



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD
Staatssekretariat für Migration SEM

Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektiv- unterkünften der Kantone

Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung
und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie
des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektiv- unterkünften der Kantone

Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung
und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie
des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung

Version vom 30. Oktober 2017

Der besseren Lesbarkeit wegen wird stets die männliche Form verwendet.

Gesamtüberblick

Im Rahmen der Umsetzung des revidierten Epidemien-gesetzes (EpG) und der entsprechenden Verordnung (EpV), welche seit Januar 2016 in Kraft sind, wurde das BAG beauftragt in einer zweijährigen Frist in Zusammenarbeit mit dem SEM und den involvierten kantonalen Stellen ein Umsetzungskonzept zu erarbeiten. Mit diesem Hintergrund wurde das Projekt «Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in der Obhut der Asylunterkünfte des Bundes und der Kollektivunterkünfte der Kantone» lanciert. Hauptziel des Projektes ist es den Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen, um übertragbare Krankheiten und andere akute Gesundheitsprobleme rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Abzugrenzen sind die Prozesse für die medizinischen Sachverhaltsabklärungen im Rahmen des Asylverfahrens, welche nicht Gegenstand dieses Konzeptes sind.

Das Schema in Kapitel 3.3.1 zeigt die Kernelemente der Umsetzung des EpG respektive der EpV und der Organisation des Zugangs zur medizinischen Grundversorgung im Überblick.

Die Informationspflicht ist gemäss der EpV ein wesentlicher Pfeiler in der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zur Verhütung, Erkennung und Behandlung von übertragbaren Krankheiten und Pflicht für alle Asylsuchenden in den Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ). Der Inhalt der medizinischen Eintrittsinformation beschränkt sich nicht auf Informationen zu übertragbaren Krankheiten, im Sinne der EpV, sondern schliesst Informationen zu weiteren relevanten Gesundheitsthemen mit ein. Die medizinische Eintrittsinformation ist Voraussetzung, um den Gesuchstellern den niederschweligen Zugang zur medizinischen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Sie wird durchgeführt durch eine Pflegefachperson, zeitnah nach Eintritt und unterstützt durch ein computerbasiertes animiertes Informationssystem, das durch die Verfügbarkeit in zahlreichen Sprachen die Verständlichkeit sicherstellt.

Bei der medizinischen Eintrittsinformation informiert die Pflegefachperson die Asylsuchenden über die Vorgehensweise bei Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden, über die Symptome der relevanten übertragbaren Krankheiten und deren Folgen, über Präventionsmassnahmen und Risiken hinsichtlich sexuell oder durch Blut übertragbarer Krankheiten, über die im Zentrum angebotenen Impfungen und über die Vertraulichkeit der medizinischen Daten. Allen Asylsuchenden wird angeboten einen Termin für eine Erstkonsultation zu vereinbaren. Das Einverständnis des Asylsuchenden vorausgesetzt führt die Pflegefachperson diese in der Regel direkt im Anschluss an die medizinische Eintrittsinformation durch. Bei hohem Aufkommen an Asylsuchenden wird die Terminvergabe nach Dringlichkeit priorisiert, basierend auf der Beurteilung des Allgemein- und Ernährungszustan-

des, dem Vorliegen eines der Symptome der relevanten übertragbaren Krankheiten, und weiterer Kriterien wie Medikamentenbedarf, Schwangerschaft und Wunsch nach Abklärung des Impfstatus.

Notfälle und Fälle mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer übertragbaren Krankheit haben erste Priorität.

Ob allenfalls zielgruppenspezifische Informationsmodule für die medizinische Eintrittsinformation (Frauen, unbegleitete Minderjährige, etc.) erstellt werden, wird im Rahmen der Umsetzungsmassnahmen dieses Konzeptes geprüft.

Die Erstkonsultation wird durch eine Pflegefachperson anhand eines Fragenkataloges durchgeführt. Dieser stellt die einheitliche Vorgehensweise und Dokumentation in allen Zentren sicher.

Ziele sind die systematische Erfassung und Dokumentation des Gesundheitszustandes und des Impfstatus des Asylsuchenden sowie die Triage und Zuweisung zum Zentrumsarzt bei dringenden und akuten Gesundheitsproblemen, bei Verdacht auf eine übertragbare Krankheit und die Durchführung der Impfungen.

Die Pflegefachpersonen in den Zentren sind Ansprechperson für alle gesundheitlichen Probleme der Asylsuchenden, entweder im Rahmen der Erstkonsultation oder zu irgendeinem Zeitpunkt während des Aufenthaltes. Sie bieten täglich Sprechstunden an und sichern den koordinierten Zugang zur medizinischen Gesundheitsversorgung. Sie triagieren die Asylsuchenden nach Dringlichkeit und übernehmen eine erste Gatekeepingfunktion an der Schnittstelle zu den primären ärztlichen Ansprechpartnern, den sogenannten Zentrumsärzten. Dies sind in der Regel ärztliche Grundversorger wie Allgemeinärzte, Internisten oder Pädiater. Die Zentrumsärzte übernehmen die zweite Gatekeepingfunktion an der Schnittstelle zu den Fachspezialisten und zu den Spitälern.

Mit der doppelten Gatekeepingfunktionen können die medizinischen Grundversorger, die Spezialisten und die Spitäler koordiniert angegangen, vor Überlastung geschützt und die Asylsuchenden in angemessener Weise medizinisch versorgt werden, da die Zentrumsärzte mit den besonderen fachlichen Herausforderungen im Asylbereich vertraut sind.

Die Zentrumsärzte bieten im Rahmen ihrer medizinischen Tätigkeit zwei- bis dreimal pro Woche eine reguläre Sprechstunde für die Asylsuchenden an, im Zentrum oder in der Arztpraxis.

Die Zusammenarbeit der Zentren mit designierten Ärzten ist in Vereinbarungen schriftlich geregelt. Die Kompeten-

zen und Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen sind detailliert in Stellenbeschrieben aufgeführt. Idealerweise werden diese jeweils mit den jeweiligen zuständigen Zentrumsärzten und allenfalls mit den Kantonsärzten abgesprochen. Die Modelle der ärztlichen Aufsicht der Pflegefachperson können kantonal und regional unterschiedlich organisiert sein.

Neben den medizinischen Qualifikationen sollen sowohl Pflegefachpersonen als auch die Zentrumsärzte auf migrationspezifische und transkulturelle Themen sensibilisiert sein. Dazu wird ein speziell auf den Gesundheitsbereich abgestimmtes Weiterbildungsmodul im Bereich transkultureller Kompetenzen entwickelt.

Um die Vernetzung unter den medizinischen im Asylbereich tätigen Fachpersonen zu fördern und die Verfügbarkeit von relevanten Information sicherzustellen ist vorgesehen, eine Austauschplattform aufzubauen.

Ein wichtiger Aspekt in der medizinischen Versorgung ist die sprachliche Verständigung. Neben den Pflegefachpersonen der Zentren, haben auch Ärzte, die über einen schriftlichen Kooperationsvertrag mit den Asyl- oder Kollektivunterkünften auf Bundes- und Kantonsebene verfügen, die Möglichkeit, Dolmetschdienstleistungen zu beziehen und die Kosten den Vertragspartnern in Rechnung zu stellen. Dabei soll primär der nationale Telefondolmetschdienst genutzt werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Rahmen der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist die Umsetzung von Public-Health-Massnahmen. Diese umfassen Hygienestandards für die Vorbeugung und die Verhinderung eines Ausbruchs von Infektionskrankheiten in den Zentren und Richtlinien für die häufigsten Ausbrüche von Infektionskrankheiten, welche die Rollen und Verantwortlichkeiten zwischen Zentren, Kantonsärzten und BAG klären und Vor-Ort-Massnahmen beschreiben.

Die frühzeitige Erkennung von übertragbaren Krankheiten und anderen Gesundheitsproblemen in den Unterkünften erfordert qualifizierte Pflegefachpersonen, die Aufmerksamkeit und Schulung aller Mitarbeitenden und die enge Zusammenarbeit und den Austausch zwischen den verschiedenen Fachbereichen. Weitere Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Asylsuchenden sind die Bereitstellung von Informationsmaterialien oder die Organisation von Informationsveranstaltungen gemäss dem Informationskonzept, welches im Rahmen des Projektes erarbeitet wird.

Essentiell ist die Regelung der Übermittlung der medizinischen Dossiers vom Bund an die Kantone, die gemäss den Vereinbarungen mit der SODK gehandhabt wird. Medizinische Fälle werden mindestens drei Tage im Voraus angekündigt. Die Dossiers werden wenn möglich per Secure-Mail, ansonsten per Fax, an die vereinbarten Stellen übermittelt.

Die Arbeitsgruppe wird die Implementierungsarbeiten bis zum Frühjahr 2018 begleiten und dann durch eine neu zu konstituierende Fachgruppe/Begleitgruppe unter Co-Leitung des BAG und des SEM abgelöst werden, zusammengesetzt aus Vertretern der involvierten Sektionen des BAG und des SEM einschliesslich Fachspezialisten aus den Bundesasylunterkünften und Kollektivunterkünften, Vertretern der zuständigen kantonalen Behörden, sowie noch zu definierende Spezialisten in Migrationsmedizin und anderen Stakeholdern. Diese Fachgruppe wird die Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen übernehmen.

Um eine fristgerechte Implementierung per 1. Januar 2018 sicherstellen zu können, sind folgende Vorbereitungs-massnahmen zwingend vorher umzusetzen: die Erarbeitung eines Informationssystems für die medizinische Eintrittsinformation, die Erarbeitung eines Fragenkataloges für die Erstkonsultation sowie die Sicherstellung ausreichend personeller Ressourcen in den Zentren mit der nötigen Qualifizierung und Schulung.

Weitere Aspekte wie der Aufbau einer Weiterbildung im Gesundheitsbereich oder einer Austauschplattform für im Asylbereich tätige medizinische Fachpersonen sind wichtig, müssen jedoch nicht zwingend per Januar 2018 zur Verfügung stehen und werden auch schrittweise im laufenden Jahr 2018 umgesetzt werden.

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAZ* m.V./o.V.	Bundesasylzentrum mit Verfahren/ohne Verfahren
BZ	Bundeszentrum
BzP	Befragung zur Person
EpG	Epidemiengesetz
EpV	Epidemienverordnung
EVZ	Empfangs- und Verfahrenszentren
EQS	Erfragung Qualitätsstandards
iKD	Interkulturelle Dolmetscher
nTDD	Nationaler Telefondolmetschdienst
SEM	Staatssekretariat für Migration
TB	Tuberkulose
UMA	Unbegleitete Minderjährige

Glossar

Medizinische Grundversorgung

Unter medizinischer Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorger/innen sowie weitere Gesundheitsberufe verstanden wie Pflegefachpersonen, Apotheker/innen, Hebammen, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberater/innen sowie Assistenzberufe wie Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten oder Fachangestellte Gesundheit. Im vorliegenden Bericht liegt der Schwerpunkt auf der ambulanten Versorgung durch ärztliche Grundversorger/innen und Pflegefachpersonen^[1].

Ärztliche Grundversorger

Zu den ärztlichen Grundversorger/innen gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktischer Arzt/praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel.

[1] http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_d.pdf (Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG, Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung, Bern, März 2012)

Inhalt

1. Ausgangslage.....	7
1.1 Allgemein	7
1.2 Vorgehen zur Erarbeitung des Umsetzungskonzeptes.....	8
1.3 Gesetzliche Grundlagen zur medizinischen Grundversorgung	8
1.4 Resultate und Empfehlungen der Ist-Soll-Analyse der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Zentren des Bundes und der Kantone	9
1.4.1 Vorgehen/Methodik	9
1.4.2 Resultate	9
1.4.3 Empfehlungen der Autoren der Ist-Soll Analyse.....	10
2. Asylverfahren in den Bundesasylzentren.....	11
2.1 Vorgehen nach altem System bis zur Inkraftsetzung der Asylgesetzrevision	11
2.2 Asylgesetzrevision ab 2019.....	11
2.3 Medizinische Sachverhaltsabklärung im Rahmen des Asylverfahrens.....	12
3. Konzept zur Gesundheitsversorgung in den Asylunterkünften des Bundes und der Kantone	13
3.1 Ziele.....	13
3.2 Allgemeine Prinzipien der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und der Umsetzung des Epidemienegesetzes und der entsprechenden Verordnung	13
3.3 Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in den Asylunterkünften	15
3.3.1 Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Empfangs- und Verfahrenszentren	15
3.3.2 Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Bundeszentren (BZ).....	16
3.3.3 Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Kantonalen Unterkünften	16
3.4 Medizinische Eintrittsinformation	16
3.5 Erstkonsultation	17
3.6 Individualmedizin – Zugang zur Gesundheitsversorgung	17
3.6.1 Pflegefachpersonen	18
3.6.2 Kooperation mit Zentrumsärzten	18
3.6.3 Information zu Gesundheitsthemen	18
3.7 Zugang zu Impfungen	19
3.8 Public-Health Massnahmen	19
3.8.1 Hygienerichtlinien	19
3.8.2 Abgabe von Mitteln für die Prävention von durch Blut oder sexuell übertragbarer Krankheiten	19
3.8.3 Richtlinien zum Vorgehen bei Ausbrüchen von übertragbaren Krankheiten (Ausbruchsmanagement)	19
3.9 Medikamente	19
3.9.1 Institutionsapotheken	19
3.9.2 Anwendung der Medikamente	20
3.10 Sicherstellen der sprachlichen Verständigung	20
3.11 Koordination der Massnahmen zwischen Bund und Kantonen	20
3.11.1 Rollen und Verantwortlichkeiten	20
3.11.2 Übergabe des medizinischen Dossiers bei Übertritt vom Bund zum Kanton	20
3.12 Qualifikationen, Weiterbildungen und Schulungen	21
3.12.1 Fachliche Qualifikationen der Pflegefachpersonen	21
3.12.2 Übertragbare Krankheiten im Asylbereich-Schulungen für das Betreuungs- und Sicherheitspersonal	21
3.12.3 Migrationsspezifische Qualifikationen für Pflegefachpersonen und Ärzte	21
3.12.4 Wissensplattform für medizinische Fachpersonen im Fachbereich	22
3.13 Ärztliche Schweigepflicht.....	22
3.14 Implementierung	22
3.15 Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen	23
4. Ressourcen zur Umsetzung des Konzeptes	23
5. Themen für Neustrukturierung	24
6. Weiterführende und offene Themen.....	25
Anhang.....	26

1. Ausgangslage

1.1 Allgemein

Mit der Inkraftsetzung des revidierten Epidemiengesetzes^[2] (EpG) zum Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten und der entsprechenden Epidemienverordnung^[3] (EpV) per 1. Januar 2016 besteht für die Erkennung, Verhütung und Behandlung übertragbarer Krankheiten bei Asylsuchenden eine neue rechtliche Ausgangslage.

Relevant für das Asylwesen ist Art. 19 EpG, welcher in Art. 31 EpV folgendermassen konkretisiert wurde:

Art. 31 Verhütungsmassnahmen in Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes und kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende

1 Die Betreiber von Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes und von kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende müssen allen Personen in ihrer Obhut den Zugang zu geeigneten Verhütungsmassnahmen gewährleisten. Die Durchführung der Massnahmen richtet sich nach den bestehenden Infektions- und Übertragungsrisiken.

2 Die Betreiber von Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes und kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende sorgen insbesondere dafür, dass die Personen in ihrer Obhut:

a. nach dem Eintritt in die Unterkunft innert nützlicher Frist in einer ihnen verständlichen Sprache über Infektionskrankheiten und ihre möglichen Symptome, insbesondere über HIV/Aids, über andere sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten und über Tuberkulose, sowie über den Zugang zur medizinischen Versorgung informiert werden;

b. die geeigneten Mittel zur Verhütung von sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten, insbesondere Präservative, erhalten;

c. Zugang zu einer geeigneten medizinischen Versorgung und zu Impfungen nach dem nationalen Impfplan unter Berücksichtigung der spezifischen Empfehlungen des BAG für Asylsuchende erhalten.

3 Bund und Kantone koordinieren die Umsetzung der Massnahmen nach Absatz 2. Das BAG legt unter Einbezug des Staatssekretariats für Migration (SEM) und der zuständigen kantonalen Behörden die fachlichen und administrativen Abläufe fest und überprüft periodisch die Wirksamkeit der Verhütungsmassnahmen.

4 Das BAG erlässt nach Absprache mit dem SEM Empfehlungen zu den Verhütungsmassnahmen in den Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes sowie in den kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende. Es stellt das nötige Informationsmaterial zur Verfügung.

Das revidierte Epidemiengesetz sieht vor, dass wie für andere Personengruppen, die potentiell übertragbare Krankheiten verbreiten können, auch für Asylsuchende in der Obhut der Bundesasylzentren und der kantonalen Kollektivunterkünfte die Verhütung, Erkennung und Behandlung von übertragbaren Krankheiten beim Einzelnen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung erfolgt. Die Informationspflicht und die Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sind wichtige Pfeiler dabei. Das ist ein Paradigmenwechsel im Gegensatz zu den früheren Rechtsgrundlagen (Verordnung des EDI über grenzsaniätsdienstliche Massnahmen vom 9. Dezember 2005, 818.125.11), die eine systematische Befragung der Asylsuchenden im Rahmen der grenzsanitären Massnahmen (Früherkennung von Tuberkulose und Einschätzung des medizinischen Allgemeinzustandes) in den Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ) vorsahen.

Die medizinische Grundversorgung stellt zudem sicher, dass Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit im Rahmen der Meldepflichten nach EpG den zuständigen Stellen (Kantone, Bund) gemeldet werden und Massnahmen so rasch und bedrohungsgerecht ergriffen werden können.

Der Bundesrat hat eine zweijährige Übergangsfrist gewährt (Bundesratsbeschluss vom 29. April 2015), während welcher die grenzsanitären Massnahmen weiterge-

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

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

führt werden und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeinsam mit dem Staatssekretariat für Migration (SEM) und den involvierten kantonalen Stellen (Vertreter der Kantonsärzteschaft und der kantonalen Asylkoordinatoren/-innen sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] und der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren [SODK]) ein Konzept zur Umsetzung der aus dem revidierten Epidemiengesetz resultierenden Massnahmen erarbeiten soll. Die Umsetzung hat dann bis zum 1. Januar 2018 zu erfolgen.

Abzugrenzen sind die Prozesse für die medizinischen Sachverhaltsabklärungen im Rahmen des Asylverfahrens, welche nicht Gegenstand dieses Konzeptes sind (siehe Kap. 2.3).

1.2 Vorgehen zur Erarbeitung des Umsetzungskonzeptes

Auftraggeber des Projektes sind der Direktor des BAG (P. Strupler) und der Generalsekretär des SEM (M. Gattiker) und die strategische Projektverantwortung ist bei dem Leiter der Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG (D. Koch) und dem Leiter der Abteilung EVZ des SEM (D. Keller). Der Projektantrag für die Erarbeitung des Konzeptes wurde im Juni 2016 genehmigt. Die ins Leben berufene Arbeitsgruppe zur Erarbeitung des Umsetzungskonzeptes setzt sich zusammen aus Mitgliedern der Kantonsärzteschaft, der kantonalen Migrationsämter, der GDK, der SODK und von Fachspezialisten aus dem BAG und dem SEM.

Die Arbeitsgruppe, der auch die Funktion des Steuerungsausschusses zukommt, hat folgende Handlungsfelder identifiziert: Zugang zur Gesundheitsversorgung und Public-Health Massnahmen, Information und Impfungen, Ressourcen zur Umsetzung, Koordination und Evaluation. Die Handlungsfelder dienen als Basis für die Bildung von Sub-Arbeitsgruppen. Die Mitglieder wurden aus der bestehenden Arbeitsgruppe rekrutiert. Die Resultate aus den Arbeiten der Sub-Arbeitsgruppen wurden in das Konzept eingearbeitet.

Zudem wurde, um über eine Grundlage zur Erarbeitung des Konzeptes zu verfügen, eine Ist-Soll Analyse der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Unterkünften des Bundes und der Kantone in Auftrag gegeben (siehe Kap. 1.4).

1.3 Gesetzliche Grundlagen zur medizinischen Grundversorgung

Das Asylgesetz (AsylG Art. 80 Abs. 1 und 3) regelt die Sozialhilfe- respektive Nothilfzuständigkeit des Bundes und dessen Verantwortlichkeit – zusammen mit den Kan-

tonen – für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für Personen, die gestützt auf das Asylgesetz in einem Zentrum des Bundes oder in einem Erstintegrationszentrum für Flüchtlingsgruppen untergebracht sind.

Solange Asylsuchende in einem Zentrum des Bundes untergebracht sind, gewährleistet dieser die Sozialhilfe. Nach erfolgter Zuweisung eines Asylsuchenden an einen Kanton ist der entsprechende Kanton für die Leistung von Sozialhilfe zuständig, wobei der Bund den Kantonen ihre Aufwendungen mittels Globalpauschalen vergütet.

Mit der Sozialhilfe soll die Existenz bedürftiger Personen, wozu auch die medizinische Grundversorgung gehört, gesichert werden, wobei die über die Sozialhilfe zu gewährende medizinische Grundversorgung nach den Regeln des KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung; SR 832.10) abgewickelt wird.

Dies ist gewährleistet durch das Krankenversicherungsobligatorium, da Asylsuchende nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Wohnsitz in der Schweiz haben und damit der Krankenversicherungspflicht unterstehen, wobei die Anmeldung bei einer Krankenkasse innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder Geburt erfolgen muss (Art. 3 Abs. 1 KVG).

Asylsuchende sowie Schutzbedürftige sind verpflichtet, sich unmittelbar nach Zuweisung an die Kantone nach Artikel 27 AsylG zu versichern, wobei die Versicherung im Zeitpunkt der Einreichung des Asylgesuchs bzw. der Gewährung des vorübergehenden Schutzes beginnt (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. c der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102] i.V.m. Art. 7 Abs. 5 KVV).

Die gemäss KVG von den Versicherern zu übernehmenden Leistungen stellen grundlegende Sozialleistungen im Gesundheitsbereich dar und sind daher aus Rechtsgleichheitsüberlegungen auch Asylsuchenden zu gewähren, weshalb weder das KVG noch das AsylG entsprechende Beschränkungen im Leistungsbereich normieren. Jedoch gestattet Art. 82a Abs. 3 AsylG Bund und Kantonen durch die Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer den Zugang von Asylsuchenden zu unserem Gesundheitssystem sinnvoll zu steuern. Insbesondere durch die Anwendung von sog. Gatekeeping-Modellen kann so von Bund und Kantonen sichergestellt werden, dass Asylsuchende die notwendigen KVG-Leistungen angemessen in Anspruch nehmen.

Art. 82a Abs. 2 AsylG gibt Bund und Kantonen zudem die Möglichkeit, die Wahl der Asylsuchenden zur Verfügung stehenden Versicherer einzuschränken. So kann der Vollzug des KVG im Asylbereich – unter Schonung der Mittel der öffentlichen Hand – durch Versicherer erfolgen, die günstige Konditionen anbieten.

Für Asylsuchende in Unterkünften des Bundes stehen die Betreiber der Unterkünfte in der Pflicht, den Asylsuchenden den Zugang zur medizinischen Grund- und zahnärzt-

lichen Notversorgung sicherzustellen (Art. 5 Verordnung des EJPD über den Betrieb von Unterkünften des Bundes im Asylbereich^[4]).

Die Sicherstellung des Zugangs zur geeigneten medizinischen Versorgung zur Verhütung, Erkennung und Behandlung von übertragbaren Krankheiten ist separat in der Epidemienverordnung (Art. 31 Abs. 1 und 2) geregelt und gilt sowohl für Betreiber von Bundesunterkünften als auch von kantonalen Kollektivunterkünften.

Die Kosten von Zahnbehandlungen ausserhalb des KVG-Leistungskatalogs sind von der Sozialhilfe nur dann zu übernehmen, wenn die Behandlung nötig ist und in einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Weise erfolgt. Nach der Rechtsprechung bedeutet dies, dass nur jene Massnahmen, die Zahnschmerzen beseitigen und/oder die Kaufähigkeit sicherstellen, gedeckt werden. Stehen mehrere Behandlungswege offen, so gebührt der günstigsten Variante der Vorzug.

1.4 Resultate und Empfehlungen der Ist-Soll-Analyse der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Zentren des Bundes und der Kantone

Um über eine Grundlage zur Erarbeitung des Konzeptes zu verfügen hat die Arbeitsgruppe eine Ist-Soll Analyse der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Unterkünften des Bundes und der Kantone in Auftrag gegeben. Das Mandat wurde vom BAG an Interface/evaluanda vergeben. Der finale Bericht zuhanden des BAG liegt vor und wird auf der Website des BAG per Dezember 2017 aufgeschaltet werden.

1.4.1 Vorgehen/Methodik

- Studium der vorhandenen gesundheitsrelevanten Dokumentation in den Zentren des Bundes und der Kantone (Sichtung und Auswertung)
 - Einbezug von Studien und Dokumenten
- Gespräche mit den Zentrumsleitungen und dem Gesundheitspersonal in allen 6 EVZ, dem Testbetrieb und den BZ
- Kantone: Gespräche in Kollektivzentren
- Gespräche und Online – Befragungen von Asylkoordinatoren/-innen und Kantonsärzteschaft

1.4.2 Resultate

In den letzten Jahren gab es in den Zentren des Bundes und der Kantone **wenig Probleme mit Infektionskrankheiten**. Die bisherigen, namentlich die **grenzsanitärischen Massnahmen haben sich somit bewährt**. Diese sind jedoch auf das Erkennen von Tuberkulose und eine

Information über HIV fokussiert. Präservative werden standardmässig abgegeben. Daneben gibt es aber kein systematisches Vorgehen bezüglich der Prävention und Früherkennung von übertragbaren Krankheiten. Asylsuchende werden zurückhaltend über gesundheitsrelevante Themen sowie den Zugang zum Gesundheitssystem informiert. Auf Kantonsebene besonders zu erwähnen ist die **professionelle Informations- und Präventionsarbeit auf kantonaler Ebene in der Westschweiz, in den Kantonen VD, GE und NE**.

Die Information über Impfungen in den EVZ im Rahmen der GSM beschränkt sich auf den Hinweis, sich bei Zuteilung zu einem Kanton gegen verschiedene Krankheiten impfen zu lassen. Seit 2010 wird eine Impfung systematisch allen Kindern unter 5 Jahren angeboten, die bisher nicht gegen Polio geimpft waren.

Die Überprüfung des Impfstatus ist heute in keinem EVZ Teil der Abklärungen.

Einzig in den befragten kantonalen Zentren im Kanton Schwyz und Genf werden aktuell bei Eintritt im Rahmen der Erstuntersuchung der Impfstatus auch bei den Erwachsenen erhoben. Bei Kindern werden die Impfungen meist im Rahmen der medizinischen Grundversorgung durchgeführt bei Schuleintritt.

Die Haltung gegenüber Impfungen ist sehr unterschiedlich und es besteht diesbezüglich Klärungsbedarf und der Wunsch nach klaren Vorgaben seitens des Bundes.

Bei **Ausbrüchen von übertragbaren Krankheiten gibt es keine standardisierten Abläufe**, meist muss nach **ad-hoc Lösungen** gesucht werden, einige Zentren haben Merkblätter vom jeweiligen Kantonsarzt. Es gibt vereinzelt auch Merkblätter vom Bund, die von den Kantonen angepasst wurden, die aber schwierig umzusetzen sind, da sie als zu abstrakt beurteilt werden.

Eine Isolation ist in den meisten Zentren nicht möglich, sei es aufgrund der Infrastruktur, kommunikativen Schwierigkeiten oder wegen sehr hohen personellen Aufwands. Diesbezüglich wird der Wunsch geäussert nach **Klärung der Verantwortlichkeiten, Rollen und Meldeflüsse**.

Weiter ist auch das **Sicherheitsgefühl der Mitarbeiter** bei Ausbrüchen immer wieder ein Thema.

In den Zentren des Bundes und vermehrt auch in den Kantonen sind im Laufe der letzten Jahre vermehrt medizinisch geschulte Personen im Bereich der Gesundheitsversorgung eingestellt worden. So sind heute in allen EVZ Pflegefachpersonen eingestellt. Dies schafft Entlastung und Handlungssicherheit für das Betreuungspersonal. Die **Gesundheitsversorgung** der Asylsuchenden in den Zentren ist grundsätzlich **zweckmässig organisiert** und

[4] SR 142.311.23

der **Zugang zur medizinischen Grundversorgung ist gewährleistet**. Bei Erkrankungen, die aus Sicht der Gesundheitsbeauftragten und/oder des Zentrumsarztes keine sofortige Behandlung erfordern, einschliesslich psychische Erkrankungen, wird mit der Triage und der anschliessenden Behandlung gewartet, bis die Asylsuchenden einem Kanton zugewiesen wurden, da die Aufenthaltszeit in den EVZ/BZ meist kurz ist und eine adäquate Behandlung häufig länger dauert.

Die Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ist von den Versorgungsstrukturen und auch von einer landesteilspezifischen Versorgungskultur abhängig.

Was die **Übergabe der individuellen medizinischen Daten von den EVZ/BZ** in die Kantone und von da in die Gemeinden betrifft, so weist die Analyse auf **viele Schnittstellen** hin, welche anfällig für Datenverluste sind. Falls keine Gesundheitsdaten vorhanden sind wissen die jeweiligen Akteure nicht, ob keine Daten vorhan-

den sind, oder ob diese nicht rechtzeitig übermittelt wurden. Der Rückfluss der Informationen aus den Spitälern ist sehr unterschiedlich, und häufig müssen die Daten nachgefragt werden.

In der Auswertung von Interface kommt deutlich zum Ausdruck, dass **schriftliches Informationsmaterial für Asylsuchende** je länger je mehr **zurückhaltend eingesetzt** wird, da eine allgemeine Sättigung der Asylsuchenden an neuen Eindrücken und Informationen, denen sie bei Eintritt ausgesetzt sind, festzustellen ist. Im Vordergrund stehen primär die Orientierung im Zentrum und die Heranführung und die Gewöhnung an die Abläufe.

Einige Zentren stellen dennoch schriftliche Information zu HIV/Aids, zur weiblichen Genitalbeschneidung und zu Krätze zur Verfügung und zu verschiedenen sozialen Einrichtungen (Opferberstungsstellen, Frauenhaus, Mütterberatung, etc.).

1.4.3 Empfehlungen der Autoren der Ist-Soll Analyse

Basierend auf der Analyse haben die Autoren folgende Empfehlungen formuliert:

Empfehlungen von Interface/evaluanda	Umsetzung im Konzept
1 Einführung eines medizinischen Erstgespräch auf Bundesebene	Eintrittsinformationsgespräch und Erstkonsultation (siehe 3.2 und 3.4)
2 Festlegung eines Ausbruchsmanagements: Neben der Prävention und der Früherkennung von übertragbaren Krankheiten braucht es effektive Massnahmen, welche bei einem allfälligen Ausbruch in den Zentren greifen und die Zuständigkeiten müssen geklärt sein.	Vorgehen für die häufigsten Erreger wird erarbeitet (siehe 3.8.3)
3 Präventions- und Informationskonzept für die Zentren bereitstellen: Festlegen der Themen, des Zeitpunktes, der Form, der Vermittlung und der Zuständigkeiten; Informationsmaterial für das Erstgespräch sollte in mehreren Sprachen vorliegen	Siehe 3.4 und 3.8
4 Systematische Prüfung des Impfstatus und Erstellung eines persönlichen Impfplans im Rahmen des medizinischen Eintrittsinformationsgesprächs sicherstellen	Impfungen (siehe 3.7)
5 Handlungsempfehlungen an die Kantone, welche die Umsetzung der auf Bundesebene eingeleiteten Massnahmen (Impfplan) sicherstellen: Klare Empfehlungen des BAG	Impfungen (siehe 3.7)
6 Medizinisches Personal in Zentren des Bundes als Pflichtvorgabe definieren (mit entsprechender Empfehlung an kantonale Zentren)	Ablauf und Organisation der Gesundheitsversorgung (siehe 3.3 und 3.6)

7 Stärkung einer migrationssensiblen Gesundheitsversorgung: Unterstützung und Stärkung des Engagements der HausärztInnen in der Zusammenarbeit mit den Asylunterkünften, Schaffung von finanziellen und vertraglichen Anreizen, Schaffung einer Informationsplattform für den Austausch von Grundlagenwissen und Best Practices	Kooperation mit Zentrumsärzten (siehe 3.6.2) Weiterbildung und Schulungen (siehe 3.13)
8 Zugang zu psychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten verbessern und niederschwellige Angebote nutzen: Fehlende psychiatrische/therapeutische Angebote sind ein Problem das längerfristig angegangen werden muss; jedoch nicht jeder Betroffene benötigt eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Deshalb Empfehlung zur Nutzung von unterschwelligen und unterstützenden Angeboten in den Zentren wie Tagesstruktur, soziale Unterstützung, Seelsorge, adäquate Unterbringungssituation, etc. und soweit möglich Nutzung von Know-how von Fachstellen (z. B. Caritas)	Erstkonsultation (siehe Kap. 3.5)/Individualmedizin-Zugang zur Gesundheitsversorgung (siehe 3.6)/Weiterführende Themen (siehe Kap. 6)
9 Regelung der Zuständigkeit und Zusammenarbeit von und zwischen den im Rahmen der Gesundheitsversorgung involvierten Akteure	Koordination der Massnahmen (siehe 3.12)
10 Einführung eines (elektronisches) Gesundheitsdossiers für alle Asylsuchenden und Sicherstellung des Austauschs respektive die Übermittlung von Gesundheitsdaten: Eröffnung eines medizinischen Dossiers im Rahmen des Erstgesprächs; darin soll auch vermerkt werden, wenn keine gesundheitsrelevanten Auffälligkeiten vorliegen; es soll geprüft werden, ob das medizinische Dossier in elektronischer Form geführt werden könnte	Medizinisches Dossier (siehe 3.11); Übermittlung der medizinischen Daten (siehe 3.12.2); die Einführung eines elektronischen Dossiers kann im Rahmen dieses Projektes nicht umgesetzt werden.

2. Asylverfahren in den Bundesasylzentren

Das Staatssekretariat für Migration betreibt heute insgesamt sechs **Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ)** und neun **Bundeszentren (BZ)**, wobei die Anzahl Bundeszentren je nach Bedarf variiert und immer wieder der aktuellen Situation angepasst wird.

Mit Inkraftsetzung der Asylgesetzrevision im 2019 ändert die Terminologie für die Bezeichnung der Asylunterkünfte des Bundes und es wird neu von **Bundesasylzentren mit Verfahren (BAZ m.V.)** und **Bundesasylzentren ohne Verfahren (BAZ o.V.)** gesprochen.

2.1 Vorgehen nach altem System bis zur Inkraftsetzung der Asylgesetzrevision

In den EVZ können Asylsuchende ihr Asylgesuch einreichen. Dort werden sie registriert und zu ihrer Identität,

Herkunft, Reiseweg und Asylgründen befragt. Wenn keine Anhörung und kein Entscheid im EVZ erfolgen konnte, werden die Asylsuchenden in die Kantone transferiert, wo sie den Verlauf des weiteren Verfahrens abwarten. Asylsuchende, für welche die Schweiz nicht verantwortlich ist und somit im Dublin Verfahren abgewickelt werden, werden überwiegend in ein Bundeszentrum (BZ) transferiert. Der Aufenthalt in einem EVZ dauert heute gemäss Gesetz maximal 90 Tage, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einem EVZ beträgt durchschnittlich 20–30 Tage.

2.2 Asylgesetzrevision ab 2019

Der Bundesrat wird voraussichtlich im Jahr 2019 das neue Asylgesetz zur Beschleunigung der Asylverfahren in Kraft setzen (siehe Abbildung 1). Dadurch möchte man unter anderem verhindern, dass die Mehrheit der Asylsuchenden ihren Asylentscheid in den kantonalen Strukturen abwarten müssen. Im neuen Verfahren werden die Asyl-

suchenden vorerst in einem Bundesasylzentrum mit Verfahrensfunktion (BAZ m.V.) untergebracht, wo die Registrierung des Asylgesuchs und die Anhörung zu den Asylgründen durchgeführt werden. Während des gesamten Asylverfahrens ist den Asylsuchenden ein Rechtsvertreter zugewiesen.

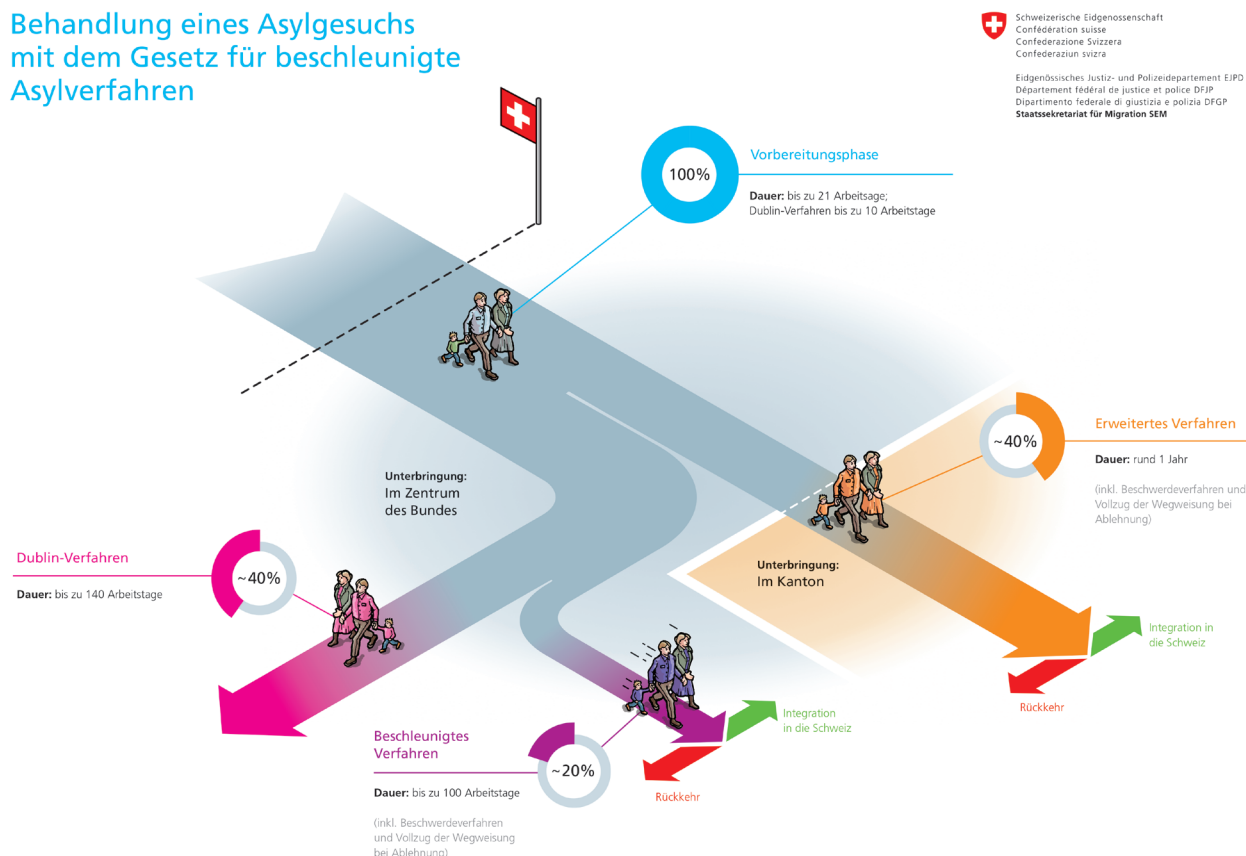
Die maximale Aufenthaltsdauer der Asylsuchenden in einem Bundesasylzentrum wurde von ehemals 90 Tagen

auf 140 Tage erhöht. Im Testbetrieb (Zentrum Juch), welches das neue Verfahren testet, ist heute die durchschnittliche Aufenthaltsdauer rund 60 Tage.

Generell gilt wie bisher, dass die Aufenthaltsdauer in den EVZ, respektive den BAZ m.V. so kurz wie möglich und so lange als nötig ist, um die Aufnahmekapazität jederzeit gewährleisten zu können und um alle verfahrensrelevanten Schritte durchzuführen.

Abbildung 1

Behandlung eines Asylgesuchs mit dem Gesetz für beschleunigte Asylverfahren



Quelle: <https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/asyl/beschleunigung/grafik-asylprozess-beschl-d.pdf>

2.3 Medizinische Sachverhaltsabklärung im Rahmen des Asylverfahrens

Die Medizinische Sachverhaltsabklärung im Rahmen des Asylverfahrens (Art 26a AsylG, in Kraft seit dem 1. Februar 2014) ist unabhängig von der regulären medizinischen Versorgung während dem Aufenthalt in einem EVZ und deshalb nicht Gegenstand dieses Konzeptes.

Die Asylsuchenden müssen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Asyl- und oder Wegweisungsfrage

relevant sind unmittelbar nach Gesuchseinreichung geltend machen. Im Rahmen der Befragung zur Person (BzP) werden die medizinischen Probleme explizit erfragt, soweit sie für das Verfahren relevant sind. Am Ende der BzP entscheidet der Sachbearbeiter SEM, allenfalls in Absprache mit der Pflegefachperson oder dem Arzt, **ab 2019 mit dem Rechtsvertreter*, ob weitere Abklärungen nötig sind und ein Bericht im Rahmen einer medizinischen Sachverhaltsabklärung eingeholt werden muss.**

*Im Zentrum Juch bereits heute mit dem Rechtsberater

3. Konzept zur Gesundheitsversorgung in den Asylunterkünften des Bundes und der Kantone

3.1 Ziele

Das Hauptziel ist die Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten in den Asylunterkünften des Bundes und der Kantone sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung.

Weitere Ziele sind:

- die Integration und Koordination der Verhütung, (Früh-)Erkennung und Behandlung von übertragbaren Krankheiten in die Gesundheitsversorgung,
- die Erkennung von gesundheitlichen Problemen, die eine baldige Massnahme während dem Aufenthalt in den Zentren erfordern und
- die Sicherstellung der Koordination der Massnahmen zwischen den Akteuren.

3.2 Allgemeine Prinzipien der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und der Umsetzung des Epidemienegesetzes und der entsprechenden Verordnung

Ein wichtiger Pfeiler in der Verhütung, Erkennung und Behandlung von übertragbaren Krankheiten und der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ist die Information der Asylsuchenden bei Eintritt in ein Asylzentrum des Bundes im Rahmen der medizinischen Eintrittsinformation (siehe Kap. 3.4).

Die **medizinische Eintrittsinformation** wird im Rahmen eines Gespräches persönlich und individuell durch eine Pflegefachperson geführt, zeitnah nach Eintritt, unterstützt durch eine computerbasiertes und animiertes Informationstool, welches durch die Verfügbarkeit in zahlreichen Sprachen die Verständlichkeit gewährleistet.

Die medizinische Eintrittsinformation muss derart ausgestaltet sein, dass die Durchführbarkeit innerhalb von maximal drei Tagen nach Eintritt in das definitiv zugeteilte Zentrum auch gewährleistet werden kann, wenn gleichzeitig eine grosse Zahl von Asylsuchenden neu eintrifft.

Ziele der medizinischen Eintrittsinformation:

- Die medizinische Eintrittsinformation soll **Vertrauen schaffen** in die Strukturen und das System. Es ist wichtig, die Asylsuchenden darauf hinzuweisen, dass die medizinischen Daten vertraulich behandelt werden.
- Nach der medizinischen Eintrittsinformation kennen die Asylsuchenden die **Kontaktpersonen im Zentrum, an die sie sich bei Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden und bei medizinischen Fragen** während dem gesamten Aufenthalt wenden können.
- Die Asylsuchenden kennen die **Symptome der relevanten übertragbaren Krankheiten**, deren Folgen und nötigen Massnahmen, d.h. sich bei deren Auftreten unbedingt bei dem Personal oder der Pflegefachperson zu melden.
- Die Asylsuchenden sind informiert über die Risiken und die nötigen Massnahmen zur Verhütung sexuell oder durch Blut übertragbarer Krankheiten.
- Sie wissen, dass **Impfungen** in den Zentren angeboten werden und welche Krankheiten damit verhütet werden können.
- Sensibilisierung auf **weitere relevante Gesundheitsthemen** durch die Information: «**Wenn Sie krank sind**», «**Wenn sie vorbestehende Krankheiten haben**», «**Wenn Sie regelmässig Medikamente einnehmen müssen**», «**Wenn Sie schwanger sind**» oder «**wenn Sie den Impfstatus überprüfen lassen wollen**», dann melden sie sich beim Personal oder der Pflegefachperson.
- **Notfälle und Asylsuchende mit geringfügigstem Verdacht auf das Vorliegen einer übertragbaren Krankheit** werden frühzeitig erkannt und unverzüglich der notwendigen medizinischen Versorgung zugeführt.

Die **Erstkonsultation** (siehe Kap. 3.5) findet, das Einverständnis des Asylsuchenden vorausgesetzt, in der Regel direkt im Anschluss an die medizinische Eintrittsinformation statt. Bei hohem Aufkommen an Asylsuchenden findet eine Priorisierung nach Dringlichkeit statt.

Die Erstkonsultation findet mittels einem standardisierten Fragenkatalog statt, welche der Pflegefachperson auch als Entscheidungshilfe für die Triagierung für die Arztzuweisung dient.

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.

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 (siehe Kap. 3.6).

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

So hat jedes Zentrum mindestens **einen primären ärztlichen Ansprechpartner**, der die **primäre Grundversorgung der Asylsuchenden** und die **ärztliche Aufsicht über die Pflegefachpersonen in den Zentren** sicherstellt (siehe Kap. 3.6).

Die **Kooperation** mit den Zentrumsärzten ist schriftlich in einer Vereinbarung geregelt. Die Zentrumsärzte bieten im Rahmen ihrer medizinischen Tätigkeit zwei- bis dreimal pro Woche eine reguläre Sprechstunde für die Asylsuchenden an, entweder vor Ort im Zentrum oder in der Arztpraxis, je nach Lage des Zentrums.

Die Pflegefachpersonen müssen für diese anspruchsvolle Tätigkeit **richtig qualifiziert** sein. Sie verfügen über einen Abschluss der Höheren Fachschule (HF) oder einen äquivalenten Abschluss (z. B. DNII) und über eine Berufsausübungsbewilligung, respektive haben die Voraussetzungen, damit eine solche beantragt werden kann. Die Pflichten und Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen sind detailliert in einem Pflichtenheft geregelt und mit den jeweiligen Zentrumsärzten und allenfalls mit den Kantonsärzten abgesprochen (siehe Kap. 3.6). Die Modelle der ärztlichen Aufsicht der Pflegefachpersonen und der Zusammenarbeit mit den Kantonsärzten ist kantonal unterschiedlich organisiert.

Neben den medizinischen Qualifikationen sind sowohl Pflegefachpersonen als auch die Zentrumsärzte auf **migrationspezifische und transkulturelle Themen** sensibilisiert. Für Pflegefachpersonen und Zentrumsärzte wird dazu ein speziell auf den Gesundheitsbereich abgestimmtes Weiterbildungsmodul in transkultureller Kompetenz entwickelt (siehe Kap. 3.12). Idealerweise werden neben den Zentrumsärzten auch weitere mit den Zentren zusammenarbeitende Ärzte wie Gynäkologen oder Pädiater zu diesen Weiterbildungen eingeladen.

Für die Vernetzung und den Austausch der im Asylbereich tätigen medizinischen Fachpersonen ist der **Aufbau einer Wissensplattform** vorgesehen (siehe Kap. 3.12).

Die **sprachliche Verständigung** in den Zentren des Bundes und der Kantone ist sichergestellt durch den **Zugang zu Dolmetschenden**, primär zum nationalen Telefondolmetschdienst, bei entsprechender Notwendigkeit zu persönlichen Dolmetschern (siehe Kap. 3.10).

Das **Sicherheits- und das nicht-medizinische Betreuungspersonal** ist durch die Pflegefachpersonen geschult hinsichtlich der medizinischen Abläufe und es weist die Asylsuchenden bei Auffälligkeiten an die entsprechenden Stellen weiter. Für das Sicherheits- und Betreuungspersonal finden regelmässig Informationsveranstaltungen statt über die im Kontext ihrer Tätigkeit in einer Asylunterkunft relevanten übertragbaren Krankheiten zum Abbau von Ängsten und Kennen der Selbstschutzmassnahmen (siehe Kap. 3.12).

Hygienestandards (siehe Kap. 3.8.1) sind für die Vorbeugung und die Verhinderung eines Ausbruchs von Infektionskrankheiten in den Zentren essentiell, in Ergänzung zu weiteren Massnahmen wie **Impfungen** (siehe Kap. 3.7) oder der Abgabe von Präservativen. Weiter stehen für die **häufigsten Ausbrüche** von Infektionskrankheiten **Richtlinien** zur Verfügung (siehe Kap. 3.8.3).

Die **medizinischen Abläufe in den Bundesasylzentren und den kantonalen Kollektivunterkünften** (siehe Kap. 3.3) und die Modalitäten der **Übergabe der medizinischen Dokumente** (siehe Kap. 3.11.2) bei einem Übertritt eines Asylsuchenden in ein anderes Bundesasylzentrum oder eine kantonale Kollektivunterkunft sind geregelt und mit den Kantonen abgesprochen. Für die Sicherstellung der Kontinuität und der Wirksamkeit der Behandlungen ist bei einem Transfer in ein Folgezentrum die Übermittlung der medizinischen Dossiers, insbesondere die Informationen über abgeschlossene oder laufende Behandlungen und über den Impfstatus essentiell (siehe Kap. 3.11).

Die Implementierung wird begleitet durch eine noch zu bildende Fachgruppe, in deren Aufgabengebiet auch die regelmässige Evaluation der Wirksamkeit der Massnahmen hinsichtlich Verhütung, Erkennung und Behandlung übertragbarer Krankheiten fallen wird, und die bei Bedarf die nötigen Massnahmen einleitet (siehe Kap. 3.15).

Zusammenfassend können folgende Eckpunkte festgehalten werden, welche in den Folgekapiteln weiter ausgeführt werden in Ergänzung zu den Prinzipien:

- Medizinische Eintrittsinformation (siehe Kap. 3.4)
- Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung (siehe Kap. 3.3)
- Erstkonsultation (siehe Kap. 3.5)
- Individualmedizin: Sicherstellung des koordinierten Zugangs zur Gesundheitsversorgung durch klare

Beschreibung der Aufgaben und Rolle der Pflegefachpersonen und durch Kollaboration mit Ärzten (siehe Kap. 3.6)

- Impfkonzep (siehe Kap. 3.7)
- Public-Health-Massnahmen wie Hygienestandards, Ausbruchmanagement und Abgabe von Mitteln zur Prävention von sexuell oder durch Blut übertragbarer Krankheiten (siehe Kap. 3.8)
- Aufsicht über die Apotheken in den Zentren und Anwendung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten (siehe Kap. 3.9)
- Sicherstellen der Verständigung (siehe Kap. 3.10)
- Dokumentation der medizinischen Daten (siehe Kap. 3.11)
- Koordination der Massnahmen im Falle von Ausbrüchen zwischen Bund und Kanton und Sicherstellung der korrekten Datenübermittlung von Zentrum zu Zentrum (siehe Kap. 3.11)
- Schulungen und Weiterbildungen (siehe Kap. 3.12)
- Implementierung der Massnahmen (siehe Kap. 3.14)
- Evaluation der Wirksamkeit der Massnahmen (siehe Kap. 3.15).

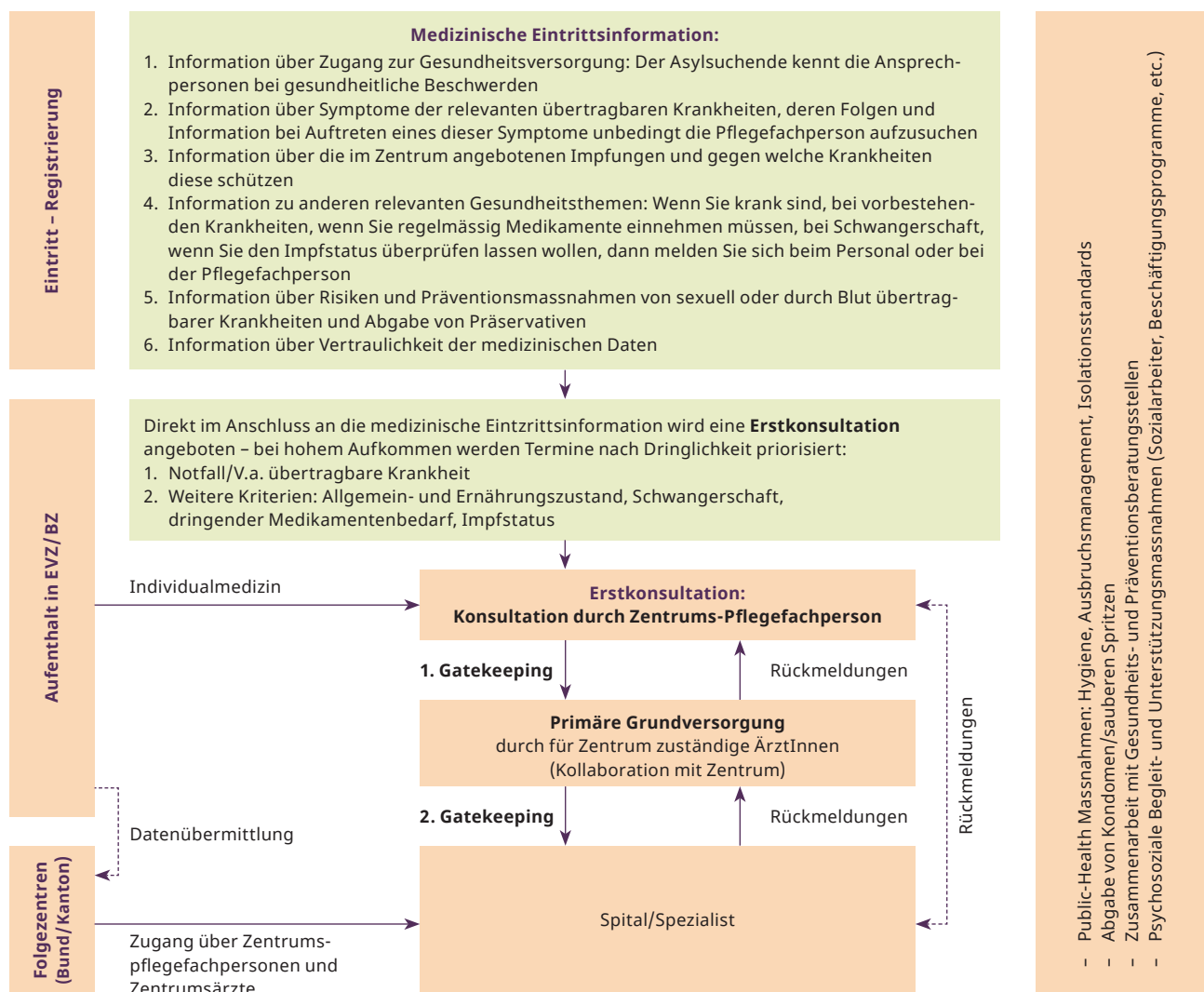
3.3 Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in den Asylunterkünften

Die Schlüsselstellen in der Organisation und Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sind die medizinische Eintrittsinformation mit Terminvergabe für eine Erstkonsultation, das Angebot von Sprechstunden in den Zentren durch Pflegefachpersonen und die Zusammenarbeit mit primären Grundversorgern, den sogenannten Zentrumsärzten.

Mit der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung kommt den Betreibern der Asylunterkünfte eine wichtige Funktion zu an der Schnittstelle zwischen Zentrum und der medizinischen Grundversorgung und den Spitälern und Fachspezialisten.

3.3.1 Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Empfangs- und Verfahrenszentren

Im folgenden Schema ist die Organisation des Zugangs zur medizinischen Gesundheitsversorgung dargestellt:



Medizinische Abläufe in den EVZ inklusive Dokumentationspflichten und Vorgehen ausserhalb der Präsenzzeiten der Pflegefachpersonen sind klar und detailliert beschrieben und geschult.

Auftrag 1a:

Anpassung Personalressourcen betreffend Pflegefachpersonen – Beschaffungsantrag

Auftrag 1b:

Anpassung des medizinischen Leitfadens des SEM (Abläufe Eintrittskonsultation, Erstkonsultation, Dokumentation, Formulare zur Überweisung) und Erstellen eines Ablaufschemas für medizinische Abklärungen

3.3.2 Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Bundeszentren (BZ)

Die Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in den BZ ist identisch mit der Organisation in den EVZ. Die Information bei Eintritt beschränkt sich auf die Information zur Kontaktperson bei gesundheitlichen Beschwerden; die Information zu den Symptomen der relevanten übertragbaren Krankheiten und anderen Gesundheitsthemen sind in der Regel bei Übertritt von einem EVZ in ein Folgezentrum nicht zu wiederholen.

3.3.3 Zugang zur Gesundheitsversorgung in den Kantonalen Unterkünften

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.

Auftrag 2:

wenn notwendig, Anpassung der vorhandenen Standards und Arbeitsanweisungen in den kantonalen Kollektivunterkünften

3.4 Medizinische Eintrittsinformation

Die medizinische Eintrittsinformation soll so rasch wie möglich nach Registrierung erfolgen, in der Regel innerhalb von 24 Stunden, aber spätestens innerhalb von 3 Ta-

gen nach Eintritt in das definitiv zugeteilte EVZ, d.h. nach der Verteilung in die Region aus den Hauptanlaufzentren.

Die medizinische Eintrittsinformation wird durch eine Pflegefachperson geführt, die den Asylsuchenden die Informationsmaterialien unterbreitet und für Rückfragen bereitsteht.

Die Informationsmaterialien sind so gestaltet, dass die Informationen für den Asylsuchenden verständlich und für die Pflegefachpersonen einfach zu übermitteln sind. Die Informationseinheit ist kurz und prägnant, idealerweise interaktiv, damit die Aufmerksamkeit der Asylsuchenden gehalten werden kann. Ein Informationskonzept wird erarbeitet unter Federführung des BAG und dann die Informationsmaterialien dem SEM zur Verfügung gestellt.

Informationsinhalte:

- Zugang zur Gesundheitsversorgung: Die Asylsuchenden werden informiert, bei gesundheitlichen Problemen das Personal oder die Pflegefachperson aufzusuchen.
- Symptome der relevanten übertragbaren Krankheiten: Der Verständlichkeit halber sollen die Asylsuchenden nicht über die Krankheiten selber sondern über deren möglichen Symptome oder Beschwerden informiert werden. Gesetzlich vorgeschrieben ist die Information zu Infektionskrankheiten und Symptomen wie **HIV/Aids, anderen sexuell oder durch Blut übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose**.

Basierend auf den **Kriterien des Übertragungsrisikos und der Dringlichkeit des Ergreifens von Massnahmen** zur Bekämpfung und Behandlung wird über weitere übertragbare Krankheiten bei Eintritt informiert. Dies sind insbesondere Windpocken, Masern, (kutane) Diphtherie, Skabies und Gastroenteritiden und damit über folgende Symptome: **Husten (mit oder ohne Auswurf), Fieber, Nachtschweiss, Gewichtsverlust, Hautsymptome (Hautausschlag, offene Hautwunden, Juckreiz), Durchfall, Erbrechen und Schmerzen**. Die Liste wird von der neu zu konstituierenden Fachgruppe (siehe 3.16) laufend überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Die Asylsuchenden werden zudem über die zu ergreifenden Massnahmen bei Auftreten mindestens eines dieser Symptome und deren Folgen informiert.

- Information über die Risiken und die nötigen Massnahmen zur Verhütung sexuell oder durch Blut übertragbarer Krankheiten.
- Information über Impfangebot in den Zentren (Windpocken, Mumps-Masern-Röteln, Diphtherie-Tetanus-Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Tyb b und Hepatitis B) und gegen welche Krankheiten diese Impfungen schützen.
- Anhand offener Fragen nach dem Allgemeinzustand, nach vorbestehenden Krankheiten, nach regelmässiger Medikamenteneinnahme und nach Schwangerschaft und ob Impfstatus überprüft werden soll wird

der Asylsuchende auf diese Themen sensibilisiert und er weiss, dass er wenn er mindestens eine Frage mit ja beantwortet die Pflegefachperson aufsuchen soll.

- Der Asylsuchende weiss, dass die medizinischen Daten vertraulich behandelt werden.
- Angebot und Terminvergabe für Erstkonsultation.

Ob allenfalls die Inhalte zielgruppenspezifisch angepasst werden sollen wird im Rahmen der Umsetzung des Konzeptes geprüft.

Auftrag 3:

Erarbeiten eines Informationskonzeptes und Bereitstellung der notwendigen Informationsmaterialien; einschliesslich der Informationsmaterialien für die medizinische Eintrittsinformation

3.5 Erstkonsultation

Ziel der Erstkonsultation ist 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.

Anhand eines Fragenkatalogs führt die Pflegefachperson bei der Erstkonsultation eine systematische Befragung durch und organisiert bei entsprechender Indikation einen Arztbesuch. Der Fragenkatalog steht idealerweise computerbasiert zur Verfügung, mit hinterlegten Algorithmen und mit hinterlegten Handlungsempfehlungen und Entscheidungshilfen für die Arztzuweisungen, in verschiedenen Sprachen, sowie der Möglichkeit des Ausdrucks des ausgefüllten Fragenkataloges. Das Fragenset zur Tuberkulose (siehe <http://www.tb-screen.ch/app/intro.php>) wird in den Fragenkatalog integriert unter Beibehaltung der Score-Berechnung. Die Listen der Tuberkulose-Risikoländer stehen separat zur Verfügung.

Das Einverständnis des Asylsuchenden vorausgesetzt findet die Erstkonsultation in der Regel direkt im Anschluss an die Erstinformation statt, spätestens innerhalb von drei Tagen nach der Eintrittsinformation. Bei hohem Aufkommen von Asylsuchenden erfolgt eine nach Dringlichkeit priorisierte Terminvergabe für die Erstkonsultation, basierend auf der Beurteilung des Allgemein- und Ernährungszustandes, dem Vorliegen eines der Symptome der relevanten übertragbaren Krankheiten, und aufgrund der während der Eintrittsinformation gestellten Fragen nach Allgemeinzustand, vorbestehenden Krankheiten, Medikamentenbedarf, Schwangerschaft und Wunsch nach Abklärung des Impfstatus.

Notfälle und Asylsuchende mit geringstem Verdacht auf das Vorliegen einer übertragbaren Krankheit werden unverzüglich der notwendigen medizinischen Versorgung zugeführt.

Auftrag 4:

Erstellen des Fragenkataloges für Erstkonsultation

3.6 Individualmedizin – Zugang zur Gesundheitsversorgung

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 (siehe Kap. 1.3 und 3.3). Die Pflegefachpersonen stellen den direkten und koordinierten Zugang sicher und die ärztlichen Partner, die sogenannten Zentrumsärzte, übernehmen die medizinische Grundversorgung und weisen die Asylsuchenden wenn nötig an die Spezialisten oder an Spitäler weiter. Die Pflegefachpersonen übernehmen eine erste Triage- respektive Gatekeepingfunktion an der Schnittstelle zu den Zentrumsärzten und die Zentrumsärzte eine zweite Gatekeepingfunktion an der Schnittstelle zu Spitälern und Spezialisten. Die Zentrumsärzte sind in der Regel Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktischer Arzt/praktische Ärztin. Grundsätzlich werden die Asylsuchenden primär den Zentrumsärzten zugewiesen. Die Zuweisung direkt zu einem ärztlichen Spezialisten erfolgt jeweils in Absprache mit dem Zentrumsarzt, wobei für die Vorsorgeuntersuchungen Schwangere in der Regel direkt dem Gynäkologen und Kinder direkt dem Pädiater zugewiesen werden.

Für die Wahl der Behandlungen und Therapien sollen von den Ärzten jeweils die besonderen Lebensumstände der Asylsuchenden miteinbezogen werden, wobei insbesondere das Kriterium der Kontinuität der Behandlung, der Ansprechpartner und auch der Wohnsituation beachtet werden sollte.

So stehen in den Unterkünften des Bundes die Behandlung von dringenden und akuten Gesundheitsproblemen im Vordergrund und längerfristige Behandlungen und Therapien sollen wenn möglich auf den Zeitpunkt (z. B. nach Verlegung in die kantonale Kollektivunterkunft) verschoben werden, um Kontinuität und Stabilität hinsichtlich Unterbringungssituation und medizinischer Ansprechpartnern zu gewährleisten und damit eine adäquate medizinische Behandlung sicherzustellen.

Die Entscheidung zur Indikation einer Untersuchung respektive einer Behandlung ist letztlich eine medizinische Entscheidung und unterliegt den für die Zentren zuständigen Ärzten bzw. dem Kantonsarzt.

Für Asylsuchende mit besonderen Bedürfnissen, respektive vulnerable Personen wie unbegleitete Minderjährige (UMA), Kinder, Frauen und Schwangere und Asylsuchende mit psychischen Problemen gelten die gleichen Grundsätze wie für alle anderen Gesuchsteller.

Bei Bedarf wird Kontakt aufgenommen mit weiteren im Gesundheits- und oder Präventionsbereich tätigen Organisationen und Fachpersonen wie zum Beispiel der Aids-Hilfe Schweiz, den regionalen Suchtberatungsstellen, Hebammen, der Stillberatung oder Mütter-Väter-Beratung, oder Beratungsstellen für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Die Aufzählung ist nicht abschliessend.

3.6.1 Pflegefachpersonen

Die Pflegefachpersonen in den Zentren sind die erste Anlaufstelle für die Gesuchsteller bei gesundheitlichen Problemen, für die Erstkonsultation oder zu irgendeinem Zeitpunkt während dem Aufenthalt.

Sie bieten täglich Sprechstunden an (inklusive bei Bedarf an Wochenenden). Sie übernehmen eine Schnittstellen- und Gatekeepingfunktion für die Zuweisung in die medizinische Grundversorgung.

Die Zuweisungen erfolgen primär zum Zentrumsarzt. Direktzuweisungen zum Spezialisten erfolgen in den Bereichen Zahnmedizin, Pädiatrie und Gynäkologie, in Absprache mit dem Zentrumsarzt. Die Pflegefachpersonen sind zudem für die schnelle Erstversorgung der Gesuchsteller bei Notfällen, die pflegerische Betreuung gemäss ärztlicher Anweisung, für die Sicherstellung des Informationsflusses zwischen Zentrum und Ärzten respektive anderen Partnern im Gesundheitsbereich, für die Koordination der medizinischen Termine mit den Terminen des Asylverfahrens, für die Dokumentation der medizinischen Fälle und die Übermittlung der medizinischen Dossiers an die Folgezentren zuständig.

Die Rolle und Verantwortlichkeiten sowie das Anforderungsprofil der Pflegefachpersonen sind im Stellenbeschrieb aufgeführt und mit den Zentrumsärzten koordiniert und abgesprochen.

Die Modelle der ärztlichen Aufsicht der Pflegefachperson sind kantonale und regional unterschiedlich organisiert.

Auftrag 5:

Anpassen der Stellenbeschriebe der Pflegefachpersonen

3.6.2 Kooperation mit Zentrumsärzten

Um die primäre medizinische Grundversorgung der Asylsuchenden in den Zentren sicherzustellen wird eng mit designierten primären Grundversorgern, den sogenannten Zentrumsärzten, zusammengearbeitet, wobei die Konditionen inklusive Vergütungsansätze für Hausbesuche schriftlich in Vereinbarungen geregelt sind. Schriftliche Vereinbarung mit den Gynäkologen, welche für die Vorsorgeuntersuchungen von Schwangeren, sowie den

Pädiatern welchen Kinder direkt zugewiesen werden, werden in Erwägung gezogen. In der Praxis erbrachte Leistungen werden über Tarmed abgerechnet. Die Zentrumsärzte bieten zwei- bis dreimal wöchentlich eine Sprechstunde im Zentrum oder Sprechstundenzeiten in ihrer Praxis an. Durch die enge Zusammenarbeit mit Zentrumsärzten ist die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Kontinuität gewährleistet. Die Überweisung der Asylsuchenden durch die Pflegefachperson an den Zentrumsarzt, andere medizinische Fachpersonen oder an ein Spital erfolgt schriftlich mittels einem Formular, auf welchem der Arzt wieder Rückmeldung an die Pflegefachperson gibt. Falls der Asylsuchende vom Zentrumsarzt an einen Spezialisten oder ein Spital überwiesen wird, so meldet er dies der Pflegefachperson des Zentrums und leitet ihr entsprechend auch die Arztberichte weiter, damit das Dossier vollständig ist und die Pflegefachperson die nötigen Informationen für die medizinische Betreuung des Asylsuchenden hat.

Bei geringstem Verdacht auf Tuberkulose oder eine andere übertragbare Krankheit, aufgrund der Anamnese, klinischer Zeichen oder Symptome werden die notwendigen Untersuchungen und Massnahmen veranlasst.

Meldepflichtige Krankheiten werden vom Diagnosesteller gemäss gesetzlichen Vorgaben an den Kantonsarzt und an das BAG gemeldet.

Um die Vernetzung und den Austausch unter den im Asylbereich tätigen medizinischen Fachpersonen zu unterstützen, wird eine Wissens- respektive Austauschplattform aufgebaut (siehe Kap. 3.12).

Aktuelle Publikationen und Empfehlungen für die medizinische Versorgung:

- Empfehlungen für die Ärzte für den ersten Kontakt von Kindern und jugendlichen Migranten mit dem Gesundheitswesen werden in einer Spezialnummer von «Paediatrica», der Fortbildungszeitschrift und Informationsbulletin der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie ausführlich erläutert.^[5]
- Notter et al. im Swiss Medical Forum: Infektionen bei erwachsenen Flüchtlingen (<https://medicalforum.ch/de/article/doi/fms.2016.02830/>).

Auftrag 6:

Erarbeiten von Vorlagen für Kollaborationsverträge

3.6.3 Information zu Gesundheitsthemen

Den Asylsuchenden werden weitere relevante Informationen zu Gesundheitsthemen zur Verfügung gestellt oder Themen werden anlässlich besonderer Themenveranstaltungen aufgenommen.

[5] PAEDIATRICA; Vol. 27 Spezialnummer Migranten II/2016

Bei Bedarf wird die Zusammenarbeit mit spezialisierten Organisationen wie zum Beispiel zur Stillberatung oder zur Aids-Hilfe Schweiz, etc. gesucht.

3.7 Zugang zu Impfungen

Die Impfempfehlungen richten sich nach dem nationalen Impfplan^[6], respektive den Empfehlungen des BAG, welche im Rahmen der Umsetzung des Konzeptes erarbeitet werden. Voraussichtlich werden in den EVZ die Basisimpfungen gegen Windpocken, Mumps-Masern-Röteln, Diphtherie- Tetanus-Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Tyb b und Hepatitis B angeboten. Die Gesuchsteller werden im Rahmen der medizinischen Erstinformation entsprechend informiert und die Prüfung des Impfstatus erfolgt im Rahmen der Erstkonsultation durch die Pflegefachperson, die den Asylsuchenden zur Abklärung der Notwendigkeit und zum Festlegen des weiteren Vorgehens an den Zentrumsarzt, respektive Kinder an den Kinderarzt, überweist.

Die Impfungen sind freiwillig und werden nur mit dem Einverständnis der Asylsuchenden durchgeführt. In den Folgezentren, sei es auf Bundesebenen oder kantonaler Ebenen, wird das Impfschema vervollständigt. Die Dokumentation der verabreichten Impfungen und die Weitergabe der Informationen sind essentiell (siehe Kap. 3.12.2)

Literatur: Verweis auf den Artikel von Tarr et al. im Swiss Medical Forum: Impfungen bei erwachsenen Flüchtlingen (<https://medicalforum.ch/de/resource/jff/journal/file/view/article/smf/de/smf.2016.02829/smf-02829.pdf>).

Auftrag 7:
Impfkonzept Asylzentren

3.8 Public-Health Massnahmen

3.8.1 Hygienegerichtlinien

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.

Auftrag 8:
Erarbeitung von Hygienestandards für die Asylzentren

3.8.2 Abgabe von Mitteln für die Prävention von durch Blut oder sexuell übertragbarer Krankheiten

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.

Wichtig ist, dass die IV-Drogenkonsumenten über den risikominimierten Konsum informiert sind, und wissen, an wen sie sich für weitergehende Hilfe wenden können.

3.8.3 Richtlinien zum Vorgehen bei Ausbrüchen von übertragbaren Krankheiten (Ausbruchsmanagement)

Richtlinien für die häufigsten Ausbrüche von Infektionskrankheiten stehen zur Verfügung.

Dabei handelt es sich um Erreger die aerogen, feko-oral oder durch direkten Kontakt übertragen werden, insbesondere Tuberkulose, Varizellen, Masern, Diphtherie, Meningokokken, Norovirus, Skabies und Läuse.

Diese Richtlinien erlauben ein standardisiertes Vorgehen bei Ausbrüchen.

Auftrag 9:
Erarbeitung der Richtlinien für die häufigsten Ausbrüche von Infektionskrankheiten

3.9 Medikamente

3.9.1 Institutionsapotheken

Die Institutionsapotheken müssen von einer fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP) beaufsichtigt werden^[7]. Dies muss per Gesetz ein Arzt oder Apotheker sein.

Überprüft werden soll die Möglichkeit des zentralisierten Einkaufs über Armasuisse. 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 Arzt-rezept eingekauft.

Auftrag 10a:
In jedem Zentrum muss ein Arzt oder Apotheker die fachtechnische Verantwortung für die Apotheke übernehmen, Beschaffungssituation überprüfen

[6] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/impfungen-prophylaxe/informationen-rund-ums-impfen/schweizerischer-impfplan.html>

[7] http://www.kantonsapotheker.ch/fileadmin/docs/public/kav/posipapiere/regeln_der_guten_abgabepaxis_cgap_v1_maerz2010_d.pdf

3.9.2 Anwendung der Medikamente

Die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente (Medikamente der Klasse C/D) aus dem Medikamentenschränk 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.

Auftrag 10b:

Erstellung von Anwendungsstandards für nicht verschreibungspflichtige Medikamente

3.10 Sicherstellen der sprachlichen Verständigung

Wenn es um die Gesundheit geht, ist es entscheidend, zu verstehen und verstanden zu werden.

Für einfache, alltägliche Sachverhalte, mit geringer Tragweite kann das sprachkundige Betreuungspersonal beigezogen werden.

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.

In Ausnahmefällen und insbesondere auf Wunsch der Asylsuchenden werden bei entsprechend vorliegenden Sprachkompetenzen Freunde oder Angehörige beigezogen, wobei angemerkt werden muss, dass Dolmetschen im Gesundheitsbereich durch andere Asylsuchende heikel ist (Schweigepflicht, Loyalität, Rolle, etc.).

Die Dolmetschkosten, die innerhalb der Strukturen der Asylunterkünfte des Bundes anfallen, werden vom SEM übernommen. Dies schliesst Dolmetschkosten im Rahmen der Tätigkeit der mit den Asylunterkünften des Bundes in Kollaboration stehenden Partner- respektive Zentrumsärzte ein.

Dolmetschkosten die in den Strukturen der regulären medizinischen Gesundheitsversorgung anfallen, ausserhalb der Strukturen der Bundesasylzentren, sind nicht eingeschlossen (siehe Kap. 6).

Seitens Interpret, der Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen (ikD) und Vermitteln, stehen verschiedene Leitfäden für die Nutzung von Dolmetschdiensten zur Verfügung. Seitens BAG steht ein Positions-

papier zur Verständigung in Asylzentren des Bundes zur Verfügung.

Anmerkungen:

Auf Bundesebene wird das interkulturelle Dolmetschen (ikD) bislang vom BAG und SEM gemeinsam gefördert. Sie haben gemeinsam einen Subventionsvertrag mit Interpret, der Schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln, abgeschlossen. Interpret nimmt zentrale Aufgaben in den Bereichen Qualifizierung, Qualitätssicherung und Öffentlichkeitsarbeit wahr, zeichnet verantwortlich für die Durchführung von Konzept- und Projektarbeit und fungiert als Schweizerischer Dach- und Berufsverband sowie als nationale Fachorganisation.

Das BAG hat den nTDD ins Leben gerufen. Dieser wird von AÖZ Medios betrieben. Er ist für die Kunden kostenpflichtig und kommt insbesondere in Spitälern, Kliniken und Ambulatorien zum Einsatz.

3.11 Koordination der Massnahmen zwischen Bund und Kantonen

3.11.1 Rollen und Verantwortlichkeiten

Übertragbare Krankheiten können jederzeit auftreten. Asylsuchende, die in EVZ asymptomatisch waren können zu jedem späteren Zeitpunkt trotzdem symptomatisch werden. Somit ist das Erkennen von übertragbaren Krankheiten eine gemeinsame Aufgabe und Pflicht aller Asylunterkünfte auf Bundes- und Kantonsebene.

Die Rollen und Verantwortlichkeiten bei Auftreten von Ausbrüchen sind klar geregelt. Der Kantonsarzt ist bei Ausbrüchen sowohl für die kantonalen Asylunterkünfte in ihrem Kanton als auch für die im jeweiligen Kanton angesiedelten EVZ und BZ Ansprechperson und veranlasst in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Zentrumsarzt und der entsprechenden Pflegefachperson die notwendigen Massnahmen. Der Informationsfluss ist in den Standards zum Vorgehen bei Ausbrüchen von übertragbaren Krankheiten (siehe 3.8.3) klar geregelt, so dass alle Involvierten wissen, wer, wann und wie zu informieren ist und damit die nötigen Informationen den Verantwortlichen rechtzeitig zur Verfügung stehen. Dies ist insbesondere auch dann wichtig, wenn Übertritte in Folgezentren anstehen.

3.11.2 Übergabe des medizinischen Dossiers bei Übertritt vom Bund zum Kanton

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 SÖDK (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. Der Empfänger ist dann verantwortlich für die Weitergabe des Dossiers:

SEM

Vorankündigung nötig*

Das Büro Admin informiert **mindestens 3 Tage vor dem Austritt** mittels dem Formular «Vorankündigung einer asylsuchenden Person» **per Fax** die zuständige kantonale Stelle gemäss «Adressliste Kantone für Zuweisungsfaxe gemäss Weisung Verteilung».

Keine Vorankündigung nötig

Das Büro Admin meldet die Person **spätestens am Vortag des Austritts per Fax** an die zuständige kantonale Stelle gemäss «Adressliste Kantone für Zuweisungsfaxe gemäss Weisung Verteilung».

Betreuung (ORS/AOZ)

Vorankündigung nötig*

Die Betreuung übermittelt allfällige medizinische Akten **mindestens 3 Tage vor dem Austritt per SecureMail/A-Post** an die vom Kanton bezeichnete Stelle (**Liste der kantonalen Empfänger der medizinischen Informationen**).

Keine Vorankündigung nötig

Der Betreuungsdienst sendet **spätestens am Tag des Transfers** das medizinische Dossier, **per Secure-Mail/A-Post** an die vom Kanton bezeichnete Stelle (**Liste der kantonalen Empfänger der medizinischen Informationen**).

vgl. Anhang 2, SODK

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.

Auftrag 11:

Prüfung der Vollständigkeit der «Adressliste Kantone für Zuweisungsfaxe gemäss Weisung Verteilung» und Klärung der Adressen für Secure-Mail

3.12 Qualifikationen, Weiterbildungen und Schulungen

Alle Pflegefachpersonen in den Zentren des Bundes und der Kantone haben die Möglichkeit, die für sie vorgesehenen Weiterbildungen/Schulungen gemäss Weiterbildungskatalog der Betreiber der Unterkünfte zu besuchen.

Alle Pflegefachpersonen kennen die Prozesse und Abläufe.

3.12.1 Fachliche Qualifikationen der Pflegefachpersonen

Wie bereits in den Prinzipien erwähnt verfügen die Pflegefachpersonen über einen Abschluss der Höheren Fachschule (HF) oder über einen äquivalenten Abschluss. Idealerweise setzen sich die Pflegeteams aus Pflegefachpersonen mit verschiedenen Schwerpunkten zusammen, insbesondere aus den Fachgebieten Notfallmedizin, Psychiatrie, Pädiatrie.

Der regelmässige Besuch von Nothilfekursen ist obligatorisch.

3.12.2 Übertragbare Krankheiten im Asylbereich-Schulungen für das Betreuungs- und Sicherheitspersonal

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.

Die Information über Tuberkulose wird von der Lungenliga übernommen und entsprechend vertraglich vereinbart.

Auftrag 12a:

Entwicklung eines Schulungsmoduls für die MitarbeiterInnen und Pflegefachperson zum Thema Übertragbare Krankheiten im Asylbereich: Erkennen von Symptomen, Folgen der Krankheiten, Massnahmen (im Rahmen des Ausbruchsmanagements)

3.12.3 Migrationsspezifische Qualifikationen für Pflegefachpersonen und Ärzte

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.

Das BAG entwickelt in Zusammenarbeit mit Dr. Patrick Bodenmann (Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne) ein speziell auf den Gesundheitsbereich abgestimmtes Weiterbildungsmodul.

Die Weiterbildungsangebote werden auch den Zentrumsärzten und weiteren medizinischen Fachpersonen, die mit den Zentren zusammenarbeiten, angeboten.

Auftrag 12b:

Entwicklung Weiterbildungsmodul für transkulturelle Kompetenzen im Gesundheitsbereich

3.12.4 Wissensplattform für medizinische Fachpersonen im Fachbereich

Über eine Wissensplattform haben die im Asylbereich tätigen medizinischen Fachpersonen Zugang zu den aktuellen wissenschaftlichen Informationen, Studien, Weiterbildungen und diese bietet die Möglichkeit für den Austausch von Best Practices und Empfehlungen. Die Zielgruppe dieser Plattform und die Verantwortlichkeiten für die Pflege einer solchen Plattform sind zu klären.

Auftrag 12c:

Aufbau Wissensplattform für medizinische Fachpersonen im Asylbereich: Klären der Verantwortlichkeiten, allenfalls Bildung neuer Arbeitsgruppe

3.13 Ärztliche Schweigepflicht

Angehörige von Gesundheitsberufen sind an das Berufsgeheimnis gebunden. Unter die Geheimhaltungspflicht fällt alles, was den Ärztinnen und Ärzten in der Berufsausübung anvertraut worden ist oder was sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben. Dritten darf nur dann Auskunft gegeben werden, wenn die Einwilligung der Patientin dazu vorliegt, ein Gesetz dies vor sieht oder er von der kantonalen Behörde vom Geheimnis entbunden wurde. Damit eine Patientin oder ein Patient gültig einwilligen kann, muss sie oder er urteilsfähig sein. Die Einwilligung ist nur dann gültig, wenn sie nach angemessener Information freiwillig erfolgt. Die betroffene Person muss ferner wissen, welche Informationen der Arzt oder die Ärztin zu welchem Zweck Dritten mitteilen wird.

Vorliegend ist einerseits zu unterscheiden zwischen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich des Asyl- und Wegweisungsverfahrens, und andererseits derjenigen im Bereich der regulären individualmedizinischen Versorgung. Letztere dient dem Zweck, dass der nachbehandelnde Arzt bzw. die zuständigen Stellen in den Kantonen über die relevanten medizinischen Infor-

mationen für allfällige Nachbehandlungen oder Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit verfügen (z. B. Ist die Person geimpft? Welche Gesundheitsrisiken für Dritte bestehen allenfalls, wegen einer übertragbaren Krankheit? Welche Behandlungen wurden durchgeführt? usw.).

Soweit Fragen zum Asyl- und Wegweisungsverfahren betroffen sind, füllt der Asylsuchende im Rahmen der Befragung zur Person bei Eintritt eine Einwilligungserklärung aus, die die Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht einschliesst.

Auftrag 13:

Es ist rechtlich zu prüfen, ob die im Rahmen des Asyl- und Wegweisungsverfahrens verwendete schriftliche Einwilligungserklärung auch für die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen der regulären individualmedizinischen Versorgung verwendet werden kann, ob diese differenzierter ausgestaltet werden muss und ob allenfalls verschiedene Einwilligungserklärungen zu verwenden sind.

3.14 Implementierung

Die Implementierung der Massnahmen erfolgt stufenweise, in dem Sinne dass die Massnahmen zur Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zur Erkennung und Behandlung von übertragbaren Krankheiten zwingend sind.

Somit sind die Aufträge 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13 und 14 prioritär zu behandeln.

Die weiteren Massnahmen wie die Etablierung einer Wissensplattform für die im Asylbereich tätigen medizinischen Fachpersonen oder die Massnahmen im Bereich der Institutionsapotheken sind hingegen nicht zwingend, sollen aber bis spätestens Ende 2018 umgesetzt sein. Dies betrifft die Aufträge 10 und 12 b und c.

Die Arbeitsgruppe wird die Implementierungsarbeiten bis zum Frühjahr 2018 begleiten und dann abgelöst werden durch eine neu zu konstituierende Fachgruppe/Begleitgruppe unter Co-Leitung des BAG und des SEM, zusammengesetzt aus Vertretern der involvierten Sektionen des BAG und des SEM einschliesslich Fachspezialisten aus den Kollektivunterkünften, Vertretern der zuständigen kantonalen Behörden, sowie noch zu definierende Spezialisten in Migrationsmedizin und anderen Stakeholdern wird den Steuerungsausschuss ablösen.

Diese Fachgruppe wird die Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen übernehmen (siehe 3.15).

Auftrag 14:
Bildung einer Fachgruppe

Befragung diverser Akteure wie Ärzte/Pflegende auf Ebene Bund/Kantone, Kantonsärzte und Rechtsbeistände der Gesuchstellenden vorgeschlagen.

3.15 Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen

Obgenannte Fachgruppe wird mit der Aufgabe der Evaluation und Überprüfung der Wirksamkeit der Massnahmen beauftragt.

Als mögliche Überwachungsinstrumente für den Gesamtprozess wurden bisher die Einführung eines Critical Incidence Reporting Systems (CIRS), die aktive periodische

Auf Ebene der Unterkünfte müssten die Parameter des aktuellen Qualitätsmanagementsystems (EQS-Erfragung der Qualitätsstandards) angepasst werden und insbesondere neu Anzahl Erstkonsultationen, Anzahl Weiterweisungen an Zentrumsarzt und Anzahl Dolmetschdienstleistungen erfragt und ausgewertet werden.

Auftrag 15:
Aufsetzen des CIRS (Meldeformular), Meldewege, Fachgruppe, Schulung, Anpassung EQS

4. Ressourcen zur Umsetzung des Konzeptes

Auftragsnummer	Thema	Was ist zu tun?	Federführung	Bis wann
1a	Ablauf und Organisation der Gesundheitsversorgung in den EVZ/BZ	Ressourcenplanung für Pflegefachpersonen- Beschaffungsantrag	SEM	04/17
1b		Anpassen Medizinischer Leitfaden und Arbeitsanweisungen, Formulare für Dokumentation und Arzt- bzw. Spitalüberweisung	SEM	12/17
2	Ablauf und Organisation der Gesundheitsversorgung in den Kantonalen Kollektivunterkünften	Anpassen der Standards und/oder Arbeitsanweisungen wenn nötig	Kantone	Jan. 2018
3	Informationsmaterialien für die medizinische Eintrittsinformation	Erarbeiten eines Informationskonzeptes und eines web-basierten Informationstools	BAG	10/17
4	Fragenkatalog für Erstkonsultation	Erarbeiten eines Fragenkatalogs für Erstkonsultation, idealerweise computerbasiert, mit Handlungsanweisungen für Pflegefachpersonen und integriertem TB-Screen mit Score-Berechnung	BAG	10/17
5	Individualmedizin – Pflegefachpersonen	Anpassen Stellenbeschrieb	SEM	08/17
6	Individualmedizin – Zentrumsärzte	Vorlage für Kooperationsverträge	SEM	08/17
7	Impfungen	Impfkonzept	BAG	09/17
8	Hygienerichtlinien	Standards	SEM	12/17
9	Ausbruchmanagement	Standards erstellen	BAG/SEM	08/17
10a	Medikamente	Organisation der fachtechnischen Verantwortung für die Apotheken	SEM	06/18
10b		Anwendungsstandards	SEM	06/18

11	Übermittlung der Daten Bund-Kanton	Adressliste der kantonalen Empfänger	SEM	11/17
12a	Qualifikationen, Schulung, Weiterbildung	Schulungsmodul übertragbare Krankheiten im Asylbereich	BAG	10/17
12b		Entwicklung Weiterbildungsmodul für transkulturelle Kompetenzen im Gesundheitsbereich	BAG	12/17
12c		Plattform für Informationsaustausch für med. Fachpersonen: Best Practices, Empfehlungen	BAG	06/18
13	Einsicht in medizinische Akten	Überprüfen der Einwilligungserklärung im Rahmen des Asylverfahrens hinsichtlich rechtlicher Situation	SEM	12/17
14	Implementierung	Bildung einer Fachgruppe	BAG/SEM	12/17
15	Evaluation Wirksamkeit	Erarbeiten der Evaluationsparameter – Wirksamkeit – Evaluation	BAG/SEM	12/17

5. Themen für Neustrukturierung

Die aufgrund der Asylgesetzrevision nötigen Anpassungen des vorliegenden Umsetzungskonzeptes erfolgen in einem nachgelagerten Schritt. Das vorliegende Konzept wird dabei als Grundlage dienen.

Insbesondere sollen die Anstellungsverhältnisse der Pflegefachpersonen und die Zusammenarbeit mit Zentrumsärzten überprüft werden. Heute ist die Anstellung der Pflegefachpersonen vom Staatssekretariat für Migration an Dritte delegiert und wird von Dienstleistern übernommen im Rahmen der Betreuung. Es ist zu prüfen, ob dies so beibehalten werden soll oder ob allenfalls die Vergabe der Aufträge im Bereich Gesundheitsversorgung von der Betreuung separiert werden soll.

Im Rahmen der Neustrukturierung muss beachtet werden, dass in den neuen Asylunterkünften genügend und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen für die Pflegefachpersonen, für ärztliche Sprechstunden und für die Isolation.

Die Umsetzung der Asylgesetzrevision wird auch massgebliche Änderungen im Bereich der medizinischen Sachverhaltsabklärungen bewirken. Diese werden separat im Projekt Neustrukturierung behandelt.

6. Weiterführende und offene Themen

Der Wegfall der rechtlichen Grundlage für eine systematische Untersuchung respektive Befragung unter dem revidierten Epidemiengesetz bei Eintritt in ein Zentrum des Bundes wurde unter den Akteuren eingehend diskutiert. Der vorliegende Prozess wurde verabschiedet unter der Prämisse, dass dieser von einer Fachgruppe begleitet und regelmässig evaluiert wird, und dass wenn nötig, eine entsprechende Änderung des Gesetzes in Betracht gezogen wird.

Das System mit Zentrumsärzten an der Schnittstelle zwischen Asylunterkunft und der medizinischen Grundversorgung wird die Betreiber von Asylunterkünften in Zukunft wahrscheinlich vor grosse Herausforderungen stellen auf der Suche nach Hausärzten, insbesondere in ländlichen Gebieten. Dies könnte ein kritischer Faktor in der Sicherung der Gesundheitsversorgung im Asylbereich darstellen und die Gesundheitspolitik zur Lösungssuche zwingen.

Dolmetschkosten und Versorgungssicherheit: Dies sind gesundheitspolitische und finanzpolitische Themen. Die Frage der Übernahme der Dolmetschkosten (Nichtpflichtleistungen), die innerhalb der regulären Gesundheitsstrukturen anfallen, können in diesem Rahmen und innerhalb der Arbeitsgruppen nicht gelöst werden. Der Steuerungsausschuss betont die Wichtigkeit der Diskussion zum Thema Dolmetschkosten in der Gesundheitsversorgung und fordert deren Weiterführung unter Federführung des BAG mit Einbezug der relevanten Stakeholder wie der Kantone und der Krankenversicherer.

Die Schaffung von Standards und Best Practices in der medizinischen Versorgung im Asylbereich soll gefördert werden. Eine Möglichkeit dazu ist die Bildung von Netzwerken der im Asylbereich tätigen Fachpersonen nach

dem Vorbild des Modells des Kantons Vaud **RESAMI (Le REseau de Santé et Migration)**. Ein Beitrag zur Stärkung der migrationssensiblen Gesundheitsversorgung leistet das vom BAG unterstützte Projekt Swiss Hospitals for Equity, einem Netzwerk von Universitäts- und Kantons-spitälern, mit dem Ziel die Versorgung aller Patienten zu fördern, ungeachtet ihrer Herkunft, Nationalität, Sprache, Religion oder sozio-ökonomischem Hintergrund oder auch die erst kürzlich publizierte Studie zum Unterstützungsbedarf von Hausärzten und entsprechenden Lösungsansätzen^[8].

Empfehlungen zum Umgang mit traumatisierten Folter- und Kriegsopfern werden durch das BAG erarbeitet (Mandat in Arbeit). Aus Sicht der Betreiber der Asylunterkünfte des Bundes ist in erster Linie die Sicherstellung einer genügenden Anzahl von Plätzen für die Notfallversorgung dringend.

Die Einführung eines elektronischen medizinischen Dossiers in den Asylunterkünften des Bundes: Dieses Thema kann im Rahmen des aktuellen Projektes nicht angegangen werden, wird aber im Rahmen der Weiterentwicklung der Prozesse als Thema im Auge behalten. Wenn möglich sollen hier keine Parallelstrukturen aufgebaut werden vom SEM unter Anbetracht der aktuellen Entwicklungen im Bereich e-Health. Allerdings betont die Arbeitsgruppe, dass die Anwendbarkeit für die Leistungserbringer solcher elektronischen Patientendossiers ein wichtiger Faktor für die Akzeptanz sein wird.

Abschliessend kann man sagen, dass die Umsetzung dieses Projektes ein guter Start und eine gute Grundlage ist, um auch in Zukunft zusammen mit allen Stakeholdern die kommenden Herausforderungen anzugehen.

[8] Birgit Laubereau et al. Unterstützungsbedarf von Hausärzten und Lösungsansätze. Schweizerische Ärztezeitung 2017; 98 (23): 712-714

Anhang



Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in der Obhut von Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes

Wenn es um die Gesundheit geht, ist es entscheidend, zu verstehen und verstanden zu werden. Bei Verständigungsschwierigkeiten haben Sie in Ihrem Empfangs- und Verfahrenszentrum die Möglichkeit, professionelle Dolmetschende beizuziehen. Diese erleichtern und verbessern die Verständigung zwischen Asylsuchenden und Gesundheitsfachleuten. Für Pflegefachpersonen und Zentrumsärzte bzw. -ärztinnen werden die Kosten dieser Leistung ab Januar 2018 vom Staatssekretariat für Migration (SEM) übernommen.

Wenn Verständigungsschwierigkeiten nicht ernst genommen werden, kann dies gravierende Folgen haben. Es bestehen erhebliche Risiken von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen. Verständigungsprobleme beeinträchtigen die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit und verunmöglichen die aufgeklärte Einwilligung der Patienten bzw. Patientinnen bei medizinischen Eingriffen (informed consent).

Medizinische Fachpersonen entscheiden aufgrund der Sprachkompetenzen der Patienten bzw. Patientinnen und der Komplexität des Gespräches, ob professionelle Dolmetschende beigezogen werden müssen oder nicht.

Entscheidungshilfen zur Zusammenarbeit mit Dolmetschenden:

- Kann ich den Anlass und das Ziel des Gesprächs nicht eindeutig kommunizieren?
- Kann ich die Aussagen der Patientin/des Patienten nicht gut verstehen?
- Will ich Informationen vermitteln, die unbedingt verstanden werden müssen?
- Will ich sicher sein, dass meine Entscheide und die getroffenen Abmachungen verstanden, nachvollzogen und umgesetzt werden?
- Werde ich komplexe, schwer zu verstehende Inhalte vermitteln?
- Ist mit emotionalen Reaktionen auf Seiten des Gegenübers zu rechnen?
- Muss ich das Einverständnis des Patienten bzw. der Patientin zu einer Behandlung nach ärztlicher Aufklärung sicherstellen?

Wenn Sie mindestens drei dieser Fragen mit Ja beantworten können, dann ist die Zusammenarbeit mit einer professionellen interkulturell dolmetschenden Person angezeigt.

Professionelle interkulturell Dolmetschende übersetzen beidseitig, vollständig und sinngemäss. Sie garantieren die Einhaltung der Schweigepflicht und eine neutrale bzw. allparteiliche Ausübung ihrer Aufgabe. Die Rollenklarheit von Dolmetschenden vermindert Auslassungen, Verzerrungen in der Übersetzung, sowie Loyalitäts- oder Rollenkonflikte.

Übersetzungshilfen (ungeschulte Mitarbeitende, Angehörige, andere Asylsuchende) verfügen in der Regel über keine Qualifizierung für das Dolmetschen. Die sprachliche und inhaltliche Korrektheit der Übersetzung kann bei Übersetzungshilfen nicht garantiert werden.

Interkulturell Dolmetschende können via Telefon zugeschaltet werden oder physisch vor Ort sein.

Nationaler Telefondolmetschdienst:

Dank dem nationalen Telefondolmetschdienst stehen professionelle interkulturell Dolmetschende täglich von 07.00 bis 19.00 Uhr für schnelle Verständigung zur Verfügung. Der Telefondolmetschdienst stellt innerhalb von wenigen Minuten professionelle Dolmetschende in über 50 Sprachen zur Verfügung:

<http://0842-442-442.ch> .

Interkulturelles Dolmetschen vor Ort:

Ein Netzwerk von regionalen [Vermittlungsstellen](#) stellt professionelle Dolmetschende für rund 70 Sprachen zur Verfügung:

<http://www.inter-pret.ch/de/interpret/interkulturell-dolmetschende-finden/die-regionalen-vermittlungsstellen-44.html>

Anleitungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden:

<http://elearning-iq.ch/>

<http://www.migesplus.ch/migesexpert/kommunikation-dolmetschen/zusammenarbeit-beim-dolmetschen/>

<http://www.trialog.inter-pret.ch/>

Gesundheitsprobleme und spezifische Bedürfnisse von Asylsuchenden, die den Kantonen vom BFM / von den EVZ mindestens drei Tage vor der Zuweisung mitzuteilen sind

Datum **4. Oktober 2012**

Gemäss Ziffer 3.5 der Weisung zur Verteilung von Asylsuchenden informiert das BFM die Kantone per Fax über die Zuweisung von **Spezialfällen**, wie zum Beispiel unbegleitete Minderjährige, behinderte und kranke Personen, hochschwängere Frauen etc. Diese Information erfolgt drei Arbeitstage vor dem Austritt in den Kanton (z.B. Montag für Donnerstag) bis spätestens 15.00 Uhr an die vom Kanton bezeichnete Stelle (vgl. Ziff. 3.4 der Weisung). Das BFM vermeidet soweit möglich die Zuweisung von Spezialfällen an Freitagen. In aussergewöhnlichen Situationen ist in Absprache mit den kantonalen Kontaktpersonen eine Zuweisung von Spezialfällen möglich, auch wenn die Vorankündigungsfrist von drei Arbeitstagen nicht eingehalten werden kann.

Die kantonalen Asylkoordinatorinnen und Asylkoordinatoren schlagen vor, dass folgende Fälle als Spezialfälle behandelt und daher drei Arbeitstage vor dem Eintritt in den Kanton angekündigt werden sollen:

1. Gesundheitsprobleme, die alltägliche Handlungen behindern

- Funktionsstörung mit damit verbundener vorübergehender oder chronischer Behinderung, welche die Personen in ihrem Alltag einschränken; beispielsweise:
 - Rollstuhl, Krücken, Schienen
 - Urinstomie- und Kolostomiebeutel
 - Blindheit
 - Taubheit
 - Amputationen
 - Dialyse
- Personen, die Betreuung benötigen:
 - Unbegleitete Minderjährige
 - Kinder unter 2 Jahren mit nur einem Elternteil

2. Gesundheitsprobleme, die dem EVZ bereits gemeldet wurden und beim Eintreffen im Kanton eine rasche medizinische Behandlung erforderlich machen

- Asylsuchende mit geistigen oder körperlichen Behinderungen
- Asylsuchende mit Epilepsie
- Asylsuchende mit Nahrungsmittelallergien
- Schwangerschaften > 7 Monate oder Risikoschwangerschaften

- Asylsuchende, die tägliche medizinische (Wund)pflege benötigen
- Asylsuchende, die medizinische Weiterbehandlung benötigen oder bei denen Medikamente nicht in ausreichender Menge (vom Arzt so festgelegt) mitgegeben werden dürfen/können; beispielsweise:
 - Zuckerkrankheit mit notwendiger Insulinspritze
 - Nicht Insulinabhängige Zuckerkrankheit mit antidiabetischer Heilmittelreserve für eine Dauer unter 7 Tagen
 - Asthma, welches eine ärztliche / stationäre Behandlung innerhalb von 14 Tagen vor der Zuweisung erfordert hat
 - Postoperative Pflege
 - Parasitenerkrankung mit möglicher Auswirkung für das nahe Umfeld (Krätze, Läuse usw.) **und** der Notwendigkeit, rasch eine zweite Behandlungsdosis zu verabreichen
 - Suchtpatienten (Alkohol / Drogen / Medikamente) die Rivotril, Subutex, Methadon, Antabus oder starke Schmerzmittel benötigen
- Asylsuchende, die psychologische Weiterbehandlung benötigen; beispielsweise:
 - Schwere Verhaltensstörungen (z.B. mit Selbstverletzungen)
 - Psychiatrische Störungen aufgrund von Traumatas
- Asylsuchende, die in Tuberkuloseabklärung sind
(siehe dazu auch die technischen Weisungen des BAG betreffend grenzsanitarische Massnahmen (GSM) bei Personen des Asylbereichs in den Zentren des Bundes und der Kantone vom 24. April 2008)

Die EVZ vermeiden es, Personen mit akut übertragbaren Krankheiten (Fälle in denen allgemeine Massnahmen ergriffen werden müssen oder Fälle in denen Risikogruppen geschützt werden müssen) in die Kantone zu transferieren. Wenn es sich nicht vermeiden lässt – und die Übertragungsgefahr bekannt ist – nimmt das EVZ mit dem betreffenden Kanton Kontakt auf.

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Staatssekretariat für Migration SEM
Quellenweg 6, 3003 Bern-Wabern

