten Handlungsanweisungen («Aufträge»).

Grundsätzlich richtet sich das Konzept sowohl an Bundesasylzentren (BAZ) wie auch an kantonale Kollektivunterkünfte für Asylsuchende (KAZ). Allerdings betreffen zahlreiche der Aufträge primär die BAZ bzw. die Bundesverwaltung. Weiter wird auch bzgl. der Ziele im Konzept teilweise erläutert, dass die kantonalen Regelungen vom Konzept abweichen können. Seitens Bund und BAZ sind die meisten im Konzept genannten Aufträge umgesetzt und auch die übergeordneten Ziele konnten weitgehend erreicht werden, insbesondere:

- In den BAZ und in einigen KAZ stehen Pflegefachpersonen zur Verfügung. Diese sind erste Ansprechpersonen für AS in Gesundheitsfragen und können bei kleineren gesundheitlichen Problemen auch selbst helfen. Vor allem aber leiten sie die AS bei Bedarf an eine Ärztin bzw. an einen Arzt weiter. Dabei nehmen sie eine erste Triage vor, so dass nur diejenigen AS, die ärztliche Hilfe benötigen, die Kapazität der ärztlichen Fachperson beanspruchen. Der Zugang der AS zu ärztlichen Leistungserbringern ist somit gegeben und wird von Fachpersonen positiv beurteilt.
- AS erhalten in der Regel bei Eintritt in ein Bundesasylzentrum medizinische Eintrittsinformationen und (ihr Einverständnis vorausgesetzt) eine medizinische Erstkonsultation.
- Zahlreiche präzisierende Dokumente (Handbücher, Leitfäden etc.) wurden erarbeitet.
- Relevante Public-Health Massnahmen wurden implementiert

Dennoch benennt die Evaluation einige Schwierigkeiten und Herausforderungen. In den KAZ ist die Situation insgesamt deutlich heterogener als in den BAZ. So sind z.B. in vielen KAZ überhaupt keine Pflegefachpersonen angestellt. Die zentralen Problemfelder wurden in Kapitel 7 zusammengefasst.

8.2 Empfehlungen

Auf Basis der vorliegenden Evaluation hat das Evaluationsteam Empfehlungen zusammengestellt. Da Kapitel 8 auch für Leserinnen und Leser, die die gesamte Evaluation nicht durchgearbeitet haben, selbsterklärend sein soll, werden die Empfehlungen hier inhaltlich begründet. Dadurch entstehen gewisse Redundanzen zu Kapitel 7. Vorab angemerkt werden muss, dass die Evaluation viele Themen behandelt und für einzelne Empfehlungen keine vertiefende Analyse durchgeführt hat. Folglich sind die Empfehlungen als Anregungen zu verstehen, vor deren Implementierung je nach Empfehlung eine vertiefte Analyse angezeigt ist.

In der vorliegenden Evaluation wurde eine Vielzahl von Themen im Bereich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden untersucht. Festgehalten werden kann dabei, dass die meisten im hier evaluierten Konzept enthaltenen Aufträge und Massnahmen implementiert wurden. Insbesondere wird Asylsuchenden der Zugang zu den Institutionen der Gesundheitsversorgung gewährt und in den BAZ und in vielen KAZ stehen darüber hinaus Pflegefachpersonen als erste Ansprechpersonen zur Verfügung. Dennoch hat die Evaluation auch verschiedene Probleme, bzw. positiver ausgedrückt, Optimierungspotentiale identifiziert. Die nachfolgend dargelegten Empfehlungen adressieren u.a. die identifizierten Optimierungspotentiale. Empfehlungen einer Evaluation zuhanden des BAG sollen den Ebenen politisch, strategisch und operativ zugeordnet werden. Die nachfolgend dargelegten Empfehlungen sind in diese Struktur eingebettet, wobei keine Empfehlungen auf der politischen Ebene gemacht werden. Innerhalb der einzelnen Kategorien folgen die Empfehlungen der Reihenfolge der Evaluationsfragen, bzw. der in Kapitel 7 dargelegten Struktur. Sofern nötig werden die einzelnen Empfehlungen in einem erklärenden Text erläutert. Für jede Empfehlung wird eine Begründung dargelegt.

8.2.1 Strategisch

Konzept

1. Festlegen, welche Regelungen bzgl. der Gesundheitsversorgung Asylsuchender für welche Akteure verbindlich sind.

- Adressaten: BAG, SEM, Kantone und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- Begründung: Es wird aus dem Konzept nicht immer ersichtlich, welche Massnahmen / Regelungen verbindlich sind. Dabei ist zu beachten: Das Konzept ist keine Rechtsgrundlage. Dennoch erscheint es sinnvoll, dass sich die Akteure darüber verständigen, welche Massnahmen und Regeln in allen BAZ und KAZ verbindlich umgesetzt werden (z.B. Einsatz von Pflegefachpersonen). Wir empfehlen hier keine Gesetzesänderung, sondern eine Absprache zwischen den Akteuren, die idealerweise in ein gemeinsames Verständnis mündet. Dies wiederum sollte dazu führen, dass es keine grösseren Unterschiede in der Handhabung der Regelungen zwischen den verschiedenen BAZ und zwischen den verschiedenen KAZ gibt. Wenn verbindliche Regelungen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung festgelegt sind (wie z.B. zum Einsatz von Pflegefachkräften), dann wird es ergänzend wichtig sein, festzulegen, welche Daten im Hinblick auf die Umsetzung der Regelungen erfasst und zusammengetragen werden, so dass im Sinne eines steuernden Controllings gesehen werden kann, ob und wie die vereinbarten Regelungen umgesetzt werden und wo justiert werden muss.

Umsetzung der Massnahmen

2. Zuständigkeiten des BAG und des SEM im Hinblick auf die Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden besser klären.

- Adressaten: BAG und SEM
- Kurzbeschreibung: Für alle Themen (inkl. der Erstellung von Leitfäden und Tools), die die Gesundheitsversorgung von AS betreffen, muss geklärt werden, ob die Zuständigkeit beim BAG oder beim SEM liegt. Wann immer möglich muss die Zuständigkeit einem der beiden Ämter zugewiesen werden, so dass Doppelspurigkeiten vermieden werden. Allenfalls müsste schlussendlich die EpV angepasst werden (wodurch die Empfehlung dann als «politisch» zu kategorisieren wäre).
- Begründung: Das hier evaluierte Konzept wurde von BAG und SEM erarbeitet. Bei der Implementierung von im Konzept erarbeiteten Massnahmen (Erarbeitung von Tools, die im Bereich der Gesundheitsversorgung von AS eingesetzt werden) ist es in der Folge punktuell zu Doppelspurigkeiten gekommen. So haben z.B. BAG und SEM Arbeiten im Zusammenhang mit den medizinischen Eintrittsinformationen für AS übernommen bzw. auch an externe Partner vergeben.

3. Pflegefachpersonen werden nicht mehr von den Betreibern der BAZ/KAZ angestellt, sondern entweder von separaten Leistungserbringern, vom Kanton oder von Spitälern.

- Adressaten: SEM / SODK / GDK / Kantone
- Begründung: Die Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen ist in den verschiedenen BAZ und KAZ recht unterschiedlich. In manchen KAZ ist überhaupt kein Pflegefachpersonal verfügbar, in einigen BAZ und KAZ sind Pflegefachpersonen nur während relativ wenigen Sprechstunden

für die AS zu sprechen. Ein Grund für die Unterschiede ist, dass teilweise bestehende Stellen für Pflegefachpersonen nicht besetzt werden können. Dies wiederum ist teilweise darauf zurückzuführen, dass die Anstellungsbedingungen für Pflegefachpersonen in den BAZ und KAZ teils relativ unattraktiv sind. Heute ist in den BAZ und in den meisten Kantonen die Anstellung der Gesundheitsfachpersonen in der Kompetenz der Leistungserbringer, die die entsprechenden Zentren gesamthaft betreiben. In einigen Kantonen hingegen sind in den KAZ arbeitende Pflegefachpersonen beim Kanton oder einem Spital angestellt, was mit attraktiveren Anstellungsbedingungen verbunden ist. Es ist zu prüfen, ob Pflegefachpersonen grundsätzlich von Dritten (Kanton, andere Leistungserbringer, Spitäler) angestellt werden sollten. Dies würde vermutlich die Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen in den BAZ / KAZ erhöhen können.

Zweckmässigkeit der Massnahmen

4. Weiterbildung zu Gesundheitsthemen für alle Zentrumsmitarbeitenden durchführen. Einige klar zu definierende Weiterbildungen sollten dabei obligatorisch sein. Festlegen, bis wann (ab Stellenantritt) Mitarbeitende die entsprechenden Weiterbildungen besucht haben müssen.

- Adressaten: SEM (für die BAZ) und Kantone (für die KAZ)
- Begründung: Nicht nur die Gesundheitsfachpersonen, sondern auch andere Mitarbeitende in BAZ und KAZ (insbesondere das Sicherheits- und Betreuungspersonal) sind mit Fragen im Kontext der Gesundheit konfrontiert und bei Abwesenheit des Pflegefachpersonals auch die ersten bzw. einzigen Ansprechpartner der AS. Das entsprechende Personal fühlt sich aber teilweise nicht darauf vorbereitet, entsprechende Fragen zu beantworten und adäquate Entscheidungen zu treffen.

5. Minimalstandards für Aktivitäten definieren, die im Rahmen der Aufsicht über die Gesundheitsversorgung in den KAZ durchgeführt werden.

- Adressaten: Kantone / GDK
- Begründung: Die Kantone haben die Aufsicht über die Gesundheitsversorgung in den KAZ. In der Praxis wird diese Aufsicht aber offenbar unterschiedlich interpretiert und gehandhabt. Es erscheint angezeigt, dass die Kantone einheitliche Standards bzw. Minimalstandards im Hinblick auf Aktivitäten definieren, die zur Aufsicht der Gesundheitsversorgung in den BAZ und KAZ durchgeführt werden.

6. Prozesse des Ausbruchsmagements (bzgl. übertragbarer Krankheiten) optimieren, kommunizieren und implementieren. Klären, inwieweit die Prozesse zwischen BAZ angeglichen werden können und welche Rollen und Zuständigkeiten Bund, Kantone und weitere Akteure haben sollen.

- Adressaten: BAG / SEM/ Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Kantonsärzteschaft (VKS)
- Begründung: Die jüngsten Diphtheriefälle in BAZ haben Stärken und Schwächen des aktuellen Ausbruchsmagements in den Kollektivunterkünften aufgezeigt. Ein kritischer Punkt ist, dass die Verantwortlichkeiten beim Management des Ausbruchs offenbar nicht überall einheitlich geregelt sind. Insbesondere ein einheitliches Vorgehen innerhalb der BAZ wäre wünschenswert. Auch scheint nicht allen Akteuren die Zuständigkeit der Akteure klar. Die derzei-

tigen Rollen und Aufgaben (und auch wie die Rollen idealerweise sein sollten) wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich gesehen. Zu ergänzen ist, dass im entsprechenden Handbuch das Ausbruchmanagement durchaus detailliert beschrieben ist, aber offenbar kam es bei der Implementierung dann doch zu einer unterschiedlichen Handhabung, was mindestens von einzelnen Akteuren kritisch gesehen wird. Es wird hier keine abschliessende Empfehlung zur künftigen Regelung gemacht, sondern empfohlen, die Regelungen zu klären, allenfalls zu verbessern und die Aufgaben- und Rollenzuteilung allen relevanten Akteuren zu kommunizieren.

Wirkungen der Massnahmen

7. Separate medizinische Eintrittsinformationen (MEI) und medizinische Erstkonsultation (MEK) für unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA) erarbeiten und einführen.

- Adressaten: BAG / SEM / BAZ
- Begründung: Die heute für MEI und MEK verfügbaren Unterlagen adressieren die spezifische Situation von UMA nicht ausreichend und sind nicht auf die Bedürfnisse und die Situation von UMA zugeschnitten.

8. Impfkonzert für BAZ / KAZ um operative und logistische Aspekte ergänzen.

- Adressaten: BAG / SEM / GDK / VKS
- Begründung: Es hat sich gezeigt, dass in Zeiten, in denen viele AS in den BAZ und KAZ untergebracht sind, ein systematisches Impfen von AS (insbesondere kurz nach deren Einreise in die Schweiz, also in den BAZ) nicht gewährleistet ist. Die im Konzept und in den Handbüchern hierzu verfügbaren Informationen sind nicht ausreichend, um die operative Durchführung der Impfungen sicherzustellen.

8.2.2 Operativ

Konzept

9. Dokumente zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden (das Konzept sowie weitere Dokumente wie die entsprechenden Handbücher) optimieren und wichtige Elemente digitalisieren.

- Adressaten: SEM und BAG
- Kurzbeschreibung: Die Dokumente zur Regelung der Gesundheitsversorgung von AS werden bereinigt, die wichtigsten Aspekte übersichtlich und gut zugänglich dokumentiert. Dabei wird deutlich dargelegt, welche Regelungen für welche Institutionen verbindlich sind und welche Regelungen als Empfehlungen zu verstehen sind. Dies bedeutet: Das Konzept wird entsprechend angepasst und optimiert. In den weiterführenden Dokumenten (Handbücher, Leitfäden etc.) werden zentrale für operative Fragen relevante Elemente elektronisch bereitgestellt, so dass sie bei Bedarf rasch und unkompliziert angepasst werden könnten.
- Begründung: Die Empfehlungen und Regelungen zur Gesundheitsversorgung von AS in Kollektivunterkünften sind in zahlreichen Dokumenten festgehalten (Konzept, Handbücher, Leitfäden, Betriebskonzept, diverse elektronische Tools). Beim Konzept ist dabei insgesamt nicht sofort ersichtlich, welche Regelungen verbindlich und welche als Empfehlungen zu verstehen sind sowie welche Regelungen nur für die BAZ gelten und welche auch für die KAZ Gültigkeit

haben. Zudem haben Stakeholder im Gespräch mit dem Evaluationsteam darauf hingewiesen, dass eine Anpassung der weiterführenden bzw. konkretisierenden Dokumente (wie die Handbücher) teilweise ein langwieriger Prozess ist – und dies in einem Kontext, in dem sich Rahmenbedingungen rasch ändern können und daher Abläufe, Prozedere und Verantwortlichkeiten bei Bedarf sehr schnell angepasst werden müssen.

Umsetzung der Massnahmen

10. Im Konzept genannte, aber bisher nicht implementierte Massnahmen / Aufträge umsetzen: a) Aufbau einer Wissensplattform zu (migrations-)medizinischen Themen für Gesundheitsfachpersonen und b) Einführung eines anonymen Meldesystems (Critical Incident Reporting Systems CIRS), durch das Mitarbeitende der Zentren auf kritische Vorfälle hinweisen können.

- Adressaten: BAG und SEM (Wissensplattform), SEM und Kantone (CIRS)
- Begründung Wissensplattform: Die Etablierung einer Wissensplattform ist im Konzept als Auftrag formuliert. Dieser Auftrag wurde bis anhin nicht erfüllt. Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Pflegefachpersonen in den BAZ und in den KAZ gefragt, ob sie eine solche Plattform begrüßen würden. Knapp 80% der Pflegefachpersonen in den BAZ und knapp 75% der Pflegefachpersonen in den KAZ wünschen sich eine solche Plattform. Zwei Pflegefachpersonen in den KAZ erwähnen auch explizit, dass sie als einzige Gesundheitsfachperson in ihren Zentren sich etwas «alleine» gelassen fühlen und entsprechend eine solche Plattform sehr begrüßen würden.
- Begründung CIRS: Im Konzept ist ein entsprechender Auftrag formuliert, der aber nicht umgesetzt wurde. Es ist denkbar, dass Mitarbeitende in den Zentren kritische Vorfälle wie Behandlungsfehler nicht melden, da sie sich vor Sanktionen fürchten. In Gesundheitseinrichtungen (bspw. Spitäler) werden CIRS eingesetzt, um anonymisierte Meldungen über patientensicherheitsrelevante Vorfälle zu sammeln. Die Meldungen werden analysiert und dazu verwendet, interne Prozesse anzupassen oder entsprechende Massnahmen zu treffen (SGAIM, 2020).

11. Termingerechten und sicheren Transfer der medizinischen Dossiers von Asylsuchenden gewährleisten. Die kantonalen E-Mail-Adressen für Secure-Mail seitens Bund regelmässig prüfen respektive seitens Kantone regelmässig aktualisieren, so dass ein verschlüsselter Versand der Dossiers zwischen BAZ und KAZ stattfinden kann. Die Lesbarkeit der medizinischen Dossiers von Asylsuchenden sicherstellen.

- Adressaten: Im Lead sollte hier das SEM sein (in Zusammenarbeit mit den Kantonen bzw. den KAZ)
- Begründung: Heute kommen die medizinischen Dossiers der AS teils zu spät an, erreichen das entsprechende Zentrum unverschlüsselt (wodurch der Datenschutz nicht gewährleistet ist) und Inhalte sind teils nicht gut lesbar. Im Einzelfall kann dies die Gesundheitsversorgung von AS beeinträchtigen, wenn z.B. das Zentrum, in das der AS transferiert wird, Medikamente, die der AS benötigt, nicht rechtzeitig besorgen kann oder wenn bei Unleserlichkeit des Dossiers die medizinische Behandlung des AS nicht sofort adäquat fortgesetzt werden kann. Anzumerken ist: Das vom SEM lancierte Projekt zur Einführung eines Patienteninformationssystems hat das Potential, viele der heute auftretenden Probleme zu beheben.

Zweckmässigkeit der Massnahmen

12. Austauschgefässe für Mitarbeitende von BAZ / KAZ etablieren.

- Adressaten: SEM und SODK
- Begründung: Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurden Fokusgruppengespräche mit Mitarbeitenden von BAZ und KAZ organisiert. Teilnehmende haben den Austausch, den sie bisher so nicht gehabt hatten, als sehr wertvoll bezeichnet. Durch einen niederschweligen, aber regelmässigen Austausch (z.B. alle sechs Monate via Videokonferenz) kann ein besseres Verständnis füreinander geschaffen und manche Abstimmungsprobleme zwischen BAZ und KAZ gelöst werden. Auch können positive Erfahrungen ausgetauscht werden. Teilnehmende: Im Hinblick auf die Thematik der vorliegenden Evaluation müsste ein Schwerpunkt sicherlich bei den Pflegefachpersonen sein, aber es mag jenseits des vorliegenden Analysegegenstands noch weitere Themen geben, zu denen ein Austausch hilfreich wäre, so dass sicherlich geprüft werden müsste, ob weitere BAZ / KAZ – Mitarbeitende in den Austausch eingebunden werden sollten. Zudem ist sicherzustellen, dass diejenige KAZ, in denen kein Pflegefachpersonal beschäftigt ist, auch in den Austausch eingebunden werden – hier müssten dann sicherlich Zentrumsleitende oder Betreuungsmitarbeitende am Austausch teilnehmen.

8.2.3 Prüfempfehlungen auf operativer Ebene

Die Adressierung gewisser im Rahmen der Evaluation festgestellten Probleme bedingt zunächst vertiefte Analysen.

Zweckmässigkeit der Massnahmen

13. Administrativen Aufwand für Pflegefachkräfte in BAZ und KAZ und AS behandelnde Grundversorger prüfen.

- Adressat: SEM
- Kurzbeschreibung: Der administrative Aufwand für Pflegefachkräfte und auch für Ärztinnen und Ärzte, die AS behandeln, muss kritisch überprüft und dann in einem nächsten Schritt allenfalls reduziert werden.
- Begründung: In den Zentren beschäftigte Pflegefachpersonen, aber auch AS behandelnde Ärztinnen und Ärzte geben an, dass sie einen (zu) grossen administrativen Aufwand zu bewältigen haben. *Wichtig:* Bezug genommen wird hier auf Arbeiten, die spezifisch im Fall von AS zu erledigen sind. Dieser Aufwand belastet die ohnehin knappen Ressourcen des Gesundheitswesens. In einer vertieften Analyse der entsprechenden Abläufe sollte zunächst der tatsächliche Aufwand objektiv erhoben werden. Für die Analyse sollten etablierte Methoden eingesetzt werden, wie sie z.B. für Regulierungskostenmessungen erarbeitet wurden. Sollte sich bestätigen, dass der administrative Aufwand in der Tat hoch ist, kann dann in einem nächsten Schritt untersucht werden, ob Massnahmen zur Reduktion des administrativen Aufwands und/oder zur Optimierung der Abläufe ergriffen werden können.

14. Verfügbarkeit von Übersetzerinnen und Übersetzern sowie Hürden und alle Kosten des Einsatzes von Dolmetschenden (inkl. dem administrativem Aufwand aller Beteiligten) detailliert untersuchen.

- Adressaten: SEM / Kantone
- Kurzbeschreibung: Es wird untersucht, wie die Verfügbarkeit von Übersetzerinnen und Übersetzern derzeit ist, differenziert nach Sprache, regionaler Verfügbarkeit und auch im Hinblick auf kurzfristige termingenaue Einsätze (da diese mit Arztterminen koordiniert werden müssen). Weiter wird im Detail dargelegt, wie hoch die Kosten des Einsatzes der Dolmetschenden sind, welche Aufwände entstehen, um Termine mit Dolmetschenden zu organisieren und wie gross der zeitliche Mehraufwand in den involvierten Arztpraxen ist.
- Begründung: Die Online-Erhebung hat ergeben, dass für die Übersetzung bei der Gesundheitsversorgung häufig Online-Tools sowie Freunde und Angehörige eingesetzt werden. Dies ist aus Sicht der Gesundheitsversorgung nicht optimal (Stichworte: Übersetzungsfehler, fehlende Vertraulichkeit, mangelnder Datenschutz). Als Gründe für den Verzicht auf den Beizug professioneller Übersetzer wird genannt: Mangelnde Verfügbarkeit von Übersetzerinnen und Übersetzern, administrativer Aufwand und mangelnde Finanzierung (letzteres bei den KAZ, bei den BAZ übernimmt das SEM die Kosten der Dolmetschenden). Es stellt sich nun die Frage, was getan werden müsste, um die Hürden zum vermehrten Einsatz von professionellen Übersetzerinnen und Übersetzern zu reduzieren. Eine Voraussetzung hierfür wiederum ist eine fundierte Analyse der bestehenden Hürden, inkl. aller administrativen Kosten.

15. IT-Tools im Hinblick auf deren Eignung für die Übersetzung von medizinischen Fragestellungen prüfen und gegebenenfalls den relevanten Akteuren zur Verfügung stellen.

- Adressat: BAG
- Kurzbeschreibung: Digitale Übersetzungstools werden geprüft. Dabei werden auch Aspekte wie Datensicherheit und Haftungsfragen berücksichtigt. Gegebenenfalls wird ein gut geeignetes Tool den BAZ und KAZ sowie den Partnerärztinnen und Partnerärzten zur Verfügung gestellt²⁸.
- Begründung: Die mangelnde sprachliche Verständigung erschwert die medizinische Versorgung von AS. Problematisch ist dabei nicht nur, dass Übersetzungsdienstleistungen teilweise nicht finanziert werden. Vielmehr ist die Verfügbarkeit der entsprechenden Fachpersonen gemäss Aussagen vieler Gesprächspartner häufig nicht gegeben (wobei dies wiederum nochmals verifiziert werden sollte, siehe hierfür Empfehlung Nr. 14). Vor dem skizzierten Hintergrund werden heute häufig bei der medizinischen Versorgung von AS sowohl in BAZ wie auch in KAZ digitale Tools zur Übersetzung eingesetzt. Die heutige Praxis, in der nach unserem Verständnis etwas ad hoc verschiedene Tools eingesetzt werden, sollte kritisch hinterfragt und idealerweise verbessert werden.

²⁸ Dem Evaluationsteam wurde im Nachgang der letzten Begleitgruppensitzung noch mitgeteilt: «Diese Arbeit der Analyse von digitalen Übersetzungswerkzeugen wurde bereits von einigen Mitgliedern des Swiss Health Network for Equity geleistet, das Krankenhäuser in der Schweiz umfasst, die daran interessiert sind, gemeinsam an der Versorgung von Migranten zu arbeiten und darüber nachzudenken. Das BAG kann dazu beitragen, dieses Netzwerk/Schlüsselakteure und BAZ KAZ-Akteure miteinander in Verbindung zu bringen» (übersetzt aus dem Französischen mit www.DeepL.com/Translator, was unter Berücksichtigung des Themas der Empfehlung passend erscheint). Das Evaluationsteam konnte die Arbeit des Swiss Health Network nicht überprüfen, empfiehlt dem BAG aber in der Tat diese Arbeit vor der Initiierung nächster Schritte zu sichten.

16. Nutzen-Kosten-Verhältnis des Einsatzes von Pflegefachpersonen mittels geeigneter statistischer Verfahren untersuchen.

- Adressaten: BAG (allenfalls zusammen mit den Kantonen)
- Begründung: Pflegefachpersonen leisten in den BAZ und KAZ eine wichtige Arbeit, verbessern die Gesundheitsversorgung der AS und entlasten dadurch das Regelsystem. Damit stehen den Kosten, die durch den Einsatz von Pflegefachpersonen entstehen, zweifellos auch monetäre Nutzen gegenüber. Die Evaluation hat aber auch festgestellt, dass heute nicht in allen KAZ Pflegefachpersonen angestellt sind. Objektive Angaben zum (vermuteten) ökonomischen Nettonutzen des Einsatzes von Pflegefachpersonen wären allenfalls hilfreich in der Diskussion um die Anstellung von Pflegefachpersonen in allen KAZ.

Wirkungen der Massnahmen

17. Ergänzende Datenerhebungen prüfen und allenfalls implementieren. Dies betrifft zwei verschiedene Datentypen: a) Daten zu eingesetztem Gesundheitspersonal und operativen Abläufen in den Zentren und b) Gesundheitsdaten der AS.

- Adressaten: BAG zusammen mit SEM und Kantonen
- Kurzbeschreibung: Es wird geprüft, welche operativen Daten und Gesundheitsdaten in den Bundesasylzentren / kantonalen Kollektivunterkünften erhoben werden und an wen diese weitergegeben werden sollten. Dabei werden Zweck, Nutzen und Kosten der Datenerhebungen vorab geklärt. Wenn umfangreichere Datenerhebungen als sinnvoll eingeschätzt werden, müssten allenfalls für eine Implementierung gesetzliche Grundlagen angepasst werden.
- Begründung: Verschiedene Akteure (insbesondere aus der Ärzteschaft) betonen, dass es wichtig wäre, bessere Daten zur Gesundheitsversorgung in BAZ / KAZ (z.B. Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen) sowie Gesundheitsdaten von AS zur Verfügung zu haben. Zwar werden heute im Rahmen der medizinischen Erstkonsultation gewisse Gesundheitsdaten aufgenommen, aber nicht systematisch erfasst und weitergeleitet. Verschiedene Daten könnten für die Gesundheitsversorgung von grosser Relevanz sein (z.B. Daten zu psychischen Problemen). Geklärt werden müsste aber, welche Daten erhoben werden sollten, welchen Nutzen dies stiften würde, ob dies im Rahmen der heutigen gesetzlichen Grundlagen möglich wäre und welche gesetzlichen Regelungen allenfalls angepasst werden müssten.

18. Bestehende zielgruppenorientierte Angebote zur psychiatrischen / psychologischen Versorgung Asylsuchender prüfen und gegebenenfalls den Aufbau weiterer Angebote unterstützen.

- Adressat: BAG
- Begründung: Viele AS haben traumatisierende Situationen durchlebt, teils in ihrem Heimatland (was mitunter der Grund für ihre Flucht war), teils auf ihrem Weg in die Schweiz. Die Behandlung dieser Traumata ist für die AS von zentraler Bedeutung – und zudem gilt zu beachten, dass eine gelingende Integration von anerkannten Flüchtlingen in die Schweiz in vielen Fällen eine Behandlung der Traumata bedingt. Grundsätzlich haben AS Zugang zu Gesundheitsfachpersonen. In der Schweiz ist das Angebot an psychiatrischen Fachpersonen jedoch äusserst knapp und der vielfache Wohnortwechsel macht es für AS zusätzlich schwer, eine adäquate psychiatrische oder psychologische Behandlung zu erhalten. Die in der Schweiz verfügbaren medizinischen Strukturen ermöglichen daher AS häufig keine psychiatrische Be-

handlung / Therapie. Es gibt jedoch vereinzelt zielgruppenorientierte (teils auch niederschwellige) Angebote, die Behandlungsmethoden spezifisch für AS etabliert haben (z.B. Psy4ASyl oder Paxion). Das Evaluationsteam verfügt nicht über die Ressourcen, die fachliche Qualität dieser Angebote und deren Wirksamkeit zu prüfen. Daher regen wir an, eine Bestandsanalyse bestehender Angebote durchzuführen und sodann die Arbeit solcher Angebote genauer zu prüfen. Falls es sich herausstellt, dass solche Angebote in der Tat einen guten Beitrag zur Behandlung psychischer Probleme von AS leisten können, sind Wege zu prüfen, wie eine vermehrte Etablierung solcher Angebote unterstützt werden kann. Die Finanzierung der eigentlichen Behandlung sollte über die obligatorische Krankenversicherung möglich sein.

Kontextbedingungen

19. Lösung für Konflikte in der Schnittstelle medizinische Versorgung / Sachverhaltsabklärung (im Asylverfahren) erarbeiten. Allenfalls muss mittelfristig über eine Anpassung der gesetzlichen Regelung nachgedacht werden.

- Adressat: SEM
- Begründung: Die Regelung, nach der alle Arztberichte für das Asylverfahren genutzt werden können (Art. 26a, Ziff. 2 AsylG), führt zu verschiedenen negativen Auswirkungen bei der Gesundheitsversorgung (stärkere Beanspruchung der Pflegefachpersonen und Ärztinnen, Dilemmata bei den Ärztinnen). Gleichzeitig aber hilft die Regelungen, Informationen zum Gesundheitszustand von AS in das Asylverfahren aufzunehmen. Eine verbesserte Regelung würde so ausgestaltet werden müssen, dass sie beiden Aspekten gerecht wird: Die Regelstrukturen der Gesundheitsversorgung sollten nicht durch das Einholen von medizinischen Gutachten überbeansprucht werden, gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass bei den Asylverfahren Informationen zum Gesundheitszustand der AS verfügbar sind.

9. Literaturverzeichnis

Amacker, M., Büchler, T., Efonayi-Mäder, D., Egenter, J., Fehlmann, J., Funke, S., und Hausamann, C. V. (2019). Postulat Feri 16.3407. Analyse der Situation von Flüchtlingsfrauen. Zur Situation in den Kantonen. Bericht zu Händen des Staatssekretariats für Migration (SEM) und der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK).

Bundesamt für Gesundheit BAG & Staatssekretariat für Migration SEM. (2017). Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone. *Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung*. Bern

Notter, J., Ehrenzeller, S. & Tarr, P. (2018). Empfehlungen für Impfungen sowie zur Verhütung und zum Ausbruchmanagement von übertragbaren Krankheiten in den Asylzentren des Bundes und den Kollektivunterkünften der Kantone. *Handbuch für Gesundheitspersonal im Rahmen des Konzeptes zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung*. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern.

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM (2020). CIRS (critical incident reporting system). Bern. Abgerufen am: 04.02.2023

Staatssekretariat für Migration SEM (2022). Betriebskonzept Unterbringung BEKO. Bern

Staatssekretariat für Migration SEM (2022). Statusbericht Medizinische Grundversorgung, Feststellung medizinischer Sachverhalt in den BAZ und Vollzug. Bern

Staatssekretariat für Migration SEM. (2021). Handbuch Zugang zur medizinischen Versorgung und Abläufe in den BAZ. Bern

Staatssekretariat für Migration SEM (2021). Konzept Qualitätsmanagement Unterbringung (QMU). Bern

Staatssekretariat für Migration SEM. (2019). Leitfaden Umgang mit Heilmitteln in den BAZ. Bern

Weissgrund (2020, 2022), Nutzungsanalysen Medic-Help.

Zusätzlich gesichtete Dokumente:

- Konzept Qualitätsmanagement Unterbringung (SEM, 2021)
- Qualitätsstandards Unterbringung (QSU) – Bereich Medizin (SEM, 2021)
- Auditberichte der BAZ (SEM, 2021)
- Rechtsgutachten: Entbindung vom medizinischen Berufsgeheimnis im Asylverfahren (Rüttsche, 2021)
- Protokolle Begleitgruppe Gesundheit und Asyl (2018 – 2019)
- Unterlagen von SEM & BAG Schulungsmodulen

Anhang

A.1 Details Untersuchungsmethoden

Im Folgenden werden die angewandten Untersuchungsmethoden detailliert ausgeführt.

A.1.1 Dokumentenanalyse

Als Basis für die nachfolgend beschriebenen Datenerhebungen, aber auch zur Beantwortung verschiedener Evaluationsfragen konnten umfangreiche Dokumente genutzt werden. Im Zentrum standen das Konzept und die im Nachgang zum Konzept erarbeiteten Handbücher. Weiter wurden das «Betriebskonzept Unterbringung» (BEKO) des SEM, der Statusbericht «Medizinische Grundversorgung, Feststellung medizinischer Sachverhalt in den BAZ und Vollzug» des SEM, Auditberichte der BAZ, der Leitfaden des SEM zum Umgang mit Heilmitteln sowie Protokolle der Begleitgruppensitzung Gesundheit und Asyl, Schulungsunterlagen und zahlreiche vom BAG zur Verfügung gestellte Medienartikel berücksichtigt. Insgesamt haben wir rund 80 Dokumente plus zahlreiche Medienartikel erhalten.

A.1.2 Datenauswertungen

Folgende Daten wurden genutzt:

- Leistungserbringer Betreuung AOZ/ORO: FTE für Objektverträge (Stand 04.11.2022):
- Gemeldete Diphtheriefälle in der Schweiz nach Kanton und Woche (BAG, 2022)
- MIDES Bestand und Kapazität pro Tag 2020 – 2022 (SEM, Stand 30.11.2022)
- ZEMIS Asylstatistik Total (SEM, Stand 30.11.2022)
- Inzidenz Diphtherie pro 100 000 Bevölkerung (BAG, Stand 24.01.2023)

A.1.3 Erhebungen

Im Zuge der Vorbereitung der mündlichen und schriftlichen Erhebungen wurden die zentralen im Konzept genannten Massnahmen und übergeordnete Ziele identifiziert. Während die Frage, ob die im Konzept genannten «Aufträge» ausgeführt wurden, primär auf Basis von Dokumenten überprüft wurden, fokussierten die mündlichen und schriftlichen Erhebungen auf die Erreichung der übergeordneten Ziele, die weitergehenden Massnahmen und die weiteren Evaluationsfragen.

Fachgespräche / Besuche von BAZ und KAZ

Ein zentrales Element bei der Informationserhebung waren sodann Besuche in Asylzentren (drei BAZ, vier KAZ). Das Ziel war, jeweils Gespräche mit Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Personengruppen zu führen: mit der Zentrumsleitung, Pflegefachpersonen, Sicherheitspersonal²⁹, Betreuungspersonal, Partnerärztinnen und Partnerärzte, Asylsuchende). Die Auswahl der besuchten BAZ und KAZ wurde so getroffen, dass die verschiedenen Landesteile gut abgedeckt

²⁹ Sicherheitspersonal konnte nur in drei der besuchten Zentren interviewt werden, weil in den anderen Zentren kein Sicherheitspersonal tätig ist.

sind und sowohl Zentren in ländlichen wie auch in städtischen Gebieten berücksichtigt sind. Konkret besuchten wir folgende BAZ / KAZ:

- BAZ Boudry
- BAZ Chiasso
- BAZ Kreuzlingen
- Durchgangsstation Steinhausen (Kanton Zug)
- Durchgangszentrum Regensbergstrasse (Kanton Zürich)
- Foyer de La Poya (Kanton Freiburg)
- Foyer Ecublens (Kanton Waadt)

Vor den Haupterhebungen (mündlich und online) wurden erste explorative Gespräche geführt, um die verschiedenen Befragungen inhaltlich vorzubereiten (Gespräche mit Vertretungen des BAG, des SEM und der SODK). Zudem wurden ergänzend zu den Zentrumsbesuchen Fachgespräche mit Vertretungen des BAG und des SEM, der Leistungserbringerorganisationen, der SODK, kantonalen Behörden, Gesundheitsfachpersonen sowie äussere Beobachtenden geführt. Insgesamt wurden 55 Fachgespräche geführt, eine Liste der Interviewpersonen findet sich im Anhang. Des Weiteren hat das Evaluationsteam im Rahmen der Zentrumsbesuche mit elf Asylsuchenden gesprochen.

Onlinebefragung

In den Fachgesprächen konnte nur eine relativ kleine Stichprobe der Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Stakeholdergruppen gesprochen werden. Daher wurden ergänzend (soweit möglich) alle Vertreterinnen und Vertreter der wichtigsten Stakeholdergruppen eingeladen, an einer Onlinebefragung teilzunehmen. Folgende Stakeholdergruppen wurden angesprochen:

- Zentrumsleitungen der KAZ, Vertretungen der Sektionen Partner & Administration (P&A) der sechs Asylregionen.
- Pflegefachpersonen in BAZ/KAZ
- Kantonale Asylkoordinatoren
- Kantonsärztinnen

Vorgehen und Rücklauf

- P&A BAZ: Angeschrieben wurden die P&A-Sektionen der sechs Asylregionen, die insgesamt die 26 BAZ³⁰ leiten. Sämtliche Sektionen bzw. Asylregionen haben an der Umfrage teilgenommen: Rücklauf 100%

³⁰ Anzahl BAZ gem. Stand 05.10.2022

- Zentrumsleitungen KAZ: insgesamt wurden 81 Zentrumsleitungen angeschrieben. Die Adressen wurden von den kantonalen Asylkoordinatoren zur Verfügung gestellt³¹. Diese 81 Zentrumsleitenden leiten insgesamt 163 KAZ³². An der Onlinebefragung teilgenommen haben 28 Personen, der Rücklauf liegt somit bei 35%.
- Pflegefachpersonen in BAZ/KAZ: Die Namen der Pflegefachpersonen in den Zentren waren uns nicht bekannt. Hier sind wir wie folgt vorgegangen: Wir haben die Zentrumsleitenden und die P&A-Sektionen gebeten, uns die Namen der Pflegefachpersonen in ihren Zentren zur Verfügung zu stellen. Zusätzlich haben Leitende der Medic-Help-Stellen in den Asylregionen uns die Kontaktangaben von weiteren Pflegefachpersonen in den BAZ zugestellt. Insgesamt erhielten wir 100 Kontaktangaben von Pflegefachpersonen auf Ebene BAZ. In einem zweiten Schritt haben wir die 100 Personen direkt mit einer Einladung zur Onlinebefragung angeschrieben, wovon 53 letztendlich teilgenommen haben (Rücklauf: 53%). Auf kantonaler Ebene erhielten wir von 28 Zentrumsleitenden insgesamt 21 Kontaktangaben von Pflegefachpersonen. Davon haben zehn bei der Onlinebefragung teilgenommen. Aufgrund des tiefen Rücklaufs auf kantonaler Ebene haben wir (auf Wunsch des BAG) einen nicht-personalisierten Versand der Onlinebefragung (offene Einladung) zusätzlich über die kantonalen Asylkoordinatorinnen vorgenommen (die Asylkoordinatoren wurden gebeten, den Befragungs-Link in den Zentren bzw. unter den darin tätigen Pflegefachpersonen ihrer Kantone zu streuen). An der nicht-personalisierten Onlinebefragung nahmen 5 Personen teil. Eine Berechnung der Rücklaufquote ist hier nicht möglich, da die Grundgesamtheit der Pflegefachpersonen in den kantonalen Kollektivunterkünften nicht bekannt ist.
- Kantonale Asylkoordinatoren: Angeschrieben haben wir alle 26 Kantone, 18 Personen haben an der Onlinebefragung teilgenommen (Rücklauf: 69%).
- Kantonsärztinnen: Wiederum haben wir alle Kantone angeschrieben, 20 Personen haben an der Onlinebefragung teilgenommen (Rücklauf: 77%).

Rücklaufmanagement: Bei allen Onlinebefragung wurden zwei Reminder versandt.

³¹ Aufgrund der dynamischen Situation im Asylwesen (Personalfluktuatation, Eröffnung / Schliessung von Zentren) ist es denkbar, dass BSS nicht die Namen und Kontaktdaten aller Zentrumsleitenden erhalten hat.

³² Diese 163 KAZ beherbergen Asylsuchende (Status N). Zusätzlich gibt es auch Zentren, die ausschliesslich Personen mit Status S und/oder Status F beherbergen; diese wurden in der vorliegenden Untersuchung aber ausgeschlossen.

Tabelle A1: Übersicht Versand und Rücklauf Onlinebefragung

Stakeholdergruppe	Zur Teilnahme eingeladen	Rücklauf absolut	Rücklauf in Prozent
BAZ Sektionen P&A	6*	6	100%
KAZ-Zentrumsleitungen	81**	28	35%
BAZ Pflegefachpersonen	100	53	53%
KAZ Pflegefachpersonen (direkt angeschrieben)	21	14	67%
KAZ Pflegefachpersonen offene Einladung		5	
Kantonale Asylkoordinatorinnen	26	18	69%
Kantonsärzte	26	20	77%

(*): Leiten insgesamt 26 BAZ

(**): Leiten insgesamt 163 KAZ

Nutzung der Antworten der P&A-Sektionen und der Zentrumsleitungen KAZ: In der Onlinebefragung haben Personen teilgenommen, die mehrere Zentren³³ leiten. Diese Personen wurden aufgefordert, die zentrumsspezifischen Fragen für jedes Zentrum, für das sie verantwortlich sind, separat zu beantworten. Die anderen, nicht zentrumsspezifischen Fragen, haben diese Personen nur einmal beantwortet. Mit ihren Antworten vertreten sie aber kraft ihrer Funktion verschiedene Zentren. Die Antworten der P&A-Sektionen und der Zentrumsleitenden der KAZ werden daher entsprechend der Anzahl Zentren, welche diese leiten, gewichtet. Folglich entspricht die Grösse der Stichprobe (n) in den nachfolgenden Auswertungen nicht der Anzahl teilnehmender Personen, sondern der Anzahl Zentren, welche durch die teilnehmenden Personen vertreten werden.

A.1.4 Fokusgruppengespräche

In zwei Fokusgruppengesprächen wurden Ergebnisse aus den Dokumenten- und Datenanalysen, den Fachgesprächen und Onlinebefragungen diskutiert und validiert. Eingeladen zu den Fokusgruppengesprächen wurden Zentrumsleitende und Gesundheitsfachpersonen aus den KAZ sowie Vertretungen der P&A-Sektionen und Gesundheitsfachpersonen aus den BAZ. Die Einladung und Anmeldung erfolgte über den Fragenbogen der jeweiligen Onlinebefragungen. Die Fokusgruppengespräche wurden nach Sprachräumen differenziert, eine Fokusgruppe für die Deutschschweiz und eine für die Westschweiz. Personen aus der italienischsprachigen Schweiz wurden gebeten, sich entweder der deutsch- oder der französischsprachigen Fokusgruppe einzuschreiben. In der deutschsprachigen Gruppe haben acht Personen teilgenommen, in der französischsprachigen Gruppe sechs Personen.

A.1.5 Sitzungen mit Vertretungen der Begleitgruppe und Steuergruppe

Begleitet wurde die Evaluation durch eine Begleitgruppe, in der Vertreterinnen und Vertreter des SEM und des BAG sowie die Kantone, medizinische Fachpersonen sowie Vertreter von leistungserbringenden- und leistungsempfangenden Organisationen Einsitz hatten.

³³ Die sechs Sektionen P&A und die 28 KAZ Zentrumsleitenden, welche an der Onlinebefragung teilgenommen haben, leiten insgesamt 26 BAZ resp. 41 KAZ.

A.1.6 Design Erhebungsinstrumente

Die Erhebungsinstrumente der mündlichen und schriftlichen Befragungen wurden seitens BSS und in Absprache mit dem BAG und dem SEM erarbeitet. Für die verschiedenen befragten Stakeholdergruppen wurden jeweils unterschiedliche Fragebögen ausgearbeitet, wobei darauf geachtet wurde, dass, sofern möglich, gewisse Fragen den Befragten aus den unterschiedlichen Stakeholdergruppen gestellt wurden. Im Hinblick auf die Ergebnisse ist daher darauf hinzuweisen, dass manche Fragen von Personen aus unterschiedlichen Stakeholdergruppen beantwortet wurden, während andere Fragen nur Vertreterinnen eines Teils der Stakeholdergruppen gestellt wurden.

A.2 Evaluationsfragen

Die in Kapitel 2 bereits genannten Hauptfragen sind im Pflichtenheft noch weiter ausgeführt. Insgesamt sollen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Was ist der Stand der Umsetzung der Massnahmen des Konzepts «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» im Hinblick auf die Zielerreichung?

- Gibt es Unterschiede in der Umsetzung der Massnahmen (national, regional, KAZ, BAZ)? Wenn ja, aus welchen Gründen? Gibt es Massnahmen, welche nicht oder nur teilweise umgesetzt wurden oder die angepasst werden mussten? Wenn ja, aus welchen Gründen? Ist die Gleichbehandlung der Asylsuchenden gewährleistet?
- Bewährt sich die Organisation der Akteurinnen und Akteure innerhalb der Zentren/ des Bundes/ der Kantone, zwischen Zentren-Kantone-Bund sowie mit externen Leistungserbringenden? Besteht Klarheit bei der Verteilung und Wahrnehmung der Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortung und Zuständigkeiten? Wie wird bei allfälligen Unklarheiten oder Unstimmigkeiten vorgegangen?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit und Koordination der Akteurinnen und Akteure innerhalb der Zentren/ des Bundes/ der Kantone, zwischen Zentren-Kantone-Bund sowie mit externen Leistungserbringenden?
- Wie gestaltet sich die Aufsicht (Kantone, Bund)? Wie ist die Datenlage (Zahlen und Fakten) für die Überprüfung der Umsetzung (bspw. in Bezug auf die Qualität, Verfügbarkeit, Datenlücken)?

2. Sind die Massnahmen zweckmässig, d.h. eignen sich die Massnahmen für die Zielerreichung? Eignen sich die Massnahmen konzeptionell wie auch in der Umsetzung für die Zielerreichung (Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten und Zugang zur notwendigen Gesundheitsversorgung)?

- Gibt es in der Umsetzung der Massnahmen Qualitätsunterschiede, welche sich auf die Zweckmässigkeit auswirken?
- Wie ist der aktuelle Stand der Zielerreichung zu beurteilen?
- Ist die Organisation für die Umsetzung der Massnahmen effizient (Bund-Kantone-Gemeinden Leistungserbringende / Aufgaben-Kompetenzen-Verantwortlichkeiten / digitale Instrumente)?
- Falls Unterschiede in der Umsetzung der Massnahmen festgestellt werden: wirken sich auf die Zweckmässigkeit resp. Wirksamkeit der Massnahmen aus?
- Sind bei den Asylsuchenden Unterschiede in Bezug auf die Zweckmässigkeit resp. Wirksamkeit
- der Massnahmen zu beobachten?

3. Sind erwünschte und ggf. unerwünschte Wirkungen der Massnahmen feststellbar?

4. Gibt es relevante Kontextbedingungen, die sich auf die Umsetzung der Massnahmen auswirken (bspw. beschleunigtes Asylverfahren, Coronavirus-Pandemie, Rekurse aufgrund von Sachverhaltsabklärungen)?

- Schnittstelle medizinische Grundversorgung – medizinische Sachverhaltsabklärungen: In welchem Verhältnis steht die Schnittstelle zum Konzept und den darin enthaltenen Grundsätzen? Gibt es Auswirkungen auf die Umsetzung der Massnahmen? Falls ja, welche? Hierbei sollen u. a. die folgenden Bereiche beachtet werden: Kosten, Versicherungsmodell, Zeitfenster und Umfang der Abklärungen / Diagnostik / Behandlung, Abgrenzung medizinische Abklärungen – juristischer Prozess eines Asylgesuchs, Triage (Gatekeeping Medic-Help / Hausärzteschaft), Auftragsverständnis Leistungserbringende (insbesondere Ärzteschaft)
- Gibt es abgeleitet von den Erfahrungen mit den Kontextbedingungen einen Anpassungsbedarf
- am Konzept?

5. Gibt es Optimierungspotential? Wenn ja, was, in welchen Bereichen (bspw. Konzeption, Umsetzung, Zweckmässigkeit, Qualität, Kosteneffizienz) und auf welcher Ebene (bspw. KAZ, BAZ, Kanton, Bund)?

A.3 Methodenmatrix

Hauptfragen	Teilfragen	Dokumenten- und Datenanalyse	Fachgespräche	Online-Umfrage kantonale Behörden	Online-Umfrage Zentren	Gespräche mit Asylsuchenden	Fokusgruppen zwecks Validierung	Begleitgruppensitzungen	Analyse
1. Stand Umsetzung der Massnahmen	1.1 Unterschiede in der Umsetzung / Gründe	x	x	x	x		x		x
	Teil- bzw. Nicht-Umsetzung / Gründe		x	x	x		x		x
	Gleichbehandlung		x	x	x				
	1.2 Bewährt sich Organisation der Akteur/innen?	x	x	x	x		x		x
	Klarheit Verteilung Kompetenzen / Aufgaben usw.		x	x	x				x
	Umgang mit Unklarheiten		x		x				x
	1.3 Zusammenarbeit (Bund / Kantone, Zentren, Leistungserbringer)	x	x	x	x		x		x
	1.4 Aufsicht	x	x	x					x
	Datenlage	x	x	x					x
2. Zweckmässigkeit	2.1 Eignung der Massnahmen (Konzept / Umsetzung) zur Zielerreichung		x	x	x	x	x		x
	Qualitätsunterschiede in der Umsetzung		x	x	x				x
	Stand der Zielerreichung	x	x	x	x		x		x
	2.2 Effizienz der Organisation		x	x	x		x		x
2-3-Wirkungen	2-3.1 Unterschiede Umsetzung: Auswirkungen Zweckmässigkeit / Wirksamkeit		x		x	x	x		x
	2-3.2 Einfluss Profil Asylsuchende (Gesundheitsstatus, Alter, Geschlecht usw.) Zweckmässigkeit/Wirksamkeit		x		x	x	x		x
4. Kontextbedingungen	4.1 Schnittstelle medizinische Grundversorgung / Sachverhaltsabklärungen (Verhältnis zum Konzept/Umsetzung)	x	x		x		x		x
	4.2 Auswirkungen beschleunigtes Asylverfahren		x		x		x		x
	4.3 Auswirkungen Coronavirus-Pandemie		x						x
	4.4 Anpassungsbedarf Konzept aufgrund Kontextbedingungen		x	x	x		x	x	x
5. Optimierungspotenzial	5.1 Bereiche (bspw. Konzeption, Umsetzung, Zweckmässigkeit, Qualität, Kosteneffizienz)		x	x	x		x	x	x
	5.2 Ebene (BAZ/KAZ, Bund, Kanton)		x	x	x		x	x	x

A.4 Liste der Interviewpersonen

Fachgespräche Zentrumsbesuche

Person	Funktion	Institution
Hozan Ali Abdolla	Pflegefachperson	KAZ: Foyer de la Poya
Eva Baltaci	Teamleitung Betreuung	BAZ Kreuzlingen
Mischa Bättig	Sicherheit	KAZ: DSS Steinhausen
Stéphane Buchs	Pflegefachperson	KAZ: Foyer de la Poya
Marco Bürgi	Leitung Betreuung	BAZ Chiasso
Guillaume Crier	Leitung Sicherheit	BAZ Boudry
Dr.med. Bertrand Curty	Partnerarzt	BAZ Boudry
Elodie Dancet	Mediatorin / Gewaltprävention	BAZ Boudry
Dr.med. Heini Diggelmann	Partnerarzt	KAZ: DZ Regensbergstrasse
Dr.med. Daniel Dykiel	Partnerarzt	BAZ Boudry
Veronique Euolo	Betreuungsfachperson	KAZ: Foyer Ecublens
Francesco Gigliotti	Leitung Sicherheit	BAZ Chiasso
Julien Gogniat	Zentrumsleitung	KAZ: Foyer de la Poya
Thomas Hammer	Betreuungsfachperson	KAZ: DSS Steinhausen
Dr.med. Luca Heitmann	Partnerarzt	BAZ Chiasso
Tobias Herrmann	Leitung Sicherheit	BAZ Kreuzlingen
Tiziana Jurietti	Fachspezialistin P&A	SEM/BAZ Chiasso
Dr.med. Martin Kirchgöbel	Partnerarzt	BAZ Kreuzlingen
Corinne Lannes	Regionenleitung Medic-Help	BAZ Boudry
Blaise Layaz	Intendant	KAZ: Foyer Ecublens
Susanne Lenherr	Stv. Sektionsleitung P&A	SEM/BAZ Kreuzlingen
Dr.med. Abo Loha	Partnerarzt	KAZ: Foyer Ecublens
Catherine Mialet	Pflegefachperson	KAZ: Foyer Ecublens
Ambra Musto	Regionenleitung Medic-Help	BAZ Chiasso
Dr.med. Arnaud Peyrilles	Partnerarzt	KAZ: Foyer de la Poya
Carola Pisoni	Betreuungsfachperson	KAZ: DZ Regensbergstrasse
Rahel Placi	Fachspezialistin P&A	SEM/BAZ Boudry
Helena Regli	Pflegefachperson	BAZ Kreuzlingen
Titus Rüedi	Zentrumsleitung	KAZ: DSS Steinhausen
Francisco Martin Ruiz	Zentrumsleitung	KAZ: DZ Regensbergstrasse
Vincent Sallet	Zentrumsleitung	KAZ: Foyer Ecublens
Licia Sandoz	Pflegefachperson	BAZ Boudry
Peter Schwarz	Regionenleitung Medic-Help	BAZ Kreuzlingen
Julien Vercellini	Stv. Zentrumsleitung	KAZ: Foyer de la Poya
Sandra Weidmann	Pflegefachperson	KAZ: DSS Steinhausen
Tanja Wellauer	Pflegefachperson	KAZ: DZ Regensbergstrasse

Ergänzende Fachgespräche

Person	Funktion	Institution
Sofia Amazzough	Rechtsvertretung	Caritas
Caesar Andres	Asylkoordinator	Kanton Thurgau
Viviane Dürst	Sozialpädagogin	BAZ Zürich
Silvia Eder	Projektmitarbeiterin Asylkoordination	Kanton Zürich
Anika Ekrot	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sektion Impfempfehlungen und Bekämpfungsmassnahmen	BAG
Marie Guisolan	Asylkoordinatorin	Kanton Freiburg
Serge Houmard	Ko-Leiter Gesundheitliche Chancengleichheit	BAG
Patricia Iseli	Partnerärztin	BAZ Bern
Jessica Isenschmid	Stv. Leitung Medic-Help / Pflegefachperson	BAZ Zürich
Annette Koller-Doser	Medizinische Expertin, Sektion Unterbringung und Projekte Regionen	SEM
Philipp Ludin	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Sektion Impfempfehlungen und Bekämpfungsmassnahmen	BAG
Sara Michalik	Psychotherapeutin und Projektleiterin Psy4Asyl	Psy4Asyl
Linda Nartey	Vizedirektorin BAG / Leitung Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung	BAG
Matthis Schick	Leitender Arzt Klinik für Konsiliarpsychiatrie & Psychosomatik, Leitung Ambulatorium für Folter- & Kriegsopfer	USZ
Laura Tommila	Geschäftsleitung Plattform ZiAB	Plattform ZiAB
Dorian Winter	Seelsorger	Kath. Kirche
Myriame Zufferey	Fachbereichsleiterin Migration	SODK
Elmedina Zuga-Bravic	Regionenleitung Medic-Help	BAZ Zürich

A.5 Interviewleitfäden Fachgespräche

Gesprächsleitfaden Bund

Hinweis: Dieser Leitfaden richtet sich an verschiedene Akteure. Sollte eine Frage für Sie nicht relevant sein, wird diese im Gespräch übersprungen.

1. Wie beurteilen Sie den Umgang mit übertragbaren Krankheiten (Präventivmassnahmen, Identifikation, Ausbruchmanagement) in den Kollektivunterkünften?
2. Wie beurteilen Sie den Zugang der AS zur individuellen Gesundheitsversorgung in den Kollektivunterkünften? Gibt es Bereiche, die nicht (adäquat) abgedeckt sind? (Grundversorgung, spezialisierte Versorgung, bspw. psych. Therapien oder Suchtbehandlungen)
3. Ist das Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» Ihrer Ansicht nach (a) zweckmässig und (b) vollständig?
4. Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der AS in Kollektivunterkünften Ihrer Ansicht nach effizient? Gibt es Verbesserungspotential (Ineffizienzen, unnötige Aufwände, unnötige Kosten)?
5. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit unter den Akteuren der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden?
6. Sind die Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Akteuren (Bund (BAG/SEM), Kantone, Zentren) klar und sinnvoll? Wird das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz eingehalten («Wer zahlt, befiehlt»)? Besteht Optimierungspotential?
7. Bestehen Ihrer Ansicht nach relevante Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen den Asylregionen und BAZ? Gibt es Good Practice-Beispiele?
8. Wie beurteilen Sie den Zugang zu Dolmetscherdiensten im Rahmen der Gesundheitsversorgung? Ist die Finanzierung gewährleistet?
9. Inwiefern hat das Asylverfahren einen Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung?
10. Kann die Behandlungskontinuität zwischen verschiedenen Zentren / Regionen (BAZ zu BAZ oder BAZ zu KAZ) gewährleistet werden?
11. Ist die Datenübermittlung aktuell zweckmässig organisiert? Wo sehen Sie Verbesserungspotential (z.B. Digitalisierung beim Datentransfer/Datenzugriff)? Kann der verschlüsselte Transfer von med. Daten bzw. die Datensicherheit stets eingehalten werden?
12. Welche systematischen Daten zu Gesundheitsversorgung werden seitens der beaufsichtigenden Stellen (Kantone, Bund) erhoben (z.B. Anzahl Infektionen mit übertragbaren Krankheiten, Hospitalisierungen)? Welche Lücken bestehen?
13. Wie beurteilen Sie das Controlling / Monitoring (seitens Bund/Kanton) der Gesundheitsversorgung in den Kollektivunterkünften?
14. Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren?
15. Welche (weiteren) Herausforderungen sehen Sie bei der Gesundheitsversorgung in Kollektivzentren?
16. Zum Schluss: Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung in den Kollektivzentren insgesamt (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut) Hinweis: Keine Halbnoten
17. Zusätzlich: Die Hygienestandards sind **in einem Rahmenkonzept** festgelegt und dienen als Grundlage für die Ausarbeitung von zentrumsinternen Richtlinien. Gibt es dieses Rahmenkonzept?

Gesprächsleitfaden Kanton

Hinweis: Dieser Leitfaden richtet sich an verschiedene Akteure. Sollte eine Frage für Sie nicht relevant sein, wird diese im Gespräch übersprungen.

1. Wie beurteilen Sie den Umgang mit übertragbaren Krankheiten (Präventivmassnahmen, Identifikation, Ausbruchmanagement) in den Kollektivunterkünften?
2. Wie beurteilen Sie den Zugang der AS zur individuellen Gesundheitsversorgung in den Kollektivunterkünften? Gibt es Bereiche, die nicht (adäquat) abgedeckt sind? (Grundversorgung, spezialisierte Versorgung, bspw. psych. Therapien oder Suchtbehandlungen)
3. Orientiert sich Ihr Kanton am Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone». Wenn ja, inwiefern?
4. Ist das Konzept «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone» Ihrer Ansicht nach (a) zweckmässig und (b) vollständig?
5. Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der AS in Kollektivunterkünften Ihrer Ansicht nach effizient? Gibt es Verbesserungspotential (Ineffizienzen, unnötige Aufwände, unnötige Kosten)?
6. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit unter den Akteuren der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden?
7. Sind die Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Akteuren (Bund (BAG/SEM), Kantone, Zentren) klar und sinnvoll? Wird das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz eingehalten («Wer zahlt, befiehlt»)? Besteht Optimierungspotential?
8. Bestehen Ihrer Ansicht nach relevante Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen den Kollektivunterkünften Ihres Kantons? Gibt es Good Practice-Beispiele?
9. Wie beurteilen Sie den Zugang zu Dolmetscherdiensten im Rahmen der Gesundheitsversorgung? Ist die Finanzierung gewährleistet?
10. Inwiefern hat das Asylverfahren einen Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung?
11. Kann die Behandlungskontinuität zwischen verschiedenen Zentren / Regionen (BAZ zu BAZ oder BAZ zu KAZ) gewährleistet werden?
12. Ist die Datenübermittlung aktuell zweckmässig organisiert? Wo sehen Sie Verbesserungspotential (z.B. Digitalisierung beim Datentransfer/Datenzugriff)? Kann der verschlüsselte Transfer von med. Daten bzw. die Datensicherheit stets eingehalten werden?
13. Welche systematischen Daten zu Gesundheitsversorgung werden seitens der beaufsichtigenden Stellen (Kantone, Bund) erhoben (z.B. Anzahl Infektionen mit übertragbaren Krankheiten, Hospitalisierungen)? Welche Lücken bestehen?
14. Wie beurteilen Sie das Controlling / Monitoring (seitens Bund/Kanton) der Gesundheitsversorgung in den Kollektivunterkünften? Was wird gemacht? Gibt es periodische Audits?
15. Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren? Good-Practices?
16. Welche (weiteren) Herausforderungen sehen Sie bei der Gesundheitsversorgung in Kollektivzentren?
17. Zum Schluss: Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung in den Kollektivzentren insgesamt (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut) Hinweis: Keine Halbnoten

Gesprächsleitfaden: P&A

Informationsfluss & Zusammenarbeit

1. Wie stellen Sie die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen der Gesundheitsfachstelle, Partnerärzten, weiteren Leistungserbringern, dem SEM und der Rechtsvertretung sicher? Gibt es Ihrer Einschätzung nach Herausforderungen bzw. Optimierungsbedarf?
2. Ist der Transfer der medizinischen Dossiers (bei BAZ zu BAZ und BAZ zu KAZ) zweckmässig organisiert? Wo sehen Sie Verbesserungspotential?
3. Kann der verschlüsselte Transfer von med. Daten bzw. die Datensicherheit stets eingehalten werden?
4. Haben die Asylsuchenden Ihrer Einschätzung nach Vertrauen in den vertraulichen Umgang mit ihren med. Daten? Werden Einwilligungserklärungen von den AS grundsätzlich unterzeichnet?

Zugang zur Gesundheitsversorgung

5. *Skalenebewertung:* Wie beurteilen Sie den Zugang zur Versorgung im psychologischen / psychiatrischen Bereich? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)
6. Wie ist es mit Suchterkrankungen? Besteht Optimierungspotential?
7. Was machen Sie, um den besonderen Bedürfnissen von vulnerablen Personengruppen wie z.B. unbegleitete Minderjährige, Personen mit Beeinträchtigungen ausreichend Rechnung zu tragen?
8. Wer entscheidet über den Einsatz z.B. von längerfristigen Therapien und weiteren Abklärungen? Sehen Sie hier Optimierungspotential? Welcher Einfluss hat der Asylstatus (z.B. NEE oder Dublin)?
9. Inwiefern hat das Asylverfahren einen Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung? Besteht Optimierungsbedarf?

Sicherstellen der sprachlichen Verständigung

10. Wie schätzen Sie den Zugang zu Dolmetscherdienstleistungen ein?
11. Ist die Verständigung im Gesundheitsbereich bei Spezialistinnen (evtl. ausserhalb des Zentrums) ausreichend gewährleistet?

Eintritt in das Zentrum

12. *Skalenebewertung:* Wie gut sind Asylsuchende Ihrer Einschätzung nach über übertragbare Krankheiten, Massnahmen gegen diese, Impfungen sowie weitere Gesundheitsthemen (z.B. Ansprechpersonen bei Notfällen, Suchtprobleme) informiert? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)
13. Ist die MEI und EK Ihrer Einsicht nach zweckmässig für die Identifizierung von Krankheiten und weiteren gesundheitlichen Problemen (insb. auch psychische Erkrankungen)? Besteht Optimierungspotential?

Gesundheitsfachstelle im Zentrum

14. Wie viele Stellen (VZÄ) sind bei der Gesundheitsfachstelle vorhanden? Sind diese ausreichend? Wie gehen Sie mit Fluktuationen in der Zentrumsauslastung um?
15. Gibt es Ihrer Erfahrung nach Hemmschwellen (z.B. fehlendes Vertrauen, Scham, Bagatellisierung) seitens der AS bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung?

Zugang zur ärztlichen Versorgung

16. Gibt es Herausforderungen bei der Triage und Zuweisung zum Zentrumsarzt/ärztin? Gemäss Konzept erfolgt die Zuweisung zum Zentrumsarzt nur bei «akuten und dringenden» Gesundheitsproblemen. Was bedeutet «akut und dringend» in der Praxis der Triage?
17. Reichen die Kapazitäten der ärztlichen Grundversorgung (allg. Med, Pädiatrie, Gynäkologie) sowie bei Spezialistinnen aus? Bestehen Herausforderungen?

Qualifikationen, Weiterbildungen und Schulungen

18. Sind die Qualifikationen des Gesundheitspersonals adäquat? Sind genügend Fachkräfte vorhanden, um diese Anforderungen zu erfüllen? Wie beurteilen Sie die Fluktuationen beim Personal?
19. Wie schätzen Sie die transkulturellen Kompetenzen und migrationsspezifisches Wissen des Gesundheitspersonals ein?

Allgemeine Fragen

20. Sehen Sie Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen den Zentren Ihrer Asylregionen (bspw. zwischen BAZmV und BAZoV)
21. Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der AS in Kollektivunterkünften Ihrer Ansicht nach effizient? Gibt es Verbesserungspotential (Ineffizienzen, unnötige Aufwände, unnötige Kosten)?
22. Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren?
23. Gibt es noch (weitere) Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung, die Sie noch nicht angesprochen haben?
24. Zum Schluss: Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung im Kollektivzentrum insgesamt? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut) Hinweis: Keine Halbnoten

Gesprächsleitfaden: KAZ-Zentrumsleitung

Einleitende Fragen

1. Welche Personengruppen beherbergen Sie im Zentrum (Frauen, Männer, Kinder) und welchen Status haben die Personen (anerk. Flüchtlinge, VA und/oder AS im erweiterten Verfahren)?
2. Was ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Zentrum?

Hinweis: Wir konzentrieren uns bei dieser Untersuchung auf Asylsuchende (anerk. Flüchtlinge und VA stehen nicht im Fokus). Sollte es hinsichtlich Gesundheitsversorgung je nach Asylstatus Unterschiede geben, bitten wir Sie uns darauf hinzuweisen.

3. Orientiert sich die Gesundheitsversorgung im KAZ am das Konzept Gesundheitsversorgung für AS des BAG?

Eintritt in das Zentrum

4. *Skalenzbewertung:* Wie gut sind Asylsuchende Ihrer Einschätzung nach über übertragbare Krankheiten, Massnahmen gegen diese, Impfungen sowie weitere Gesundheitsthemen (z.B. Ansprechpersonen bei Notfällen, Suchtprobleme) informiert? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)
5. Ist der Ablauf beim Eintritt zweckmässig für die Identifizierung von Krankheiten und weiteren gesundheitlichen Problemen (insb. auch psychische Erkrankungen)? Besteht Optimierungspotential?

Zugang zur Gesundheitsversorgung

6. *Skalenzbewertung:* Wie beurteilen Sie den Zugang zur Versorgung im psychologischen / psychiatrischen Bereich? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*) Besteht Optimierungspotential? Wie ist es mit Suchterkrankungen?
7. Was machen Sie, um den besonderen Bedürfnissen von vulnerablen Personengruppen wie z.B. unbegleitete Minderjährige, Personen mit Beeinträchtigungen ausreichend Rechnung zu tragen?
8. Wer entscheidet über den Einsatz z.B. von längerfristigen Therapien und weiteren Abklärungen? Sehen Sie hier Optimierungspotential?
9. Inwiefern hat das Asylverfahren einen Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung? Besteht Optimierungsbedarf?

Sicherstellen der sprachlichen Verständigung

10. Wie schätzen Sie den Zugang zu Dolmetscherdienstleistungen ein?
11. Ist die Verständigung im Gesundheitsbereich bei Grundversorgern und Spezialistinnen (evtl. ausserhalb des Zentrums) ausreichend gewährleistet?
12. Wie funktioniert die Finanzierung der Dolmetschkosten?

Gesundheitsfachstelle im Zentrum

13. Wie viele Stellen (VZÄ) sind bei der Gesundheitsfachstelle vorhanden? Wie gehen Sie mit Fluktuationen in der Zentrumsauslastung um?

14. Gibt es Ihrer Erfahrung nach Hemmschwellen (z.B. fehlendes Vertrauen, Scham, Bagatellisierung) seitens der AS bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung?

Zugang zur ärztlichen Versorgung

15. Gibt es Herausforderungen bei der Triage und Zuweisung zum Zentrumsarzt/ärztin? Gemäss Konzept erfolgt die Zuweisung zum Zentrumsarzt nur bei «akuten und dringenden» Gesundheitsproblemen. Was bedeutet «akut und dringend» in der Praxis der Triage?
16. Reichen die Kapazitäten der ärztlichen Grundversorgung (allg. Med, Pädiatrie, Gynäkologie) sowie bei Spezialistinnen aus? Bestehen Herausforderungen?

Qualifikationen, Weiterbildungen und Schulungen

17. Sind die Qualifikationen des Gesundheitspersonals adäquat? Sind genügend Fachkräfte vorhanden, um diese Anforderungen zu erfüllen? Wie beurteilen Sie die Fluktuationen beim Personal?
18. Werden dem Personal Weiterbildungen (z.B. Nothilfe, transkulturelle Kompetenzen, übertragbare Krankheiten) angeboten? Wenn ja, für welche Funktionen?
19. Wie schätzen Sie die transkulturellen Kompetenzen und migrationsspezifisches Wissen des Gesundheitspersonals ein?

Allgemeine Fragen

20. Sind Ihnen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen den Zentren Ihres Kantons bekannt?
21. Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der AS in Kollektivunterkünften Ihrer Ansicht nach effizient? Gibt es Verbesserungspotential (Ineffizienzen, unnötige Aufwände, unnötige Kosten)?
22. Wie stellen Sie die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen der Gesundheitsfachstelle, Partnerärzten, weiteren Leistungserbringern, dem SEM und der Rechtsvertretung sicher? Gibt es Ihrer Einschätzung nach Herausforderungen bzw. Optimierungsbedarf?
23. Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren?
24. Gibt es noch (weitere) Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung, die Sie noch nicht angesprochen haben?
25. *Skalenebewertung:* Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung im Kollektivzentrum insgesamt (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)

Gesprächsleitfaden: Medic-Help BAZ

Eintritt in das Zentrum

1. Erachten Sie das Medic-Help Online-Tool als zielführend? Sehen Sie Optimierungsbedarf?
2. Geben Sie im Rahmen der Medizinische Eintrittsinformationen (MEI) zusätzliche mündliche oder schriftliche Informationen ab? Wenn ja, werden Zielgruppen spezifisch (z.B. Frauen, Männer, Kinder, LGBTQI+) adressiert?
3. *Skalenebewertung:* Wie gut sind Asylsuchende Ihrer Einschätzung nach über übertragbare Krankheiten, Massnahmen gegen diese, Impfungen sowie weitere Gesundheitsthemen (z.B. Ansprechpersonen bei Notfällen, Suchtprobleme) informiert? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)
4. Ist der Fragekatalog zweckmässig für die Identifizierung von Krankheiten und weiteren gesundheitlichen Problemen (insb. auch psychische Erkrankungen)? Besteht Optimierungspotential?
5. Folgen Sie bei Verdacht auf eine übertragbare Krankheit (z.B. TB-Score ≥ 10) den im Handbuch vorgesehenen Abläufe? Wenn nein, wieso nicht? Wenn ja, Optimierungsbedarf?
6. Wie schätzen Sie die allgemeine Impfbereitschaft der AS ein?

Gesundheitsfachstelle im Zentrum

7. Wie viele Stellen (VZÄ) sind bei der Gesundheitsfachstelle vorhanden? Sind diese ausreichend? Wie gehen Sie mit Fluktuationen in der Zentrumsauslastung um?
8. Was passiert ausserhalb der Sprechstunden (im Falle medizinischer Probleme oder Notfälle)? Optimierungsbedarf?
9. Gibt es Ihrer Erfahrung nach Hemmschwellen (z.B. fehlendes Vertrauen, Scham, Bagatellisierung) seitens der AS bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung?
10. Inwiefern hat das Asylverfahren einen Einfluss auf die Arbeit der Gesundheitsfachstelle? Inwiefern steht die Rechtsvertretung im Austausch mit der Gesundheitsfachstelle?
11. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Akteuren, die in der Gesundheitsversorgung involviert sind (Partnerärzten, P&A, Fachspez. Asyl / Dublin & Rückkehr etc.)?

Zugang zur ärztlichen Versorgung

12. Gibt es Herausforderungen bei der Triage und Zuweisung zum Partnerarzt/ärztin? Gemäss Konzept erfolgt die Zuweisung zum Partnerarzt nur bei «akuten und dringenden» Gesundheitsproblemen. Was bedeutet «akut und dringend» in der Praxis der Triage?
13. Reichen die Kapazitäten der ärztlichen Grundversorgung (allg. Med, Pädiatrie, Gynäkologie) sowie bei Spezialistinnen aus? Bestehen Herausforderungen?
14. *Skalenebewertung:* Wie beurteilen Sie den Zugang zur Versorgung im psychologischen / psychiatrischen Bereich? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*) Besteht Optimierungspotential? Wie ist es mit Suchterkrankungen?
15. Was machen Sie, um den besonderen Bedürfnissen von vulnerablen Personengruppen wie z.B. unbegleitete Minderjährige, Personen mit Beeinträchtigungen ausreichend Rechnung zu tragen?

Public-Health-Massnahmen

16. *Die Hygienestandards sind in einem Rahmenkonzept festgelegt und dienen als Grundlage für die Ausarbeitung von zentrumsinternen Richtlinien. Sind diese zweckmässig? Können die Hygienestandards gut eingehalten werden?*
17. *Wie regeln Sie die Abgabe von Präservativen und Spritzenmaterial? Wie wird darüber informiert?*
18. *Gibt es Verbesserungsbedarf beim Zugang der Asylsuchenden zu Medikamenten?*

Qualifikationen, Weiterbildungen und Schulungen

19. *Sind die Qualifikationen des Gesundheitspersonals adäquat? Sind genügend Fachkräfte vorhanden, um diese Anforderungen zu erfüllen? Wie beurteilen Sie die Fluktuationen beim Personal?*
20. *Wie schätzen Sie die transkulturellen Kompetenzen und migrationsspezifisches Wissen des Gesundheitspersonals ein?*

Allgemeine Fragen

21. *Falls Regionenleitung Medic-Help: Sehen Sie Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen den Zentren Ihrer Asylregionen (bspw. zwischen BAZmV und BAZoV)*
22. *Wie wird das Dolmetschen organisiert? (z.B. Telefondolmetscher, Angehörige) Wo sehen Sie ggf. Herausforderungen?*
23. *Ist der Transfer der medizinischen Dossiers (bei BAZ zu BAZ und BAZ zu KAZ) zweckmässig organisiert? Wo sehen Sie Verbesserungspotential*
24. *Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der AS in Kollektivunterkünften Ihrer Ansicht nach effizient? Gibt es Verbesserungspotential (Ineffizienzen, unnötige Aufwände, unnötige Kosten)?*
25. *Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren?*
26. *Gibt es noch (weitere) Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung, die Sie noch nicht angesprochen haben?*
27. *Skalenebewertung: Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung im Kollektivzentrum insgesamt (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; Hinweis: Keine Halbnoten)*

Gesprächsleitfaden: Gesundheitsfachstelle KAZ

Einleitende Fragen

Hinweis: Wir konzentrieren uns bei dieser Untersuchung auf Asylsuchende (anerk. Flüchtlinge und VA stehen nicht im Fokus). Sollte es hinsichtlich Gesundheitsversorgung Unterschiede geben je nach Status, bitten wir Sie uns darauf hinzuweisen.

1. Orientiert sich die Gesundheitsversorgung im KAZ am Konzept Gesundheitsversorgung für AS des BAG?

Eintritt in das Zentrum

2. Wie läuft der Eintritt in das Zentrum hinsichtlich Gesundheitsversorgung ab? Gibt es einen standardisierten medizinischen Eintrittsprozess (z.B. Information, Erstkonsultation)?
3. Welche Materialien in welcher Form und in welcher Sprache werden den AS zur Verfügung gestellt? Welche Inhalte werden vermittelt? Werden Zielgruppen spezifisch (z.B. Frauen, Männer, Kinder, LGBTQI+) adressiert?
4. *Skalenebewertung:* Wie gut sind Asylsuchende Ihrer Einschätzung nach über übertragbare Krankheiten, Massnahmen gegen diese, Impfungen sowie weitere Gesundheitsthemen (z.B. Ansprechpersonen bei Notfällen, Suchtprobleme) informiert? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)
5. Sind die vom BAZ zugestellten medizinischen Dossiers jeweils vollständig und lesbar? Funktioniert dieser Informationsfluss gut? Sehen Sie Verbesserungsbedarf?
6. Kann die Behandlungskontinuität von BAZ zu KAZ sichergestellt werden?
7. Sehen Sie (weitere) Herausforderungen oder Optimierungspotential rund um die Gesundheitsversorgung beim Eintritt ins Zentrum?
8. Wie ist das Vorgehen zur Identifizierung von Krankheiten und weiteren gesundheitlichen Problemen (insb. auch psychische Erkrankungen)? Besteht Optimierungspotential?
9. Wie gehen Sie bei Verdacht auf eine übertragbare Krankheit (z.B. TB-Score ≥ 10) vor?

Gesundheitsfachstelle im Zentrum

10. Wie viele Stellen (VZÄ) sind bei der Gesundheitsfachstelle vorhanden? Wie gehen Sie mit Fluktuationen in der Zentrumsauslastung um?
11. Was passiert ausserhalb der Sprechstunden (im Falle medizinischer Probleme oder Notfälle)? Optimierungsbedarf?
12. Gibt es Ihrer Erfahrung nach Hemmschwellen (z.B. fehlendes Vertrauen, Scham, Bagatellisierung) seitens der AS bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung?
13. Inwiefern hat das Asylverfahren einen Einfluss auf die Arbeit der Gesundheitsfachstelle? Inwiefern steht die Rechtsvertretung im Austausch mit der Gesundheitsfachstelle?
14. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Akteuren, die in der Gesundheitsversorgung involviert sind (z.B. ärztliche Grundversorger)?

Zugang zur ärztlichen Versorgung

15. Gibt es Herausforderungen bei der Triage und Zuweisung zum ärztlichen Grundversorger (Partnerärztin)?

16. Reichen die Kapazitäten der ärztlichen Grundversorgung (allg. Med, Pädiatrie, Gynäkologie) sowie bei Spezialistinnen aus? Bestehen Herausforderungen?
17. Skalenbewertung: Wie beurteilen Sie den Zugang zur Versorgung im psychologischen / psychiatrischen Bereich? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; Hinweis: Keine Halbnoten) Besteht Optimierungspotential? Wie ist es mit Suchterkrankungen?
18. Was machen Sie, um den besonderen Bedürfnissen von vulnerablen Personengruppen wie z.B. unbegleitete Minderjährige, Personen mit Beeinträchtigungen ausreichend Rechnung zu tragen?

Public-Health-Massnahmen

19. Bestehen Richtlinien zu den Hygienestandards im Zentrum? Welche Themenbereiche umfassen diese? Können die Hygienestandards gut eingehalten werden?
20. Werden Präservative und Spritzenmaterial abgegeben? Wie regeln Sie das? Wie wird darüber informiert?
21. Gibt es Verbesserungsbedarf beim Zugang der Asylsuchenden zu Medikamenten?

Qualifikationen, Weiterbildungen und Schulungen

22. Sind die Qualifikationen des Gesundheitspersonals adäquat? Sind genügend Fachkräfte vorhanden, um diese Anforderungen zu erfüllen? Wie beurteilen Sie die Fluktuationen beim Personal?
23. Wie schätzen Sie die transkulturellen Kompetenzen und migrationsspezifisches Wissen des Personals ein?

Allgemeine Fragen

24. Wie wird das Dolmetschen organisiert? (z.B. Telefondolmetscher, Angehörige) Wo sehen Sie ggf. Herausforderungen?
25. Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der AS in Kollektivunterkünften Ihrer Ansicht nach effizient? Gibt es Verbesserungspotential (Ineffizienzen, unnötige Aufwände, unnötige Kosten)?
26. Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren?
27. Gibt es noch (weitere) Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung, die Sie noch nicht angesprochen haben?
28. *Skalenbewertung*: Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung im Kollektivzentrum insgesamt (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)

Gesprächsleitfaden: Partnerärztinnen und -ärzte

Eintritt in das Zentrum

1. *Skalenebewertung:* Wie gut sind Asylsuchende Ihrer Einschätzung nach über übertragbare Krankheiten, Massnahmen gegen diese, Impfungen sowie weitere Gesundheitsthemen (z.B. Ansprechpersonen bei Notfällen, Suchtprobleme) informiert? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)

Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

2. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Akteuren, die in der Gesundheitsversorgung involviert sind (Gesundheitsfachstelle, Spezialisten, Bund/Kanton etc.)?

Zugang zur ärztlichen Versorgung

3. Wie beurteilen Sie die erste Triage durch die Gesundheitsfachstelle? Entsteht durch den Fokus auf «akute und dringende Gesundheitsprobleme» ein Spannungsfeld?
4. Reichen Ihres Erachtens die Kapazitäten der ärztlichen Grundversorgung (allg. Med, Pädiatrie, Gynäkologie) sowie bei weiteren Spezialistinnen aus?
5. Werden Termine i.d.R. von den Asylsuchenden wahrgenommen? Falls nicht, kennen Sie die Gründe?
6. *Skalenebewertung:* Wie beurteilen Sie den Zugang zur Versorgung im psychologischen / psychiatrischen Bereich? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)
7. Besteht ein Zugang zu Behandlungen durch spezialisierte Fachpersonen im Bereich Kriegstrauma, Folter?
8. Wie beurteilen Sie den Zugang zu Behandlungen von Suchterkrankungen? Besteht Optimierungspotential?
9. Wer entscheidet die Empfehlungen der behandelnden Ärztinnen für Therapie oder weitere Abklärungen umzusetzen? Werden diese immer umgesetzt? Wenn nicht, warum nicht?
10. Haben AS einen umfassenden Zugang zu Leistungen gemäss KVG (z.B. auch bei längerfristigen psychologischen Therapien)? Und wenn nicht, was sind die Gründe / gibt es Hürden bei der Inanspruchnahme? Gibt es Optimierungspotential?
11. Als Partnerärztin arbeiten Sie an der Schnittstelle Gesundheitsversorgung und med. Sachverhaltsabklärungen im Asylverfahren: Inwiefern hat das Asylverfahren einen Einfluss auf Ihre Arbeit?
12. Gibt es Ihrer Erfahrung nach Hemmschwellen (z.B. fehlendes Vertrauen, Scham, Bagatellisierung) seitens der AS bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung?
13. Wird den besonderen Bedürfnissen von vulnerablen Personengruppen wie z.B. unbegleitete Minderjährige, Personen mit Beeinträchtigungen ausreichend Rechnung getragen?

Public-Health-Massnahmen

14. Wie erfolgt die Zusammenarbeit mit dem Kantonsarzt bei Auftreten von Ausbrüchen? Optimierungsbedarf?
15. Gibt es Verbesserungsbedarf beim Zugang der Asylsuchenden zu Medikamenten?

Allgemeine Fragen

16. Wie wird das Dolmetschen organisiert? (z.B. Telefondolmetscher, Angehörige) Wo sehen Sie ggf. Herausforderungen?

17. Sind die Ihnen zugestellten medizinischen Dossiers jeweils vollständig und lesbar? Funktioniert dieser Informationsfluss gut? Sehen Sie Verbesserungsbedarf?
18. Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der AS in Kollektivunterkünften Ihrer Ansicht nach effizient? Gibt es Verbesserungspotential (Ineffizienzen, unnötige Aufwände, unnötige Kosten)?
19. Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren?
20. Gibt es noch (weitere) Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung, die Sie noch nicht angesprochen haben?
21. *Skalenebewertung*: Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung im Kollektivzentrum insgesamt (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)

Gesprächsleitfaden: Betreuung

Eintritt in das Zentrum

1. *Skalenebewertung:* Wie gut sind Asylsuchende Ihrer Einschätzung nach über übertragbare Krankheiten, Massnahmen gegen diese, Impfungen sowie weitere Gesundheitsthemen (z.B. Ansprechpersonen bei Notfällen, Suchtprobleme) informiert? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)

Gesundheitsversorgung im Zentrum

2. Sind ausreichend Personalkapazitäten vorhanden, um die Gesundheitsversorgung adäquat sicherzustellen?
3. Kommt es häufig vor, dass sich Asylsuchende mit gesundheitlichen Anliegen an Sie wenden? Wie gehen Sie damit um?
4. Was passiert ausserhalb der Sprechstunden (im Falle medizinischer Probleme oder Notfälle)? Optimierungsbedarf?
5. Gibt es Ihrer Erfahrung nach Hemmschwellen (z.B. fehlendes Vertrauen, Scham, Bagatellisierung) seitens der AS bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung?

Zugang zur ärztlichen Versorgung

6. Skalenebewertung: Wie beurteilen Sie den Zugang zur Versorgung im psychologischen / psychiatrischen Bereich? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*) Besteht Optimierungspotential? Wie ist es mit Suchterkrankungen?
7. Was machen Sie, um den besonderen Bedürfnissen von vulnerablen Personengruppen wie z.B. unbegleitete Minderjährige, Personen mit Beeinträchtigungen ausreichend Rechnung zu tragen?

Public-Health-Massnahmen

8. Bestehen bei Verdacht auf eine übertragbare Krankheit standardisierte Abläufe zum Vorgehen? Wenn nein, wieso nicht? Wenn ja, Optimierungsbedarf?
9. Bestehen Richtlinien zu den Hygienestandards im Zentrum? Welche Themenbereiche umfassen diese? Können die Hygienestandards gut eingehalten werden?
10. Gibt es Verbesserungsbedarf beim Zugang der Asylsuchenden zu Medikamenten?

Qualifikationen, Weiterbildungen und Schulungen

11. Ist das Betreuungs- und Sicherheitspersonal ausreichend über Gesundheitsthemen (insb. übertragbare Krankheiten) informiert? Finden hier zu regelmässige Weiterbildungen / Infoveranstaltungen statt? Wenn ja, wie bewerten Sie diese?
12. Wie schätzen Sie die transkulturellen Kompetenzen und migrationsspezifisches Wissen des Betreuungs-, Sicherheits- und Gesundheitspersonals ein?

Allgemeine Fragen

13. Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der AS in Kollektivunterkünften Ihrer Ansicht nach effizient? Gibt es Verbesserungspotential (Ineffizienzen, unnötige Aufwände, unnötige Kosten)?

14. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Akteuren der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsfachstelle, Partnerärzte etc.)?
15. Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren?
16. Gibt es noch (weitere) Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung, die Sie noch nicht angesprochen haben?
17. *Skalenbewertung*: Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung im Kollektivzentrum insgesamt (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)

Gesprächsleitfaden: Sicherheit

Eintritt in das Zentrum

1. *Skalenebewertung:* Wie gut sind Asylsuchende Ihrer Einschätzung nach über übertragbare Krankheiten, Massnahmen gegen diese, Impfungen sowie weitere Gesundheitsthemen (z.B. Ansprechpersonen bei Notfällen, Suchtprobleme) informiert? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)

Gesundheitsversorgung im Zentrum

2. Sind ausreichend Personalkapazitäten vorhanden, um die Gesundheitsversorgung adäquat sicherzustellen?
3. Kommt es vor, dass sich Asylsuchende mit gesundheitlichen Anliegen an Sie wenden? Wie häufig und wie gehen Sie damit um?
4. Was passiert ausserhalb der Sprechstunden (im Falle medizinischer Probleme oder Notfälle)? Gibt es klare Regelungen, bei welchen gesundheitlichen Problemen welche weiteren Schritte vorzunehmen sind? Optimierungsbedarf?
5. Gibt es Ihrer Erfahrung nach Hemmschwellen (z.B. fehlendes Vertrauen, Scham, Bagatellisierung) seitens der AS bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung?

Zugang zur ärztlichen Versorgung

6. *Skalenebewertung:* Wie beurteilen Sie den Zugang zur Versorgung im psychologischen / psychiatrischen Bereich? (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*) Besteht Optimierungspotential? Wie ist es mit Suchterkrankungen?
7. Was machen Sie, um den besonderen Bedürfnissen von vulnerablen Personengruppen wie z.B. unbegleitete Minderjährige, Personen mit Beeinträchtigungen ausreichend Rechnung zu tragen?

Public-Health-Massnahmen

8. Wie beurteilen Sie die Einhaltung der Hygienestandards in den Zentren? Sind die Asylsuchenden ausreichend über entsprechende Standards informiert?

Qualifikationen, Weiterbildungen und Schulungen

9. Ist das Sicherheitspersonal ausreichend über Gesundheitsthemen (insb. übertragbare Krankheiten) informiert? Finden hier zu regelmässige Weiterbildungen / Infoveranstaltungen statt? Wenn ja, wie bewerten Sie diese?
10. Wie schätzen Sie die transkulturellen Kompetenzen und migrationsspezifisches Wissen des Sicherheitspersonals ein?

Allgemeine Fragen

11. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Akteuren der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsfachstelle, Partnerärzte etc.)?
12. Gibt es (weitere) Aspekte der Gesundheitsversorgung, die besonders gut funktionieren?
13. Gibt es noch (weitere) Herausforderungen bei der Gesundheitsversorgung, die Sie noch nicht angesprochen haben?

14. *Skalenbewertung*: Wie beurteilen Sie die Gesundheitsversorgung im Kollektivzentrum insgesamt (Schulnote: 1; sehr schlecht – 6; sehr gut; *Hinweis: Keine Halbnoten*)

Gesprächsleitfaden: Asylsuchende

1. Als Sie im Zentrum ankamen – Wurden Sie gefragt, wie es Ihnen gesundheitlich geht?
2. Wissen Sie, an wen Sie sich bei gesundheitlichen Problemen wenden können? *Falls relevant:*
Waren Sie mit dieser Unterstützung zufrieden?
3. Können Sie bei Bedarf eine Ärztin sehen?
4. An wen können Sie sich z.B. nachts wenden, wenn jemand gesundheitliche Probleme hat?
Wird der Person geholfen?
5. Wenn Sie zur Gesundheitsfachstelle (Medic-Help) oder zu einer Ärztin gehen: Gibt es eine Übersetzung? Verstehen Sie immer, was der Arzt sagt?
6. Werden im Zentrum die Hygienestandards eingehalten? Achtet sich das Personal darauf?

A.6 Tabellenanhang (Auswertung Onlinebefragung)

Im nachfolgenden Anhang sind tabellarische Auswertungen sämtlicher geschlossenen Fragen, die in der Onlinebefragung gestellt wurden. Aus Platzgründen werden bei Fragen mit Skalenbewertungen nur die Mittelwerte der Antworten ausgewiesen.

Tabelle A2: Auslastung in den KAZ

Anzahl Bewohner/innen und Kapazität

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A. (keine Angabe)	Mittelwert
KAZ	Zentrumsleitung	Auslastung	41	0	76%
KAZ	Zentrumsleitung	Bewohner/innen	41	0	62.05
KAZ	Zentrumsleitung	Kapazität	41	0	82.95

Tabelle A3: Bekanntheit und Nutzung der Konzepte in den KAZ und BAZ

Welche der nachfolgenden Dokumente sind Ihnen bekannt und welche nutzen Sie?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne ich nicht	0	0	26
BAZ	P & A	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne ich, aber nutze es nicht	4	15.38%	26
BAZ	P & A	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne und nutze ich	22	84.62%	26
BAZ	P & A	«Handbuch Gesundheitspersonal»	k.A.	0	0.00%	26
BAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne ich nicht	7	13.21%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne ich, aber nutze es nicht	8	15.09%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne und nutze ich	38	71.70%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Gesundheitspersonal»	k.A.	0	0.00%	53
KAZ	Zentrumsleitung	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne ich nicht	11	26.83%	41
KAZ	Zentrumsleitung	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne ich, aber nutze es nicht	2	4.88%	41
KAZ	Zentrumsleitung	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne und nutze ich	13	31.71%	41
KAZ	Zentrumsleitung	«Handbuch Gesundheitspersonal»	k.A.	15	36.59%	41
KAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne ich nicht	3	15.79%	19

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
KAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne ich, aber nutze es nicht	5	26.32%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Gesundheitspersonal»	kenne und nutze ich	8	42.11%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Gesundheitspersonal»	k.A.	3	15.79%	19
BAZ	P & A	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne ich nicht	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne ich, aber nutze es nicht	5	19.23%	26
BAZ	P & A	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne und nutze ich	21	80.77%	26
BAZ	P & A	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	k.A.	0	0.00%	26
BAZ	Pflegefachpersonen	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne ich nicht	18	33.96%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne ich, aber nutze es nicht	18	33.96%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne und nutze ich	17	32.08%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	k.A.	0	0.00%	53
KAZ	Zentrumsleitung	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne ich nicht	14	34.15%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne ich, aber nutze es nicht	3	7.32%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne und nutze ich	9	21.95%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	k.A.	15	36.59%	41
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne ich nicht	4	21.05%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne ich, aber nutze es nicht	3	15.79%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	kenne und nutze ich	9	47.37%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende	k.A.	3	15.79%	19
BAZ	P & A	Betriebskonzept Unterbringung BEKO	kenne ich nicht	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Betriebskonzept Unterbringung BEKO	kenne ich, aber nutze es nicht	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Betriebskonzept Unterbringung BEKO	kenne und nutze ich	26	100.00%	26
BAZ	P & A	Betriebskonzept Unterbringung BEKO	k.A.	0	0.00%	26
BAZ	Pflegefachpersonen	Betriebskonzept Unterbringung BEKO	kenne ich nicht	12	22.64%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Betriebskonzept Unterbringung BEKO	kenne ich, aber nutze es nicht	15	28.30%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Betriebskonzept Unterbringung BEKO	kenne und nutze ich	25	47.17%	53

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	Betriebskonzept Unterbringung BEKO	k.A.	1	1.89%	53
BAZ	P & A	«Handbuch Zugang»	kenne ich nicht	0	0.00%	26
BAZ	P & A	«Handbuch Zugang»	kenne ich, aber nutze es nicht	0	0.00%	26
BAZ	P & A	«Handbuch Zugang»	kenne und nutze ich	26	100.00%	26
BAZ	P & A	«Handbuch Zugang»	k.A.	0	0.00%	26
BAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Zugang»	kenne ich nicht	9	16.98%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Zugang»	kenne ich, aber nutze es nicht	18	33.96%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Zugang»	kenne und nutze ich	25	47.17%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	«Handbuch Zugang»	k.A.	1	1.89%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Leitfaden Heilmittel BAZ	kenne ich nicht	13	24.53%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Leitfaden Heilmittel BAZ	kenne ich, aber nutze es nicht	15	28.30%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Leitfaden Heilmittel BAZ	kenne und nutze ich	25	47.17%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Leitfaden Heilmittel BAZ	k.A.	0	0.00%	53

Tabelle A4: Nutzung weiterer Konzepte und Dokumente in den KAZ und BAZ

Gibt es (weitere) Konzepte / Handbücher, auf welche Sie sich im Bereich der Gesundheitsversorgung stützen?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Ja	12	46.15%	26
BAZ	P & A	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Nein	12	46.15%	26
BAZ	P & A	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	k.A.	2	7.69%	26
BAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Ja, aber nutze ich nicht	9	16.98%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Ja, nutze ich	18	33.96%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Nein	19	35.85%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	k.A.	7	13.21%	53
KAZ	Zentrumsleitung	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Ja	11	26.83%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Nein	17	41.46%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	k.A.	13	31.71%	41
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Ja, aber nutze ich nicht	1	5.26%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Ja, nutze ich	9	47.37%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	Nein	6	31.58%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher der Organisation (Leistungserbringer)	k.A.	3	15.79%	19
BAZ	P & A	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Ja	17	65.38%	26
BAZ	P & A	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Nein	9	34.62%	26
BAZ	P & A	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	k.A.	0	0.00%	26
BAZ	Pflegefachpersonen	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Ja, aber nutze ich nicht	7	13.21%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Ja, nutze ich	26	49.06%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Nein	18	33.96%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	k.A.	2	3.77%	53
KAZ	Zentrumsleitung	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Ja	18	43.90%	41
KAZ	Zentrumsleitung	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Nein	18	43.90%	41

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
KAZ	Zentrumsleitung	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	k.A.	5	12.20%	41
KAZ	Pflegefachpersonen	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Ja, aber nutze ich nicht	0	0.00%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Ja, nutze ich	12	63.16%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	Nein	3	15.79%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	zentrumseigene Konzepte / Handbücher	k.A.	4	21.05%	19
BAZ	P & A	Weitere	Ja	3	11.54%	26
BAZ	P & A	Weitere	Nein	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Weitere	k.A.	23	88.46%	26
BAZ	Pflegefachpersonen	Weitere	Ja, aber nutze ich nicht	0	0.00%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Weitere	Ja, nutze ich	4	7.55%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Weitere	Nein	5	9.43%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Weitere	k.A.	44	83.02%	53
KAZ	Zentrumsleitung	Weitere	Ja	0	0.00%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Weitere	Nein	2	4.88%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Weitere	k.A.	39	95.12%	41
KAZ	Pflegefachpersonen	Weitere	Ja, aber nutze ich nicht	0	0.00%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Weitere	Ja, nutze ich	1	5.26%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Weitere	k.A.	18	94.74%	19
KAZ	Zentrumsleitung	Konzepte / Handbücher des Kantons	Ja	31	75.61%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Konzepte / Handbücher des Kantons	Nein	6	14.63%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Konzepte / Handbücher des Kantons	k.A.	4	9.76%	41
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher des Kantons	Ja, aber nutze ich nicht	2	10.53%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher des Kantons	Ja, nutze ich	8	42.11%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher des Kantons	Nein	5	26.32%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Konzepte / Handbücher des Kantons	k.A.	4	21.05%	19

Tabelle A5: Bekanntheit Konzept Gesundheitsversorgung für AS (kantonale Ämter)

Ist Ihnen das Konzept Gesundheitsversorgung für Asylsuchende bekannt?

Organisation	Funktion	Antwort	Anzahl	Anteil	n
Kantone	AK / KA	Ja	32	84.21%	38
Kantone	AK / KA	Nein	6	15.79%	38

Tabelle A6: Bewertung des Konzepts Gesundheitsversorgung für AS (kantonale Ämter)

Ist das Konzept [«Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone»] Ihrer Ansicht nach...

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
Kantone	AK / KA	unvollständig (1) - vollständig (6)	38	11	4.78
Kantone	AK / KA	nutzlos (1) - zweckmässig (6)	38	9	4.66

Tabelle A7: Durchführung der medizinischen Eintrittsinformationen in den BAZ

Denken Sie an einen Monat in den letzten 2 Jahren, in dem eine durchschnittliche Anzahl an Asylgesuche gestellt wurden. Bei welchem Anteil der Fälle wurde die medizinischen Eintrittsinformationen innert der ersten 24 Stunden nach Eintritt durchgeführt? [in Prozent]

Denken Sie an einen Monat in den letzten 2 Jahren, in dem eine durchschnittliche Anzahl an Asylgesuche gestellt wurden. Bei welchem Anteil der Fälle wurden die medizinischen Eintrittsinformationen erst 3 Tage nach Eintritt durchgeführt? [in Prozent]

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	innert 24h	0 - 25%	10	18.87%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	innert 24h	26 - 50%	5	9.43%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	innert 24h	51 - 75%	6	11.32%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	innert 24h	76 - 100%	8	15.09%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	innert 24h	k.A.	24	45.28%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	erst nach 3 Tagen	0 - 25%	7	13.21%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	erst nach 3 Tagen	26 - 50%	5	9.43%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	erst nach 3 Tagen	51 - 75%	7	13.21%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	erst nach 3 Tagen	76 - 100%	7	13.21%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	erst nach 3 Tagen	k.A.	27	50.94%	53

Tabelle A8: Beurteilung Zeitpunkt der medizinischen Eintrittsinformationen in den BAZ

Wie beurteilen Sie generell den Zeitpunkt für die medizinischen Eintrittsinformationen?

Organisation	Funktion	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	passend	32	60.38%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	zu früh	6	11.32%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	zu spät	4	7.55%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	k.A.	11	20.75%	53

Tabelle A9: Medizinischen Eintrittsinformationen in den KAZ

Werden Asylsuchende beim Eintritt über Gesundheitsthemen (übertragbare Krankheiten und Ansprechpersonen) in der Regel informiert?

Antwort	Anzahl	Anteil	n
Ja	19	46.34%	41
Nein	8	19.51%	41
k.A.	14	34.15%	41

Tabelle A10: Methode der medizinischen Eintrittsinformationen in den KAZ

Wie werden sie informiert?

Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
Medizinische Eintrittsinformationen via Medic-help.ch (Online-Tool BAG/SEM)	Ja	0	0.00%	19
Medizinische Eintrittsinformationen via Medic-help.ch (Online-Tool BAG/SEM)	Nein	19	100.00%	19
Medizinische Eintrittsinformationen via Medic-help.ch (Online-Tool BAG/SEM)	k.A.	0	0.00%	19
mündliche Informationen	Ja	18	94.74%	19
mündliche Informationen	Nein	1	5.26%	19
mündliche Informationen	k.A.	0	0.00%	19
schriftliche Informationen (z.B. Broschüren)	Ja	6	31.58%	19
schriftliche Informationen (z.B. Broschüren)	Nein	13	68.42%	19
schriftliche Informationen (z.B. Broschüren)	k.A.	0	0.00%	19
Sonstiges digital (z.B. Informationsvideo)	Ja	2	10.53%	19
Sonstiges digital (z.B. Informationsvideo)	Nein	17	89.47%	19
Sonstiges digital (z.B. Informationsvideo)	k.A.	0	0.00%	19
Weiteres	Ja	3	15.79%	19
Weiteres	Nein	16	84.21%	19
Weiteres	k.A.	0	0.00%	19

Tabelle A11: Informiertheit der AS nach dem Eintrittsprozess

Sind Asylsuchende nach dem Eintrittsprozess Ihrer Einschätzung nach ausreichend informiert über...
 [überhaupt nicht ausreichend informiert (1) - absolut ausreichend informiert (6)]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A	Mittelwert
BAZ	P & A	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Beschwerden	26	0	5.19
BAZ	P & A	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Notfällen	26	0	5.08
BAZ	P & A	Impfungen	26	0	4.62
BAZ	P & A	Übertragbare Krankheiten	26	0	4.00
BAZ	Pflegefachpersonen	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Beschwerden	53	0	4.75
BAZ	Pflegefachpersonen	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Notfällen	53	1	4.73
BAZ	Pflegefachpersonen	Impfungen	53	3	3.80
BAZ	Pflegefachpersonen	Übertragbare Krankheiten	53	2	3.18
KAZ	Zentrumsleitung	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Beschwerden	41	5	5.72
KAZ	Zentrumsleitung	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Notfällen	41	4	5.38
KAZ	Zentrumsleitung	Impfungen	41	19	4.55
KAZ	Zentrumsleitung	Übertragbare Krankheiten	41	19	4.05
KAZ	Pflegefachpersonen	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Beschwerden	19	3	5.13
KAZ	Pflegefachpersonen	Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Notfällen	19	3	5.13
KAZ	Pflegefachpersonen	Impfungen	19	3	3.50
KAZ	Pflegefachpersonen	Übertragbare Krankheiten	19	3	2.94

Tabelle A12: Inanspruchnahme einer Erstkonsultation in den BAZ

Welcher Anteil der Asylsuchenden nimmt eine Erstkonsultation in Anspruch? [in Prozent]

Organisation	Funktion	n	k.A	Anteil
BAZ	Pflegefachpersonen	53	18	75%

Tabelle A13: Erstkonsultationen in den KAZ

Durchlaufen Asylsuchende in der Regel beim Eintritt in das Zentrum eine Erstkonsultation zur Feststellung des Gesundheitszustands?

Antwort	Anzahl	Anteil	n
Ja	11	26.83%	41
Nein	13	31.71%	41
k.A.	17	41.46%	41

Tabelle A14: Standardisierter Ablauf der Erstkonsultationen in den KAZ

Besteht hierbei ein standardisierter Ablauf (bspw. Fragebogen)?

Antwort	Anzahl	Anteil	n
Ja	7	63.64%	11
Nein	4	36.36%	11
k.A.	0	0%	11

Tabelle A15: Standardisiertes Prozedere bei gesundheitlichen Problemen

Gibt es bei Abwesenheit des Gesundheitspersonals ein standardisiertes Prozedere, wie sich das restliche Personal verhalten muss, wenn Asylsuchende ein gesundheitliches Problem haben?

Organisation	Funktion	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	standardisiertes Prozedere	26	100.00%	26
BAZ	P & A	kein standardisiertes Prozedere / individuelles Vorgehen	0	0.00%	26
BAZ	P & A	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	standardisiertes Prozedere	19	46.34%	41
KAZ	Zentrumsleitung	kein standardisiertes Prozedere / individuelles Vorgehen	18	43.90%	41
KAZ	Zentrumsleitung	k.A.	4	9.76%	41

Tabelle A16: Präsenz von Personal in der Nacht

Ist in den von Ihnen beaufsichtigten Unterkünften in der Nacht Personal präsent?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	Personal Nacht	Ja	26	100.00%	26
BAZ	P & A	Personal Nacht	Nein	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Personal Nacht	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Personal Nacht	Ja	24	58.54%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Personal Nacht	Nein	8	19.51%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Personal Nacht	k.A.	9	21.95%	41

Tabelle A17: Präsenz von Personal in der Nacht (nach Funktion)

Wenn ja: Welche Art von Personal?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	Betreuungspersonen Nacht	Ja	26	100.00%	26
BAZ	P & A	Betreuungspersonen Nacht	Nein	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Betreuungspersonen Nacht	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Betreuungspersonen Nacht	Ja	7	17.07%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Betreuungspersonen Nacht	Nein	34	82.93%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Betreuungspersonen Nacht	k.A.	0	0.00%	41
BAZ	P & A	Pflegefachpersonen Nacht	Ja	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Pflegefachpersonen Nacht	Nein	26	100.00%	26
BAZ	P & A	Pflegefachpersonen Nacht	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Pflegefachpersonen Nacht	Ja	0	0.00%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Pflegefachpersonen Nacht	Nein	41	100.00%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Pflegefachpersonen Nacht	k.A.	0	0.00%	41
BAZ	P & A	Sicherheitspersonen Nacht	Ja	24	92.31%	26
BAZ	P & A	Sicherheitspersonen Nacht	Nein	2	7.69%	26
BAZ	P & A	Sicherheitspersonen Nacht	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Sicherheitspersonen Nacht	Ja	14	34.15%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Sicherheitspersonen Nacht	Nein	27	65.85%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Sicherheitspersonen Nacht	k.A.	0	0.00%	41
BAZ	P & A	Weiteres Gesundheitspersonal Nacht	Ja	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Weiteres Gesundheitspersonal Nacht	Nein	26	100.00%	26
BAZ	P & A	Weiteres Gesundheitspersonal Nacht	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Gesundheitspersonal Nacht	Ja	0	0.00%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Gesundheitspersonal Nacht	Nein	41	100.00%	41

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Gesundheitspersonal Nacht	k.A.	0	0.00%	41
BAZ	P & A	Weiteres Personal Nacht	Ja	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Weiteres Personal Nacht	Nein	26	100.00%	26
BAZ	P & A	Weiteres Personal Nacht	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Personal Nacht	Ja	17	41.46%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Personal Nacht	Nein	24	58.54%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Personal Nacht	k.A.	0	0.00%	41

Tabelle A18: Präsenz von Personal am Wochenende

Ist in den von Ihnen beaufsichtigten Unterkünften am Wochenende Personal präsent?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	Personal Wochenende	Ja	26	100.00%	26
BAZ	P & A	Personal Wochenende	Nein	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Personal Wochenende	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Personal Wochenende	Ja	25	60.98%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Personal Wochenende	Nein	6	14.63%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Personal Wochenende	k.A.	10	24.39%	41

Tabelle A19: Präsenz von Personal am Wochenende (nach Funktion)

Wenn ja: Welche Art von Personal?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	Betreuungspersonen Wochenende	Ja	26	100.00%	26
BAZ	P & A	Betreuungspersonen Wochenende	Nein	0	0.00%	26
BAZ	P & A	Betreuungspersonen Wochenende	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Betreuungspersonen Wochenende	Ja	13	31.71%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Betreuungspersonen Wochenende	Nein	28	68.29%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Betreuungspersonen Wochenende	k.A.	0	0.00%	41
BAZ	P & A	Pflegefachpersonen Wochenende	Ja	15	57.69%	26
BAZ	P & A	Pflegefachpersonen Wochenende	Nein	11	42.31%	26
BAZ	P & A	Pflegefachpersonen Wochenende	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Pflegefachpersonen Wochenende	Ja	0	0.00%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Pflegefachpersonen Wochenende	Nein	41	100.00%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Pflegefachpersonen Wochenende	k.A.	0	0.00%	41
BAZ	P & A	Sicherheitspersonen Wochenende	Ja	24	92.31%	26
BAZ	P & A	Sicherheitspersonen Wochenende	Nein	2	7.69%	26
BAZ	P & A	Sicherheitspersonen Wochenende	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Sicherheitspersonen Wochenende	Ja	10	24.39%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Sicherheitspersonen Wochenende	Nein	31	75.61%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Sicherheitspersonen Wochenende	k.A.	0	0.00%	41
BAZ	P & A	Weiteres Gesundheitspersonal Wochenende	Ja	6	23.08%	26
BAZ	P & A	Weiteres Gesundheitspersonal Wochenende	Nein	20	76.92%	26
BAZ	P & A	Weiteres Gesundheitspersonal Wochenende	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Gesundheitspersonal Wochenende	Ja	0	0.00%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Gesundheitspersonal Wochenende	Nein	41	100.00%	41

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Gesundheitspersonal Wochenende	k.A.	0	0.00%	41
BAZ	P & A	Weiteres Personal Wochenende	Ja	2	7.69%	26
BAZ	P & A	Weiteres Personal Wochenende	Nein	24	92.31%	26
BAZ	P & A	Weiteres Personal Wochenende	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Personal Wochenende	Ja	16	39.02%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Personal Wochenende	Nein	25	60.98%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Personal Wochenende	k.A.	0	0	41

Tabelle A20: Personalkapazität im Gesundheitsbereich

Sind in den Zentren die Personalkapazitäten im Gesundheitsbereich ausreichend? [nicht ausreichend (1) – absolut ausreichend (6)]

Organisation	Funktion	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	P & A	26	1	4.08
KAZ	Zentrumsleitung	41	3	3.71

Tabelle A21: Vollzeitäquivalente

Bitte geben Sie an, wie viele der folgenden Personen / Funktionen aktuell im Zentrum tätig sind (in VZÄ): [in Vollzeitäquivalenten]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
KAZ	Zentrumsleitung	Betreuungspersonen	41	2	4.67
KAZ	Zentrumsleitung	Pflegefachpersonen	41	0	0.24
KAZ	Zentrumsleitung	Sicherheitspersonen	41	21	1.35
KAZ	Zentrumsleitung	Weiteres Gesundheitspersonal	41	22	0.25
KAZ	Zentrumsleitung	Frauenanteil Gesundheitspersonal	41	17	69.38%

Tabelle A22: Sprechstunden im Bereich Gesundheit

Werden im Zentrum Sprechstunden im Bereich Gesundheit angeboten (Asylsuchende können sich spontan d.h. ohne Terminvereinbarung beim Pflegefachpersonal mit Anliegen melden)?

Organisation	Funktion	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	Ja	24	92.31%	26
BAZ	P & A	Nein	2	7.69%	26
BAZ	P & A	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Ja	28	68.29%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Nein	11	26.83%	41
KAZ	Zentrumsleitung	k.A.	2	4.88%	41

Tabelle A23: Anzahl der Sprechstunden im Bereich Gesundheit pro Woche

Anzahl Sprechstunden (in h) pro Woche im Zentrum [in h pro Woche]

Organisation	Funktion	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	P & A	24	0	22.30
KAZ	Zentrumsleitung	28	15	10.10

Tabelle A24: Zugang zu ärztlichen Leistungsbereichen

Wie bewerten Sie den Zugang der Asylsuchenden zu folgenden ärztlichen Leistungsbereichen: [sehr schlecht (1) – sehr gut (6)]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	P & A	Allgemeinmedizin	26	0	5.46
BAZ	P & A	Gynäkologie	26	0	4.69

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	P & A	Pädiatrie	26	0	4.69
BAZ	P & A	Spezialistinnen und Spezialisten psychiatrisch	26	0	2.92
BAZ	P & A	Spezialisten und Spezialistinnen somatisch (z.B. Kardiologie, Onkologie, Dermatologie)	26	0	4.54
BAZ	P & A	Zahnärztinnen und Zahnärzte	26	0	5.12
Kantone	AK / KA	Allgemeinmedizin	38	2	4.44
Kantone	AK / KA	Gynäkologie	38	5	4.45
Kantone	AK / KA	Pädiatrie	38	4	4.00
Kantone	AK / KA	Spezialistinnen und Spezialisten psychiatrisch	38	4	3.53
Kantone	AK / KA	Spezialisten und Spezialistinnen somatisch (z.B. Kardiologie, Onkologie, Dermatologie)	38	7	4.16
Kantone	AK / KA	Zahnärztinnen und Zahnärzte	38	7	4.48
KAZ	Zentrumsleitung	Allgemeinmedizin	41	3	4.42
KAZ	Zentrumsleitung	Gynäkologie	41	9	4.53
KAZ	Zentrumsleitung	Pädiatrie	41	10	4.00
KAZ	Zentrumsleitung	Spezialistinnen und Spezialisten psychiatrisch	41	3	3.55
KAZ	Zentrumsleitung	Spezialisten und Spezialistinnen somatisch (z.B. Kardiologie, Onkologie, Dermatologie)	41	18	5.22
KAZ	Zentrumsleitung	Zahnärztinnen und Zahnärzte	41	4	4.54

Tabelle A25: Zugang zu ärztlichen Leistungsbereichen (gem. Pflegefachpersonen)

Wie bewerten Sie den Zugang der Asylsuchenden zu folgenden ärztlichen Leistungsbereichen aktuell / generell bzw. in den letzten 5 Jahren: [sehr schlecht (1) – sehr gut (6)]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	Pflegefachpersonen	Allgemeinmedizin (aktuell)	53	0	4.36
BAZ	Pflegefachpersonen	Allgemeinmedizin (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	12	4.46
BAZ	Pflegefachpersonen	Gynäkologie (aktuell)	53	2	4.06

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	Pflegefachpersonen	Gynäkologie (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	13	4.15
BAZ	Pflegefachpersonen	Pädiatrie (aktuell)	53	1	3.48
BAZ	Pflegefachpersonen	Pädiatrie (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	14	3.72
BAZ	Pflegefachpersonen	Spezialistinnen und Spezialisten psychiatrisch (aktuell)	53	1	2.77
BAZ	Pflegefachpersonen	Spezialistinnen und Spezialisten psychiatrisch (generell)	53	12	3.02
BAZ	Pflegefachpersonen	Spezialisten und Spezialistinnen somatisch (z.B. Kardiologie, Onkologie, Dermatologie) (aktuell)	53	1	3.69
BAZ	Pflegefachpersonen	Spezialisten und Spezialistinnen somatisch (z.B. Kardiologie, Onkologie, Dermatologie) (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	13	3.98
BAZ	Pflegefachpersonen	Zahnärztinnen und Zahnärzte (aktuell)	53	0	4.74
BAZ	Pflegefachpersonen	Zahnärztinnen und Zahnärzte (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	12	4.51
KAZ	Pflegefachpersonen	Allgemeinmedizin (aktuell)	19	2	4.82
KAZ	Pflegefachpersonen	Allgemeinmedizin (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	6	5.23
KAZ	Pflegefachpersonen	Gynäkologie (aktuell)	19	2	4.65
KAZ	Pflegefachpersonen	Gynäkologie (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	6	5.15
KAZ	Pflegefachpersonen	Pädiatrie (aktuell)	19	3	3.88
KAZ	Pflegefachpersonen	Pädiatrie (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	7	4.83
KAZ	Pflegefachpersonen	Spezialistinnen und Spezialisten psychiatrisch (aktuell)	19	2	3.35
KAZ	Pflegefachpersonen	Spezialistinnen und Spezialisten psychiatrisch (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	6	4.38
KAZ	Pflegefachpersonen	Spezialisten und Spezialistinnen somatisch (z.B. Kardiologie, Onkologie, Dermatologie) (aktuell)	19	3	4.25
KAZ	Pflegefachpersonen	Spezialisten und Spezialistinnen somatisch (z.B. Kardiologie, Onkologie, Dermatologie) (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	7	4.67
KAZ	Pflegefachpersonen	Zahnärztinnen und Zahnärzte (aktuell)	19	2	4.53
KAZ	Pflegefachpersonen	Zahnärztinnen und Zahnärzte (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	7	4.58

Tabelle A26: Dolmetschmethoden

Bei welchem Anteil der Konsultationen/Sprechstunden werden die folgenden Dolmetschmethoden generell beansprucht?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Freunde / Angehörige	häufig/immer (mehr als 70%)	12	22.64%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Freunde / Angehörige	nie/selten (weniger als 30%)	7	13.21%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Freunde / Angehörige	teilweise (30% - 70%)	31	58.49%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Freunde / Angehörige	k.A.	3	5.66%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Freunde / Angehörige	häufig/immer (mehr als 70%)	3	15.79%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Freunde / Angehörige	nie/selten (weniger als 30%)	4	21.05%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Freunde / Angehörige	teilweise (30% - 70%)	9	47.37%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Freunde / Angehörige	k.A.	3	15.79%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Personal	häufig/immer (mehr als 70%)	15	28.30%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Personal	nie/selten (weniger als 30%)	5	9.43%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Personal	teilweise (30% - 70%)	30	56.60%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Personal	k.A.	3	5.66%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Personal	häufig/immer (mehr als 70%)	4	21.05%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Personal	nie/selten (weniger als 30%)	5	26.32%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Personal	teilweise (30% - 70%)	6	31.58%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen durch Personal	k.A.	4	21.05%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen mit Google Translate oder ähnlichem	häufig/immer (mehr als 70%)	37	69.81%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen mit Google Translate oder ähnlichem	nie/selten (weniger als 30%)	1	1.89%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen mit Google Translate oder ähnlichem	teilweise (30% - 70%)	12	22.64%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen mit Google Translate oder ähnlichem	k.A.	3	5.66%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen mit Google Translate oder ähnlichem	häufig/immer (mehr als 70%)	10	52.63%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen mit Google Translate oder ähnlichem	nie/selten (weniger als 30%)	1	5.26%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen mit Google Translate oder ähnlichem	teilweise (30% - 70%)	4	21.05%	19

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetschen mit Google Translate oder ähnlichem	k.A.	4	21.05%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetscher in Präsenz	häufig/immer (mehr als 70%)	3	5.66%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetscher in Präsenz	nie/selten (weniger als 30%)	38	71.70%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetscher in Präsenz	teilweise (30% - 70%)	8	15.09%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetscher in Präsenz	k.A.	4	7.55%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetscher in Präsenz	häufig/immer (mehr als 70%)	4	21.05%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetscher in Präsenz	nie/selten (weniger als 30%)	5	26.32%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetscher in Präsenz	teilweise (30% - 70%)	4	21.05%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Dolmetscher in Präsenz	k.A.	6	31.58%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	telefonische Dolmetscherdienste	häufig/immer (mehr als 70%)	12	22.64%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	telefonische Dolmetscherdienste	nie/selten (weniger als 30%)	13	24.53%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	telefonische Dolmetscherdienste	teilweise (30% - 70%)	25	47.17%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	telefonische Dolmetscherdienste	k.A.	3	5.66%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	telefonische Dolmetscherdienste	häufig/immer (mehr als 70%)	0	0.00%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	telefonische Dolmetscherdienste	nie/selten (weniger als 30%)	9	47.37%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	telefonische Dolmetscherdienste	teilweise (30% - 70%)	4	21.05%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	telefonische Dolmetscherdienste	k.A.	6	31.58%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung notwendig, da gemeinsame Sprache vorhanden	häufig/immer (mehr als 70%)	3	5.66%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung notwendig, da gemeinsame Sprache vorhanden	nie/selten (weniger als 30%)	27	50.94%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung notwendig, da gemeinsame Sprache vorhanden	teilweise (30% - 70%)	17	32.08%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung notwendig, da gemeinsame Sprache vorhanden	k.A.	6	11.32%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung notwendig, da gemeinsame Sprache vorhanden	häufig/immer (mehr als 70%)	1	5.26%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung notwendig, da gemeinsame Sprache vorhanden	nie/selten (weniger als 30%)	12	63.16%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung notwendig, da gemeinsame Sprache vorhanden	teilweise (30% - 70%)	2	10.53%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung notwendig, da gemeinsame Sprache vorhanden	k.A.	4	21.05%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung, sondern Ausweichen auf wenige Kenntnisse einer gemeinsamen Sprache (z.B. Englisch)	häufig/immer (mehr als 70%)	29	54.72%	53

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung, sondern Ausweichen auf wenige Kenntnisse einer gemeinsamen Sprache (z.B. Englisch)	nie/selten (weniger als 30%)	3	5.66%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung, sondern Ausweichen auf wenige Kenntnisse einer gemeinsamen Sprache (z.B. Englisch)	teilweise (30% - 70%)	16	30.19%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung, sondern Ausweichen auf wenige Kenntnisse einer gemeinsamen Sprache (z.B. Englisch)	k.A.	5	9.43%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung, sondern Ausweichen auf wenige Kenntnisse einer gemeinsamen Sprache (z.B. Englisch)	häufig/immer (mehr als 70%)	7	36.84%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung, sondern Ausweichen auf wenige Kenntnisse einer gemeinsamen Sprache (z.B. Englisch)	nie/selten (weniger als 30%)	5	26.32%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung, sondern Ausweichen auf wenige Kenntnisse einer gemeinsamen Sprache (z.B. Englisch)	teilweise (30% - 70%)	4	21.05%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Keine Übersetzung, sondern Ausweichen auf wenige Kenntnisse einer gemeinsamen Sprache (z.B. Englisch)	k.A.	3	15.79%	19

Tabelle A27: Verfügbarkeit von Dolmetschenden

Sind ausreichend Dolmetschende verfügbar?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P & A	Telefondolmetschende	Ja	22	84.62%	26
BAZ	P & A	Telefondolmetschende	Nein	4	15.38%	26
BAZ	P & A	Telefondolmetschende	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Telefondolmetschende	Ja	7	17.07%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Telefondolmetschende	Nein	8	19.51%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Telefondolmetschende	k.A.	26	63.41%	41
BAZ	P & A	Dolmetschende vor Ort	Ja	5	19.23%	26
BAZ	P & A	Dolmetschende vor Ort	Nein	21	80.77%	26
BAZ	P & A	Dolmetschende vor Ort	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	Dolmetschende vor Ort	Ja	13	31.71%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Dolmetschende vor Ort	Nein	11	26.83%	41
KAZ	Zentrumsleitung	Dolmetschende vor Ort	k.A.	17	41.46%	41

Tabelle A28: Verfügbarkeit von Dolmetschenden (gem. kantonale Ämter)

Sind ausreichend Dolmetschende in Ihrem Kanton verfügbar?

Organisation	Funktion	Antwort	Anzahl	Anteil	n
Kantone	AK / KA	Ja	11	28.95%	38
Kantone	AK / KA	Nein	9	23.68%	38
Kantone	AK / KA	k.A.	18	47.37%	38

Tabelle A29: Umsetzung der Finanzierung des Dolmetschens

Wie bewerten Sie die Umsetzung der Finanzierung des Dolmetschens im Rahmen der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden?
[sehr schlecht (1) – sehr gut (6)]

Organisation	Funktion	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	P & A	26	0	4.88
Kantone	AK / KA	38	13	3.16
KAZ	Zentrumsleitung	41	7	3.82

Tabelle A30: Bewertungen der kantonalen Ämter

Wie bewerten Sie die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in Ihrem Kanton insgesamt?
Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in Ihrem Kanton Ihrer Ansicht nach kosteneffizient?
Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit unter den Akteuren der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden innerhalb des Kantons?
Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kanton im Bereich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden?
[sehr schlecht (1) – sehr gut (6)]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
Kantone	AK / KA	Wie bewerten Sie die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in Ihrem Kanton insgesamt?	38	2	4.39
Kantone	AK / KA	Ist die aktuelle Umsetzung der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in Ihrem Kanton Ihrer Ansicht nach kosteneffizient?	38	15	4.17
Kantone	AK / KA	Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit unter den Akteuren der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden innerhalb des Kantons?	38	2	4.31
Kantone	AK / KA	Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kanton im Bereich der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden?	38	4	3.35

Tabelle A31: Fachaustausch Gesundheitsfachpersonen

Würden Sie sich einen verstärkten Fachaustausch der Gesundheitsfachpersonen im Asylbereich (z.B. in Form einer Wissensplattform) wünschen?

Organisation	Funktion	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	Ja	42	79.25%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Nein	7	13.21%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	k.A.	4	7.55%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	Ja	14	73.68%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Nein	1	5.26%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	k.A.	4	21.05%	19

Tabelle A32: Zusammenarbeit Ärzt/innen und Spezialist/innen

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit folgenden Akteuren aktuell / generell bzw. in den letzten 5 Jahren: [sehr schlecht (1) – sehr gut (6)]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	Pflegefachpersonen	Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (aktuell)	53	1	4.37
BAZ	Pflegefachpersonen	Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	10	4.21
BAZ	Pflegefachpersonen	Spezialistinnen und Spezialisten (aktuell)	53	2	3.82
BAZ	Pflegefachpersonen	Spezialistinnen und Spezialisten (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	11	3.90
KAZ	Pflegefachpersonen	Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (aktuell)	19	3	4.63
KAZ	Pflegefachpersonen	Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	5	4.57
KAZ	Pflegefachpersonen	Spezialistinnen und Spezialisten (aktuell)	19	4	4.40
KAZ	Pflegefachpersonen	Spezialistinnen und Spezialisten (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	5	4.50

Tabelle A33: Übermittlung med. Dossier

Ist die Übermittlung der medizinischen Dossiers (bspw. beim Transfer zwischen Bund und Kanton) in den meisten Fällen...

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	P&A	rechtzeitig	Ja	26	100.00%	26
BAZ	P&A	rechtzeitig	Nein	0	0.00%	26
BAZ	P&A	rechtzeitig	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	rechtzeitig	Ja	19	46.34%	41
KAZ	Zentrumsleitung	rechtzeitig	Nein	7	17.07%	41
KAZ	Zentrumsleitung	rechtzeitig	k.A.	15	36.59%	41
BAZ	P&A	verschlüsselt	Ja	18	69.23%	26
BAZ	P&A	verschlüsselt	Nein	8	30.77%	26
BAZ	P&A	verschlüsselt	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	verschlüsselt	Ja	8	19.51%	41
KAZ	Zentrumsleitung	verschlüsselt	Nein	9	21.95%	41
KAZ	Zentrumsleitung	verschlüsselt	k.A.	24	58.54%	41
BAZ	P&A	vollständig	Ja	26	100.00%	26
BAZ	P&A	vollständig	Nein	0	0.00%	26
BAZ	P&A	vollständig	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	vollständig	Ja	13	31.71%	41
KAZ	Zentrumsleitung	vollständig	Nein	10	24.39%	41
KAZ	Zentrumsleitung	vollständig	k.A.	18	43.90%	41
BAZ	P&A	zweckmässig	Ja	26	100.00%	26
BAZ	P&A	zweckmässig	Nein	0	0.00%	26
BAZ	P&A	zweckmässig	k.A.	0	0.00%	26
KAZ	Zentrumsleitung	zweckmässig	Ja	17	41.46%	41
KAZ	Zentrumsleitung	zweckmässig	Nein	10	24.39%	41

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
KAZ	Zentrumsleitung	zweckmässig	k.A.	14	34.15%	41

Tabelle A34: Übermittlung med. Dossier (Pflegefachpersonen)

Erhalten Sie die medizinischen Dossiers (bspw. beim Transfer zwischen Bund und Kanton) in den meisten Fällen...

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	rechtzeitig	Ja	37	69.81%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	rechtzeitig	Nein	12	22.64%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	rechtzeitig	k.A.	4	7.55%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	rechtzeitig	Ja	10	52.63%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	rechtzeitig	Nein	6	31.58%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	rechtzeitig	k.A.	3	15.79%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	verschlüsselt	Ja	24	45.28%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	verschlüsselt	Nein	16	30.19%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	verschlüsselt	k.A.	13	24.53%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	verschlüsselt	Ja	1	5.26%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	verschlüsselt	Nein	13	68.42%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	verschlüsselt	k.A.	5	26.32%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	vollständig	Ja	32	60.38%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	vollständig	Nein	17	32.08%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	vollständig	k.A.	4	7.55%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	vollständig	Ja	9	47.37%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	vollständig	Nein	7	36.84%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	vollständig	k.A.	3	15.79%	19
BAZ	Pflegefachpersonen	zweckmässig	Ja	25	47.17%	53

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	zweckmässig	Nein	14	26.42%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	zweckmässig	k.A.	14	26.42%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	zweckmässig	Ja	11	57.89%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	zweckmässig	Nein	5	26.32%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	zweckmässig	k.A.	3	15.79%	19

Tabelle A35: Probleme Übermittlung med. Dossier

Haben Sie zur Kenntnis genommen, dass es Probleme bei der Übermittlung der medizinischen Dossiers gibt (bspw. bei dem Transfer zwischen einem Bundesasylzentrum und einem kantonalen Zentrum)?

Organisation	Funktion	Teilfrage	Antwort	Anzahl	Anteil	n
Kantone	AK / KA	nicht rechtzeitig	Ja	16	42.11%	38
Kantone	AK / KA	nicht rechtzeitig	Nein	4	10.53%	38
Kantone	AK / KA	nicht rechtzeitig	k.A.	18	47.37%	38
Kantone	AK / KA	unverschlüsselt	Ja	9	23.68%	38
Kantone	AK / KA	unverschlüsselt	Nein	9	23.68%	38
Kantone	AK / KA	unverschlüsselt	k.A.	20	52.63%	38
Kantone	AK / KA	unvollständig	Ja	18	47.37%	38
Kantone	AK / KA	unvollständig	Nein	7	18.42%	38
Kantone	AK / KA	unvollständig	k.A.	13	34.21%	38
Kantone	AK / KA	Handschrift unlesbar	Ja	14	36.84%	38
Kantone	AK / KA	Handschrift unlesbar	Nein	7	18.42%	38
Kantone	AK / KA	Handschrift unlesbar	k.A.	17	44.74%	38

Tabelle A36: Erhebung Gesundheitsdaten

Erhebt Ihr Kanton systematisch Daten zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden?

Organisation	Funktion	Antwort	Anzahl	Anteil	n
Kantone	AK / KA	Ja	6	15.79%	38
Kantone	AK / KA	Nein	23	60.53%	38
Kantone	AK / KA	k.A.	9	23.68%	38

Tabelle A37: Diphtheriefälle

Gab es in letzter Zeit in Ihrem Zentrum Diphtheriefälle?

Organisation	Funktion	Antwort	Anzahl	Anteil	n
BAZ	Pflegefachpersonen	Ja	29	54.72%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	Nein	22	41.51%	53
BAZ	Pflegefachpersonen	k.A.	2	3.77%	53
KAZ	Pflegefachpersonen	Ja	0	0.00%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	Nein	16	84.21%	19
KAZ	Pflegefachpersonen	k.A.	3	15.79%	19

Tabelle A38: Umgang Diphtherie

Wie bewerten Sie Umgang mit Diphtherie in Ihrem Zentrum? [sehr schlecht (1) – sehr gut (6)]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	Pflegefachpersonen	Ausbruchmanagement	29	0	3.83
BAZ	Pflegefachpersonen	Identifikation	29	0	3.83

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
KAZ	Pflegefachpersonen	Ausbruchsmanagement	0	0	
KAZ	Pflegefachpersonen	Identifikation	0	0	

Tabelle A39: Umgang übertragbare Krankheiten

Wie bewerten Sie den Umgang mit übertragbaren Krankheiten bezüglich: [sehr schlecht (1) – sehr gut (6)]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	P & A	Ausbruchsmanagement	26	0	4.65
BAZ	P & A	Identifikation	26	0	4.96
BAZ	P & A	Präventivmassnahmen	26	0	3.31
Kantone	AK / KA	Ausbruchsmanagement	38	6	4.59
Kantone	AK / KA	Identifikation	38	6	4.34
Kantone	AK / KA	Präventivmassnahmen	38	4	3.91
KAZ	Zentrumsleitung	Ausbruchsmanagement	41	15	4.62
KAZ	Zentrumsleitung	Identifikation	41	17	3.75
KAZ	Zentrumsleitung	Präventivmassnahmen	41	17	3.96

Tabelle A40: Umgang übertragbare Krankheiten (Pflege)

Wie bewerten Sie den aktuellen Umgang mit übertragbaren Krankheiten bezüglich:

Wie bewerten Sie den Umgang mit übertragbaren Krankheiten generell / in den letzten 5 Jahren bezüglich:

[sehr schlecht (1) – sehr gut (6)]

Organisation	Funktion	Teilfrage	n	k.A.	Mittelwert
BAZ	Pflegefachpersonen	Ausbruchsmanagement (aktuell)	53	2	3.65
BAZ	Pflegefachpersonen	Ausbruchsmanagement (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	16	3.73
BAZ	Pflegefachpersonen	Identifikation (aktuell)	53	3	3.70
BAZ	Pflegefachpersonen	Identifikation (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	16	3.78
BAZ	Pflegefachpersonen	Präventivmassnahmen (aktuell)	53	5	3.08
BAZ	Pflegefachpersonen	Präventivmassnahmen (generell / in den letzten 5 Jahren)	53	16	3.32
KAZ	Pflegefachpersonen	Ausbruchsmanagement (aktuell)	19	4	3.47
KAZ	Pflegefachpersonen	Ausbruchsmanagement (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	7	3.83
KAZ	Pflegefachpersonen	Identifikation (aktuell)	19	5	3.86
KAZ	Pflegefachpersonen	Identifikation (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	8	3.64
KAZ	Pflegefachpersonen	Präventivmassnahmen (aktuell)	19	3	3.19
KAZ	Pflegefachpersonen	Präventivmassnahmen (generell / in den letzten 5 Jahren)	19	7	3.42

