



« A-Care »

**Gesundheitsversorgung und
–Kosten von Asylsuchenden in
Basel**

Alexander Bischoff
Ludwig T. Heuss
Elisabeth Kurth
Sven Hoffmann
Martin Schneider

Forschungsbericht zuhanden des
Bundesamtes für Migration

Basel, September 2005

Inhalt

Zusammenfassung	7
Vorwort	11
1. Einleitung	12
1.1 Zur Gesundheit von Minderheiten	12
1.2 Zur Gesundheit von MigrantInnen in der Schweiz	13
1.3 Zur Situation von Asylsuchenden in der Schweiz	14
1.4 Zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung Asylsuchender	19
1.5 Zur Entstehung von A-Care	20
2. Methoden	23
2.1 Fragestellungen	23
2.2 Design	23
2.3 Aufbau der Datenbank	24
2.3.1 A-Care-Daten	24
2.3.2 Patientenstammdaten	25
2.3.3 ICD-Diagnosen	26
2.3.4 Fremdleistungen	26
2.3.5 BFF-Daten	27
2.3.6 Asylsuchende Patienten der MUP	27
2.3.7 Krankengeschichten	28
2.4 Qualitative Methodik	28
2.4.1 Qualitative Datensammlung	28
2.4.2 Dokumentenanalyse	29
2.4.3 Ethische Überlegungen	30
3. Resultate	31
3.1 Demographische Angaben	31
3.1.1 Alter und Geschlecht	31
3.1.2 Familienstand	34
3.1.3 Herkunft	35
3.1.4 Religionszugehörigkeit	37
3.1.5 Asylgesuche von A-Care-PatientInnen	37
3.2 Leistungen und Leistungskosten des A-Care-Kollektivs	41
3.3 Krankheiten	43

3.3.1	Anzahl ICD-Diagnosen	43
3.3.2	Häufigste Diagnosen	45
3.3.3	Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit zwischen A-Care-Kollektiv und Vergleichsgruppe	47
3.3.4	Konsultationen und Spitalbesuche	48
3.4	Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden	52
3.4.1	Kosten des A-Care-Kollektivs insgesamt	52
3.4.2	Kosten erwachsener A-Care-PatientInnen	52
3.4.3	Kosten und Aufenthaltsdauer	53
3.4.4	Kosten nach Leistungskategorie	57
3.4.5	Multivariate Kostenanalyse	58
3.4.6	Kostenvergleich mit Vergleichsgruppe	58
3.4.7	Kosten und Konsultationen	59
3.4.8	Kosten und Anzahl Diagnosen	60
3.4.9	Kosten und Entscheid des BFF	60
3.4.10	Zusammenfassung der Kosten	61
3.5	Psychosoziale Belastung und Antwort der Medizin	62
3.5.1	Probleme aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	63
3.5.2	Mehrfachrollen von ÄrztInnen	65
3.5.3	Die Antwort der Medizin	66
3.5.4	Beschreibung eines exemplarischen Verlaufs	67
3.5.5	Psychosoziale Belastung	71
3.6	Kommunikation mit Asylsuchenden	77
3.6.1	Sprachbarrieren und Dolmetschleistungen	77
3.6.2	Einfluss von Sprachbarrieren auf die klinische Praxis	78
3.6.3	Zusammenarbeit mit Dolmetschenden	79
3.7	Betreuung von Patientinnen in der Universitären Frauenklinik	80
3.7.1	Empfängnisverhütung	80
3.7.2	Operative Eingriffe und Schwangerschaftsabbruch	82
3.7.3	Gynäkologische Erkrankungen	83
3.7.4	Sexuelle Gewalt	83
3.7.5	Geburtshilfe	83
3.7.6	Betreuungspflichten und soziale Unterstützung	84
3.7.7	Synthese zu den UFK Patientinnen	86
3.8	PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen	86
3.8.1	Verteilung aller A-CARE-PatientInnen mit einer psychiatrischen Diagnose nach Herkunftsregion	87
3.8.2	Psychische Störungen nach Herkunftsregion	88

3.8.3	Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen	88
3.8.4	Diagnosen und Geschlechterverteilung	90
3.8.5	Psychiatrische Betreuung: Synthese	93
4.	Diskussion	94
4.1	Krankheit und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen	94
4.2	Psychosoziale Belastung – psychosoziale Betreuung	95
4.3	Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden Frauen	99
4.4	PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen	101
4.5	Kommunikation mit Asylsuchenden	104
4.6	Schlussbemerkung	109
Anhang		110
Zusatztabellen		110
Beschreibung der Vergleichsgruppe		113
Liste der Diagramme		115
Liste der Tabellen		117
Abkürzungen		118
Bibliographie		120

Zusammenfassung

Die gesundheitliche Situation von Asylsuchenden in der Schweiz und die Finanzierung von Gesundheitsleistungen dieser Bevölkerungsgruppe sind ein Thema öffentlichen Interesses. Ende der 90er Jahre führten rasch steigende Ausgaben der öffentlichen Hand für Sozialhilfekosten im Asylbereich zu Empfehlungen für eine Neuregelung der Finanzierung im Asylwesen. Im Bereich der Gesundheitsversorgung hatte die darauffolgende Änderung der Asylverordnung 2 vom 10. September 1999 eine grundlegende Neuregelung zur Folge. Die Finanzierung der Krankenversicherung von Asylsuchenden wurde nur noch im Rahmen von Versicherungsverträgen in vollem Umfang rückerstattet, wenn diese eine Einschränkung in der Wahl der Leistungserbringer vorsah. Diese Massnahme sollte insbesondere dazu führen, die Versorgung von Asylsuchenden im Rahmen besonderer Versicherungsformen aus dem Managed-Care Bereich (Art. 62 KVG) möglichst kostengünstig durchzuführen.

Als Reaktion auf diese Verordnung entstand am Universitätsspital Basel (USB) das Projekt eines eigenen Managed-Care Versicherungsmodells nach dem Vorbild einer HMO mit Capitation-Finanzierung. Speziell bezeichnete Gatekeeper Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Universitätspoliklinik und der Universitätsfrauenklinik sollten als primäre Ansprechpartner der A-Care Versicherten im Falle von Gesundheitsproblemen fungieren. Weitergehende medizinische Leistungen erfolgten auf ihre Kostengutsprache hin. Leistungen, die ausserhalb des USB erbracht wurden, wurden durch A-Care als sogenannte Fremdleistungen beglichen. Das besondere an diesem Managed Care Versicherungsmodell lag darin, dass es sich nicht nur auf die Betreuung der Patienten im ambulanten Bereich beschränkte, sondern die vollständige medizinische Behandlungskette von der Behandlung einer einfachen Befindlichkeitsstörung bis zum komplexen Einsatz universitärer Spitzenmedizin abdeckte.

Die vorliegende Arbeit stellt eine retrospektive Datenanalyse des HMO-Modells A-Care dar, das vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2003 bestand und umfasst sämtliche Gesundheitsleistungen von 50% aller Asylsuchenden, die während dieser Zeitperiode im Kanton Basel-Stadt ihren Wohnsitz hatten.

Die Studie liess sich von den folgenden Fragestellungen leiten: Welche medizinischen Leistungen haben die Asylsuchenden während der Beobachtungszeit in Anspruch genommen? Wie sieht die Aufschlüsselung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Herkunftsland, Altersgruppe und politischer Situation aus? Lässt sich ein Vergleich zwischen dem A-Care-Kollektiv und einem gleichaltrigen Kollektiv Nicht-Asylsuchender ziehen? Kann die A-Care-Datenbank Aussagen über typische migrationsspezifische Krankheitsbilder und Diagnosen der Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs machen? Kann anhand der A-Care-Datenbank die psychosoziale Belastungssituation der Asylsuchenden im medizinischen Kontext bewertet werden?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde eine anonymisierte Datenbank aufgebaut, die ihre Basis in den betriebswirtschaftlichen Daten des Krankenhaus Informationssystems (SAP) hatte, die gleichzeitig die Grundlage des Versicherungsmodells bildete. Diese Datenbasis wurde um verschiedene patientenspezifische Datensätze und Analysen der vorhandenen Krankengeschichten erweitert.

Insgesamt waren während des Beobachtungszeitraums 979 Personen bei A-Care versichert, 604 (62%) männlichen und 375 (38%) weiblichen Geschlechts. Das mediane Alter lag bei 25 Jahren; 52.1% gehörten der Altersgruppe der unter 25-Jährigen an, wogegen der Anteil über 60-Jähriger bei 2% lag. Mit 55% stellten Personen aus Ländern des Balkans die grösste regionale Gruppe, gefolgt von Ländern des Nahen und Mittleren Ostens (17%), der Subsahara-Region Afrikas (11%), Südostasien (8%), Osteuropa (6%) und Lateinamerika (0.5%). Bei rund 2% war das Herkunftsland nicht bekannt.

Die Gesamtkosten des A-Care Kollektivs beliefen sich auf CHF 4'322'413. davon machten mit CHF 2'217'060 über die Hälfte die Kosten für Medikamente aus. Ärztliche Leistungen folgten mit CHF 643'656. Auffallend waren die Kosten für zwei dialysepflichtige Patienten in der Höhe von CHF 523'095.

184 (19%) der A-Care-Versicherten haben überhaupt keine Leistung der Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen.

Personen aus dem Nahen und Mittleren Osten, sowie aus Afrika hatten mehr Diagnosen als andere. Ein Zusammenhang, der bestehen bleibt, auch wenn im multivariaten Modell Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. An Diagnosen dominieren Verletzungen, depressive Erkrankungen und posttraumatische Störungen (PTSD) sowie Schwangerschaft und Geburten.

Exotische Erkrankungen und Infektionskrankheiten tauchen dagegen selten in den Diagnosenlisten auf: 3 HIV (0.3%) und 6 Tuberkulosefälle (0.6%). Malaria, Hepatitis B oder Syphilis wurden nie in der elektronischen Datenbank dokumentiert.

Die folgenden Tabellen geben die durchschnittlichen monatlichen Kosten des A-Care-Kollektivs nach Alter und Herkunftsregion wieder.

Kosten pro Monat des A-Care-Kollektivs nach Altersgruppen (n=878)

Altersgruppe		Alle Leistungen	USB	Fremdleistungen
<18 Jahre	<i>n</i>	280	280	280
	Mittelwert	296.92	64.70	232.22
	Median	73.44	0	40.40
18-25 Jahre	<i>n</i>	222	222	222
	Mittelwert	264.78	223.19	41.59
	Median	80.06	62.90	1.26
26-59 Jahre	<i>n</i>	364	364	362
	Mittelwert	393.39	308.47	85.45
	Median	141.31	95.28	12.94
>60 Jahre	<i>n</i>	12	12	12
	Mittelwert	610.80	384.03	226.77
	Median	402.63	133.60	201.12

Kosten pro Monat der Erwachsenen im A-Care-Kollektiv, nach Herkunft (n=623, d.h ohne Kinder)

Herkunft		Alle Leistungen	USB	Fremdleistungen
Balkan	<i>n</i>	390	390	234
	Mittelwert	223.36	163.13	100.39
	Median	35.26	0	35.29
N & M Osten, N-Afrika	<i>n</i>	78	78	48
	Mittelwert	286.36	178.61	175.1
	Median	87.59	44.62	25.72
Afrika	<i>n</i>	52	52	38
	Mittelwert	245.29	178.66	91.18
	Median	108.36	62.22	47.96
SO Asien	<i>n</i>	51	51	30
	Mittelwert	159.66	99.64	102.03
	Median	60.85	35.95	54
Ost-Europa	<i>n</i>	42	42	23
	Mittelwert	182.26	118.36	116.69
	Median	55.9	23.15	36.46
Lateinamerika	<i>n</i>	3	3	3
	Mittelwert	142.43	102.14	40.29
	Median	90.6	37.3	29
Unbekannt o Staatenlos	<i>n</i>	7	7	5
	Mittelwert	365.35	243.41	170.72
	Median	172.78	27.89	29.35

Die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Asylsuchender beliefen sich während der vierjährigen A-Care Periode bzw während ihres Aufenthalts in Basel auf CHF 4429.-. Im Vergleich zu einem im Durchschnitt etwas älteren Patientenkollektiv, das die Medizinische Universitätspoliklinik Basel in der Funktion eines Hausarztes nutzte, lagen die Kosten der A-Care Versicherten deutlich tiefer.

Die qualitative Untersuchung im Bereich der Frauengesundheit identifizierte insbesondere die Problematik der fehlenden sozialen Netze, sowie die durch sprachlich-kulturelle Barrieren häufig erschwerte Beratung und Durchführung einer adäquaten Empfängnisverhütung als zentrale Anliegen der Betreuung weiblicher Asylsuchender.

Die psychosoziale Belastungssituation aufgrund von Entwurzelung, Verlust sozialer Beziehungen und häufig depressiven Reaktionen nach traumatischen Erlebnissen bilden eigentliche Charakteristika des Kollektivs der Asylsuchenden. Eine qualitative Analyse der einzelnen Krankengeschichten machte die Vielschichtigkeit und Komplexität der Betreuung Asylsuchender sichtbar und zeigte insbesondere auch die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten und die Medikalisierung sozialer Probleme auf.

Gerade der letzte Aspekt macht auch deutlich, wie schwierig die Betreuung Asylsuchender in den Grenzen des gesteckten Rahmens einer Managed Care Organisation ist, in der die betreuenden ÄrztInnen und Pflegenden in gleicher Weise Betreuer und Fürsprecher der PatientInnen und Verwalter der zur Verfügung stehenden Ressourcen sein müssen. In der täglichen Arbeit haben sich in Fragen der Ressourcenallokation und -vorenthaltung oft schwer lösbare Probleme ergeben, die letztlich auch dazu geführt haben, dass das Projekt A-Care am 31.12.2003 aufgelöst wurde.

Vorwort

Der vorliegende Forschungsbericht bietet einen Überblick über Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitskosten von Asylsuchenden in Basel während der vier Jahre 2000 bis 2003. Die Studie wurde vom Bundesamt für Flüchtlinge in Auftrag gegeben. Sie steht in Zusammenhang mit den Bemühungen für ein Gesundheitsmonitoring von Migrationsbevölkerungen der Schweiz, welches wiederum eine der gemeinsamen Empfehlungen ist, die vom Bundesamt für Gesundheit, dem Bundesamt für Flüchtlinge und der Eidgenössischen Ausländerkommission in der Schrift "Migration und Gesundheit, Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006" formuliert wurde.

Die Durchführung der Studie wäre nicht möglich gewesen ohne die vielfältige Mithilfe vieler interessierter und kompetenter Kolleginnen und Kollegen. Ganz besonders sind wir Herrn Martin Muser, Leiter Betriebswirtschaft Bereich Medizin, Universitätsspital Basel, zu Dank verpflichtet. Herrn Ignaz Caminada, dem Vertreter des Bundesamtes für Flüchtlinge (BFF), jetzt Bundesamt für Migration, danken wir für seine freundliche Begleitung. Weiter danken wir folgenden Personen herzlich für ihre Unterstützung: Frau Corina Gick und Frau Yvonne Bollag, betriebswirtschaftliche Leiterinnen des Projektes A-Care, der ärztlichen Leitung der medizinischen Universitätspoliklinik des Universitätsspitals Basel, Herrn Prof. Niklaus Gyr und Edouard Battegay, dem Bereichsleiter der Medizin des Universitätsspitals Basel, Prof. Jürg Schifferli und Frau Prof. Sabina De Geest, der Direktorin des Institutes für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel.

1. Einleitung

1.1 Zur Gesundheit von Minderheiten

Gesundheit ist eine Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebensqualität. „Sie ist ein Massstab zur Messung der Fortschritte hinsichtlich der Verringerung von Armut, der Förderung des sozialen Zusammenhalts und der Beseitigung von Diskriminierungen“, sagt die Weltgesundheitsorganisation einleitend in ihrem Papier „Gesundheit 21“ (WHO, 1998). Damit kommt ein ungehinderter Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems in unserer Gesellschaft einem Grundrecht aller Menschen gleich. Es kommt nicht von ungefähr, dass ein Grundsatzpapier zum Thema Gesundheit im vereinigten, aber doch so verschiedenartigen und verwirrend uneinheitlichen Europa mit seinen ebenso uneinheitlichen Ländern als erste Empfehlungen die Werte Solidarität und Chancengleichheit nennt.

Um solche Ziele umzusetzen, ist ein Public Health Ansatz unerlässlich, dessen Aufgabe es per definitionem ist, den Gesundheitszustand von Bevölkerung und Bevölkerungsgruppen zu erhalten und zu verbessern. Hauptinstrument von Public Health – der „Wissenschaft der öffentlichen Gesundheit“ – ist die Epidemiologie, welche die Verteilung von Gesundheitszuständen und ihrer Determinanten sowie die damit zusammenhängenden Ereignisse und Umstände in der Bevölkerung untersucht (Gutzwiller & Jeanneret, 1996). Eine sozial ausgerichtete Epidemiologie, die sich mit der sozialen Umwelt und den Determinanten der Gesundheit befasst, hat sich nicht nur mit der Bevölkerung als Ganzem, sondern auch mit allen ihren Untergruppen und Minderheiten zu befassen, wie auch immer diese sich zusammensetzen, ob schichtspezifisch, ethnisch, sprachlich, religiös oder verhaltensbedingt (Meyer & Jeanneret, 1996).

Der Anteil ausländischer Personen in der Schweiz macht heute rund ein Fünftel der Wohnbevölkerung aus. Wie steht es um die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe, und wie teilt diese sich wiederum in relevante Untergruppen auf? Welches sind die Gesundheitsdeterminanten, welches ihre Bewältigungsstrategien von Gesundheitsproblemen? Können wir – mittels

Epidemiologie, Beobachtung, Monitoring – Veränderungen der Gesundheitssituation in diesen Gruppen überhaupt entsprechend beobachten?

Die Methodik des Monitoring wird von der WHO ausdrücklich als eine der Umsetzungsmassnahmen der Gesundheit-21-Ziele erwähnt. Das Beobachten der gesundheitlichen Lebensbedingungen ist dementsprechend die zentrale Grundlage der zu planenden Interventionen für eine verbesserte gesundheitliche Situation von MigrantInnen. Folgerichtig ist damit das Monitoring (zusammen mit der Forschung) einer von fünf Schwerpunkten der strategischen Ausrichtung des Bundes zum Thema Migration und Gesundheit (BAG, 2002).

Die vorliegende Studie ist als solches Monitoring zu verstehen: als Beobachtung von Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitskosten einer besonderen Gruppe von Migranten, nämlich eines Kollektivs von Asylsuchenden im Kanton Basel-Stadt, über einen Zeitraum von vier Jahren (2000 bis 2003).

1.2 Zur Gesundheit von MigrantInnen in der Schweiz

Verglichen mit der Schweizer Bevölkerung ist der Gesundheitszustand der MigrantInnen in der Schweiz weniger gut (Bischoff, Loutan, & Burgi, 1997). Gründe dafür sind häufig Infektionskrankheiten aus dem Ursprungsland (Loutan & Chaignat, 1994), Folgen durchstandener Krankheiten oder Ernährungsprobleme, psychosoziale Probleme, die mit der Migrationsgeschichte zusammen hängen (Weiss, 2003), vor allem bei Asylsuchenden (Bloechlinger, Ries, Gonon, Loutan, Mark, Vetterli et al., 1998; Loutan & Subilia, 1995), sowie die zum Teil prekären Wohn- und Arbeitsverhältnisse in der Schweiz (Egger, Minder, & Smith, 1990).

Ernährungsgewohnheiten, häufiger Nikotinkonsum, sowie andere Verhaltensweisen von MigrantInnen sind zudem oft gesundheitsschädigend (Raymond, Bouchardy, & Wanner, 1996). Sprachbarrieren zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen und PatientInnen erschweren den Zugang zur Grundversorgung (Bischoff, Tonnerre, Eytan, Bernstein, & Loutan, 1999). Präventionsprogramme und Vorsorgeuntersuchungen, vor allem für Krebs (Raymond, Bouchardy, & Wanner, 1995), werden von MigrantInnen seltener in Anspruch genommen, als von der einheimischen Bevölkerung. Migrantinnen weisen gegenüber Schweizerinnen ein höheres Risiko für Frühgeburten auf, das oft auf berufsbedingte Überanstrengung zurückzuführen ist (Ackermann-Liebrich, 1990; Drack, Ackermann-Liebrich, & Schindler,

1998; Lehmann, Maboury, & Minder, 1990). Zu den bei MigrantInnen häufiger beobachteten psychiatrischen Krankheitsbildern gehören depressive Störungen, Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen, somatoforme Schmerzstörungen und Somatisierungsstörungen (Weiss, 2003).

Personen aus Südeuropa sterben vergleichsweise häufiger an Magenkrebs als SchweizerInnen (Bouchardy, Wanner, & Raymond, 2001). Gesundheitsumfragen in der Schweiz aus den Jahren 1992/93 und 1997 haben darauf hingewiesen, dass Italienerinnen ihren Gesundheitszustand subjektiv als schlechter einschätzen und häufigere Krankheitsepisoden angeben als Schweizerinnen (Abelin, 2001; Vranjes, Bisig, & Gutzwiller, 1996).

Die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen SchweizerInnen und MigrantInnen, aber auch zwischen Migrantengruppen untereinander, sind markant. Sie sind häufig durch die unterschiedlichen Lebensbiographien erklärbar, durch die Migrationshintergründe, durch Risikoexposition im Ursprungsland, genetische Veranlagungen und unterschiedliche Auffassungen von gesundheitsförderndem Verhalten. Leider erlauben die bisher vorhandenen Daten im Schweizer Gesundheitswesen nicht, den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Migrationserfahrung herauszuarbeiten (Bisig & Paccaud, 1996; Paccaud & Bisig, 1996). Die vorliegenden Daten des A-Care-Projektes geben ansatzweise Antworten auf diese Fragen und füllen gewisse Lücken.

1.3 Zur Situation von Asylsuchenden in der Schweiz

Die vorliegende Studie befasst sich mit einer besonderen Gruppe von MigrantInnen, nämlich Asylsuchenden, die in den Jahren 2000 bis 2003 Gesundheitsleistungen im Kanton Basel-Stadt in Anspruch nahmen.

Das schweizerische Asylrecht definiert Flüchtlinge als „Personen, die in ihrem Heimatstaat, oder dem Land, in dem sie zuletzt wohnten, wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Anschauungen ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind oder begründete Furcht haben, solchen Nachteilen ausgesetzt zu werden. Als ernsthafte Nachteile gelten namentlich die Gefährdung des Leibes, des Lebens oder der Freiheit sowie Massnahmen, die einen unerträglichen psychischen Druck bewirken“ (Asylgesetz Artikel 13). Im Weiteren hält das Gesetz fest, frauenspezifischen Asylgründen sei Rechnung zu tragen.

Die Kernpunkte der schweizerischen Asylpolitik lauten:

- Wer in seinem Heimatstaat nach den völkerrechtlich anerkannten Kriterien bedroht oder verfolgt wird, erhält in der Schweiz Asyl.
- Für notleidende Menschen in Kriegs- und Katastrophengebieten bemüht sich die Schweiz vor Ort rasch Hilfe zu leisten. Sie beteiligt sich an internationalen Gemeinschaftsaktionen, die zum Schutz und zur Unterstützung von notleidenden Bevölkerungsgruppen organisiert werden.
- Wenn Hilfsmassnahmen in der betroffenen Region aufgrund der akuten Gefährdung unmöglich sind, nimmt die Schweiz betroffene Personengruppen vorübergehend innerhalb der eigenen Grenzen auf.
- Parallel dazu bemüht sich der Bundesrat in internationaler Zusammenarbeit um nachhaltig wirksame Massnahmen zur Eindämmung der Ursachen von Flucht und unfreiwilliger Migration. (www.bff.admin.ch)

Es ist die Aufgabe des Asylverfahrens, unter den neu eintreffenden Asylsuchenden jene zu erkennen, die nach den beschriebenen Kriterien Anspruch auf Schutz haben. Ende Dezember 1999 hielten sich 171 233 Personen aus dem Asylbereich in der Schweiz auf, darunter 25'202 anerkannte Flüchtlinge mit definitivem Bleiberecht. 1999 lag die Anerkennungsquote von Asylsuchenden bei 5.7 Prozent. Das bedeutet in Zahlen ausgedrückt, dass von 46'068 Menschen aus 100 Nationen, die im Jahr 1999 legal oder illegal in die Schweiz eingereist waren und einen Asylantrag gestellt hatten, 2050 als Flüchtlinge anerkannt worden waren. Die Anerkennung von Kriegsvertriebenen aus der Bundesrepublik Jugoslawien, die mit 28'913 Personen fast zwei Drittel der Asylsuchenden ausmachten, betrug nur 1,2% (Wieland, 2000).

Im Beobachtungszeitraum unserer Studie setzten sich die Gruppen von Asylsuchenden je nach Herkunft und politischem Kontext unterschiedlich zusammen. Die im folgenden dargestellten Zahlen sind verschiedenen Dokumenten des BFF (Bundesamt für Flüchtlinge) und des BFS (Bundesamt für Statistik) entnommen (BFF, 2001, 2003).

Der Überblick über die eingegangenen Asylgesuche über die letzten zehn Jahre (siehe Diagramm 1) zeigt von 1994 an einen mässigen Anstieg bis 1997, und dann im Zusammenhang mit den Unruhen im Kosovo (1998) und dem danach ausbrechenden Krieg (1999) einen massiven Anstieg von Asylsuchenden

vor allem aus dem Balkan. Das Ende des Kosovokrieges führte zu einem Rückgang der Asylgesuche, und zwar um mehr als die Hälfte im Jahr 2000 im Vergleich zum Vorjahr. Von 2000 bis 2002 stiegen die Gesuchszahlen wieder an, und gingen im Jahr 2003 wieder zurück. Mit dem Blick auf den ganzen Migrationskontext in der Schweiz (siehe Diagramm 2) können wir sagen, dass Asylsuchende 4% der ausländischen Wohnbevölkerung ausmachen (Wanner, 2004).

Diagramm 1: Asylgesuche 1994 bis 2003 nach Jahren (BFF, 2004),

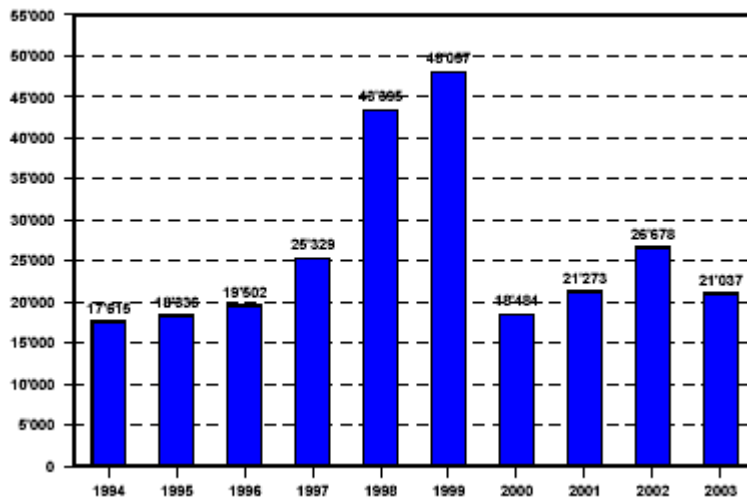
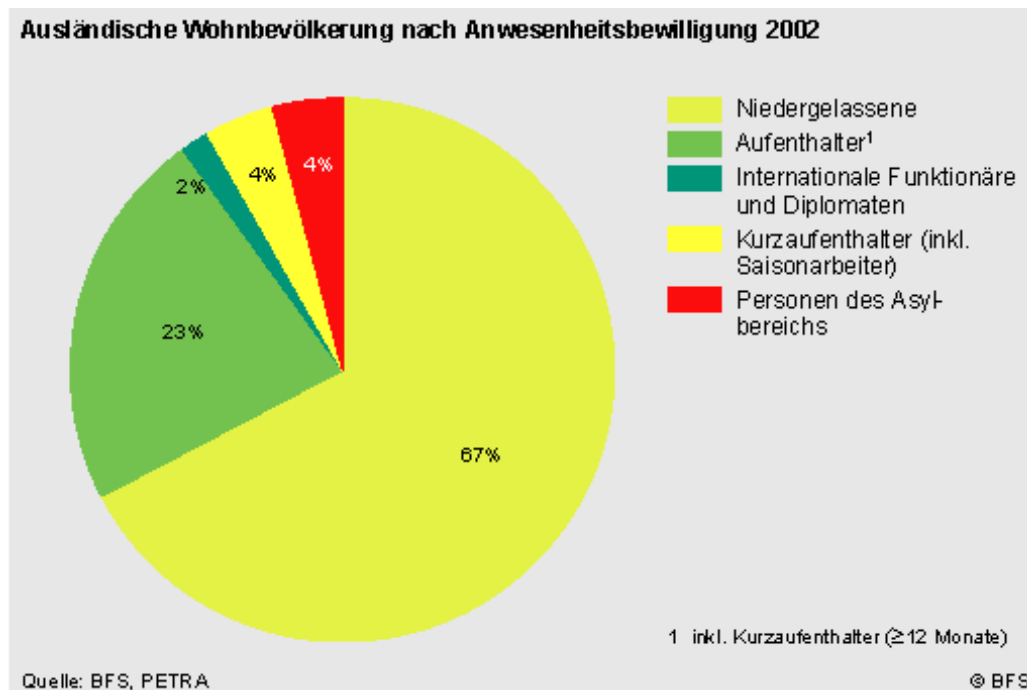


Diagramm 2: Ausländische Bevölkerung nach Anwesenheitsbewilligung, 2002 (BFS, 2004 http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/stand_u_struktur/blank/kennzahlen0/auslaendische_bevoelkerung/aufenthaltsstatus.html)



Dem Kanton Basel-Stadt werden jeweils gemäss Asylverordnung 2,3% aller der in der Schweiz um Asyl suchenden Personen zugeteilt. Die Statistik für den Kanton BS sieht entsprechend so aus (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1: Asylstatistik Kanton Basel-Stadt (BFF)

Jahr	Asylgesuche	Geburten von Asylsuchenden
1995	419	21
1996	460	8
1997	591	21
1998	974	24
1999	1065	45
2000	395	20
2001	467	13
2002	586	8
2003	486	4

Die erste Begegnung zwischen Asylsuchenden und dem schweizerischen Gesundheitswesen findet bei der sogenannten grensanitarischen Untersuchung (GSU) in einem der vier Empfangsstellen in Basel, Vallorbe, Chiasso, Kreuzlingen und im Transitzentrum Altstätten statt. Hier wird das obligatorische Impfprogramm durchgeführt, sowie ein Screening auf Tuberkulose und Hepatitis B. Von diesen Zentren aus werden die Asylsuchenden im Verlauf von etwa zwei Wochen entsprechend einem Kontingent-Schlüssel den einzelnen Kantonen zugeteilt. In den Kantonen fällt die weitere Gesundheitsversorgung unter die entsprechenden kantonalen Regelungen. Meist sind es Hausärzte, die diese Aufgabe übernehmen. Im Wesentlichen geht es darum, das Impfschema zu vervollständigen und eventuelle Nachfolgeuntersuchungen zu organisieren (BAG, 1995). Hinsichtlich des Zugangs zu Leistungen der Gesundheitsversorgung unterstanden die Asylsuchenden bis 1999 der uneingeschränkten Leistungspflicht der Kranken- und der Unfallversicherungsgesetzgebung (siehe unten).

Was zur Epidemiologie kranker Asylsuchender bisher vorliegt, ist in der Publikation "Macht Migration krank?" zusammengefasst. Weiss kommt in ihrer umfassenden Analyse zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz immer wieder auf die Untergruppe der Asylsuchenden zu sprechen, und legt hierzu eine aktuelle Literaturübersicht vor (Weiss, 2003).

Ein erster Versuch einer epidemiologischen Bestimmung der (biomedizinischen) Gesundheitsprobleme Asylsuchender stammt aus dem Jahr 1996, und ist auf dem Hintergrund von Untersuchungen zu Migration und Gesundheit allgemein zu sehen (Bischoff, Durieux, & Loutan, 1996). Was speziell die Gesundheit Asylsuchender angeht, wurde einerseits mit Daten im Zusammenhang mit der Grenzsanitarischen Untersuchung (GSU) erarbeitet (Bischoff, Durieux, & Loutan, 1996), aber auch durch spezifische Erfahrungen der "Unité de Médecine des Voyages et des Migrations" (Département de Médecine Communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève) ergänzt (Loutan, 1992; Loutan, Bierens de Haan, & Subilia, 1997; Loutan, Bollini, Pampallona, Bierens de Haan, & Gariazzo, 1999; Subilia, Loutan, Robert, Bollini, & Pampallona, 1995).

Als spezifische Fragestellung haben Blöchli et al. erstmals die Rolle der Kommunikation zwischen Asylsuchenden und Leistungserbringern des Gesundheitswesens untersucht (Bloechli, 1997; Bloechli, Junghanss, Weiss, Herzog, Raeber, Tanner et al., 1998; Bloechli, Osterwalder, Hatz, Tanner, & Junghanss, 1998). Studien in drei medizinischen Polikliniken der Schweiz haben gezeigt, dass die Kommunikationsschwierigkeiten der Ärzte im Umgang mit Flüchtlingen und Asylsuchenden vor allem sprachlicher Natur waren, und dass drei Viertel der befragten Ärzte eine „Übersetzung“ für unbedingt erforderlich hielten. Die Umfragen, die in Basel, Bern und Genf im Sommer 1994 stattgefunden hatten, ergaben im Weiteren, dass in den allermeisten Fällen keine qualifizierten Dolmetscher vorhanden waren, sondern Angehörige und Freunde der Patienten „übersetzten“. Die Kommunikation mit der vorherrschend fremdsprachigen Klientel der Asylsuchenden und Flüchtlinge war demnach oft nicht zufriedenstellend.

1.4 Zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung Asylsuchender

Grundsätzlich besteht für jede in der Schweiz wohnhafte Person seit der Einführung des neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Jahr 1994 eine obligatorische Versicherungspflicht. Damit ist grundsätzlich auch ein uneingeschränkter Zugang zu sämtlichen Leistungen des Schweizerischen Gesundheitssystems sichergestellt. Während Personen mit geregelter Aufenthaltsbewilligung für ihre Krankenversicherung selbständig, oder gegebenenfalls über die Sozialhilfe aufkommen müssen, besteht bei Asylsuchenden mit laufendem Asylverfahren rechtlich eine andere Situation. In den 90er Jahren erfolgte die Ausrichtung von Sozialhilfeleistungen für bedürftige Asylsuchende durch die Kantone oder Gemeinden, denen gegenüber der Bund erstattungspflichtig war.

Während der 1990er Jahre sind die Sozialhilfekosten im Asylbereich ständig gestiegen und erreichten im Jahr 1999 die Höhe von rund 1,1 Mrd Franken. Der Anteil der Gesundheitskosten betrug dabei 235 Millionen Franken (Wieland, 2000). Die besondere Situation im Jahr 1999 mit einer Rekordzahl von über 40'000 hängigen oder blockierten Verfahren führte zur Einsetzung einer Task-Force „Finanzierung Asylwesen“, die auch neue Vorschläge zur Krankenversicherung erarbeitete. Für den Versicherungsbereich kam dabei erschwerend hinzu, dass die einzelnen Krankenversicherer gemäss KVG je nach der Altersstruktur ihrer Versicherten Zahlungen in einen Risikoausgleichsfond leisten müssen. Diese Massnahme, die in erster Linie dem Schutz vor einer Wettbewerbsverzerrung durch eine Risikoselektion durch die Versicherer dienen sollte, führte dazu, dass Versicherer mit einem hohen Anteil an meist jüngeren Asylsuchenden einen überproportional hohen Anteil in diesen Fonds abführen mussten. Nachdem eine dringliche Massnahme zur Änderung dieses Risikoausgleichs im Parlament gescheitert war, kündigten die drei grossen Krankenversicherer im Asylbereich, Helsana, CSS und Konkordia, ihre Rahmenverträge mit den Kantonen auf. Nach Angaben der betroffenen Krankenkassen verursachte die Gruppe der Asylsuchenden rund 40% höhere Kosten als der Durchschnitt gleichaltriger Versicherter. Zudem deckten die Prämien der Asylsuchenden nicht einmal ganz die Krankheits- und Administrationskosten und schon gar nicht die Risikoausgleichszahlungen (Wieland, 2000).

Mit der Änderung zur Asylverordnung 2 vom 10. September 1999 hat der Bund neue Wege für die Übernahme der Kosten der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung für Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung beschränkt (SR 142.312). Mit der Zielsetzung, einen effizienten und kostengünstigen Zugang der Betroffenen zum schweizerischen Gesundheitswesen zu garantieren, wurde erstmals in der Schweiz auf rechtlichem Weg eine Zugangssteuerung zur Gesundheitsversorgung eingeführt, die eine Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer vorsah.

Konkret wurde bestimmt, dass der Bund den Kantonen „die Kosten für die notwendige medizinische Versorgung nur noch pauschal vergütet.“ Allerdings vergütet der Bund die Tagespauschalen nur dann, wenn die Kantone „für Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige ohne Aufenthaltsbewilligung die Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer einschränken“ (Asylverordnung 2, Artikel 26, Absatz 1). Diese Massnahme sollte in erster Linie dazu dienen, die Versorgung von Asylsuchenden im Rahmen besonderer Versicherungsformen (gemäss Art 62 KVG), insbesondere in Managed Care Organisationen durchzuführen.

In der Ausgestaltung dieser Versicherungsformen sind die Kantone frei. Sie haben lediglich „die geeigneten Massnahmen zu ergreifen, um die Qualität des Leistungsangebotes sicherzustellen“. So ist es im Kanton Genf eine Equipe von Pflegenden (und nicht Ärzten), die als erste Triagierungsstelle die primäre Betreuung übernehmen (Bierens de Haan, Bischoff, Gariazzo, & Titus, 1998; Bischoff, Bovier, Rrustemi, Gariazzo, Eytan, & Loutan, 2003). Im Falle des Kantons Basel-Stadt wurde eine Zuteilung sämtlicher Asylsuchender zu Managed Care Versicherungen bestimmt.

1.5 Zur Entstehung von A-Care

Der Entscheid des Kantons Basel-Stadt, sämtliche Asylsuchende einem Managed Care Versicherungssystem zuzuweisen, stand am Anfang der Gründung von A-Care. Mit der Mitteilung, dass künftig sämtliche Asylsuchende einer der privaten Basler HMO-Organisationen zugewiesen würden, befürchtete die Medizinische Universitätspoliklinik (MUP) den Verlust eines wesentlichen Patientenkollektivs. Dabei war nicht so sehr der Verlust der Patientenzahl massgebend, als vielmehr einer spezifischen Bevölkerungsgruppe, einer „Randgruppe“, deren Betreuung zu den ureigensten Aufgaben universitärer Polikliniken gehört. Auf Veranlassung der Leitung der MUP wurde daraufhin innerhalb des Universitätsspitals Basel die Idee der Gründung einer eigenen

HMO¹ entwickelt. Das Resultat sollte ein durch das USB verwaltetes Managed Care Projekt sein. Als Finanzierungsmodell wurde eine in HMO-Bereich gebräuchliche Capitation –Versicherung gewählt, d.h. der Krankenversicherer bezahlt den zuständigen Leistungserbringern für jeden Versicherten eine Jahrespauschale.

Neben dem Erhalt des Patientenkollektivs setzte sich das USB mit dem Projekt A-Care auch weitergehende inhaltliche Ziele. So sollte die Chance genutzt werden, Erfahrungen mit neuen Finanzierungsmodellen zu sammeln und durch die finanzielle Gesamtverantwortung Prozessoptimierungen im klinischen Bereich einzuführen. Im Weiteren sollten durch das Projekt wissenschaftliche Erkenntnisse über die medizinische Betreuung von Migranten gewonnen werden.

Die wohl gesamtschweizerisch einzigartige Situation am Konstrukt A-Care lag jedoch darin, dass hier ein Managed Care Versorgungsnetz nicht auf die ambulante Patientenbetreuung beschränkt blieb, sondern auch das vollständige Angebot eines tertiären Zentrumsitals miteinbezog. Im Gegensatz zu den bestehenden HMOs bedeutete dies, dass dieses Versicherungsmodell die komplette Behandlungskette abbildete und damit eine direkte Übersicht sowohl über die ambulanten, als auch stationären Aspekte der Versorgung möglich machte.

Das gewählte rechtliche Konstrukt war das folgende: (1) der Bund bezahlte an den Kanton Basel-Stadt (Wirtschafts- und Sozialdepartement) die vollständige Tagespauschale pro Person des betroffenen Kollektivs für deren Gesamtversorgung in einem System mit eingeschränkter Auswahl der Leistungserbringer; (2) das Wirtschafts- und Sozialdepartement des Kantons

¹Health Maintenance Organisation (wörtlich übersetzt: „Gesundheitssicherungsorganisation“). Der Grundgedanke einer HMO besteht darin, die Anbieter von Gesundheitsversorgung zu belohnen, wenn ihr Klientel bei möglichst guter Gesundheit bleibt, und demzufolge weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. Der Erreichung dieses Ziels dienen zwei grundlegende Massnahmen: 1) HMO-Versicherte Patienten sind dazu verpflichtet, im Krankheitsfall zuerst ihren HMO-Arzt aufzusuchen, der als ‚Gatekeeper‘ dafür verantwortlich ist, die Behandlung des Patienten effizient und kostengünstig zu planen und durchzuführen. Dadurch sollen z.B. Doppelspurigkeiten und unnötige Arztbesuche reduziert werden. 2) HMO-Ärzte sind vertraglich am ökonomischen Erfolg bzw. Risiko des Versicherungsunternehmens beteiligt. Dadurch entstehen finanzielle Anreize, unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte eine gute Behandlungsqualität zu gewährleisten (Gutzwiler & Jeanneret, 1999; Kocher & Oggier, 2004).

Basel-Stadt versicherte dieses Kollektiv bei der öffentlichen Krankenkasse (ÖKK); (3) die ÖKK führte alle Personen bei zwei Managed-Care Institutionen, nämlich der A-Care USB oder einer HMO von Basler Hausärzten. Die Zuteilung erfolgte zu je 50% nach dem Zufallsprinzip. Gemäss Vertrag wurde die Höhe der Capitation gemeinsam (A-Care und Hausarzt-HMO) ausgehandelt zwischen ÖKK und den beiden HMOs. Allfällige Defizite sollten analysiert und „geteilt“ werden. Bei Patienten, die von der Hausarzt-HMO ins Universitätsspital Basel eingeliefert wurden, erfolgte die Rechnungsstellung auf üblichem Weg an die HMO.

Innerhalb des Universitätsspitals Basel wurde A-Care vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2003 als Projektauftrag der Spitalleitung geführt. Die medizinische Hauptverantwortung lag bei der Medizinischen Universitätspoliklinik (MUP), die für sämtliche A-Care-Patientinnen und Patienten die primäre medizinische Grundversorgung sicherstellen sollte. Als Gatekeeper fungierten 2-3 speziell bezeichnete Assistenzärzte und Oberärzte der MUP, die auch Kostengutsprachen für Pädiatrie und Psychiatrie übernahmen, sowie eine Oberärztin der universitären Frauenklinik (UFK). Innerhalb des Projektteams wurden zwei Oberärzte (Innere Medizin und Chirurgie) als Ansprechpartner für Belange der stationären Medizin bezeichnet. Die Administration erfolgte im Patientenwesen der MUP. Für die Projektleitung wurde ein Steuerungsausschuss der Spitalleitung bestimmt.

2. Methoden

2.1 Fragestellungen

Aufgrund der Vollständigkeit der Informationen über sämtliche Gesundheitsleistungen und –kosten von Asylsuchenden des Kantons Basel-Stadt sollen im Rahmen dieser Studie folgende Fragen beantwortet werden:

- a) Welche medizinischen Leistungen haben die Asylsuchenden während der letzten vier Jahre in Anspruch genommen? Wie sieht die Aufschlüsselung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Herkunftsland, Altersgruppe und politischer Situation aus?
- b) Kann die A-Care-Datenbank Aussagen über typische migrationspezifische Krankheitsbilder und Diagnosen der Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs machen?
- c) Kann anhand der A-Care-Datenbank die psychosoziale Belastungssituation der Asylsuchenden im medizinischen Kontext bewertet werden?
- d) Welches sind die Kosten der Kommunikation mit den Asylsuchenden?
- e) Wie sieht der Vergleich zwischen dem A-Care-Kollektiv und einer Vergleichsgruppe von MUP-Patienten aus, die nicht Asylsuchende sind?

2.2 Design

Das Design dieser Arbeit ist einem Mixed Methods Ansatz verpflichtet (Creswell, 2003). Es besteht einerseits aus einer retrospektiv-deskriptiv-quantitativen Analyse, und andererseits aus einer qualitativen Dokumenten-Analyse. Für die quantitative Studie mussten mehrere verschiedene elektronische Datenquellen in eine neue Datenbank zusammengeführt werden (Details unter 2.3). Die qualitative Analyse untersucht Krankengeschichten der

an der Medizinisch-Universitären Poliklinik (MUP), Psychiatrisch-Universitären Poliklinik (PUP) und Universitären Frauenklinik (UFK) behandelten asylsuchenden PatientInnen. Das Studienprotokoll und insbesondere die Einsichtnahme in die Krankengeschichten wurde von der Ethikkommission beider Basel (EKBB), dem juristischen Dienst des USB und der Datenschutzbeauftragten des BFF überprüft und genehmigt.

2.3 Aufbau der Datenbank

Die A-CARE-Datenbank wurde aus den Daten des A-Care-Kollektivs und sechs weiteren verschiedenen Datenquellen aufgebaut. Diese werden im Detail erklärt.

- 1. A-Care-Daten**
- 2. Patientenstammdaten**
- 3. ICD-Diagnosen**
- 4. Fremdleistungen**
- 5. BFF-Daten**
- 6. A-Care Patientenwesen (MUP)**
- 7. Krankengeschichten**

2.3.1 A-Care-Daten

Die A-Care-Daten im betriebswirtschaftlichen Krankenhaus-Informationssystem (SAP) des USB bilden das zentrale Stück der Datenbank. Alle Leistungen, die ein A-Care versicherter Patient innerhalb des USB bezogen hat, wurden hier erfasst. Dabei gibt es pro Leistung immer zwei Variablen, eine mit der Menge der bezogenen Leistungen, und die zweite mit dem realen Preis (pro Leistung). Im folgenden sind die nach der Höhe der Beträge erfassten Leistungstypen aufgelistet²:

² Bemerkung: bei gewissen Leistungstypen steht nur die Anzahl Leistungen, nicht aber der Betrag zur Verfügung; dieser ist in Tagestaxen oder Fallpauschalen enthalten. Folgende Leistungstypen fallen unter diese Kategorie: Psychiatrie, Pflegeleistungen, Augenspital,

- **Medizinische Leistungen**
- **Dialyse**
- **Labor**
- **Medikamente**
- **Radiologie**
- **Operationen**
- **Tagestaxen**
- **Sonographie**
- **Leistungen des Augenspitals**
- **Einweg-Material**
- **Ergotherapie**
- **(Herz-)Implantate**
- **Intensivmedizin**
- **(Herz-)Katheter**
- **Physiotherapie**
- **Zahnarzt**

2.3.2 *Patientenstammdaten*

Die Patientenstammdaten des Patientenadministrationssystems des USB konnten über die Patientennummer den individuell zusammengefassten A-Care-Daten zugeordnet werden. Nach der Zuordnung wurden sie anonymisiert. Sie enthalten folgende demographischen Angaben:

- **Geschlecht**
- **Geburtsdatum**
- **Familienstand**

Medikamentenpauschalen, Sonstiges Material, Technische Leistung, Blutpräparate, Röntgendiagnostik, nichtversicherte Leistungen, nichtmedizinische Leistungen.

- **Konfession**
- **Nationalität**
- **Name, Vorname, Adresse**
- **Beruf**
- **Angaben zu Angehörigen (Namen, Adresse, Beruf)**
- **Sprache**
- **Asylstatus**

2.3.3 ICD-Diagnosen

Die Diagnosen nach dem ICD-System wurden separat geführt, konnten aber via Patientenummer zugeordnet werden. Das sogenannte ISMED-System ist das USB-interne medizinische Spital-Informationssystem, in dem die Diagnosen der PatientInnen elektronisch erfasst werden. Es enthält Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen. Anhand der Patientenummern wurden bis zu fünfzehn Hauptdiagnosen pro Patient extrahiert, und in die anderen Daten der A-Care-Versicherten integriert. Die ICD-10-Codierung erfolgte nach DIMDI (DIMDI, 2001).

2.3.4 Fremdleistungen

Die sogenannten Fremdleistungen beziehen sich auf alle Finanzbeträge, die A-Care (als HMO-Organisation) anderen Leistungserbringern vergütete, das heisst genauer denjenigen Gesundheitsinstitutionen ausserhalb des USB, die Leistungen für A-Care versicherte Asylsuchende in Rechnung stellten. Diese Fremdleistungen wurden in folgende Gruppen kategorisiert:

- **Apotheke (Medikamente)**
- **Kinderspital**
- **Psychiatrische Universitätsklinik Basel (PUK)**
- **Universitäre Frauenklinik (UFK)**
- **Arzt (Hausarzt, Spezialarzt, privater Kinderarzt)**
- **Psychiatrische Spezialklinik (Sonnenhalde, Riehen BS)**
- **Spitex: Gemeindepflege**

- **Ausserkantonales Spital**
- **Diagnostik (STI, Labor, MRI)**
- **Nicht-ärztliche Leistungen**
- **Anderes**

2.3.5 BFF-Daten

Der Mandant für die Studie, das BFF – Direktionsbereich Finanzen und Soziales, konnte folgende Informationen zu den bei A-Care versicherten Personen beisteuern: die Angabe über das Herkunftsland, das Jahr des Asylgesuchs (oder des Zweitgesuchs), das Jahr des erst- (oder zweitinstanzlichen) Entscheides und den sogenannten BFF-Status. Unter letzteren fallen folgende mögliche Kategorien:

- 1) **Ausgereiste (und Untergetauchte)**
- 2) **Asylsuchende (und vorläufig Aufgenommene)**
- 3) **Flüchtlinge (und Personen mit kantonaler Regelung: B- oder C- Bewilligung, z.B aufgrund Heirat)**

2.3.6 Asylsuchende Patienten der MUP

Nicht alle A-Care-Versicherten nahmen obligat Leistungen der MUP als primäre Anlaufstelle in Anspruch. Eine vollständige Liste aller A-Care Versicherten, die in die MUP kamen, wurde vom betreffenden Patientenwesen geführt. Diese Liste enthält folgende Angaben:

- **Name, Vorname**
- **Geburtsdatum**
- **Datum des Versicherungseintrittes**
- **Datum der ersten Konsultation**
- **Datum der letzten Konsultation**
- **Datum des Versicherungsaustrittes**
- **Grund des Versicherungsaustrittes**
- **Ausnahmebewilligungen**

- **Datum des Wiedereintrittes**

2.3.7 Krankengeschichten

Die Durchsicht der Krankengeschichten erlaubte zweierlei: erstens eine sorgfältige Erfassung der Diagnosen. Das ISMED-System enthält zwar eine grosse Anzahl von ICD-Diagnosen, soweit sie erstellt und elektronisch erfasst wurden. Allerdings entpuppte sich dieses Register als unvollständig und lückenhaft. Anhand der Krankengeschichten wurden die bestehenden Diagnosen ergänzt und gruppenweise gegliedert. Zweitens erlaubte dieses Vorgehen auch das Einarbeiten weiterer relevanter Faktoren, wie Sprachbarrieren, Termintreue, soziale Belastung, die nicht als quantitative Variabel erfassbar sind. Für drei Patientengruppen konnte dieses Vorgehen gewählt werden: für die PatientInnen, die in die MUP zur regulären Sprechstunde kamen, für die Patientinnen, die an der UFK betreut wurden und für PatientInnen, die an die PUP überwiesen wurden.

2.4 Qualitative Methodik

Eine wichtige Frage dieser Untersuchung war, wie sich psychosoziale Belastung und Verständigungsschwierigkeiten auf die medizinische Betreuung von Asylsuchenden auswirken. Bei der Durchsicht von über 500 Krankengeschichten fanden sich viele aussagekräftige Einträge zu diesen Themen. Die dokumentierten Situationen waren jedoch zu komplex, um sie zu quantifizieren. Es wurde deshalb beschlossen, entsprechende Textstellen gezielt zu sammeln und inhaltsanalytisch auszuwerten.

2.4.1 Qualitative Datensammlung

Da die Medizinische Universitätspoliklinik (MUP) die Funktion eines Gate-Keepers hatte, wurden zuerst die Dossiers der dort ambulant betreuten A-Care PatientInnen gesucht. Bei der Durchsicht der Dossiers wurden Textstellen zu den Themen Verständigung und psychosoziale Belastung der Asylsuchenden selektiert. Gleichzeitig wurde nach weiteren häufig auftretenden Problemfeldern gesucht. Die selektierten Einträge wurden anschliessend transkribiert und systematisch erfasst.

Zwei weitere wichtige Erbringer von ambulanten Leistungen waren die Psychiatrische Universitätspoliklinik und die Poliklinik der

Universitätsfrauenklinik. Auch dort wurden Einträge aus den Dossiers nach dem gleichen Verfahren selektiert. Insgesamt entstand so eine Datensammlung mit 84 Fallbeispielen aus der MUP, 30 Fallbeispielen aus dem UFK und 75 aus der PUP. Die Fallbeispiele enthielten 1- 17 Einzeleinträge. In den meisten Einträgen dokumentieren ÄrztInnen den Behandlungsverlauf. Einige Einträge stammen aus spitalinterner Korrespondenz, Gutachten oder aus Briefen an Behörden.

2.4.2 Dokumentenanalyse

Anwendungsmöglichkeiten und Limitationen

In der modernen Gesellschaft und Verwaltung nehmen schriftliche Aufzeichnungen eine wichtige Stellung ein. Dokumente und Akten dienen als Belege für Vorgänge oder Sachverhalte. Innerhalb von Organisationen und Institutionen fungieren Dokumente als schriftliche Spuren, aus denen sich legitimerweise Schlussfolgerungen über Aktivitäten, Absichten und Erwägungen ihrer Verfasser ziehen lassen (Wolff, 2003). Ein Vorteil der Dokumentenanalyse liegt insbesondere darin, dass sie Material erschliesst, das nicht erst vom Forscher geschaffen werden muss, indem er Personen testet, befragt oder beobachtet. Solche Daten unterliegen damit weniger Fehlerquellen bei der Datenerhebung. Hingegen beeinflusst die Absicht des Verfassers den Erkenntniswert. Da die meisten Dokumente für ein bestimmtes Zielpublikum erstellt werden, besteht die Gefahr, nur schriftlich festzuhalten, was als sozial erwünscht gilt. Zudem spielt bei der Auswahl und Interpretation der Dokumente die Perspektive des Forschers hinein, was aber eigentlich auf jede Art von Forschung zutrifft. Insgesamt gesehen kann in grösseren Forschungsprojekten Dokumentenanalyse deshalb fast immer mit Gewinn eingebaut werden (Mayring, 1996).

Dokumentation von Krankengeschichten

Im Klinikbetrieb hat das schriftliche Festhalten von Krankengeschichten eine enorme Bedeutung. Es dient der Informationssammlung und -weitergabe. Gleichzeitig ermöglicht es den Mitarbeitern einer Klinik, die Beziehung zwischen dem Patienten und der Klinik als den Normen entsprechend zu dokumentieren (Wolff, 2003). Es fällt auf, dass Krankengeschichten oft lückenhaft und teilweise ungenau ausgefüllt sind. Diese Feststellung von Wolff gilt auch für die vorliegenden Dossiers der A-Care PatientInnen. Wolff betrachtet diese Unvollständigkeit jedoch nicht als Nachteil: „Die im Klinikbetrieb vorgenommene Dokumentation erweist sich dann als vernünftig,

wenn sie die hierfür zur Verfügung stehende Zeit in Rechnung stellt, was in der Regel bedeutet, dass man es soweit wie möglich bei knappen Angaben bewenden lässt.“ (Wolff, 2003). Beim Schreiben selektieren die Verfasser laufend, was sie für mitteilungswürdig halten. Der Leser weiss also nicht, welche Informationen weggelassen wurden. Er kann aber davon ausgehen, dass der Verfasser das niedergeschrieben hat, was in seinen Augen wichtig war. Krankenunterlagen sind naturgemäss aus der Sicht der Betreuenden verfasst. Was der Patient oder die Patientin selbst gesagt hat, erfährt der Leser höchstens aus zweiter Hand. Diesem Umstand ist bei der Interpretation dieser Daten Rechnung zu tragen.

Analyse der Textstellen

In einem ersten Schritt wurden die selektierten Einträge inhaltsanalytisch verschiedenen Kategorien zugeordnet. In einem zweiten Schritt wurden diese Kategorien miteinander in Beziehung gesetzt. Dabei traten sich wiederholende Muster und Strukturen zum Vorschein. Diese Zusammenhänge wurden konzeptualisiert, in Grafiken dargestellt und mit Textbeispielen bebildert.

2.4.3 *Ethische Überlegungen*

Die Untersuchung der A-Care Patientendaten wurde von der Ethikkommission beider Basel genehmigt. Um die Vertraulichkeit zu gewährleisten, wurden die Daten anonymisiert. Damit Personen nicht anhand der Textbeispiele identifiziert werden können, wurden nähere Umstände und Ortsangaben teilweise verändert oder weggelassen.

3. Resultate

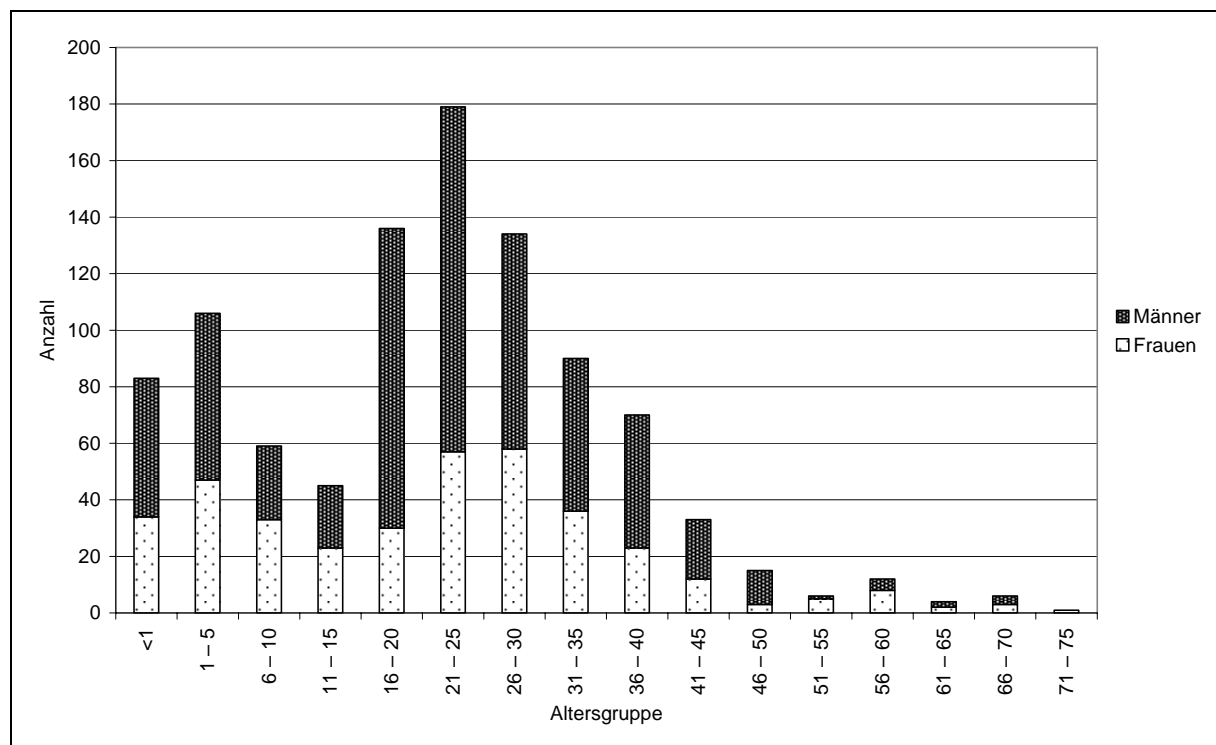
In diesem Teil wird zuerst das A-Care-Kollektiv mit detaillierten demographischen Angaben und Aufenthaltsstatus beschrieben. Danach die in Anspruch genommenen Leistungen des A-Care-Kollektivs, die Krankheiten samt Diagnosen, und schliesslich die Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Weiter folgen Analysen von spezifischen Themen: die psychosoziale Belastung von Asylsuchenden und die Antwort der Medizin, die Sprachbarrieren, die Betreuung von PatientInnen an der Universitären Frauenklinik und die psychiatrische Betreuung von asylsuchenden PatientInnen.

3.1 Demographische Angaben

3.1.1 Alter und Geschlecht

Die Altersverteilung ist zweigipfelig; ein Maximum bei Kindern und ein zweites bei jungen Erwachsenen. Das mediane Alter liegt bei 25 Jahren; es handelt sich also um eine junge Bevölkerung (Kinder eingeschlossen). Die Männer überwiegen mit 604 (62%) gegenüber 375 (38%) Frauen. Der Anteil der weiblichen Personen ist bei den Erwachsenen deutlich geringer als bei den Kindern (siehe Diagramm 3).

Diagramm 3: Altersverteilung und Geschlecht des A-Care-Kollektivs, n=979

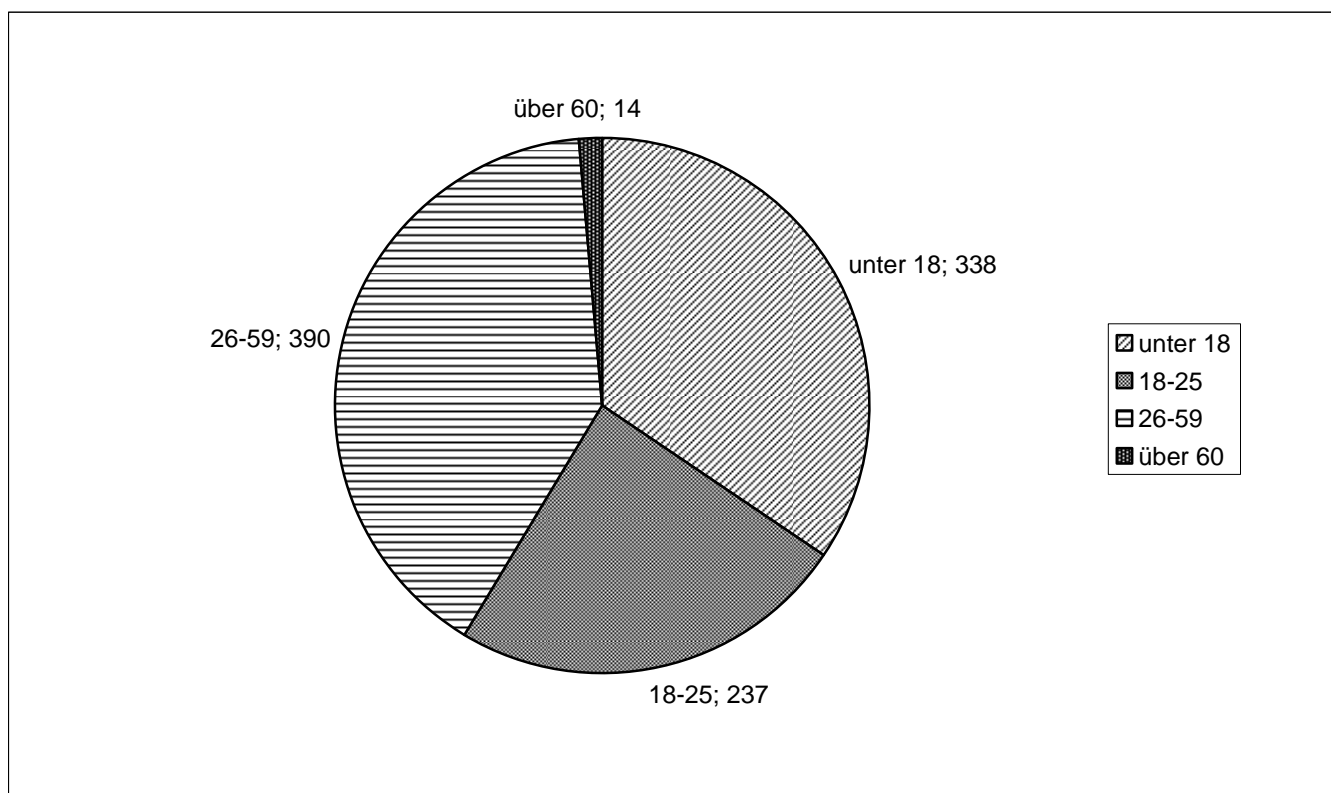


Um die weiteren Betrachtungen übersichtlich zu gestalten, wurde das A-Care-Kollektiv in die vier folgendermassen definierten Altersgruppen eingeteilt:

- Gruppe 1: 0 – 17 Jahre
- Gruppe 2: 18 – 25 Jahre
- Gruppe 3: 26 – 59 Jahre
- Gruppe 4: 60 Jahre und älter

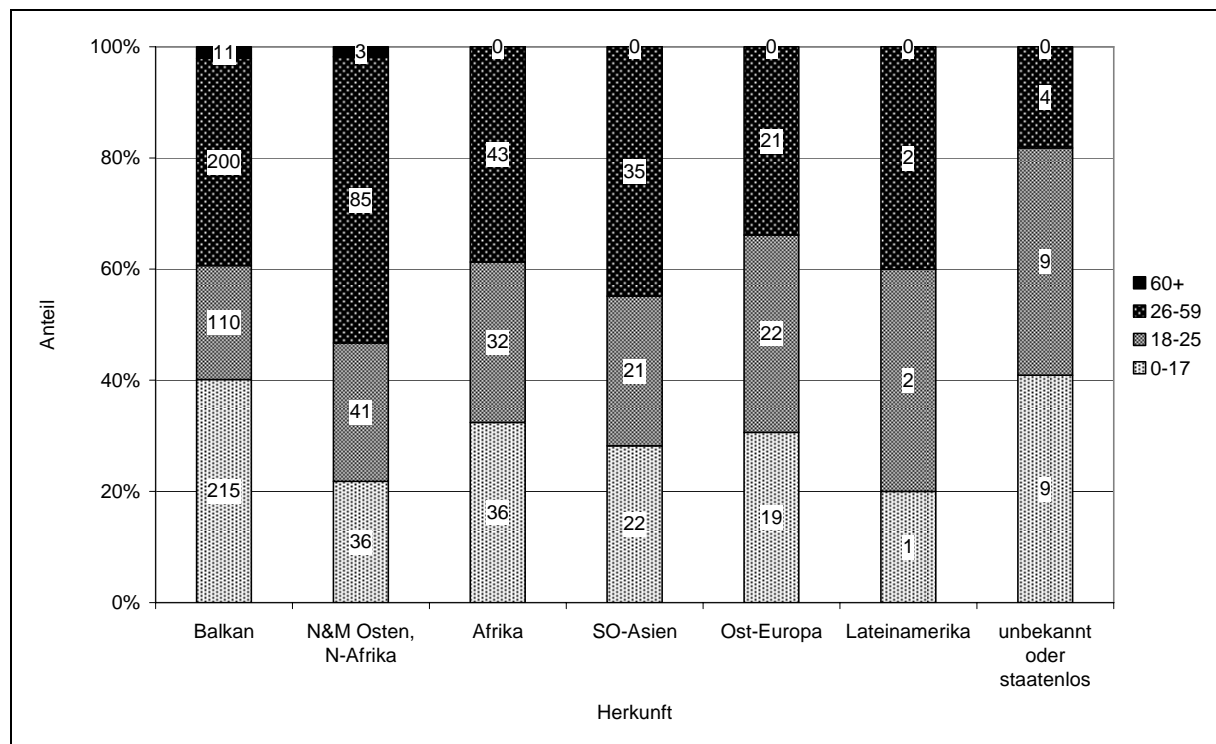
Über die Hälfte (52%) aller Asylsuchenden umfassten die beiden Altersgruppen 0-17 Jahre und 18-25 Jahre. Auffallend ist hier der grosse Anteil von Kindern oder Jugendlichen unter 17 Jahren. Asylsuchende im Alter von 26 - 59 Jahren waren mit einem Anteil von 46% die grösste Einzelaltersgruppe. Der Anteil der Asylsuchenden im Alter von 60 Jahren und älter lag bei 2% (siehe Diagramm 4).

Diagramm 4: Das A-CARE-Kollektiv, nach Altersgruppen aufgeteilt, n=979



Bei der Betrachtung der Altersverteilung des A-Care-Kollektivs in Abhängigkeit von der Herkunftsregion (siehe Diagramm 5) spiegelt sich in allen Herkunftsregionen die Verteilung über das gesamte A-Care-Kollektiv wieder. Folgende unterschiedlichen Verteilungen sind auszumachen: den grössten Anteil Kinder finden wir unter den Asylsuchenden aus der Balkan-Region; einige ältere Menschen kamen aus dem Balkan, noch weniger aus dem Nahen Osten, Ost-Europa und Asien, aus den anderen Regionen gar keine.

Diagramm 5: Altersverteilung des A-Care-Kollektivs nach Herkunftsregion, n=979



3.1.2 Familienstand

Viele Männer sind ledig. Bei den Frauen halten sich ledige und verheiratete etwa die Waage. Ein beträchtlicher Anteil der Angaben zum Familienstand ist unvollständig (siehe Tabelle 2), wobei es unklar bleibt, ob die Asylsuchenden diese Information nicht geben wollten oder ob sie nicht systematisch in die Datenbank eingetragen worden ist.

Tabelle 2: Familienstand von Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs (n=979)

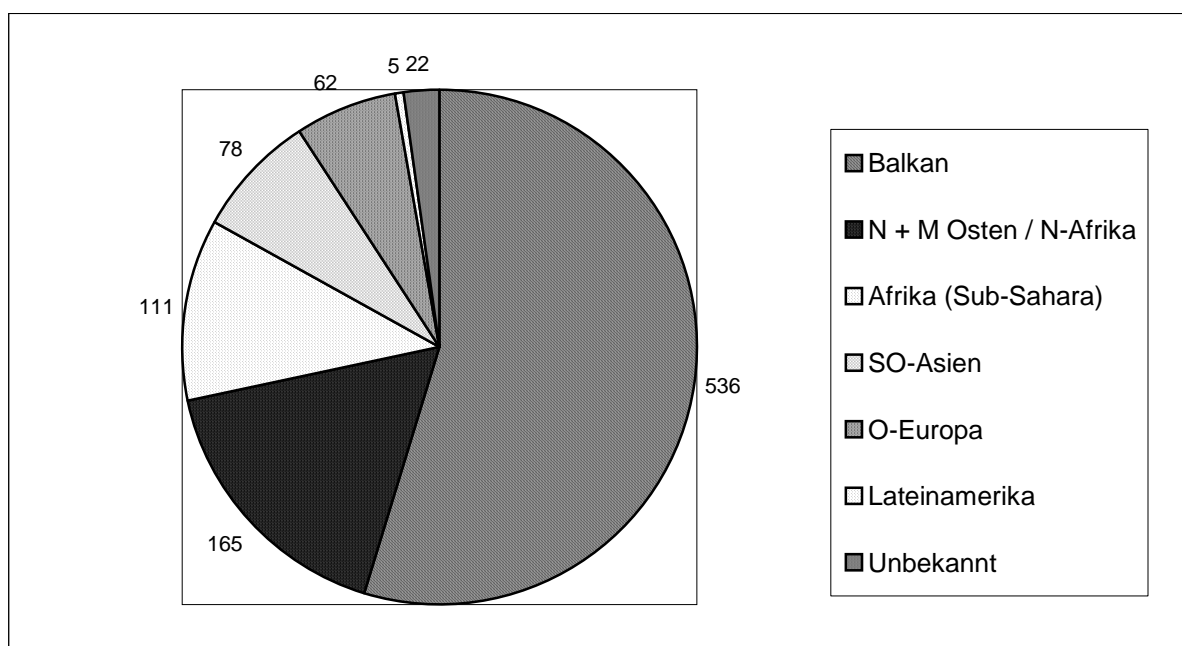
Familienstand	Männer	%	Frauen	%
Ledig	224	37.1	102	27.2
verheiratet	90	14.9	110	29.3
verwitwet	0	0	9	2.4
geschieden	4	0.7	6	1.6
getrennt	0	0	2	0.5
unbekannt/keine Angabe	286	47.3	146	39.0
Total	604		375	

3.1.3 Herkunft

Vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2003 waren insgesamt 979 Asylsuchende über das Projekt A-Care versichert. Die versicherten Asylsuchenden kamen weltweit aus 52 Ländern. Die Mehrzahl der Untersuchten stammt aus Serbien und Montenegro, wozu in der Beobachtungsperiode auch Kosovo gezählt hat, und aus Bosnien und Herzegowina. Die zweitgrösste Gruppe kommt aus der Türkei und dem Irak.

Zur besseren Anschaulichkeit wurden die Asylsuchenden in 6 verschiedene Herkunftsregionen zusammengefasst: (1) Balkan, (2) Naher- und Mittlerer-Osten, sowie Nord-Afrika, (3) Sub-Sahara-Afrika, (4) Süd-Ost-Asien (5) Ost-Europa, (6) Lateinamerika. Diagramm 6 zeigt die Aufteilung der Asylsuchenden nach Herkunftsregion.

Diagramm 6: A-Care-Kollektiv nach Herkunftsregion (n = 979)



Asylsuchende aus der Herkunftsregion Balkan bildeten mit 536 Personen (55%) die grösste Gruppe innerhalb des A-Care Kollektivs. Den grössten Anteil innerhalb dieser Gruppe Balkan bildeten Asylsuchende aus Serbien und

Montenegro, gefolgt von Asylsuchenden aus Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Mazedonien und Albanien (für die genauen Zahlen siehe Tabelle A1 im Anhang).

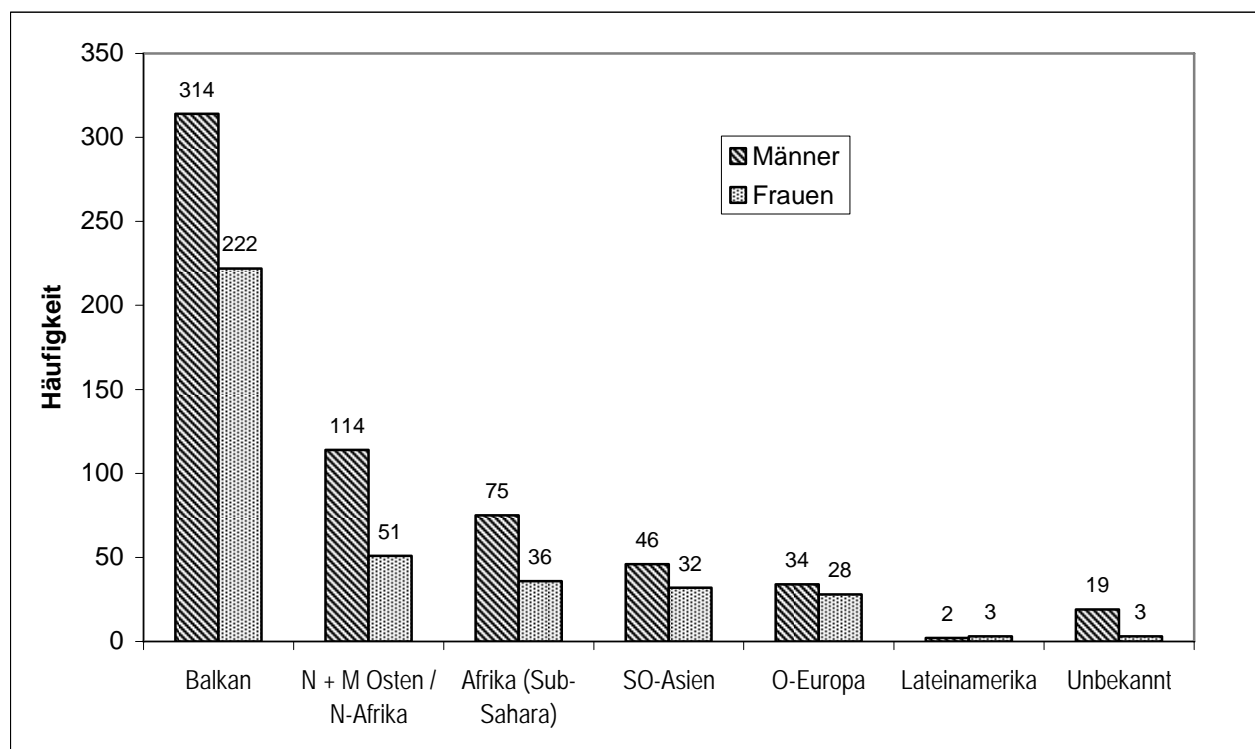
Asylsuchende aus dem Nahen und Mittleren Osten und Nord-Afrika waren mit 165 (17%) die zweitgrösste Gruppe in der Kategorie Herkunftsregion. Innerhalb dieser Gruppe waren Asylsuchende aus der Türkei die grösste Gruppe, gefolgt von Asylsuchenden aus dem Irak, Afghanistan, Pakistan, Iran, Libyen, Aserbaidschan, Syrien, Tunesien, sowie aus Kasachstan, Libanon und Marokko (siehe Tabelle A2 im Anhang).

Die Herkunftsregion Afrika (Sub-Sahara) folgte mit 11% an dritter Stelle. Hier war der Anteil von Asylsuchenden aus der Demokratischen Republik Kongo am höchsten, gefolgt von Asylsuchenden aus Angola, Nigeria, Kamerun, Äthiopien, Guinea, Somalia, Sierra Leone, Burundi, Liberia, Sudan sowie Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambia, Guinea-Bissau, Kenia, Mauretanien und Niger (Tabelle A3).

Asylsuchende aus der Herkunftsregion Südost-Asien waren mit 8% im A-Care-Kollektiv vertreten. Die grösste interne Gruppe bildeten Asylsuchende aus Sri Lanka, gefolgt von Asylsuchenden aus China, der Mongolei, Bangladesch, Indien und Vietnam (Tabelle A4).

Aus Ost-Europa kamen 6% der Asylsuchenden. Hier stellte die Gruppe der Armenier den grössten Anteil, gefolgt von Asylsuchenden aus der Ukraine, Georgien, Russland, Belarus, Litauen und Moldawien (Tabelle A5). Aus Lateinamerika kamen insgesamt 5 (0.5%) Asylsuchende. Vier Asylsuchende kamen aus Ecuador, ein Asylsuchender kam aus Kolumbien (Tabelle A6). Von 22 Asylsuchenden war das Herkunftsland nicht bekannt, oder sie wurden als staatenlos registriert. Diagramm 7 zeigt die Geschlechtsverteilung des A-Care-Kollektivs pro Herkunftsregion.

Diagramm 7: Geschlechtsverteilung des A-Care-Kollektivs nach Herkunftsregion (n=979)



3.1.4 Religionszugehörigkeit

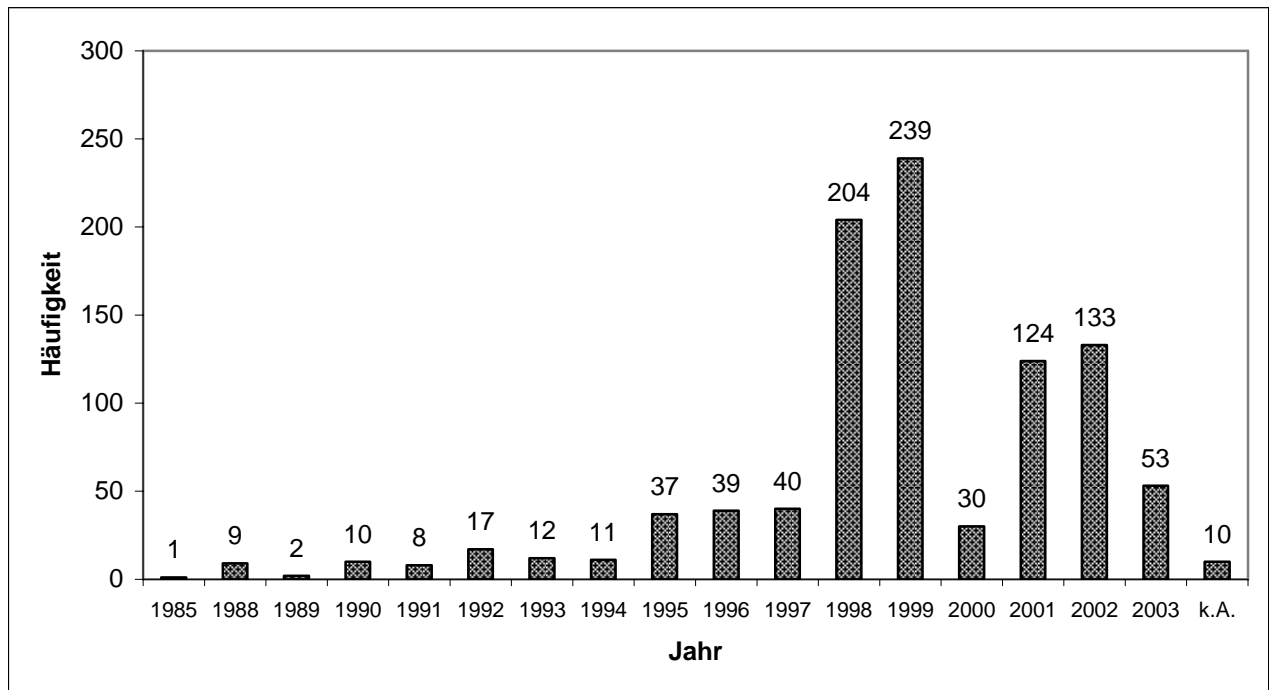
Da es zu 76% der Asylsuchenden keine Angaben über deren Religionszugehörigkeit gibt, ist eine aussagekräftige statistische Auswertung dieser Variablen nicht möglich. Auffallend ist jedoch, dass von den 233 Asylsuchenden, deren Religionszugehörigkeit bekannt ist, 70% Muslime sind. Die anderen Religionszugehörigkeiten, insgesamt 7%, spielen nur eine untergeordnete Rolle. 0.4% der Asylsuchenden gaben an, atheistisch zu sein.

3.1.5 Asylgesuche von A-Care-PatientInnen

In Diagramm 8 wird der Zeitpunkt der Beantragung des Asylgesuchs der im A-Care-Kollektiv Versicherten dargestellt. Dabei zeigt sich, dass der Grossteil der über das Modell A-Care Versicherten das Asylgesuch in den Jahren 1998/99 (45%) sowie in den Jahren 2001/2002 (26%) gestellt hatte. Das Modell A-Care wurde vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2003 durchgeführt. In dieser Zeit traten 340 Asylsuchende (35%) neu in das A-Care-Kollektiv ein. 629 Asylsuchende (64%) reichten ihr Asylgesuch in den Jahren 1985 bis 1999 ein,

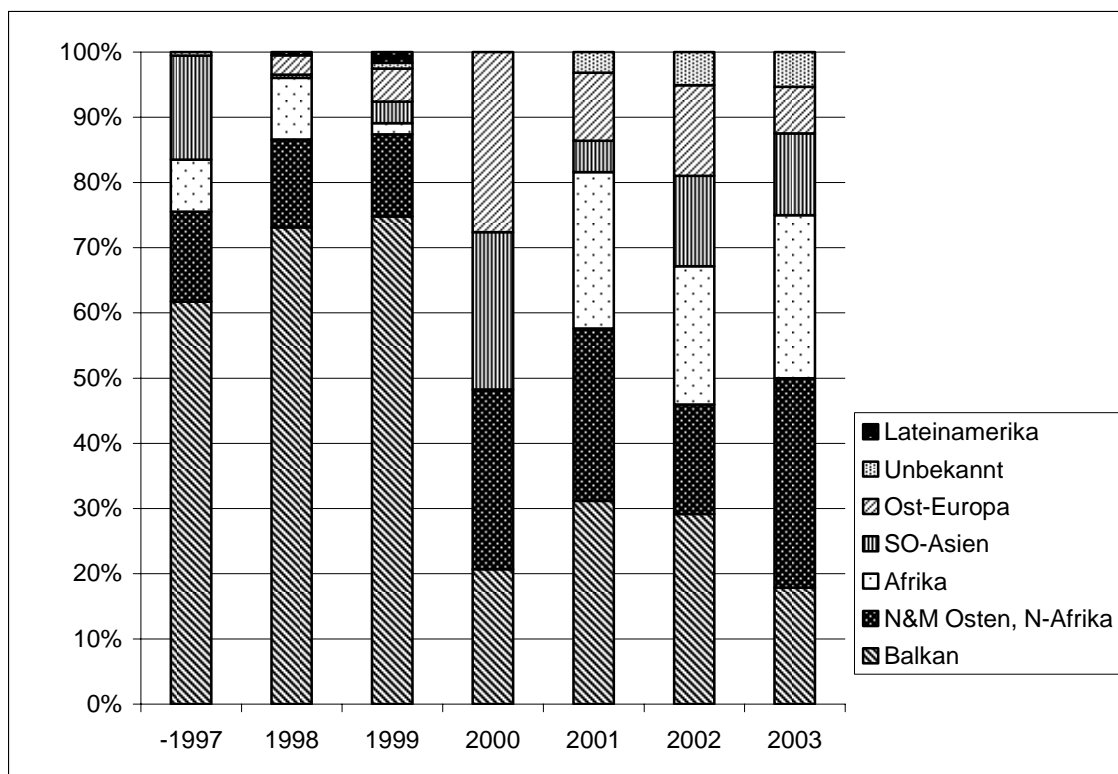
also teilweise lange vor der Einführung des A-Care-Modells. Diese Gruppe war also bereits in der Schweiz und wurde dem A-Care Kollektiv bei dessen Gründung neu zugeteilt.

Diagramm 8: Einreichung des Asylgesuchs von Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs (n=979)



Auffallend sind die grossen Unterschiede der jährlichen Asylgesuchszahlen entsprechend den verschiedenen Herkunftsregionen (siehe Diagramm 9). Bis zum Jahr 1997 (in dieser Kategorie sind Asylgesuche in den Jahren 1985 bis und mit 1997 zusammengefasst) machen Asylsuchende aus dem Balkan (Bosnien-Herzegowina und Kosovo) zwei Drittel aller Gesuche aus, im Jahr 1998 drei Viertel und im Jahr 1999 noch mehr. Im Jahr 2000, also nach dem Ende des Kosovo-Krieges, ging die Zahl der Asylgesuche sowohl aus dem Balkan, als auch aus den anderen Herkunftsregionen, massiv zurück. In den Jahren 2001 und 2002 stieg die Zahl der Gesuche wieder an, nicht zuletzt auch wieder diejenige aus dem Balkan, um dann im Jahr 2003 um mehr als 50% im Vergleich zum Vorjahr wieder zurückzugehen.

Diagramm 9: Asylgesuche pro Jahr nach Herkunftsregion, A-Care-Kollektiv, n=979



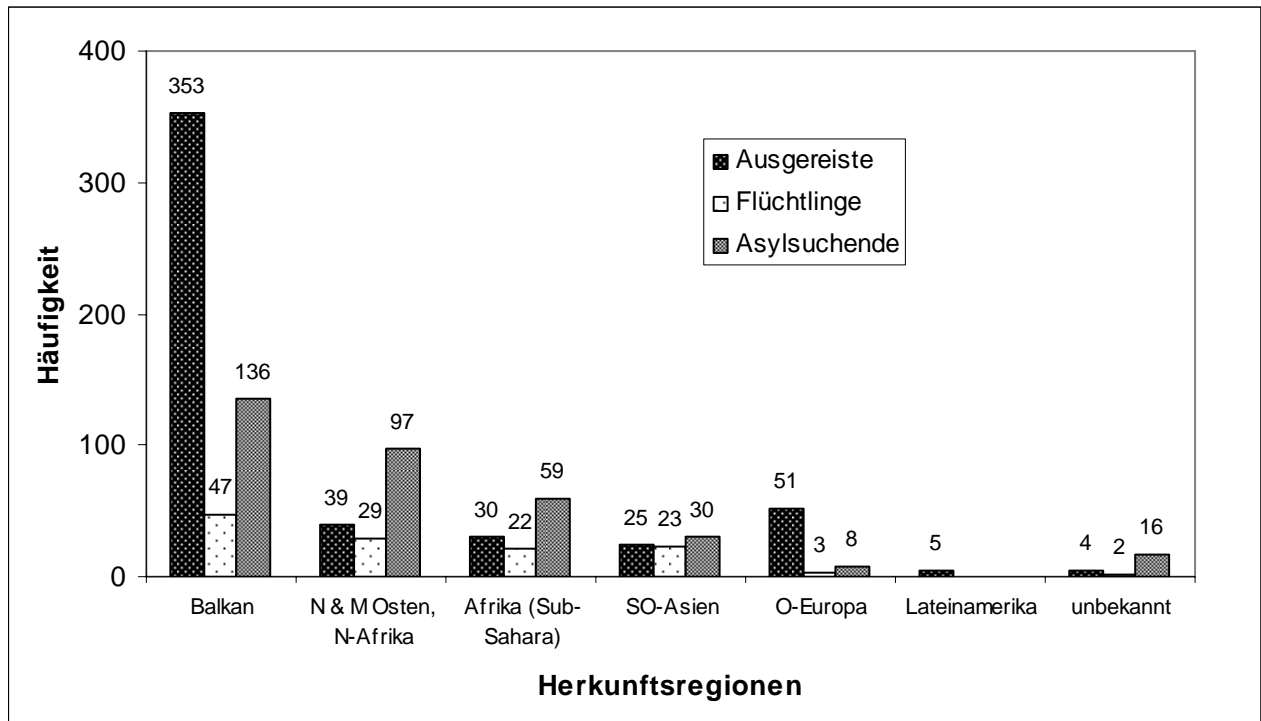
Asylgesuchentscheide

Diagramm 10 zeigt den Asylgesuchentscheid des A-Care-Kollektivs nach Herkunftsregion. Dabei wird zwischen 3 Kategorien unterschieden:

1. Ausgereiste: diese Kategorie umfasst alle Asylsuchenden, die ausgereist, zurückgeschafft oder untergetaucht sind
2. Asylsuchende: diese Kategorie umfasst Asylsuchende, die noch keinen Entscheid zum Asylgesuch erhalten haben und vorläufig Aufgenommene
3. Flüchtlinge: diese Kategorie umfasst Asylsuchende über deren Gesuch ein Entscheid vorliegt und Personen mit kantonaler Regelung, d.h. B- oder C-Bewilligung z.B aufgrund Heirat)

Mit 52% ist über die Hälfte aller Asylsuchenden wieder ausgereist (oder untergetaucht). Bei 13% liegt ein Entscheid durch das BFF vor. 35% der Asylgesuche sind noch nicht entschieden. Die Anteile der „Abgereisten“ sind besonders hoch bei Asylsuchenden des Balkans und Ost-Europas.

Diagramm 10: Asylgesuchentscheide der Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs, nach Herkunftsregion (n=979)



3.2 Leistungen und Leistungskosten des A-Care-Kollektivs

Die Kosten für Gesundheitsleistungen, die durch das A-Care-Kollektiv verursacht wurden, setzen sich aus den Kosten für Leistungen innerhalb der MUP und des USB, sowie den Kosten für die definierten Fremdleistungen zusammen. In Tabelle 3 sind alle medizinischen Leistungen aufgeführt, die von Asylsuchenden über die MUP im USB in Anspruch genommen wurden (bei Leistungen sind Mehrfachnennungen pro Patient möglich).

Auffallend ist, dass die Ausgaben für Medikamente mit über 2.2 Mio. CHF mit deutlichem Abstand am höchsten waren. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen folgen mit Gesamtkosten in Höhe von ca. CHF 643'000. Die Tagestaxen schlugen mit einem Betrag in Höhe von ca. CHF 532'000 zu Buche. Darauf folgen die Kosten für Dialyseleistungen in Höhe von CHF 523'000. Dies ist umso interessanter, als nur zwei Patienten des A-Care-Kollektivs Dialyseleistungen erhalten haben, diese aber 19% der Gesamtkosten verursachen.

Werden die einzelnen Leistungen nach Häufigkeit sortiert, zeigt sich, dass die Kategorie Medikamente (685) den grössten Anteil innerhalb dieser Gruppe bildet, gefolgt von ärztlichen Leistungen (654), Laborleistungen (460), und Einwegmaterial (440). Es wurden 293 Operationen an Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs durchgeführt. Tagestaxen wurden in 191 Fällen verrechnet, d.h. es kam in 191 Fällen zu einer Hospitalisierung von Asylsuchenden.

Tabelle 3: Medizinische USB Leistungen an das A-Care-Kollektiv (n= 795)

Med. Leistungen MUP	Kosten CHF (gesamt)	Anzahl Leistungen
Medikamente	2'217'060.05	685
Ärztliche Leistungen	643'656.50	654
Tagestaxen	532'785.00	191
Dialyse	523'095.25	2
Labor	334'497.95	460
Fallpreispauschalen	202'750.00	38
Radiologie	99'521.15	254
Operationen	54'723.65	293
Sonographie	51'024.15	173
Physiotherapie	31'288.85	88
Intensivstation	29'460.00	13
Einweg-Material	21'611.10	440
Ergotherapie	18'093.95	11
Persönliche Ausgaben	15'327.25	167
Zuschlag	14'000.00	44
Implantate	8'743.35	76
Zahnarzt	2'404.10	16
Eigenleistungen	1'037.40	46
Herzkatheter	1'645.20	25

3.3 Krankheiten

3.3.1 Anzahl ICD-Diagnosen

In diesem Kapitel werden alle vom medizinischen Klinikinformationssystem des USB (ISMED) erfassten Diagnosen dargestellt, und zwar von allen 979 Asylsuchenden. In den maximal 15 Variablen pro Patient sind insgesamt 996 Einträge notiert. Die meisten Personen haben keine oder nur wenige Diagnosen (cf. Tabellen 4 und 5; Tabelle 4 zeigt die durchschnittliche Anzahl Diagnosen auf das ganze Kollektiv gerechnet, Tabelle 5 die durchschnittliche Anzahl auf die Gruppe der 794 Asylsuchenden, die Leistungen erhalten haben).

Tabelle 4: Diagnosen pro Person, n=979

Anzahl Diagnosen pro Person	Anzahl	%
0	432	44.1
1	341	34.8
2	105	10.7
3	44	4.5
4	26	2.7
5	13	1.3
6	6	0.6
7	6	0.6
8	1	0.1
9	2	0.2
11	1	0.1
14	1	0.1
15	1	0.1
Total	979	

Tabelle 5: Diagnosen pro LeistungsbezügerIn, n=794
(definiert als *Totalleistungen > 0*)

Diagnosen pro Person	Anzahl	Anzahl	%
0		248	31.2
1		340	42.8
2		105	13.2
3		44	5.5
4		26	3.3
5		13	1.6
6		6	0.8
7		6	0.8
8		1	0.1
9		2	0.3
11		1	0.1
14		1	0.1
15		1	0.1
Total		794	

Patienten aus dem Nahen und Mittleren Osten, aus Afrika und unbekannter Herkunft haben mehr Diagnosen als andere (siehe Tabelle 6). Im multivariaten Modell, das Alter und Geschlecht berücksichtigt, bleibt dieser Zusammenhang bestehen. Der Schluss liegt nahe, dass der allgemeine Gesundheitszustand in diesen Regionen schlechter ist, als in jenen, deren Asylbewerber weniger Diagnosen aufweisen.

Tabelle 6: Mittlere Anzahl Diagnosen nach Herkunftsregion (n=794)

Region	Mittlere Anzahl Diagnosen
Balkan	1.04
N & M Osten, N-Afrika	1.74
Afrika (Sub-Sahara)	1.44
SO-Asien	1.09
Ost-Europa	1.33
Lateinamerika	0.6
Unbekannt oder Staatenlos	1.45

3.3.2 Häufigste Diagnosen

Die in Tabelle 7 aufgeführten Diagnosen stammen aus der ISMED-Codierung. Sie geben die häufigsten Diagnosen der 794 behandelten Patienten an. Neben depressiven Erkrankungen kommen Kreuzschmerzen, Impfungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) am häufigsten vor.

Tabelle 7: Häufigste ICD-Diagnosen, in Prozent, n=794

Code	%
Z38 (Geburt [Kind])	4.7
M54.5 (Kreuzschmerzen)	3.5
Z26.9 (Impfung)	3.3
O8.9 (Vaginale Geburt [Mutter])	2.9
F43.1 (PTSD)	2.5
F32.9 (Depressive Episode)	2.3
S61 (Verletzungen der Hand)	2.3
S93.5 (Verstauchung der Zehen)	2.3
S (Verletzungen allgemein)	1.9
K3 (Appendizitis)	1.8
G44.2 (Spannungskopfschmerz)	1.6
I1 (Arterielle Hypertonie)	1.5
J6.9 (Grippaler Infekt)	1.5
L2 (Dermatitis oder Ekzem)	1.4
F33.1 (Rezidivierende Depression)	1.3

In folgender Tabelle sind die Diagnosen einer ICD- Kodierungsgruppe zugeteilt.

Tabelle 8: Aufstellung der ICD-Kodierungsgruppen, nach Häufigkeit (n=794)

ICD	Inhalt	Häufigkeit
S00 – T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen	172
Z00 – Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	108
F00 – F99	Psychische und Verhaltensstörungen	91
O00 – O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	81
M00 – M99	Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems und des Bindegewebes	77
K00 – K93	Krankheiten des Verdauungssystems	73
J00 – J99	Krankheiten des Atmungssystems	59
L00 – L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	51
A00 – B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	48
R00 – R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	41
I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	32
N00 – N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	31
H00 – H95	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde / Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	28
G00 –G99	Krankheiten des Nervensystems	26
C00 – D48	Neubildungen / Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	22
D50 – D90	sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	
E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	19
P00 – P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalphase haben	10
V01 – Y98	Äussere Ursachen von Morbidität und Mortalität	4
Q00 – Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	2

Die Reihenfolge der häufigsten Diagnosegruppe ähnelt der Aufstellung der spezifischeren Diagnosen in Tabelle 7. Insgesamt wurden am häufigsten Verletzungsdiagnosen gestellt, gefolgt von der Kodierungsgruppe Z00-Z99. Darunter fallen alle Impfungen und Gesundheits-Check ups im Rahmen der grenzsanitären Untersuchung. Bei den eigentlichen Krankheitsbildern wurden psychische Störungen häufig diagnostiziert, gefolgt von Erkrankungen des muskulo-skelettalen Systems. Daneben wurden schwangere Frauen, Wöchnerinnen und Neugeborene medizinisch betreut.

3.3.3 *Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit zwischen A-Care-Kollektiv und Vergleichsgruppe*

In diesem Abschnitt werden einige ausgewählte Häufigkeitsvergleiche angestellt, und zwar zwischen dem A-Care-Kollektiv und einer Vergleichsgruppe von MUP-PatientInnen (Angaben zu dieser Vergleichsgruppe sind im Anhang zu finden).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind unter den Asylsuchenden (27 [3%]) selten, da es sich um eine junge Population handelt. Die MUP-Patienten, die wesentlich älter sind, erhalten diese Diagnose häufiger (34 [18%]).

Psychische Probleme und Erkrankungen (ICD-10: F)

Asylsuchende sind häufig psychischen Belastungen ausgesetzt, die zu psychischen Störungen Anlaß geben können. Unter den Asylbewerbern erhalten 70 (7%) eine psychiatrische Diagnose (siehe Tabelle 9), beim Vergleichskollektiv sind es 16 (9%). Die Tabelle zeigt, daß Asylsuchende aus bestimmten Regionen häufiger Diagnosen psychischer Beeinträchtigung erhalten. Die Unterschiede liegen an der statistischen Signifikanzgrenze ($\chi^2=12.3$, $p=0.06$).

Tabelle 9: Anzahl psychischer Erkrankungen nach Herkunft

Herkunft	Anzahl	%
Balkan	33	6.2
N & M Osten, N-Afrika	20	12.1
Afrika (Sub-Sahara)	6	5.4
SO-Asien	2	2.6
Ost-Europa	6	9.7
Lateinamerika	0	0
Unbekannt oder Staatenlos	3	13.6

Eine Diagnose des psychischen Formenkreises erhöht wesentlich die Kosten. Die medianen monatlichen Kosten für Asylbewerber mit diagnostizierter psychischer Beeinträchtigung betragen 369.92 CHF, solche ohne derartige Diagnosen kosten 87.84 CHF (Mann-Whitney-Test, $z=6.7$, $p<0.001$).

Infektions- und Tropenkrankheiten

Infektions- und Tropenkrankheiten sind seltene Diagnosen. Malaria, Hepatitis B (B18) und Syphilis sind elektronisch nicht aufgeführt. Sechs Asylbewerber haben Tuberkulose, 3 HIV/AIDS. Ein MUP-Patient aus der Vergleichsgruppe litt ebenfalls an der Immunschwäche.

3.3.4 Konsultationen und Spitalbesuche

Das Diagramm 11 zeigt die die gesamte Anzahl Konsultationen und Spitalbesuche der A-Care Versicherten pro Monat während der vierjährigen Beobachtungsperiode. Die Kurve zeigt einen überraschenden Verlauf: eine Abnahme der Sprechstundenzahl Ende 2002, und einen rapiden Anstieg Anfang 2003, sowie eine erneute Abnahme Ende 2003. Das Diagramm 12 zeigt die gesamten monatlichen Konsultationen und Spitalbesuche der Patientengruppen je nach Herkunftsregion. Zu beachten sind hier die Unterschiede in der Konsultationshäufigkeit bei Personen aus dem Balkan.

Diagramm 11: Anzahl Konsultationen von Asylsuchenden pro Monat (2000-2003)

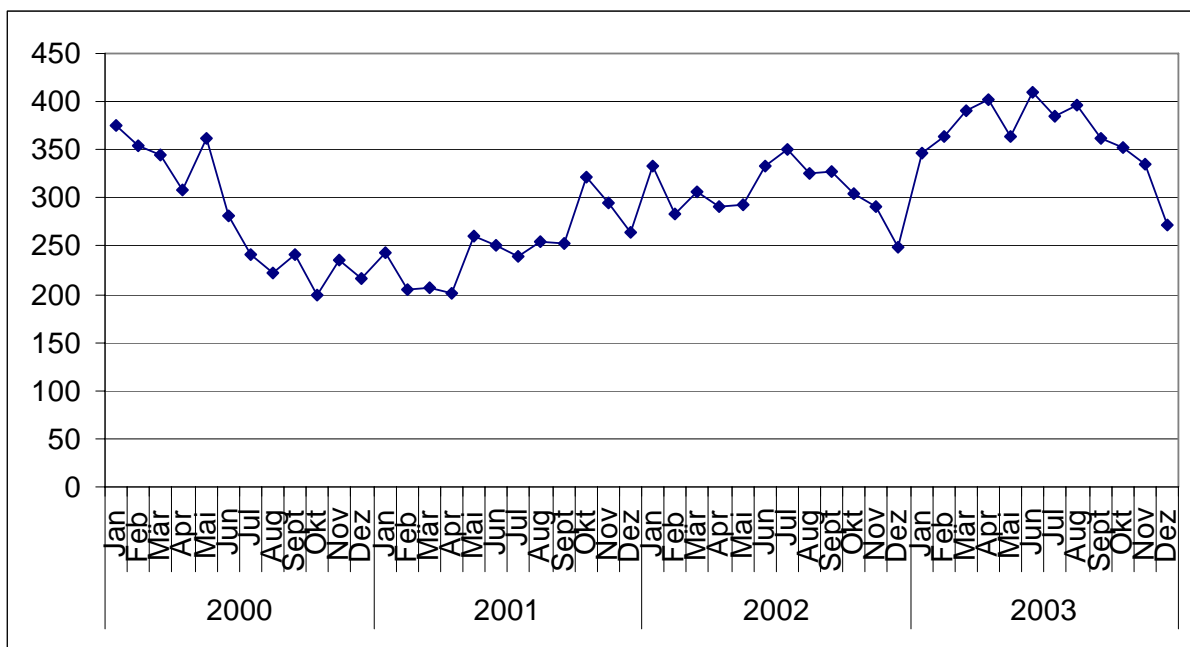
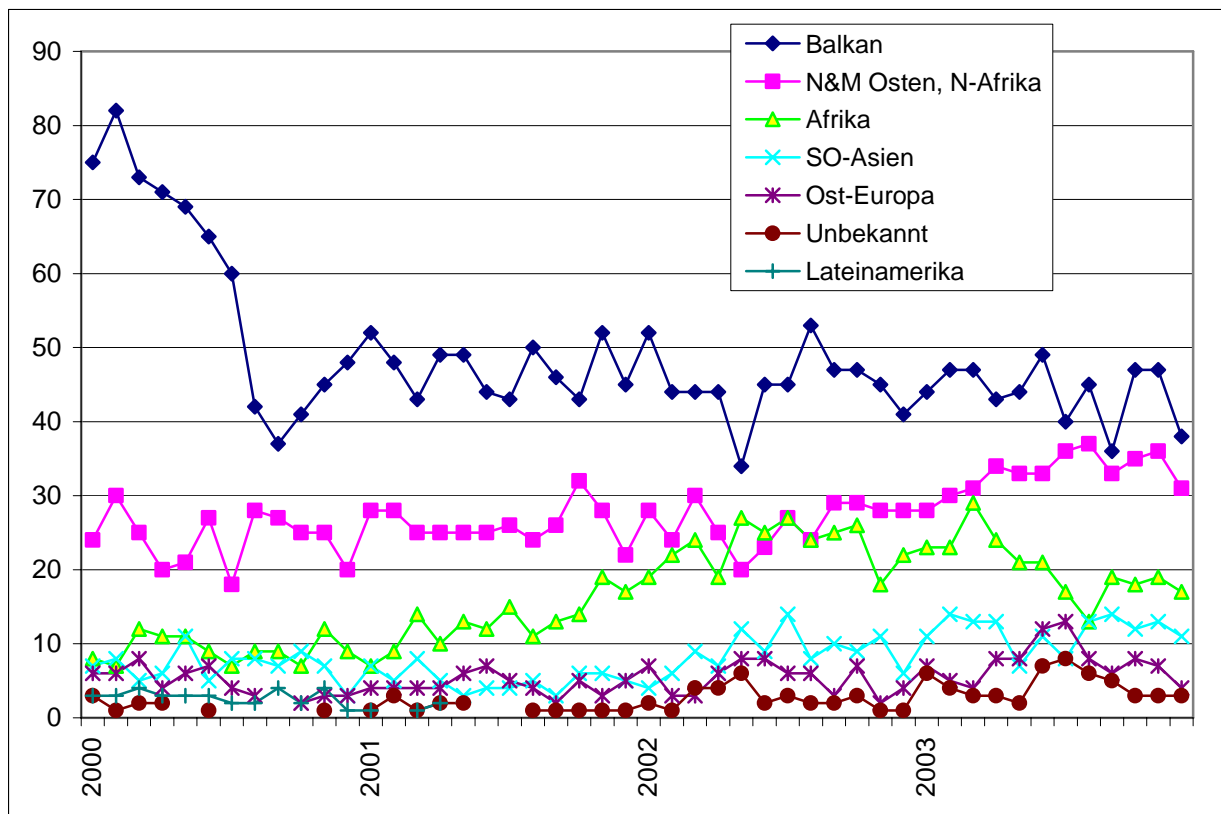


Diagramm 12: Anzahl Konsultationen von Asylsuchenden zwischen 2000 und 2003, nach Herkunftsregion



Die nächsten Diagramme zeigen in der Übersicht, welche A-Care-Versicherten

- medizinische Leistungen über die A-Care-Versicherung in Anspruch nahmen: siehe Diagramm 13
- an die Medizinisch-Universitäre Poliklinik (MUP) zur Konsultation kamen: siehe Diagramm 14
- in der Universitären Frauenklinik (UFK) betreut wurden (Frauen und in der UFK geborene Kinder) : siehe Diagramm 15
- an die Psychiatrische-Universitäre Poliklinik überwiesen wurden: siehe Diagramm 16

Für diese Übersichtsdiagramme wurde die Aufteilung nach Regionen beibehalten, und jeweils das Total des A-Care-Kollektivs beigefügt.

Diagramm 13: Anteil von Asylsuchenden, die A-Care-Leistungen erhielten

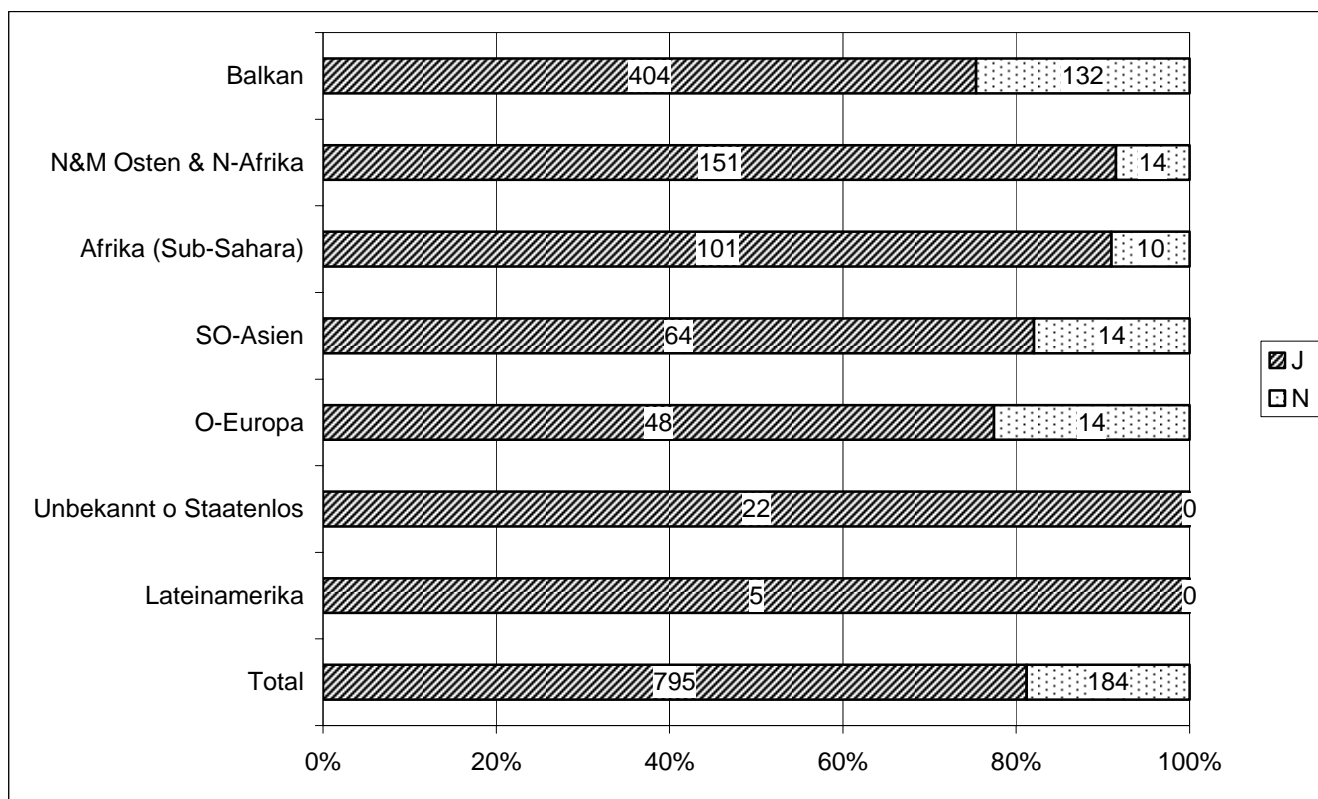


Diagramm 14: Anteil von Asylsuchenden, die in der MUP behandelt wurden

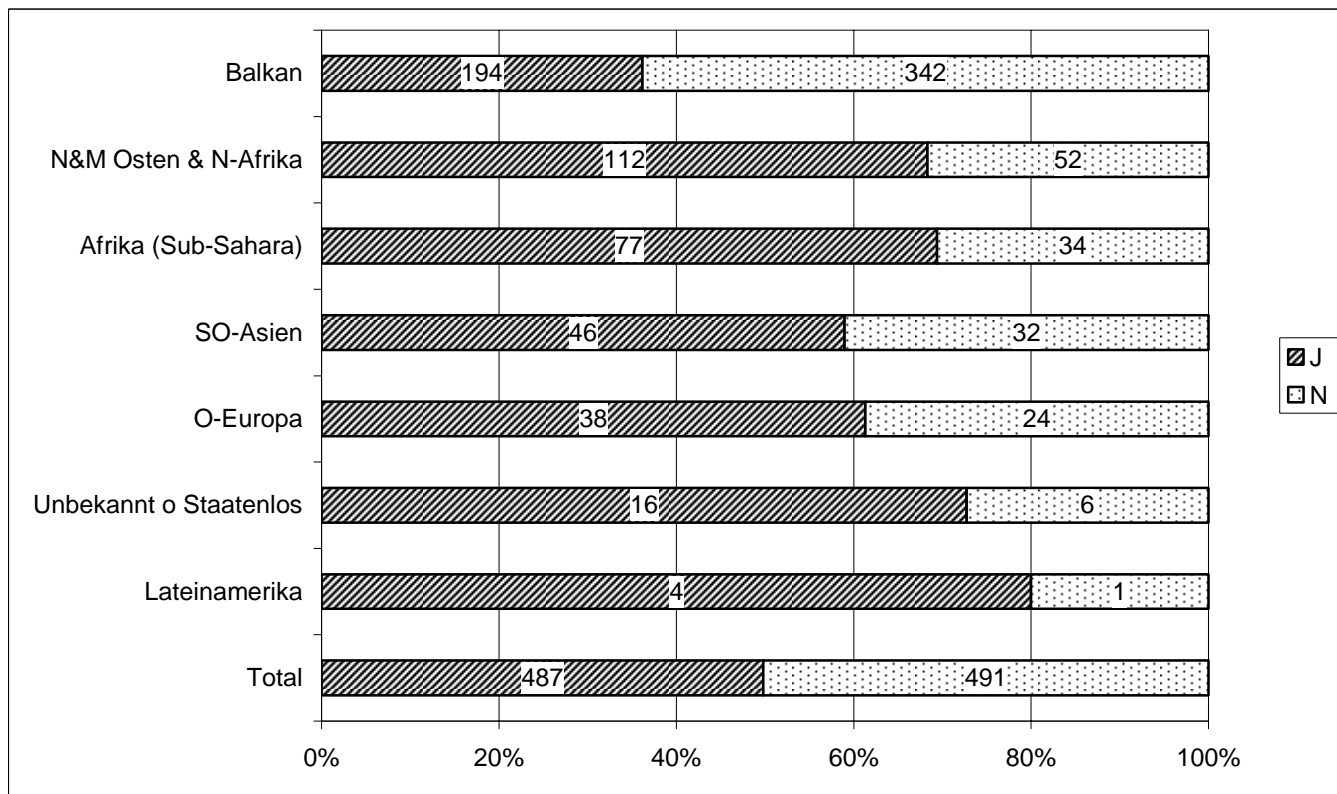


Diagramm 15: Anteil von Asylsuchenden, die in der UFK behandelt wurden

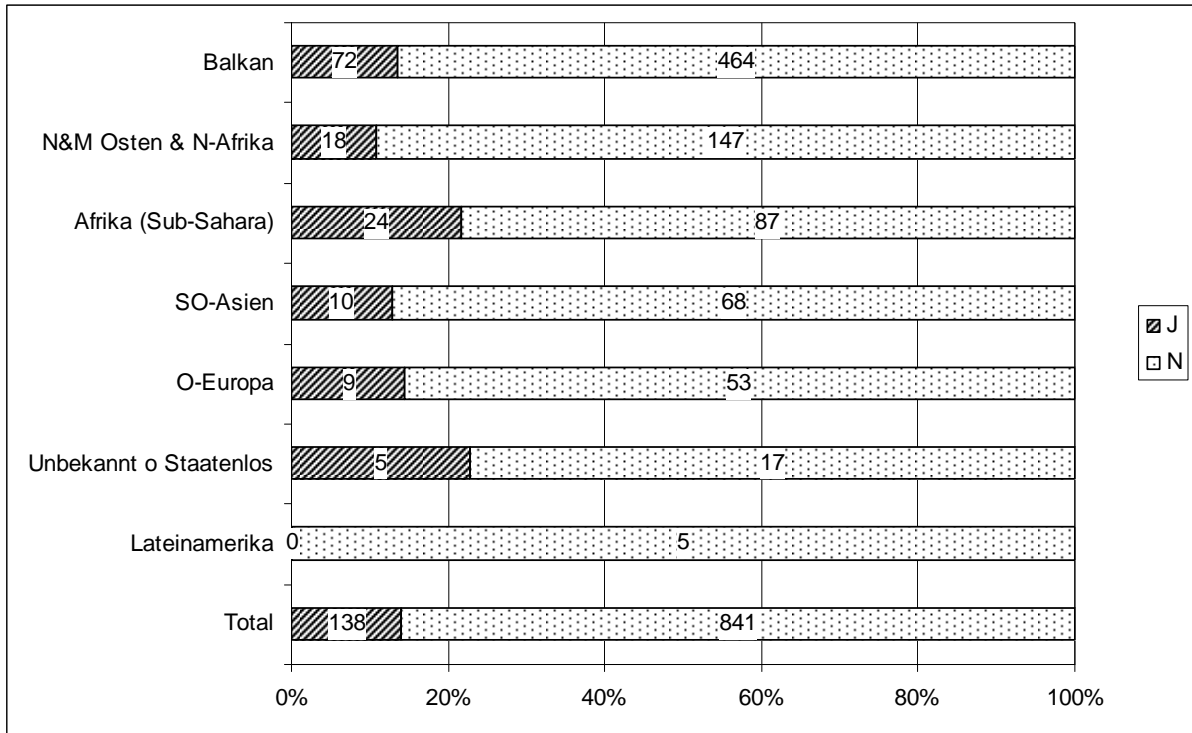
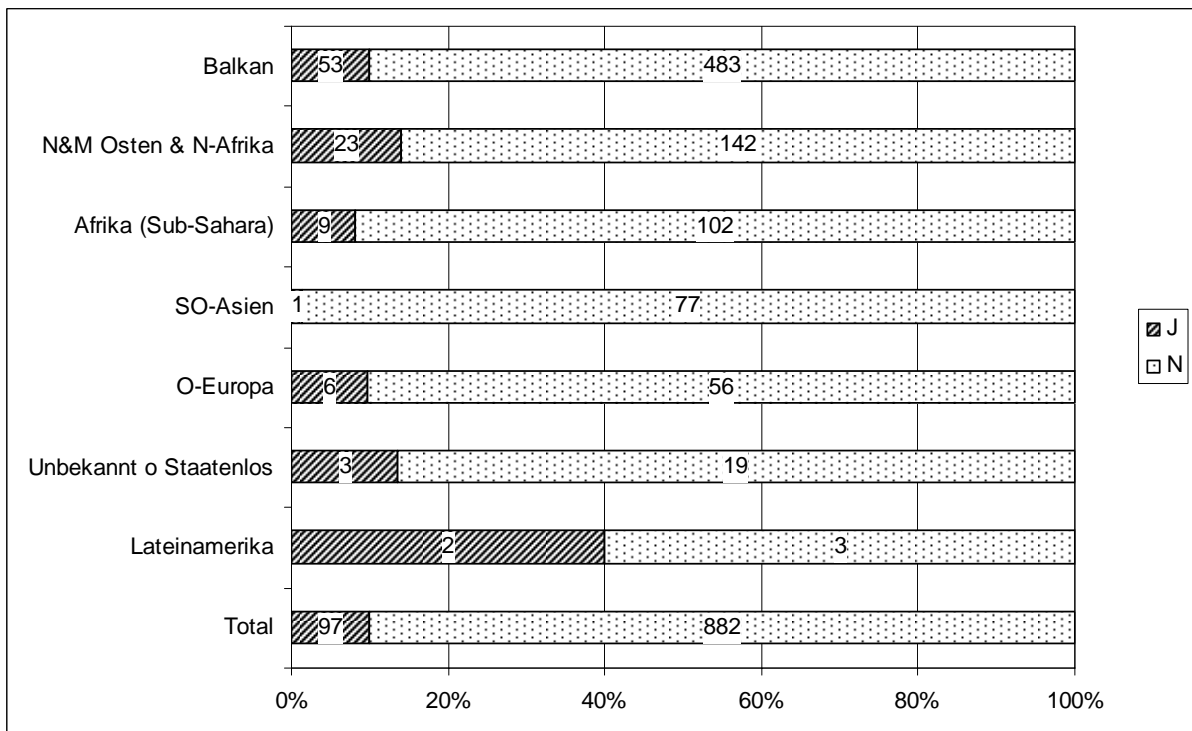


Diagramm 16: Anteil von Asylsuchenden, die in der PUP behandelt wurden



3.4 Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden

3.4.1 *Kosten des A-Care-Kollektivs insgesamt*

Bevor die Kosten für einzelne Asylsuchende näher untersucht werden, sollen hier die wichtigsten Gesamtbeträge im Überblick dargestellt werden. Die Gesamtkosten für das A-Care-Kollektiv, das heisst der zwischen 2000 und 2003 A-CARE-versicherten Personen betragen CHF 4'322'413. Dieser Betrag kann unterteilt werden in Leistungen, die am USB erbracht wurden (in der MUP oder in einigen Fällen in einer anderen Abteilung) und in Fremdleistungen, die ausserhalb des USB erbracht wurden, aber ebenfalls vom A-Care-Projekt finanziert wurden. Die USB Leistungen betragen CHF 2'777'006.- und die Fremdleistungen CHF 1'545'407. Die durchschnittlichen Kosten pro Person können auf zwei Weisen berechnet werden, entweder indem man diese Beträge durch die Anzahl aller A-Care-Versicherten (n=979) teilt, oder nur durch diejenigen, die auch wirklich Leistungen bezogen (n=794). Die Beträge sind in der Tabelle 10 aufgelistet.

Tabelle 10: Kosten von Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs

Leistungen	Durchschnittliche Kosten (gerundet)
Durchschnittliche Kosten pro A-Care versicherte Person, n=979	CHF 4'429.-
Durchschnittliche Kosten pro A-Care Leistungsempfänger, n=794	CHF 5'461.-
Durchschnittliche USB-Kosten pro A-Care-versicherte Person, n=979	CHF 2'850.-
Durchschnittliche USB-Kosten pro A-Care Leistungsempfänger, n=794	CHF 3515.-
Durchschnittliche Fremdleistungs-Kosten pro A-Care-versicherte Person, n=979	CHF 1'585.-
Durchschnittliche Fremdleistungs-Kosten pro A-Care Leistungsempfänger, n=794	CHF 1'952.-

3.4.2 *Kosten erwachsener A-Care-PatientInnen*

In diesem Unterkapitel sind in den Berechnungen jeweils alle Kosten pro Asylsuchender eingeschlossen (d.h. USB- und Fremdleistungskosten). Die 289 Kinder (<18 Jahren), welche Leistungen bezogen haben, sind in den folgenden

Berechnungen ausgeschlossen. Mit eingeschlossen bleiben Personen, die keine Kosten hervorgerufen haben (d.h. zwar als A-Care-Patienten erfasst sind, aber nie Leistungen bezogen); siehe Tabelle 11.

Für Frauen betragen die mittleren Kosten 6'365.21 CHF, für Männer 5'352.01 CHF. Nach Herkunftsregionen aufgeschlüsselt, ergibt sich folgendes Bild (allerdings nicht für das Alter standardisiert): Es scheint, daß Personen aus dem Balkan weniger häufig Kosten verursachen (siehe Tabelle 16). Wertet man aber die Kosten nach Region unabhängig vom Geschlecht aus, findet sich kein statistischer Zusammenhang.

Tabelle 11: Kosten erwachsener A-Care-PatientInnen, nach Herkunftsregion (n=641)

Region	Anzahl Männer	Mediane Kosten (CHF)	Anzahl Frauen	Mediane Kosten (CHF)
Balkan	198	158.95	123	2'275.10
N & M Osten, N-Afrika	93	978.20	36	5'188.90
Afrika (Sub-sahara)	48	842.95	27	6'101.90
SO-Asien	34	456.95	22	1'200.55
Ost-europa	25	551.40	18	3'169.30
Unbekannt oder staatenlose	11	1'130.45	2	2'097.80
Lateinamerika	1	(4'285.70)	3	831.95

3.4.3 Kosten und Aufenthaltsdauer

Die Kosten sind unterteilt in: a) Leistungen, die im Universitätsspital Basel (USB) erbracht wurden, b) Leistungen anderer Gesundheitseinrichtungen wie Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheken (sogenannte Fremdleistungen) und c) totale Kosten als Summe der vorangehenden.

Die mittlere Aufenthaltsdauer der Asylsuchenden im A-Care-Kollektiv betrug etwas weniger als 8 Monate. Die Versicherung durch A-Care ist deshalb auf diese Zeit beschränkt. Die Kosten werden daher auf einen Monat berechnet. Die genaue Aufenthaltsdauer ist allerdings nur bei 623 (64%) erwachsenen Asylsuchenden bekannt.

Die Kosten sind in der Währung des Schweizer Frankens angegeben. Weil die Daten schief verteilt sind, enthalten die Tabellen sowohl den Mittelwert (Summe aller Werte geteilt durch Anzahl Werte) als auch den Median (Wert, unter dem die Hälfte und über dem die andere Hälfte der Werte liegen). Der

Mittelwert wird von wenigen, hohen Werten stärker beeinflusst als der Median und kann daher zu Überschätzungen Anlaß geben (siehe Tabellen 12, 13,14).

Um Vergleiche mit einer Gesamtbevölkerung anzustellen, sind alle Asylsuchende berücksichtigt, auch solche, die keine Kosten verursacht haben. Für den Vergleich mit der Kontrollgruppe, die die Poliklinik als “Hausarzt“ konsultieren, werden dann nur jene Asylsuchende berücksichtigt, die tatsächlich das Gesundheitswesen in Anspruch genommen haben.

Tabelle 12: Totale Kosten des A-Care-Kollektivs während des ganzen Aufenthaltes

	Alle Leistungen	USB	Fremdleistungen
N	979	979	977
Mittelwert	4429.43	2850.88	1582.04
Median	811.35	229.15	154.20

Tabelle 13: Kosten pro Monat nach Geschlecht

(nur erwachsene A-Care Versicherte mit bekannter Aufenthaltsdauer, n= 623)

Geschlecht		Alle Leistungen	USB	Fremdleistungen
Männlich	<i>n</i>	401	401	220
	Mittelwert	197.39	140.37	103.94
	Median	34.2	5.52	37.51
Weiblich	<i>n</i>	222	222	161
	Mittelwert	278.52	191.97	119.34
	Median	90.36	24.87	34.14

Tabelle 13 zeigt, dass die Gesundheitskosten für A-Care versicherte Frauen und Mädchen höher liegen als für die versicherten Männer und Knaben. (Mann-Whitney Test: $z=-4.9$, $p<0.001$). Dieser Unterschied erklärt sich weitgehend durch die gynäkologischen und geburtshilflichen Leistungen, die vor allem die jüngeren asylsuchenden Frauen in Anspruch nehmen.

Tabelle 14: Kosten pro Monat des A-Care-Kollektivs nach Altersgruppen
(Kinder und erwachsene Asylsuchende, n=878)

Altersgruppe		Alle Leistungen	USB	Fremdleistungen
<18 Jahre	<i>n</i>	280	280	280
	Mittelwert	296.92	64.70	232.22
	Median	73.44	0	40.40
18-25 Jahre	<i>n</i>	222	222	222
	Mittelwert	264.78	223.19	41.59
	Median	80.06	62.90	1.26
26-59 Jahre	<i>n</i>	364	364	362
	Mittelwert	393.39	308.47	85.45
	Median	141.31	95.28	12.94
>60 Jahre	<i>n</i>	12	12	12
	Mittelwert	610.80	384.03	226.77
	Median	402.63	133.60	201.12

Die monatlichen vollständigen Kosten sind höher für ältere Asylbewerber. Diese Beziehung ist statistisch signifikant (Kruskal-Wallis Test, $\chi^2=27.6$, $p<0.001$). Die Kosten am USB sind ebenfalls höher für Asylbewerber höherer Altersgruppen, während die Kosten an anderen Gesundheitseinrichtungen auch für Kinder hoch sind.

Diagramm 17 zeigt, dass die monatlichen Gesamtkosten mit dem Alter ansteigen (Lineare Regression: Erhöhung pro Lebensjahr 4.65 CHF, 95%-Vertrauensintervall 0.27–9.02). Das Diagramm lässt einen extremen Wert (18'195 CHF, Dialyse) weg. Der Gesundheitszustand älterer Asylsuchender ist meist schlechter, was die zahlreicheren Diagnosen unterstreichen.

Diagramm 17: Monatliche Kosten des A-Care-Kollektivs nach Alter (n=979)

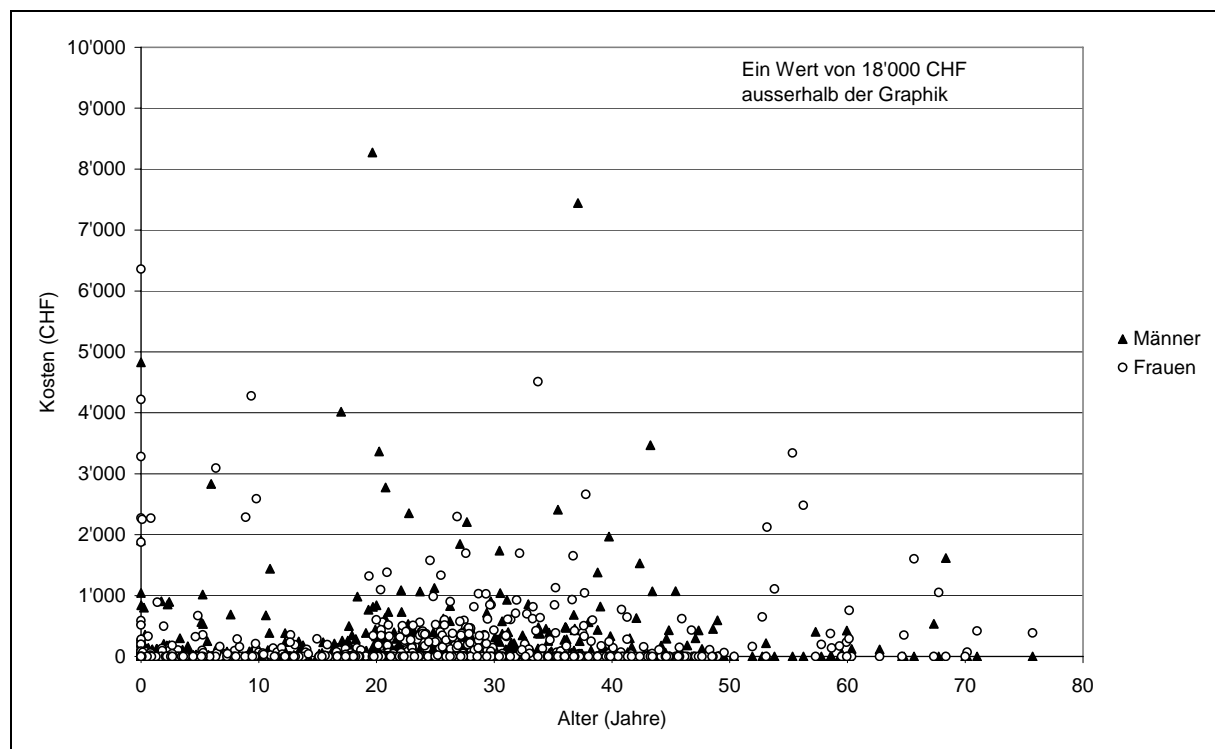
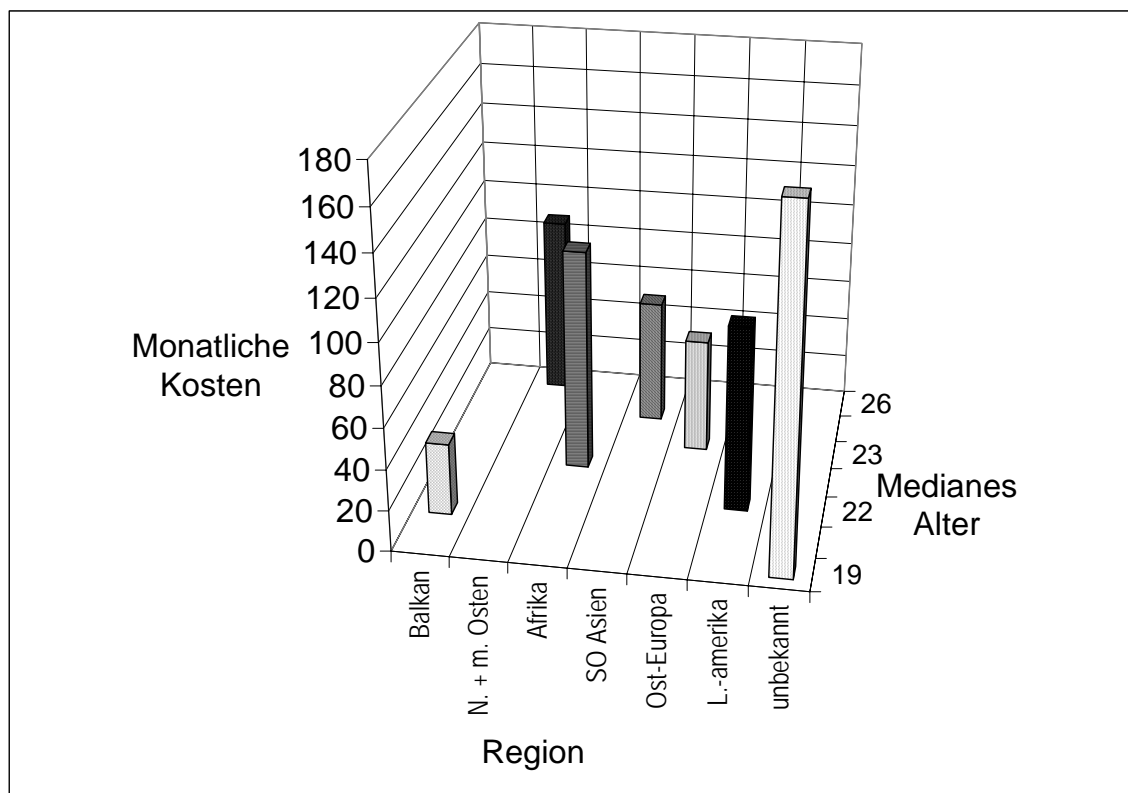


Tabelle 15: Kosten pro Monat des A-Care-Kollektivs, nach Herkunft (erwachsene Asylsuchende mit bekannter Aufenthaltsdauer, n=623)

Herkunft		Alle Leistungen	USB	andere
Balkan	<i>n</i>	390	390	234
	Mittelwert	223.36	163.13	100.39
	Median	35.26	0	35.29
N + M Osten, N-Afrika	<i>n</i>	78	78	48
	Mittelwert	286.36	178.61	175.1
	Median	87.59	44.62	25.72
Afrika	<i>n</i>	52	52	38
	Mittelwert	245.29	178.66	91.18
	Median	108.36	62.22	47.96
SO Asien	<i>n</i>	51	51	30
	Mittelwert	159.66	99.64	102.03
	Median	60.85	35.95	54
Ost-Europa	<i>n</i>	42	42	23
	Mittelwert	182.26	118.36	116.69
	Median	55.9	23.15	36.46
Lateinamerika	<i>n</i>	3	3	3
	Mittelwert	142.43	102.14	40.29
	Median	90.6	37.3	29
Unbekannt o Staatenlos	<i>n</i>	7	7	5
	Mittelwert	365.35	243.41	170.72
	Median	172.78	27.89	29.35

Der statistische Vergleich nach Herkunft zeigt, daß die medianen totalen Kosten unterschiedlich sind (Kruskall-Wallis, $\chi^2=23.6$, $p<0.001$). Allerdings machen die teilweise kleinen Fallzahlen die Interpretation schwierig (siehe Tabelle 15). Das mediane Alter ist unterschiedlich je nach Herkunft (siehe Diagramm 18). Dennoch vermag es nicht die unterschiedlichen medianen Kosten zu erklären.

Diagramm 18: Monatliche Kosten des A-Care-Kollektivs nach medianem Alter (n=979)



3.4.4 Kosten nach Leistungskategorie

Die Krankenkassen unterteilen die Kosten in a) "Arzt ambulant", b) "Spital ambulant", c) "Spital stationär", d) "Medikamente" und e) "Übrige Leistungen". Hier sind die Mittelwerte und Mediane der auf ein Jahr gerechneten Kosten aufgeführt (siehe Tabelle 16). Berücksichtigt sind nur Versicherte, die Leistungen bezogen haben.

Tabelle 16: Kosten des A-CARE-PatientInnen, nach Leistungskategorie

Altersgruppe		Arzt ambulant	Spital ambulant	Spital stationär	Medi- kamente	Übrige Lei- stungen	Total
<18 Jahre	<i>n</i>	282	282	282	282	282	
	Mittelwert	528.96	186.15	138.16	354.59	1302.73	2510.59
	Median	228.28	0	0	131.25	295.05	654.58
18-25 Jahre	<i>n</i>	181	181	181	181	181	
	Mittelwert	860.83	2648.88	1039.07	620.90	554.73	5724.41
	Median	289.80	339.05	0	105.15	0	734
26-59 Jahre	<i>n</i>	318	318	318	318	318	
	Mittelwert	1533.13	3416.57	1665.38	1566.63	827.43	9009.14
	Median	607.35	576.67	7.80	215.4	0	1407.22
>60 Jahre	<i>n</i>	13	13	13	13	13	
	Mittelwert	2702.37	6960.37	6729.57	4958.64	5938.52	27289.47
	Median	1560	2410.20	117	4688.90	1795.60	10571.70

3.4.5 *Multivariate Kostenanalyse*

Mit einer multiplen Regression kann man den gemeinsamen Einfluß von Alter, Herkunft und Geschlecht auf die vollständigen Leistungen beurteilen. Die monatlichen vollständigen Leistungen sind vom Alter abhängig (Erhöhung pro Altersjahr 2.23 CHF, 95%-Vertrauensintervall 0.23–8.98). Der Einfluß der Herkunft und des Geschlechtes bleibt nicht erhalten ($p=0.59$). Das Geschlecht hat einen Einfluss, der allerdings die Signifikanz nicht erreicht ($p=0.08$).

3.4.6 *Kostenvergleich mit Vergleichsgruppe*

Sind die monatlichen medizinischen Kosten des A-Care-Kollektivs höher oder tiefer als die einer Vergleichsgruppe? Das Kollektiv derjenigen MUP-PatientInnen, die zwischen 2000 und 2003 zur MUP kamen und die MUP als Hausarzt konsultieren, dient für die Berechnungen als Vergleichsgruppe. Sie umfasst 189 Personen. Deren demographische Angaben und Zusammensetzung sind im Anhang beschrieben.

Die Patienten, die die MUP als “Hausarzt” haben, sind älter als die Asylbewerber (median 52 vs 27 Jahre). Ihre Beobachtungszeit ist länger (Median 40 1/2 vs 8 Monate). Die Tabelle 17 zeigt die Totalkosten pro Monat (in der Gruppe der Asylsuchenden sind nur diejenigen enthalten, die in der MUP Leistungen beansprucht haben):

Tabelle 17: Totalkosten pro Monat von Asylsuchenden, verglichen mit der Vergleichsgruppe

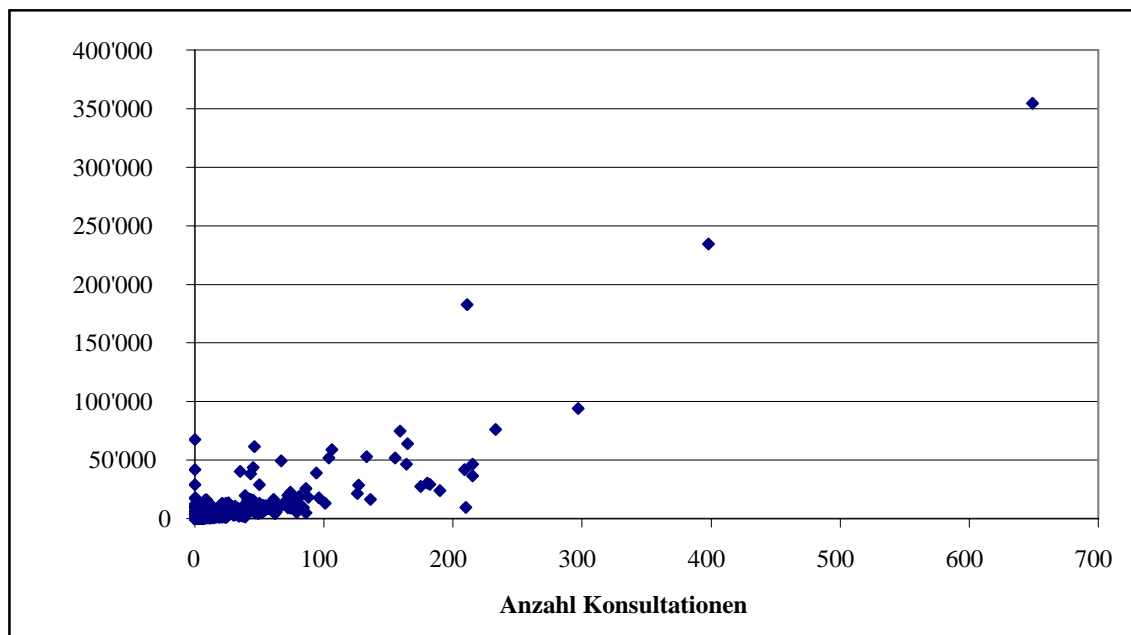
Altersgruppe		Vergleichsgruppe (MUP- PatientInnen)	Asylsuchende PatientInnen
18-25 Jahre	<i>n</i>	3	176
	Mittelwert	3495.07	333.98
	Median	3351.13	144.15
26-59 Jahre	<i>n</i>	117	302
	Mittelwert	1010.18	474.15
	Median	458.87	204.02
>60 Jahre	<i>n</i>	53	12
	Mittelwert	631.10	610.80
	Median	330.09	402.63

Als jüngere Patienten kosten die MUP-PatientInnen (d.h. die Vergleichsgruppe) mehr als Asylsuchende. Mit zunehmendem Alter gleichen sich die Kosten an. In der multivariaten Analyse bleiben die monatlichen Kosten für Asylbewerber niedriger, während der Einfluß des Alters seine statistische Signifikanz verliert.

3.4.7 Kosten und Konsultationen

Die Kosten nehmen erwartungsgemäß mit der Anzahl Konsultationen zu ($R^2=0.72$, $p<0.001$), siehe Diagramm 19.

Diagramm 19: Kostenzunahme entsprechend Anzahl von USB-Besuchen von Asylsuchenden



3.4.8 *Kosten und Anzahl Diagnosen*

Asylbewerber mit mehreren Diagnosen bedeuten höhere Kosten. Pro zusätzliche Diagnose steigen die monatlichen Kosten um 148.26 CHF (95%-Vertrauensintervall 109.55–186.97, $z=7.52$, $p<0.001$). Mehr Diagnosen bedeuten im Allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand, was zu häufigeren Arztbesuchen und einem höheren Medikamentengebrauch führt.

3.4.9 *Kosten und Entscheid des BFF*

Für Personen, die das BFF als „ausgereist“ einteilt, sind die Kosten deutlich niedriger ($F=7.4$, $p<0.001$), wie Tabelle 18 zeigt. Der Grund liegt in der kürzeren Aufenthaltsdauer dieser Menschen.

Tabelle 18: Kosten des ACARE-Kollektivs, nach Entscheid des BFF (n=969)

Entscheid des BFF		Alle Leistungen		
		Alle	USB	andere
Ausgereiste	<i>n</i>	482	482	481
	Mittelwert	1650.04	1146.86	504.50
	Median	218.50	0.09	22.45
Asylsuchende	<i>n</i>	366	366	365
	Mittelwert	8116.13	5063.97	3060.84
	Median	2622.10	714.65	874.80
Flüchtlinge	<i>n</i>	121	121	121
	Mittelwert	4551.56	3086.17	1465.39
	Median	1233.60	353.85	185.05

3.4.10 Zusammenfassung der Kosten

Die Gesamtkosten, die ein Asylsuchender im A-Care Programm hervorgerufen hat, sind im Mittel 4429 CHF bzw. im Median 811 CHF während seines Aufenthalts. Einzelne Leistungen sind sehr teuer, wie das Beispiel der Dialyse zeigt. Andere Asylbewerber hingegen erzeugen gar keine Kosten.

Die einzige demographische Variable, die mit erhöhten Kosten verbunden ist, ist das Alter: Ältere Asylsuchende erzeugen höhere Kosten. Psychische Beschwerden führen ebenfalls zu höheren Kosten, sicherlich wegen der häufigen Kontakte zu verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe fällt auf, dass die asylsuchenden PatientInnen weniger Kosten erzeugen. Diese Aussage bleibt bestehen, wenn man die Berechnungen gemäss dem Alter stratifiziert, da die Kontrollgruppe wesentlich älter ist als die Gruppe der Asylsuchenden. Der Gegensatz zur Beurteilung der Krankenkassen, Asylsuchende seien teurer als andere, gleichaltrige Versicherte, erklärt sich darin, dass die Krankenkassen alle Versicherten – Gesunde und Kranke – zum Vergleich heranzieht. Die hier vorliegende Untersuchung vergleicht jedoch asylsuchende PatientInnen mit PatientInnen der Kontrollgruppe.

Für einen Teil der Asylsuchenden hat die MUP nur die sanitärische Eintrittsuntersuchung durchgeführt. Diese Asylsuchenden können in den Kostenvergleichen nicht von jenen getrennt werden, die als gelegentliche und regelmässige PatientInnen behandelt wurden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe kann diese Heterogenität zur Unterschätzung der Kosten asylsuchender PatientInnen führen. Weitere Gründe für die Unterscheide zwischen Kosten der Asylsuchenden und denjenigen der Vergleichsgruppe konnten im Rahmen dieser Studie nicht eruiert werden.

3.5 Psychosoziale Belastung und Antwort der Medizin

Daten zur psychosozialen Belastung von Asylsuchenden wurden aus dem Studium von Krankengeschichten (KGs) gewonnen. Es wurden dabei 383 Krankengeschichten der Medizinischen Universitätspoliklinik Basel (MUP) studiert, 80 KGs der Universitätsfrauenklinik Basel und 75 KGs der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel (PUP) durchgesehen.

Dabei hat sich herausgestellt, dass die Schwierigkeiten, mit denen das hiesige Gesundheitssystem – vorab die betreuenden Ärzte und Ärztinnen – bei der Behandlung erkrankter Asylsuchender konfrontiert ist, nur zum Teil medizinisch behandelt werden können. Die praktischen und ethischen Herausforderungen sind durch die vielfältigen psychosozialen Belastungen der Asylsuchenden, durch Sprach- und Kulturbarrieren und durch verschiedene Rollenerwartungen enorm, und es kommt zu einer Medikalisierung einer zum grossen Teil sozialen Problemlage.

In diesem (und dem nächsten) Kapitel fächern wir die Zusammenhänge anhand des folgenden Diagramms weiter aus. Die zahlreichen Zitate aus den Krankengeschichten sollen die verschiedenen Kategorien illustrieren. Namen und Daten wurden aus Datenschutzgründen weggelassen.

3.5.1 Probleme aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

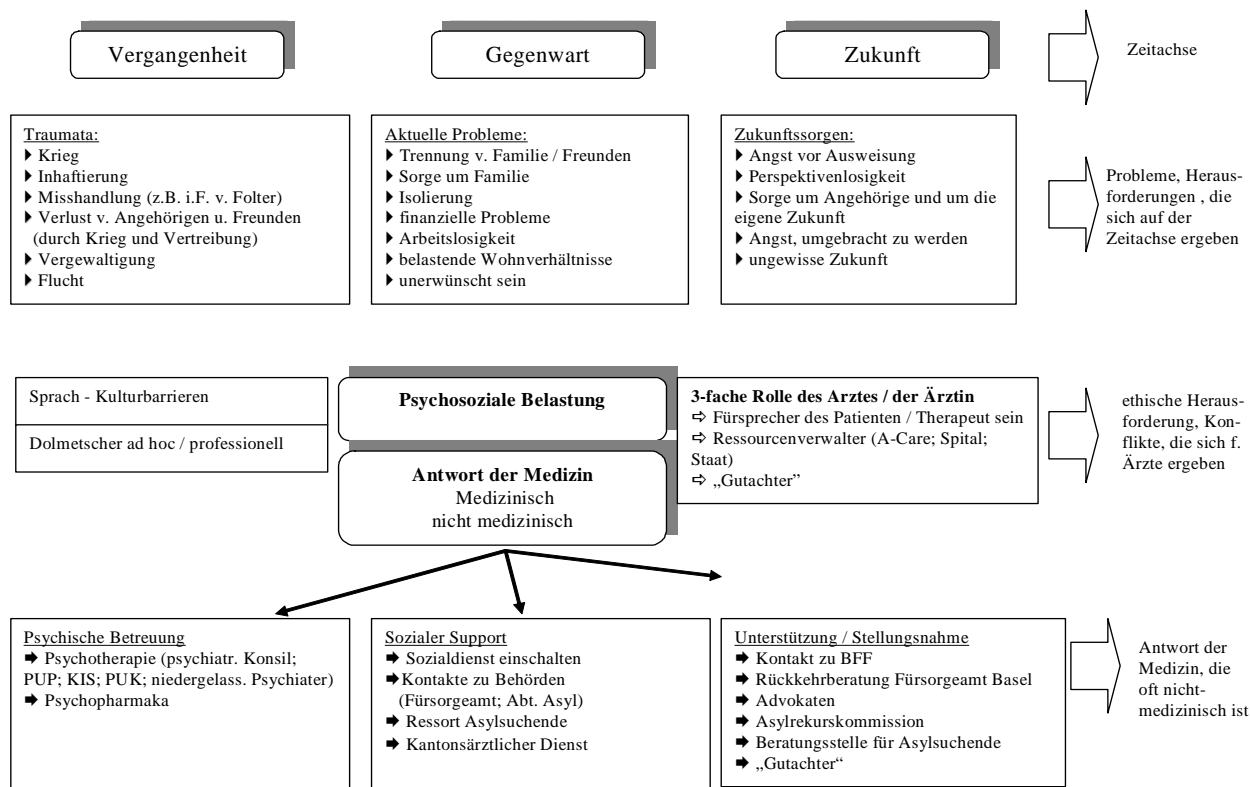


Diagramm 20: Betreuung Asylsuchender im Universitätsspital Basel

Asylsuchende sind mit vielfältigen Problemen aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft konfrontiert (= Zeitachse), die für diese Gruppe typisch sind und in der einheimischen Bevölkerung entsprechend weniger vorkommen.

Die Vergangenheit betreffend gehören dazu oft Kriegs- und Foltererfahrungen, sowie Inhaftierungen. Der Verlust von Angehörigen und Vergewaltigungen kommen zwar auch in anderen Zusammenhängen als bei Asylsuchenden vor, aber nicht in dieser Häufigkeit. Die in der Vergangenheit entstandenen Probleme führten zu Traumatisierungen, die ihrerseits die Flucht der Betroffenen Personen verursacht hat – Flucht im Sinne einer präventiven Handlung.

Beispiele:

„Verdacht auf posttraumatische Störung nach schweren traumatischen Erlebnissen während der Inhaftierung in der Türkei. Die Patientin musste zusehen, wie Freunde und Verwandte lebendig verbrannt wurden, wurde Opfer von Menschenversuchen mit chemischen Waffen im Gefängnis, startete dann einen Hungerstreik, welcher ca. 200 Tage gedauert hat und durch medikamentöse Interventionen mit Zwangsernährung immer wieder unterbrochen wurde, bis die Patientin vom Roten Kreuz aus dem Gefängnis [...] gebracht wurde. Eine psychiatrische Behandlung wäre dringend indiziert. Bei Sprachschwierigkeiten war eine adäquate Behandlung bisher nicht möglich. Eine Therapie mit Remeron wurde angefangen“ (Epikrise)

„Patient sei 15jährig für einige Monate in Togo im Gefängnis gewesen; hatte darauf mit psychotischen Symptomen reagiert, welche traditionell (Medizinmann) behandelt wurden“ (aus einem PUP-Bericht)

„Angola; [Patientin hat] 3 Kinder; Ehemann bei Rebellenüberfall ermordet; Patientin ist mit jüngstem Kind in die Schweiz geflüchtet; kein Kontakt zu den beiden älteren Töchtern, die in Obhut einer Bekannten in Angola zurückblieben“ (aus einem PUP-Bericht)

Die aufgezählten Probleme der Gegenwart wie finanzielle Probleme oder Arbeitslosigkeit treffen im Einzelnen auch für andere Personen(gruppen) zu. In dieser Konzentration der aktuellen Problemlage sind sie aber für Asylsuchende typisch. Zu den aktuellen Problemen gehören zum einen die Trennung von Familie und Freunden und die Sorge um die zurückgebliebene Familie aber auch die Erfahrung, im Gastland unerwünscht zu sein. Hinzu kommen finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, belastende Wohnverhältnisse und soziale Isolierung. Beispiele:

„3 Kinder: 2 Kinder sollen wieder zurückgehen nach Bosnien!!... Erhebliche psychosoziale Belastung!“ (Bericht innere Medizin)

„Zwei Erwachsene (beide mit einer PTSD) mit zwei Kindern in einer Einzimmerwohnung“ (aus einem PUP-Bericht)

Die Zukunftssorgen der Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs sind einerseits geprägt von der Sorge um die Angehörigen. Andererseits stehen die Angst vor einer Ausweisung und die Angst, im Falle einer Rückkehr umgebracht zu werden, oft im Mittelpunkt. Die häufig drohende Ausweisung und die zeitlich begrenzte Aufenthaltserlaubnis führen, zusammen mit der sozialen Problemlage wie Arbeitslosigkeit, zu einer oft erlebten Perspektivenlosigkeit und zu einer erlebten ungewissen Zukunft. Beispiele:

„Einerseits gibt der Patient starke epigastrische Schmerzen an, [...] andererseits macht der Patient einen stark depressiven Eindruck. Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit. Nervöses Zittern mit den Händen. Der Patient kann keine Minute ruhig sitzen. Gefühle der Hoffnungslosigkeit, ängstlich, er kann kaum einen klaren Gedanken fassen. In der Nacht muss er viel grübeln, es plagen ihn Angstträume vom Krieg. Suizidalität wird verneint. Er macht sich starke Sorgen um seine Familie“ (aus ärztlichem Bericht an das BFF).

„Berichtet über seit mehreren Jahren bestehende depressive Stimmung, hauptsächlich Ängste vor Ausschaffung in Kosovo, wo er Racheakte als ehemaliger UCK-Soldat befürchtet. Deswegen seit Anfang 2001 ambulante psychiatrische Behandlung“ (aus einem Konsiliarblatt Psychiatrie).

„Die Sorge um die Zukunft insbesondere der Kinder, die Angst, nach Bosnien zurückkehren zu müssen, ohne dort eine Lebensperspektive zu haben, beunruhige ihn ständig“ (aus einem PUP-Aufnahmebericht).

„Ein Monat später erneute Vorstellung wegen Insomnie und Kopfschmerz. Die Patientin schildert ihre erheblichen Sorgen aufgrund der Trennung von ihren beiden Töchtern, die derzeit in einem Lager in Sri Lanka untergebracht sind“ (aus Epikrise).

Die genannten Schwierigkeiten, die sich aus den in der Vergangenheit erlittenen Traumata, der in der Gegenwart erlebten aktuellen Problemlage und den Zukunftssorgen ergeben, lassen sich in dem Begriff der psychosozialen Belastung zusammenfassen. Mit einer solchen für Asylsuchende typischen Anhäufung psychosozialer Belastungen sind die betreuenden Ärzte und Ärztinnen in der Praxis oft konfrontiert. Diese sind aber für solche, spezifisch die Asylsuchenden betreffenden Problemfelder nicht ausgebildet. Hinzukommen vielfältige Sprach- und Kulturbarrieren, die den Einsatz eines Dolmetschers erfordern und das Know-how von ÄrztInnen in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern (Im nächsten Kapitel wird darauf näher eingegangen).

3.5.2 Mehrfachrollen von ÄrztInnen

Für die betreuenden ÄrztInnen ergibt sich aus der beschriebenen Problemlage häufig eine Dreifachrolle (Beispiele siehe unten).

Zum einen sind sie Fürsprecher des Patienten, der sich um die medizinischen Belange der Asylsuchenden kümmert. Wie weiter oben dargestellt sind dies aber oft keine Situationen, die mit den üblichen Patienten eines in der MUP tätigen Arztes übereinstimmen. Traumata bedürfen neben der rein körperlichen (bei physischen Verletzungen) auch einer speziellen psychosozialen und / oder

psychiatrischen Behandlung. Ausserdem stehen bei Asylsuchenden oft soziale und weniger medizinische Probleme im Vordergrund. Als Ressourcenverwalter des A-Care-Kollektivs stehen die Ärzte unter dem Druck, bei der Behandlung speziell auf die Kosten zu achten, was in einem Widerspruch zur Rolle des Fürsprechers steht, der einem Asylsuchenden die gleiche Behandlung zukommen lassen will, wie allen anderen Patienten auch. In der Rolle eines Experten, der z.B. dem BFF Entscheidungsgrundlagen liefert, ergibt sich ein Konflikt mit der gegebenen Rechtsprechung. Dies ist dann der Fall, wenn ein Arzt einen Asylsuchenden als gut integriert erlebt und die Behandlung im Ursprungsland zumindest nicht gleichwertig fortgesetzt werden kann, der betroffene Asylsuchende aber nach dem Gesetz ausgewiesen werden sollte, und vom behandelnden Arzt dazu ein Bericht verlangt wird. Beispiele der Mehrfachrolle von ÄrztInnen:

„Obwohl der Patient seit 4 Jahren in der Schweiz war, gut deutsch sprach und in der Schweiz bleiben wollte, musste er per [...] in den Kosovo zurückkehren. Abschluss“ (Epikrise).

„Patient rechnet fest mit seiner Ausweisung. Vater dürfe hier bleiben und der jüngere Bruder, welcher in einer Ausbildung sei. Rest der Familie müsse gehen [...] Letztlich ist es ein Jammer, wenn man den Darstellungen des Patienten glaubt, wie zermürbend die Entscheidungsfindung auf die ganze Familie im Besonderen auf den Patienten wirkt. Das Belassen in einer dauernden Ungewissheit ist schwer zu ertragen. Vorläufig letzter Termin; provisorisch für den [...] abgemacht“ (aus einem Verlaufsbericht PUP).

„Ich muss gestehen, dass ich bei Herrn X etwas überfordert bin. Es handelt sich um eine eigentliche Tragödie, wobei der Patient sicherlich selber dazu beiträgt“ (aus einem Bericht an einen Kollegen).

„Wir möchten feststellen, dass es eine grosse Belastung ist zu wissen, dass sie jederzeit wieder zurückgeschickt werden können. Natürlich nehmen wir nicht an, dass die Gesuchsteller in das Kriegsland Afghanistan ausgeschafft werden, aber es ist eine grosse psychische Belastung nicht zu wissen, ob sie hier in der Schweiz eine Zukunft vor sich haben können. Die Kinder gehen hier in die Schule, finden eine neue Identität. Es scheint mir eigentlich wichtig, dass diese leidgeprüfte Familie zur Ruhe kommen kann.“ (aus Bericht PUP an BFF)

3.5.3 Die Antwort der Medizin

Die Antwort der Ärztinnen und Ärzte der MUP erfolgt neben der rein medizinischen auf drei Ebenen. In wenigen Fällen kommt es zu einer

Unterstützung durch Kontakte mit dem BFF, mit der Rückkehrberatung des Fürsorgeamtes Basel, mit der Asylrekurskommission oder mit der Beratungsstelle für Asylsuchende. Andererseits kommt es in einigen Fällen zu einer sozialen Unterstützung, indem Kontakt zu Asylbehörden oder Asyldiensten aufgenommen oder der Sozialdienst eingeschaltet wird. Auf der dritten Ebene kommt es zu einer Überweisung an die PUP zur Begutachtung oder psychiatrischen Behandlung.

Erstes Beispiel rechtlicher Unterstützung: „Hiermit teile ich Ihnen mit, dass Herr X. an einer unheilbaren chronischen Krankheit leidet und eine kontinuierliche medizinische Betreuung braucht. Diese ist in seinem Heimatland nicht gewährleistet, daher bitte ich Sie, mir Unterlagen für einen ärztlichen Bericht zuzusenden“ (Brief an Asylrekurskommission).

Zweites Beispiel rechtlicher Unterstützung: „Hr. X. nahm alle vereinbarten Termine zur Psychotherapie wahr und erschien immer pünktlich. Im Verlauf der Behandlung zeigte sich eine gewisse Stabilität, vor allem dadurch, dass die damalige Bedrohung durch Ausschaffung aus der Schweiz für eine gewisse Zeit verschoben worden ist. [...] Aus psychiatrischer Sicht ist eine Weiterführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für Herrn X. weiterhin indiziert. Die erreichte psychische Stabilität ist in engem Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus und Verbleib von Herrn X. in einem sicheren Ort, wie das in der Schweiz der Fall ist, zu sehen (aus einem Bericht zuhanden des BFF).

Beispiel sozialer Unterstützung: „Anamnestisch und klinisch gehen wir [...] angesichts der schwerwiegenden psychosozialen Belastungssituation des Patienten am ehesten von einer somatoformen Störung aus. [...] Dringend empfehlen wir bei dem agitiert-depressiv und erschöpft wirkenden Patienten die weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung bei Fr. Dr. Y. und eine Einbeziehung des Sozialdienstes, insbesondere zur Entlastung des Patienten in der Betreuung seiner vier Kinder (Bericht Neurologie).

3.5.4 Beschreibung eines exemplarischen Verlaufs

Nach der Flucht aus dem Ursprungsland und der Ankunft im Gastland Schweiz kommt es durch die sichere Umgebung beim Asylsuchenden zunächst zu einer Erleichterung. Aufgrund der erlebten Traumata und der aktuellen Problemlage kann es zu einer Zuspitzung der psychosozialen Belastung kommen die dann zu Depressionen führen können. Erfolgt eine Ablehnung des Asylantrags, reagieren Betroffene mit einer Verstärkung der depressiven Symptomatik. Unter Umständen werden sie suizidal und in der Folge an die Psychiatrie überwiesen. Dies entspricht der Medikalisierung eines zum grossen Teil sozialen und gesellschaftlichen Problems. Das folgende Beispiel beschreibt

anhand der Situation eines Patienten einen exemplarischen Verlauf. Es beginnt rückblickend mit den erlebten Traumata in der Heimat und der Flucht:

„Er leide unter Kopfschmerzen, Magenschmerzen und Schlafstörungen. Er könne nicht abschalten. Er träume immer wieder dieselben Dinge (von sterbenden Freunden). Er schrecke aus diesen Träumen auf, spreche mit sich selbst, um sich zu beruhigen und brauche bis zu einer Stunde, um sich zu erholen. Er fühle sich von dem, was er erlebt und gesehen habe, wie „besetzt“ und befürchte davon, eines Tages „müde“ zu werden. Er sei „kalt“, an nichts interessiert, wie ein toter Mann. Er habe einen Persönlichkeitswandel durchgemacht. Er sei eine ‚clean person‘ gewesen und habe immer perfekt sein wollen, habe nie dumme Sachen gemacht, nie Alkohol getrunken. Er sei ‚a good handsome person‘ gewesen. Er wolle frei werden von dem, was passiert sei. Er habe bisher nicht darüber gesprochen, was er erlebt und gesehen habe. Er habe gehofft, er könne vergessen“ (aus Aufnahmebericht).

Laut des Berichts war der Patient sechs Monate als Soldat in den Bergen. „Er habe das Kämpfen nicht gemocht und habe das Sterben und Töten nicht aushalten können. Ist deshalb desertiert. Sein Haus wurde zerschossen, seine Freundin getötet“ (Aufnahmebericht).

Aufgrund der erlebten Traumata begibt sich der Patient in die MUP-Sprechstunde und wird an die PUP überwiesen. „Antidepressive Medikation wegen depressiver Symptomatik; Vermittlung einer längerfristigen psychotherapeutischen Begleitung wegen Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung“ (PUP-Bericht). – Wegen Fremdsprachigkeit vermittelt die PUP eine Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater, der die Muttersprache des Patienten spricht. Dieser Therapeut nimmt schon bald von sich aus Kontakt mit dem BFF auf: „Patient hat Angst vor Racheakten der UCK, weil er desertiert ist. Er sei hoffnungs- und perspektivlos, wolle lieber sterben, als zurück in den Kosovo. Prognose ohne Behandlung sei ungünstig, mit Behandlung günstig. Keine adäquate Behandlungsmöglichkeit im Ursprungsland“ (aus Bericht des Therapeuten an das BFF). – Zwei Tage später nimmt aufgrund dieses Schreibens das BFF Kontakt mit dem Patienten auf: „Hr. Dr. med. A. orientierte uns unaufgefordert über ihren Gesundheitszustand. Da es sich nicht um ein Fristerstreckungsgesuch handelt und Sie Dr. med. A. auch nicht zur Wahrung ihrer Interessen bevollmächtigt haben, sehen wir keine Möglichkeit, dazu Stellung zu nehmen“.

Eine Kopie geht gleichzeitig an die Einwohnerdienste Basel-Stadt, Ressort Kurzaufenthalte; der Pat. ist seit zwei, drei Jahren in der Schweiz: „Wir ersuchen Sie, die Ausreise zu überwachen und allenfalls durch Ausschaffung zu vollziehen“ (aus dem Antwortbrief des BFF an den Patienten). – Daraufhin ist der Patient suizidal geworden und wurde von Bekannten in die KIS [Kriseninterventionsstation] Basel gebracht: „Der Patient wurde vom [...] bis zum [...] auf der KIS behandelt. [...] Die drohende Abschiebung in seine Heimat, wo er aus dem Militärdienst desertierte blieb für ihn gedankenbestimmend. Am [...] entliessen wir Hr. Q. in nur leicht gebessertem Zustand nach Hause“ (aus PUP-Bericht).

Die Ausschaffung des Asylsuchenden (Patienten) wurde daraufhin verschoben und er ging regelmässig zum Therapeuten Dr. med. A. Dieser schickt auf Anfrage des BFF einen Arztbericht an das BFF, in dem es heisst: „Hr. Q. befindet sich seit [...] in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung; seither insgesamt 24 Konsultationen mit einer gewissen Stabilität im Verlauf der Behandlung, v.a. dadurch, dass die damalige Bedrohung der Ausschaffung aus der Schweiz für eine gewisse Zeit verschoben worden ist. Eine Weiterführung der Therapie ist weiterhin indiziert. Die erreichte psychische Stabilität ist in engem Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus und Verbleib in einem sicheren Ort, wie das in der Schweiz der Fall ist, zu sehen“ (Arztattest, zuhanden des BFF).

Später erhält Hr. Q. einen Brief der Einwohnerdienste Basel. „Hiermit bestätigen wir, dass sich Hr. Q. vorläufig im Kanton Basel-Stadt aufhalten darf. Das Asylgesuch wurde abgelehnt und der Vollzug der Wegweisung aus der Schweiz ist verfügt worden. Gültigkeit der Bescheinigung bis [...]“ (aus einem Brief der Einwohnerdienste Basel). „Hr. Q. hätte das Asylgesuch bei der Frepo (Fremdenpolizei) verlängern müssen, was er aber nicht geschafft hat. In einem Bericht der Notfallstation Basel [...] wird festgehalten, dass Hr. Q. von einem Freund auf die Notfallabteilung des Kantis [USB] begleitet wird, da dieser es nicht geschafft habe, das Asylgesuch auf der Frepo zu verlängern.“

Das vorangegangene Beispiel zeigt einen exemplarischen Verlauf. Ein Asylsuchender flüchtet aufgrund erlebter Traumata und enormer Belastungen aus seinem Heimatland (Vergangenheit). Im Gastland Schweiz stellt er einen Asylantrag und wird dem Kanton Basel-Stadt zugeteilt. Hier wird er nach dem Zufallsprinzip dem A-Care –Versicherungssystem der MUP zugewiesen. Er meldet sich wegen diverser Schmerzen und vorhandener Schlafstörungen auf der MUP, von wo er wegen einer depressiven Symptomatik an die Spezialisten der PUP weiter verwiesen wird (psychiatrische Betreuung). Auf der PUP wird die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) gestellt und der Patient mit Antidepressiva behandelt (Diagnosestellung und Behandlung). Wegen der Diagnose und Fremdsprachigkeit (Sprachbarrieren) wird zudem eine Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater, der die Muttersprache des Patienten spricht, vermittelt.

Im Verlauf der Behandlung (Gesprächstherapie) werden weitere psychosoziale Belastungen wie Perspektivenlosigkeit (Zukunft) oder die Angst, umgebracht zu werden (Zukunft) deutlich. In diesem Beispiel nimmt der Therapeut von sich aus Kontakt mit dem BFF auf, was so nicht ganz typisch ist. Es ist zu vermuten, dass der Patient einen negativen Asylentscheid erhalten hat, was aber so in den Krankenakten nicht festgehalten ist. Der behandelnde Therapeut befindet sich in der Rolle des Fürsprechers und „Gutachters“ und nimmt in dieser Rolle die rechtliche Unterstützung bzw. Stellungnahme

gegenüber dem BFF wahr. Das BFF antwortet umgehend und nimmt brieflichen Kontakt mit dem Patienten auf. Es wird auf die rechtliche Situation hingewiesen, weswegen das BFF keine Stellung zum Bericht des Therapeuten nehmen könne. Gleichzeitig werden die Einwohnerdienste Basel-Stadt ersucht, die Ausreise zu überwachen und allenfalls durch Ausschaffung zu vollziehen. Die daraus entstehende Angst vor der Ausweisung (Zukunft) mit einer damit verbundenen ungewissen Zukunft verstärkt die psychosoziale Belastung und es kommt zu einer psychischen Dekompensation mit Suizidalität (Einfluss von psychosozialer Belastung auf den psychischen Zustand: siehe dazu nächstes Kapitel). Der Patient wird daraufhin mehrere Tage auf der KIS (Kriseninterventionsstation) behandelt, von wo er in nur leicht gebesserten Zustand entlassen wird. Nachfolgend wird deutlich, dass die Ausschaffung des Asylsuchenden verschoben worden ist, was aber aus den Krankengeschichten nicht deutlich wird.

Auf Anfrage des BFF schickt derselbe Therapeut ein angefordertes Attest über den Gesundheitszustand des Patienten an das BFF. Darin ist nach 24 erfolgten Konsultationen von einer gewissen Stabilität im Verlauf der Behandlung die Rede. Der Therapeut verweist explizit darauf, dass eine Entlastung vor der drohenden Ausschaffung mit zur Stabilität beigetragen hat und sieht die psychische Stabilität in einem engen Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus und Verbleib an einem sicheren Ort.

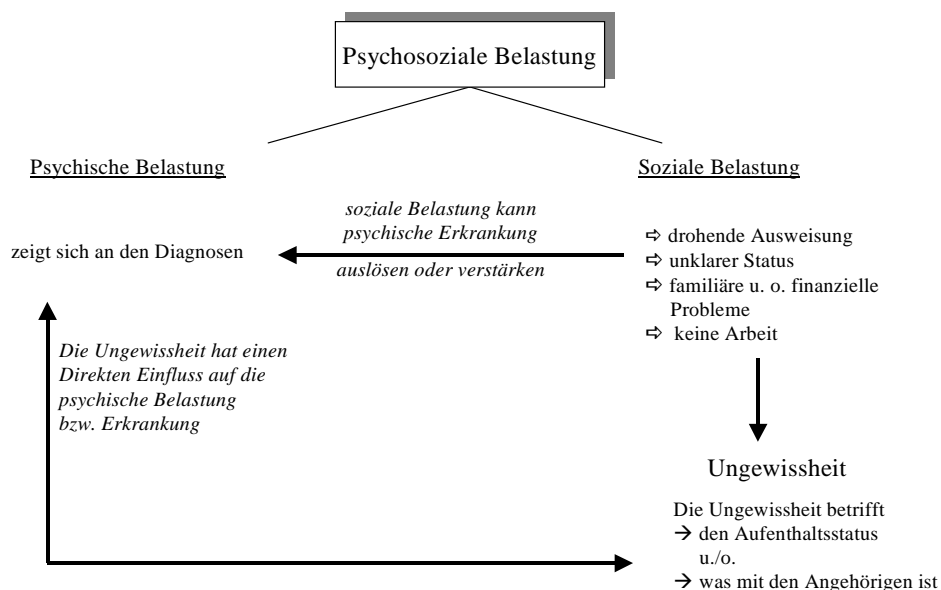
In einem etwas später von den Einwohnerdiensten Basel erhaltenen Brief erfährt der Asylsuchende, dass das Asylgesuch abgelehnt und der Vollzug der Wegweisung aus der Schweiz verfügt worden ist (erneute soziale Belastung durch drohende Ausweisung). Gleichzeitig wurde verfügt, dass er sich bis zu einem bestimmten Datum in Basel aufhalten darf. An diesem bestimmten Datum hätte er bei der FREPO (Fremdenpolizei) die Verlängerung der Ausreisefrist beantragen müssen, was er aber aufgrund seines psychischen Zustandes nicht geschafft hat. Stattdessen ist er erneut psychisch dekomponiert und wird von einem Freund auf die Notfallstation des USB begleitet. Ab hier gibt es in der Krankengeschichte keine Angaben mehr zum weiteren Verlauf.

Durch dieses Beispiel wird die Wechselwirkung von psychischer Belastung und sozialer Belastung (drohende Ausweisung) exemplarisch dargestellt. Darauf soll im nächsten Kapitel näher eingegangen werden.

3.5.5 Psychosoziale Belastung

Die genauere Untersuchung von 75 Krankengeschichten der PUP hat eine differenzierte Darstellung der psychosozialen Belastung der psychiatrisch betreuten Asylsuchenden und die Auswirkung dieser Belastung auf das Krankheitsbild ergeben. Dabei wurden bei 75 durchgesehenen Krankengeschichten aus 32 Krankengeschichten insgesamt 81 Einträge zu den Themenbereichen psychosoziale Belastung, Kommunikation, Rolle der behandelnden Ärzte und zur Antwort der Medizin festgehalten.

Diagramm 21: Psychosoziale Belastung



Die psychosoziale Belastung lässt sich in zwei Bereiche aufteilen (siehe Diagramm 21). Zum einen die psychische Belastung (z.B. durch erlittene Traumata), die sich an Diagnosen wie Depression oder PTSD zeigen kann.

Zum anderen die soziale Belastung wie eine drohende Ausweisung, ein unklarer Status z.B. durch immer wiederkehrende kurzfristige Bewilligungszeiträume, aber auch innerfamiliäre Probleme, finanzielle Schwierigkeiten und Arbeitslosigkeit. Solche sozialen Belastungen können eine psychische Erkrankung wie die Depression auslösen oder eine bereits bestehende verstärken. Bei der Auswertung der Krankengeschichten-Einträge hat sich gezeigt, dass die Ungewissheit ein zentrales Element im Erleben vieler Asylsuchender darstellt. Diese Ungewissheit ergibt sich einerseits aus den sozialen Belastungen, v.a. dem ungeklärten Aufenthaltsstatus, andererseits daraus, wie es den im Heimatland zurückgebliebenen Angehörigen geht, zu denen häufig kein Kontakt besteht. Diese Ungewissheiten können zu einer depressiven Symptomatik führen, die eine entsprechend antidepressive Behandlung nach sich zieht.

Beispiele für den Einfluss der psychosozialen Belastung auf die Erkrankung

„Im Rahmen der multiplen Belastungen hat die Explorandin eine leichtgradige depressive Episode entwickelt. Die unklare [ungewisse] Zukunftsperspektive ist ein aufrechterhaltender Faktor. Ohne Veränderung der konkreten Lebenssituation ist eine Beeinflussung der depressiven Störung wahrscheinlich nur schwer erreichbar“ (aus Bericht Psychosomatik).

“Die Patientin leide darunter, dass sie nach Bosnien abgeschoben werden soll. Sie sei seit 15 Jahren bei ihrer Tochter in Basel wohnhaft, [...] sie könne sich nicht vorstellen, in ihr Heimatland zurückzukehren. Nach Briefen von der Fremdenpolizei mit der Aufforderung, das Land zu verlassen sei sie zunehmend depressiv geworden, habe sich isoliert und verlassen gefühlt, habe auch Suizidideen entwickelt“ (aus einem PUP-Bericht).

Beispiel für das Auslösen und Verstärken psychischer Belastung/ Erkrankung:

„Behandlung auf der Kriseninterventionsstation bei aktuellem Belastungsfaktor einer drohenden Ausweisung“ (Aus einem PUP-Bericht)

„Fr. C. stammt aus Bosnien. Sie befindet sich in ambulant psychiatrischer Behandlung. Ihr psychisches Befinden hatte sich zunehmend verschlechtert, nachdem sie erfahren hatte, dass sie und ihre Familie die Schweiz verlassen müssten. Sie musste zur psychischen Stabilisierung auf die KIS aufgenommen werden.“ (Aus einem PUP-Bericht)

Beispiele für Ungewissheit bezüglich Aufenthaltssatus

„Derzeit habe sie Probleme mit der Verlängerung ihrer F-Bewilligung. Die Bewilligung des Mannes sei bis Ende Mai 2000 verlängert worden, ihre eigene und die der Kinder lediglich bis zum [...]. Sie warte jetzt seit 4 Jahren auf den Bescheid vom Bundesamt für Flüchtlinge. Sie fühle sich durch die ungewisse Zukunft sehr belastet. Ihr Mann würde bei einer Rückkehr nach Bosnien inhaftiert werden. Auch die Kinder seien hier gut integriert“ (Aus PUP-Bericht).

„Aufgeschlossener junger Mann, reflektiert, ... ohne Zukunftsperspektive, die Ausreise wurde immer wieder um 6 Monate verschoben, keine klare Haltung, ob er ausreisen müsse oder nicht, das mache ihn « völlig fertig »...“(aus PUP-Bericht)

„Ausschlaggebend für die depressive Episode war die immer wieder herausgeschobene Abschiebung in den Kosovo. Trotz guter Deutschkenntnisse und der Bestätigung einer Lehrstelle im Hotel [...] hier in Basel Ausschaffung, daher Unterbruch der Therapie“ (PUP Verlaufsbericht)

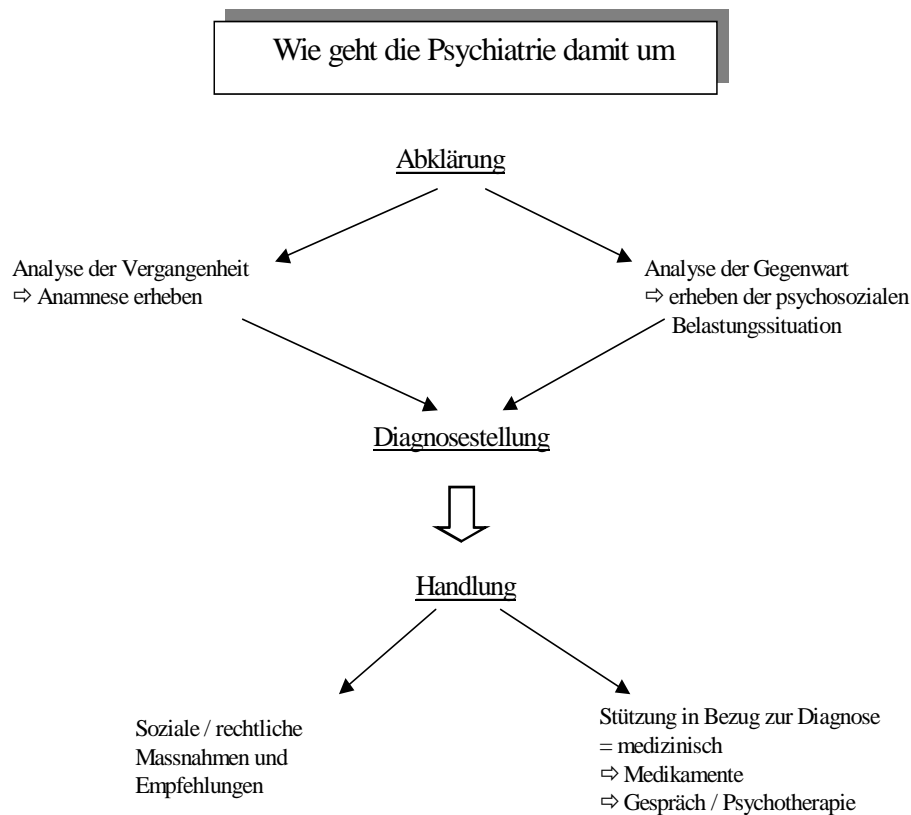
Beispiele für Ungewissheit bezüglich Angehörige

„Sie leide darunter, dass sie nicht wisse, was mit ihren Töchtern ist, die im Heimatland vermisst werden.“ (aus PUP-Aufnahmebericht)

„Grösstes Problem sei die Trennung von der Familie und der Heimat. Hat seit der Emigration keinen Kontakt mit der Familie, aus Angst vor Repressalien und auch weil er es nicht aushalten könnte, zu erfahren, dass sie wie er geflüchtet, gefoltert oder getötet worden sei.“ (aus einem PUP-Bericht)

Aus den bisherigen Ergebnissen hat sich die Frage ergeben, wie die Psychiatrie mit einem solchen Problemfeld umgeht. In einer ersten Phase wird einerseits – wenn sprachlich möglich - eine ausführliche Anamnese erhoben, andererseits werden die derzeitigen psychosozialen Belastungssituationen festgehalten. In einer zweiten Phase kommt es zur Diagnosestellung und daraus folgender Handlung. Diese findet auf zwei Ebenen statt; zum einen auf der rein medizinischen durch Gabe von Medikamenten und durch eine stützende Gesprächstherapie, zum anderen auf der Ebene der sozialen Unterstützung (die Vorstösse auf asylrechtlicher Ebene einschliessen kann).

Diagramm 22: Umgang der Psychiatrie mit Asylsuchenden



Beispiel für Diagnosestellung

„Unseres Erachtens liegt in diesen Ereignissen u. Erlebnissen, die im Fluchtstress nicht adäquat verarbeitet werden konnten, die Ursache für die Traumatisierung und die daraus folgende posttraumatische Belastungsstörung.“ (aus einem PUP-Bericht)

Beispiele für Stützung:

„Das Hauptproblem sei die ungewisse Zukunft. Wir leiteten eine antidepressive Therapie mit Jarsin ein und konnten Fr. X. in die ambulante einzelspsychotherapeutische Betreuung bei Fr. Dr. Y, niedergelassene Psychiaterin in Basel, weitervermitteln.“ (aus einem PUP-Bericht)

In diesem Beispiel wird die Behandlung mit Antidepressiva in direktem Zusammenhang mit der ungewissen Zukunft verordnet. In Ermangelung von

Möglichkeiten, die ungewisse Zukunft zu beeinflussen, wird mit Medikamenten behandelt.

„Antidepressive Medikation wegen depressiver Symptomatik; Vermittlung einer längerfristigen psychotherapeutischen Begleitung wegen Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung“ (aus einem PUP-Bericht)

Beispiele für soziale und/ rechtliche Massnahmen und Empfehlungen

„Über die Beratungsstelle Asyl Basel-Stadt wurde beim Bundesamt für Flüchtlinge Beschwerde gegen den Wegweisungsentscheid eingereicht. Ein Arbeitsversuch wurde in einer geschützten Werkstatt eingeleitet. Unterstützung bei der Wohnungssuche für die 4-köpfige Familie. Vermittlung an eine Gruppentherapie für kriegstraumatisierte Männer (Psychologische Bewältigungshilfe für kriegstraumatisierte aus dem Kosovo) scheitert, da es nicht genügend Teilnehmer gibt!!“ (Aus einem PUK-Bericht)

In diesem Beispiel wird eine Fülle von Massnahmen aufgelistet, die den Aufenthaltsstaus, die Beschäftigungs- und die Wohnsituation betreffen. Die wegen nicht genügend Teilnehmer gescheiterte Vermittlung an die Gruppentherapie für Kriegstraumatisierte aus dem Kosovo dürfte ein Hinweis auf eine ungenügende Vernetzung bestehender Angebote sein und weniger auf einen fehlenden Bedarf.

„Wir empfehlen eine engmaschige, sozialpsychiatrische Behandlung und rasche Klärung der Asylfrage. Weitere niederschwellige Spitaleinweisungen sind aus unserer Sicht nicht sinnvoll, da der Patient, wie anlässlich der beschriebenen zwei letzten Hospitalisationen, von einer stationären Behandlung nicht profitiert. Eine Tagesstruktur mit sinnvoller Beschäftigung und Kontakt mit Schwarzafrikanern wäre vielmehr indiziert“ (Aus einem Austrittsbericht der PUK).

An diesem Beispiel ist interessant, dass gegen die Medikalisierung argumentiert wird. Eine stationäre Behandlung mache keinen Sinn, da der Patient nicht davon profitiert. Stattdessen werden Massnahmen empfohlen (Klärung der Asylfrage, Tagesstruktur mit Beschäftigung und soziale Kontakte), um die soziale Belastung zu reduzieren, die der Grund für die beiden vergangenen Hospitalisationen war.

„Medikamentöse Therapie; Anmeldung beim Sozialarbeiter zur Klärung der sozialen Situation. Einsetzen eines Dolmetschers. Es wird festgestellt, dass die Wohnung mehr kostet als die Familie an Wohngeld bekommt“ (Aus einem PUP-Bericht).

Hier wird deutlich, dass es neben einer medizinischen (Medikamente) auch eine sozialarbeiterische Betreuung braucht.

„Stützende Gesprächspsychotherapie; Medikation mit Psychopharmaka; Spezifische Psychotherapie gemäss des Programmes des SRK-Zentrums für Folteropfer“ (aus einem PUP-Attest zuhanden des BFF)

Dies ist eines der wenigen Beispiele, in denen auf eine spezifische Psychotherapie für Folteropfer hingewiesen wird.

„Eine Rückkehr ins Herkunftsland des Patienten könnte dessen psychischen Zustand drastisch verschlechtern, da er immer wieder an seine dort erlebten Traumatisierungen erinnert würde. Wie oben angedeutet, ist der Erfolg einer psychiatrischen Behandlung einer PTSD auch von einem gesicherten Umfeld abhängig. Unsicherheit sowie Erinnerung an frühere Traumatisierungen würden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einem Rückfall führen, begleitet von massiven Ängsten und depressiven Episoden, Alpträumen sowie Flash-Backs. Auch eine Entwicklung bis hin zur Suizidalität wäre unter solchen Umständen nicht ungewöhnlich“ (aus einem PUP-Attest an das BFF).

Versorgungsgrenzen

Die Behandlung und Betreuung Asylsuchender ist auch im Kontext verschiedener Versorgungsgrenzen zu betrachten, die einen grossen Einfluss auf die Gesamtbehandlung und Versorgung Asylsuchender haben. Die Versorgungsgrenzen betreffen die Kosten, die therapeutischen Fähigkeiten oder die rechtlichen Gegebenheiten. Allen gemeinsam ist der negative Einfluss auf die Betreuung und Behandlung der betroffenen Asylsuchenden.

Beispiele:

„Albanisch sprechender Psychiater in Liestal, aber Patient muss Behandlung selbst bezahlen“ (Notiz)

„Bei der Diagnose einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung ist eine Verarbeitung dringend indiziert. Die Schwere und das Ausmass sprengt den Rahmen der (psychiatrischen) Poliklinik. Ich habe den Patienten für eine Therapie im Therapiezentrum für Folteropfer angemeldet.“ (Aus einem Konsiliarblatt) Im weiteren Verlauf wird erwähnt, dass das Therapiezentrum für Folteropfer ausschliesslich für anerkannte Flüchtlinge zuständig sei, und die Betreuung dieses asylsuchenden Patienten deshalb nicht übernehmen konnte.

„Der Patient kommt erneut mit der Bitte, doch Methadon erhalten zu wollen [...]. Nach Nachfragen bei der Leiterin Fr. X der Methadonabgabe sei laut Kantonsarzt Hr. Y die Methadonabgabe für Asylbewerber zur Zeit nicht mehr möglich. Dem

Patienten wird empfohlen, einen kalten Entzug durchzuführen. Ich erkläre das dem Patienten bei Beisein der Dolmetscherin Fr. Z.“ (aus Epikrise)

„Wir würden die 1. Option (thyreostatische Therapie bei Morbus Basedow) aus folgenden Gründen deutlich vorziehen: Für eine operative Sanierung ist die Zeit bis zur Ausweisung zu kurz.“ (aus Bericht Innere Medizin)

„Leider muss ich Ihnen mitteilen, dass die A-Care Versicherung die bisher angefallenen Rechnungen von [...] Dr. X nicht übernehmen wird: Dies begründet sich darin, dass die Information des Versicherten hinsichtlich seines Versicherungsstatus ausserhalb unserer Zuständigkeit liegt. Gemäss Dr. Y habe es sprachliche Probleme gegeben, so dass Herr Z. nach der Änderung seines Versicherungsstatus dennoch zu Dr. X in Behandlung ging. Es ist mir bewusst, dass bei den A-Care Versicherten sprachliche Probleme bestehen [...], die Sprachbarrieren sind aber in den meisten Fällen lösbar. Eine nachträgliche Überweisung an Dr. X ist meiner Meinung nach aus juristischen Gründen nicht möglich.“ (aus E-Mail an Sozialarbeiterin)

„Verlaufskontrolle Diabetes Retinopathie? Bitte Patienten schriftlich aufbieten, kein Telefon. [...] Das Aufgebot ist nicht zustellbar. Adresse ungültig.“ (aus Konsiliarblatt)

3.6 Kommunikation mit Asylsuchenden

3.6.1 Sprachbarrieren und Dolmetschleistungen

Sprachbarrieren sind ein ständiges Problem in der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden. Sie sind ein Thema, das häufig in den Krankengeschichten notiert wird. Die Erwähnungen sind umso bedeutsamer, da es ja keine vorgegebenen Rubriken gibt, wo Sprachbarrieren verzeichnet werden können. Eigens formulierte Bemerkungen finden sich dann, wenn die Sprachbarriere für die Ärztin oder für den Arzt zu einem Faktor wurde, welcher klinische Interaktion, Vorgehen und Behandlung grundsätzlich in Frage stellte, wenn nicht verunmöglichte. Von den 383 untersuchten KGs der A-CARE-Patienten, die an der MUP behandelt wurden, stand in 58 KGs eine Bemerkung zu Sprachbarrieren und/oder zur Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit Dolmetschern; das entspricht 15%. Da Dolmetscherkosten in Pauschalen abgerechnet wurden (und darum nicht differenzierbar in den Geldbeträgen erscheinen), sind in den quantitativen Daten keine Anhaltspunkte für eigentliche Kostenberechnungen von Dolmetscherleistungen zu finden.

3.6.2 Einfluss von Sprachbarrieren auf die klinische Praxis

Anhand der zahlreichen Bemerkungen zu Schwierigkeiten sprachlicher Verständigung mit Asylsuchenden, bieten wir hier eine Typologie der Sprachprobleme, die klinische Auswirkungen haben und illustrieren diese durch ausgewählte Textstellen aus den Krankengeschichten:

a) Erschwerte Anamnese

„Die Anamneseerhebung ist aus sprachlichen Gründen qualitativ sehr eingeschränkt“.

„Mann der Patientin, nicht dabei, keine Kommunikation möglich, Patientin zeigt auf Extremitäten → alles Schmerzen“.

„Die Anamnese mit dem Patienten gestaltet sich äusserst schwierig wegen mangelnder Deutschkenntnisse. Soweit verstanden, leidet der Patient seit Jahren an einer scharf begrenzten Hemihypästhesie links“.

b) Erschwerte oder verunmöglichte Befunderhebung

„Geruchssinn kann bei mangelnden Sprachkenntnissen nicht geprüft werden.“

[Die Frage könnte] „mit einer Tag-Nacht-Urinsammlung bestätigt werden. Dies war dem Patienten aus sprachlichen Gründen jedoch nicht zu vermitteln“.

c) Erschwerte Patienteninformation über medizinische Sachverhalte

„Der Patient, der kein Wort Deutsch spricht, wird begleitet von einem Bekannten oder Verwandten, der ebenfalls nur sehr gebrochen Deutsch spricht.“

d) Gescheiterte Verhandlungen mit Patienten

„Aufgrund der zunehmenden Mengenausweitung hinsichtlich medizinischer Leistung bei ständig weitere medizinische Leistungen einfordernden Patienten kommt es zu einer zwischenzeitlichen Meinungsverschiedenheit, die mit Hilfe der sympathischen Dolmetscherin ausgeräumt werden kann. Es gelingt mir den Fall abzuschliessen.“

e) Verunmöglichte Gesprächstherapie

„Eine psychiatrische Behandlung wäre dringend indiziert. Bei Sprachschwierigkeiten war eine adäquate Behandlung bisher nicht möglich. Eine Therapie mit Remeron wurde angefangen.“

f) Ungenügende Therapietreue

„Falsch verstanden: Insulin jeden 2. Tag anstatt Blutzucker jeden 2.Tag!“

„Patientin versteht das Medi - Dosiset nicht. Patientin möchte weniger Tabletten nehmen – Compliance- Problem!!“

g) Malcompliance

„Infolge sprachlicher Probleme und Malcompliance des Patienten ist die Optimierung der kardiovaskulären Risikofaktoren äusserst schwierig.“

h) Verunmöglichtes Patienten-Empowerment

„Ein therapeutischer Zugang für lösungsorientierte Strategien war aufgrund der sprachlichen Barriere einerseits, sowie der Gedankeneinengung andererseits nicht möglich.“

i) Verunmöglichtes Patienten-Selfmanagement

„Die Zusammenhänge des Stoffwechsels hat er nicht richtig verstanden oder wieder vergessen. Hr. X. wirkt so als hätte er wenig Eigenverantwortung. ...Die Übersetzung durch die noch relativ kleinen Kinder war schwierig, da die Kinder oftmals den besprochenen Stoff, obwohl er einfach formuliert wurde, selbst nicht verstanden und ich keinerlei Kontrolle hatte, wie sie das Besprochene weitervermittelten.“

3.6.3 Zusammenarbeit mit Dolmetschenden

Beispiele für die Verbesserung der Kommunikation dank DolmetscherInnen lassen sich ebenfalls in verschiedenen Zitaten aus den Krankengeschichten finden. Beispiele:

„Der Patient, der kein Wort Deutsch spricht, wird begleitet von einem Bekannten oder Verwandten, der ebenfalls nur sehr gebrochen Deutsch spricht. ... Mit Hilfe einer jugoslawisch sprechenden Krankenschwester haben wir dem Patienten und seinem Begleiter den Sachverhalt und die Harmlosigkeit der Schmerzen erklärt. Er wird mit Dafalgan weiterfahren.“

„Die Unterhaltung ist mit dem Farsi sprechenden Ehepaar schwierig. ... zudem empfiehlt sich einmal eine gründliche Anamnese mit Dolmetscher zur allfälligen Diagnostik einer Depression.“

„Eine Verständigung ist nur schwer möglich. Der Patient gibt an, einen Herzinfarkt gehabt zu haben, klagt über Kopfschmerzen...Procedere: Termin mit Dolmetscher.“ [Sechs Wochen später] „Telefonat mit Dr. S.: ...ein Herzinfarkt ist ihm nicht bekannt. Bei der notfallmässigen Einweisung ins Spital handelte es sich um ein Delirium tremens.“

3.7 Betreuung von Patientinnen in der Universitären Frauenklinik

Für die gynäkologische Betreuung der asylsuchenden Frauen war im A-Care-Modell die Universitätsfrauenklinik (UFK) zuständig. 88 Patientinnen wurden dort betreut. Das durchschnittliche Alter der betreuten Frauen lag bei 30 Jahren (zwischen 17 und 60, Median 30, Standardabweichung 7.1). Die meisten Patientinnen kamen aus dem Gebiet von Ex-Jugoslawien (48%), weitere Gruppen aus der Demokratischen Republik Kongo, aus der Türkei und Sri Lanka. In der Frauenpoliklinik, wo die ambulanten Betreuungen stattfinden, konnten 80 Krankengeschichten (der 88 Fälle; die restlichen 8 waren nicht auffindbar) eingesehen werden. Bei der Durchsicht der Dossiers wurden Textstellen zu reproduktiver Gesundheit, psychosozialer Belastung, und Verständigung erfasst; 97 Textstellen wurden auf diese Weise selektiert. Pro Patientin wurden 1-11 Einträge erfasst.

3.7.1 Empfängnisverhütung

Die Frage der Empfängnisverhütung war während den Sprechstunden ein wichtiges Thema. Da die Kosten für empfängnisverhütende Massnahmen nicht kassenpflichtig sind, stellte deren Finanzierung ein besonderes Problem dar. Das geht aus zahlreichen Krankengeschichten hervor:

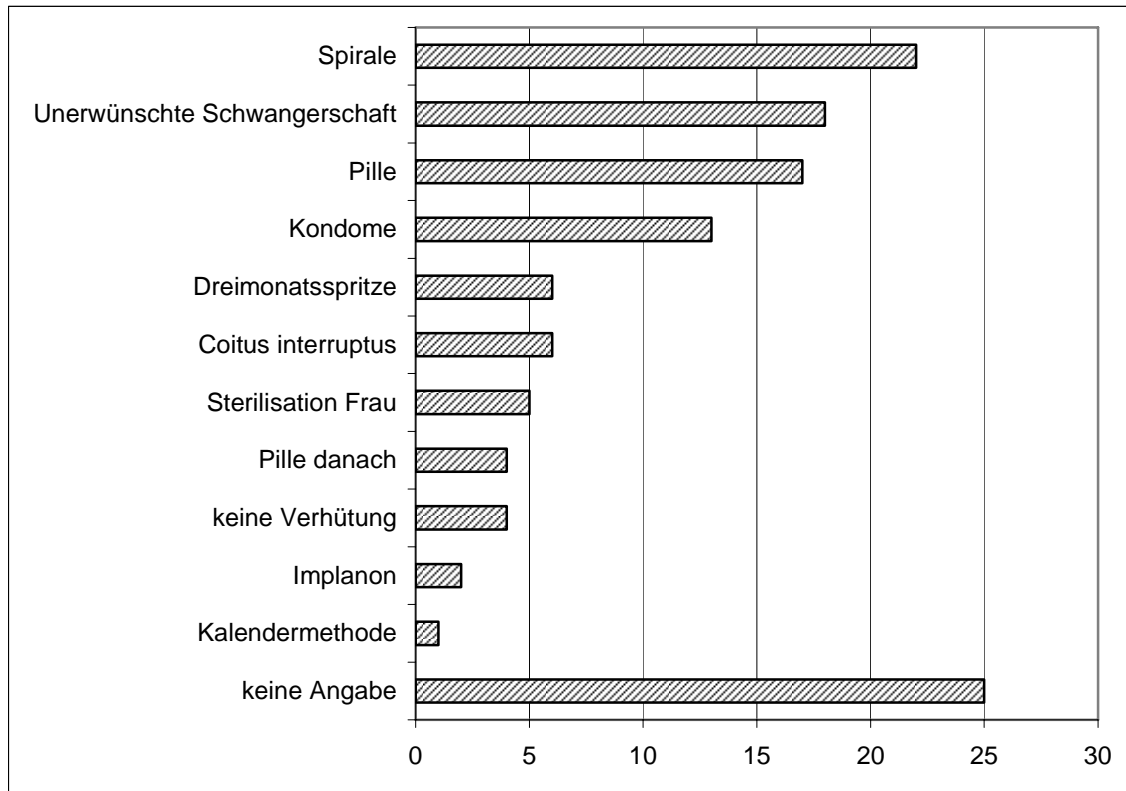
„Patientin kommt zur Spiralen-Einlage. Hat aber Kopfschmerzen und Finanzierung ist unklar. Procedere: Finanzierung wird geklärt.“

„Hat kein Geld für Pille.“ [Eintrag 4 Monate später:] „Siebte Schwangerschaftswoche. Termin in Psychiatrischen Universitätspoliklinik in einer Woche“. [Eintrag 2 Wochen später:] „Operations-Diagnose: 24jährig, 9. Schwangerschaftswoche, negativer Kinderwunsch. Operation: Absaugkürettage, postoperative Implanon-Einlage“ [Anmerkung: kontinuierliche hormonelle Verhütung durch Einsetzen eines hormonabgebenden Stäbchens in den Oberarm]

„Noch zu Frau X. [Anmerkung: Frau X. ist die Sozialarbeiterin der Frauenklinik] wegen Finanzierung der Spirale! Wenn möglich vor der Einlage sonst danach. - [Eintrag 6 Monate später:] Gemäss Rücksprache mit Fr. X., Rechnung für Spirale an Sozialdienst schicken“.

„Patientin ist nicht sehr überzeugt von der Pille, will's aber 3 Monate probieren, weil es mit Ärztemuster finanziell einfacher ist.“

Diagramm 23: Verhütungsmittel bei Frauen der UFK (Angaben in absoluten Zahlen)



Am häufigsten wurde die Spirale als Verhütungsmittel gewählt (22mal; siehe Diagramm 23). Unerwünschte Schwangerschaften wurden 18mal dokumentiert. Die Pille wurde 17 Patientinnen verschrieben. 13 Patientinnen gaben an, Kondome zu benutzen. Andere Methoden wurden seltener angewandt. Es fällt auf, dass bei über 30% der 80 eingesehenen Krankengeschichten keine Angabe zur Empfängnisverhütung enthalten. Und das, obwohl auf den Konsultationsdokumenten die Rubrik „Antikonzeption“ vorgesehen ist. Die Vermutung liegt nahe, dass das Thema Empfängnisverhütung aufgrund kultureller und sprachlicher Barrieren schwierig zu kommunizieren ist.

3.7.2 *Operative Eingriffe und Schwangerschaftsabbruch*

Rechnet man die Anzahl medikamentöser und operativer Schwangerschaftsabbrüche zusammen, ist der Schwangerabbruch mit n= 18 der weitaus häufigste gynäkologische Eingriff. Weniger häufig sind Curettagen wegen Fehlgeburt (n=7) und Bauchspiegelungen (n=4). Andere Eingriffe wurden nur vereinzelt durchgeführt. In welchen Situationen sich Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch entschieden, wird in den folgenden Dossiereinträgen illustriert.

„Fühlt sich zu jung für Schwangerschaft, unklarer Aufenthaltsstatus, knappe finanzielle Mittel, keine Ausbildung, Partner in Ausbildung, [...] Familie soll nichts erfahren.“

„22j. tamilische Patientin, erste Schwangerschaft. Ledige Asylantin seit 1996. Ist arbeitslos. Möchte nächstens heiraten. Freund lebt in Bern, [...] Aus sozialen, traditionellen Gründen nicht möglich jetzt diese Schwangerschaft schon vor der Ehe auszutragen (Warten auf Papiere).“

„Menstruation ausgeblieben, ungewollte Schwangerschaft, Frau kehrt in den [Balkan] zurück in schlechte Verhältnisse“. - [Drei Wochen später:] „Operations-Diagnose: 27jährige [...] mit negativem Kinderwunsch und positivem psychiatrischen Gutachten zum Schwangerschaftsabbruch.“

„Zuweisung von Poliklinik wegen unerwünschter Schwangerschaft, Patientin seit 2 Tagen in CH (Empfangsstelle). Mit 3j. Tochter geflohen aus [Schwarzafrika] nach Vergewaltigung vor 5 Wochen durch Militär.“ - [Zehn Tage später] „Operations-Diagnose: 9. Schwangerschaftswoche, negativer Kinderwunsch, positives psychiatrisches Gutachten.“

„Kind lebt in [einem afrikanischen Land] bei Freundin und ist krank (Malaria, Typhus). Mutter braucht Geld, weil ihre Tochter krank ist, hat sich prostituiert. Schwangerschaft festgestellt bei Kontrolluntersuchung. [...] Unklare Situation, ist alleine, weiss nicht wie es weiter gehen soll. Kann das dem Kind nicht antun.“

„Wunsch nach Abbruch wegen starken Schmerzen, braucht Schmerzmittel, ‚kann Kind nicht bekommen‘, ansonsten keine genaueren Gründe eruierbar, fühlt sich überfordert. Status nach Fehlgeburt [...] nach Sturz von Treppe (wurde nach Verhör von Polizei in dunklen Raum gestossen und fiel die Treppe runter). 2 Tage später Abort. [Seit einem Jahr] in CH, Asylantrag läuft, [Kaukasusregion]. Familienangehörige wurden im Krieg umgebracht. Ehemann möchte Kind, würde alles tun, damit Patientin nicht abtreibt – [Anfrage für eine psychiatrische Begutachtung:] Frage: Handelt es sich um eine posttraumatische Belastungsstörung? Wenn ja, hat das Einfluss auf Entscheidung der Patientin? – [Attest:] Spürt, dass sie

Kind nicht bekommen kann, [...] unklarer Aufenthaltsstatus. Fühlt sich nach Fehlgeburt geschwächt.“

3.7.3 Gynäkologische Erkrankungen

Die am häufigsten diagnostizierten Krankheiten waren Infekte des Urogenitaltraktes (33 Fälle), Unterbauchschmerzen (20) Aborte (6), Dysmenorrhoe (4) und Hypermenorrhoe/Menorrhagie (4).

3.7.4 Sexuelle Gewalt

Sechs Patientinnen berichteten, im Herkunftsland vergewaltigt worden zu sein. Zwei weitere suchten medizinische Hilfe, weil sie während ihres Aufenthalts hier in der Schweiz sexuelle Gewalt erlitten. Diese Angaben sind mit Vorsicht zu betrachten. Denn es ist bekannt, dass vor allem Frauen aus Regionen, wo die Familienehre an der Unberührtheit und ehelichen Treue der weiblichen Familienmitglieder hängt, eine erlebte Vergewaltigung aus Angst vor sozialem Ausschuss verschweigen (Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, 1993).

3.7.5 Geburtshilfe

In den 80 eingesehenen Krankengeschichten sind 46 Geburten dokumentiert. Der grösste Teil dieser Geburten verlief spontan. Bei 16 Gebärenden musste die Geburt mit Zange, Saugglocke oder per Kaiserschnitt beendet werden.

Schmerzlinderung bei der Geburt

Bei den vaginalen Geburten erhielten 26% der Gebärenden zur Schmerzlinderung eine Periduralanästhesie. 6% erhielten krampflösende Mittel (Spasmolytika). Zum Anlegen der Dammschnitt wurden bei 20% Lokalanästhesie angewendet. 43% brauchten gar keine Schmerzmittel.

Gesundheit der Neugeborenen

Von den 46 neugeborenen Kindern kamen 3 zu früh zur Welt (35.-37. Schwangerschaftswoche). Nur ein Säugling hatte ein Geburtsgewicht von weniger als 2500 Gramm. Im Durchschnitt wogen die Neugeborenen 3470 Gramm. Zwei Kinder hatten Schwierigkeiten bei der primären Adaptation, und ein Kind hatte eine Missbildung. Bei 43 Neugeborenen verlief die primäre Adaptation problemlos.

3.7.6 *Betreuungspflichten und soziale Unterstützung*

Bei der Durchsicht der selektierten Textstellen fiel auf, dass vor allem Mütter von Kleinkindern gehäuft von Erschöpfungszuständen berichteten, oder deswegen Hilfe suchten:

„Zwillingsgeburt. Kann nicht schlafen, überfordert, keine Unterstützung, aktuell auch kein Kontakt zu Bekannten, [...] keine Beschwerden sonst, Teilstillen.“

„Patientin ist sehr belastet, da Mann arbeitslos und an Migräne leidet. [...] Patientin ist zuhause ganz auf sich gestellt, fühlt sich mit Schwangerschaft überfordert, hat 4 Kinder. Ad Sozialmedizin.“

[Patientin hat] „5 Kinder: 9-8-6-4-1 J. Jüngstes mit Hautkrankheit seit Geburt, [...] ist oft beim Hautarzt im Kinderspital. ...Wenig Kontakt nach aussen, wenig Hilfe, muss Schwiegermutter manchmal helfen, diese selbst krank. Gespräch mit Sozialarbeiterin über Asylsituation → wird sich an Beratungsstelle für Asylsuchende wenden. [...] Antrag wurde abgelehnt.“ – [Drei Monate später:] „Rückenschmerzen von Nacken ausgehend nach unten ausstrahlend, Verschlimmerung durch Massage. Gefühl, dass Beine schwach sind, Medikamente helfen nicht. Schläft wenig, auch wegen Tochter [...] fühlt sich traurig, müde. Manchmal keine Lust mehr, lebensmüde, einschlafen und nicht mehr aufwachen, würde wegen Kinder aber keinen Suizid machen.“

Diese Einträge zeigen die Schwierigkeiten auf, mit denen asylsuchende Frauen konfrontiert sind, wenn sie ohne die Unterstützung eines familiären und sozialen Netzes Kinder zur Welt bringen und zu betreuen haben. Besonders schwierig wird die Situation für Frauen, wenn auch die Unterstützung durch den Partner fehlt. Das kann verschiedene Ursachen haben:

„Seit 15 Tagen in der CH, seit 1 Woche hier in der Empfangsstelle Basel, ältere 2 Kinder bei „Tagesmutter“ in [Afrika], 2jähriges Kind bei Patientin. Kindsvater = Ehemann, welcher vor 1 Monat in [...] ermordet worden sei. Patientin fühlte sich ihrerseits bedroht und ergriff die Flucht über Italien in die Schweiz. Patientin fühlt sich überfordert mit der aktuellen Schwangerschaft und wünscht dringend einen Schwangerschaftsabbruch.“

„Schwierige psychosoziale Situation. ...Ehemann im Gefängnis in Genf. → Sozialarbeiterin“. – [Drei Wochen später:] „Rücksprache Prof. X: da Patientin weinend hier aufgetaucht ist. Schlafstörung, kein Schlaf seit 2-3 Tagen. Keine Tabletten helfen. → Termin Psychiatrische Poliklinik 16 Uhr“. – [Sechs Monate später:] „Einweisungsgrund: Vorstellung der Patientin auf der Notfallstation in der Nacht [...] mit psychischem Erschöpfungszustand. Die Patientin äusserte suizidale

Gedanken. Zudem seit zwei Tagen bestehende Hypermenorrhoe bei bekanntem von Willebrand Syndrom. Procedere: Hospitalisation auf der Kriseninterventionsstation (KIS) zusammen mit dem 10 Monate alten Kind.“

Im folgenden Beispiel wurden Ehepartner in der Schweiz unterschiedlichen Kantonen zugewiesen, da ihre Eheverbindung nach schweizerischem Recht anscheinend nicht anerkannt wurde.

Hospitalisationsgrund: Fr. X ist eine aus [Balkan] stammende Asylbewerberin, die seit August [...] in der Schweiz lebt. Sie habe gemeinsam mit dem Ehemann, der sich in der Ostschweiz als Asylbewerber aufhalte, einen zweijährigen Sohn. Die Ehe sei nach schweizerischem Gesetz nicht anerkannt. Die Patientin ist im dritten Monat schwanger. Im November sei sie von [...] Streitkräften mehrfach vergewaltigt worden. Nach diesem Ereignis sei sie zusammen mit ihrer Familie [...] geflüchtet. Als Reservemedikation bei Angst beziehe sie mehrmals täglich Benzodiazepine. Nach Ablehnung des Asylgesuches und aufgrund der bevorstehenden Ausweisung haben sich die psychischen Beschwerden der Patientin verstärkt, und als Frau X. sich am [...] zu einem regulären Termin bei der Sozialmedizin der UFK meldete, machte sie psychisch einen derart angespannten Eindruck, dass sie notfallmässig in der PUP angemeldet wurde. Anschliessend erfolgte eine Aufnahme auf die KIS (Kriseninterventionsstation):

Verlauf in der KIS: Die Kommunikationsmöglichkeiten mit Mitpatienten oder Personal waren aus sprachlichen Gründen eingeschränkt, und nur mit Hilfe von Übersetzern konnte ein Kontakt hergestellt werden. [...] Sie wird vorläufig bei ihrem Cousin und dessen Ehefrau in Basel wohnen.

[Eintrag eine Woche später:] Wichtige Hinweise für Geburt und Wochenbett!: Verdacht auf Posttraumatische Belastungsstörung (mehrfache Vergewaltigungen). Dolmetscherin informieren, wenn Patientin in Gebärsaal eintritt.

Betreut in Psychiatrischer Universitätspoliklinik (PUP) von Dr. Y. bitte informieren sobald Patientin entbunden hat.

Heute 19. Schwangerschaftswoche. Geht von Schwangerschaft her gut, hat wohl noch Flashbacks, hört „Knallen“, hat Angst vor Krieg hier, nachts grosse Angst, bei Dr. Y /PUP in Betreuung

Wohnsituation: 2 Zi für 3 Erwachsene & 1 Kleinkind (Cousin & Ehefrau). Antrag gestellt, dass Ehemann hierher kommt. Möchte dann mit Ehemann Wohnung suchen. Dann ad Sozialdienst.

[Monate später:] Geburt eines gesunden Knaben.

[Weitere Wochen später]: Dolmetscher. Geht gut, stillt voll, keine Probleme.“

Dieses Beispiel zeigt, wie das Betreuungsteam ein Hilfenetz aufbaute, um der Patientin einen sozialen Rückhalt zu bieten in der Zeit, wo sie von Mann und Kind getrennt lebte.

In den 80 Krankengeschichten sind insgesamt 15 Fälle dokumentiert, bei denen ÄrztInnen zur Unterstützung der Patientinnen den klinikinternen Sozialdienst zuzogen, oder mit dem Sozialamt und andern sozialen Institutionen nach Lösungen suchten.

3.7.7 Synthese zu den UFK Patientinnen

Zusammenfassend können drei vordringliche Gesundheitsprobleme unter den asylsuchenden Frauen genannt werden, die zwischen 2000 und 2003 in der UFK behandelt wurden: die Empfängnisverhütung und die nicht geregelte Frage der Finanzierung, der hohe Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen unter den gynäkologischen Eingriffen, und die Tendenz zu Erschöpfungszuständen von Müttern, die nach Migrationserfahrungen in einem noch nicht funktionierenden sozialen Netz zurecht kommen müssen. Das Fehlen sozialer Sicherheit ist bei diesen Problemen ein wichtiger Faktor. Die Situation von Asylsuchenden kennzeichnet sich durch Instabilität und ungewisse Zukunftsaussichten. Wie in den Dossiers-ausschnitten beschrieben, fühlen sich viele Frauen unter diesen Umständen nicht in der Lage, ein Kind zur Welt zu bringen. Die Anwendung von Verhütungsmethoden übersteigt oft ihre finanziellen Möglichkeiten. Zudem ist Empfängnisverhütung je nach Herkunftsregion wenig bekannt, und gilt gesellschaftlich nicht überall als erwünscht. Dies mag erklären, weshalb relativ viele asylsuchende Patientinnen unerwünscht schwanger werden und einen Schwangerschaftsabbruch wünschen (Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, 1993). Frauen, die eine Schwangerschaft austragen, und Mütter von Kleinkindern leiden denn auch besonders stark unter dem Fehlen sozialer Sicherheit (Schott & Henley, 1996). Gerade in diesen Phasen sind Frauen in besonderem Masse auf Sicherheit und eine stützende Umgebung angewiesen (Zahorka & Blöchliger, 2003). Fehlt diese, begünstigt das die somatischen und psychischen Schwierigkeiten, die in den Patientinnendossiers beschrieben werden

3.8 PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen

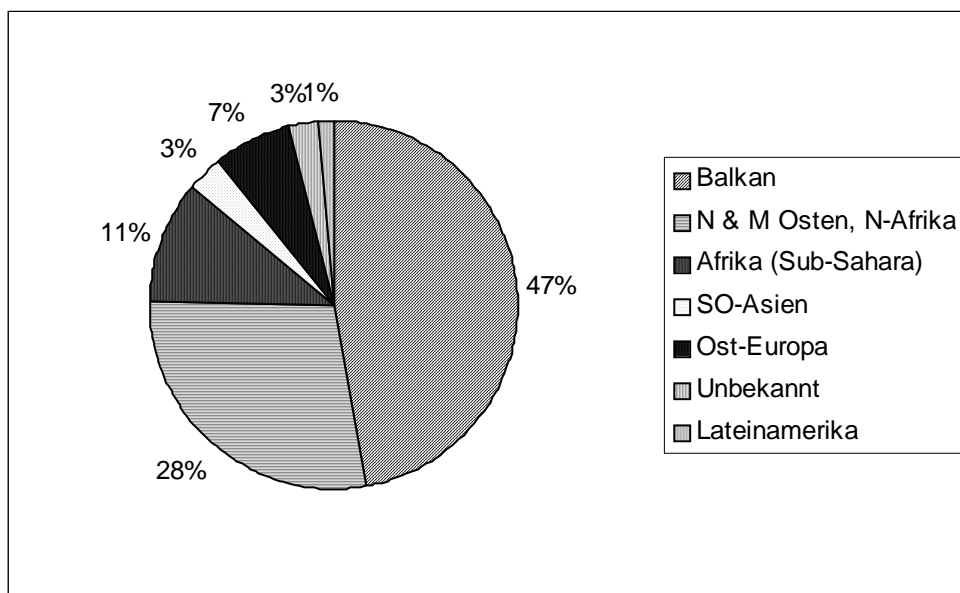
Die quantitative Beschreibung erfolgt anhand der 157 PatientInnen mit mindestens einer psychiatrischen Hauptdiagnose. Die Diagnosen wurden nach Durchsicht der Krankengeschichten per Hand in die Datenbank eingegeben und stammen nicht aus der elektronischen Datenbank ISMED. Dadurch kommt es zur höheren Anzahl von Diagnosen im Vergleich zur lückenhaften ISMED-

Datenbank. Unter den 979 Asylsuchenden sind mit 157 Personen nach den ICD-10 Diagnosen 16% des A-Care Gesamtkollektivs psychiatrisch diagnostiziert. Deren durchschnittliches Alter liegt bei 34,7 Jahren (zwischen 14 und 78, Median 33, Standardabweichung 11,1).

3.8.1 Verteilung aller A-CARE-PatientInnen mit einer psychiatrischen Diagnose nach Herkunftsregion

Es sind zwei grössere Gruppen auszumachen (siehe Diagramm 24). Nahezu die Hälfte aller PatientInnen mit einer psychiatrischen Diagnose stammt aus dem Balkan, mehr als ein Drittel stammt aus dem Nahen und Mittleren Osten bzw. aus Afrika.

Diagramm 24: Herkunftsregionen von psychiatrisch erkrankten PatientInnen

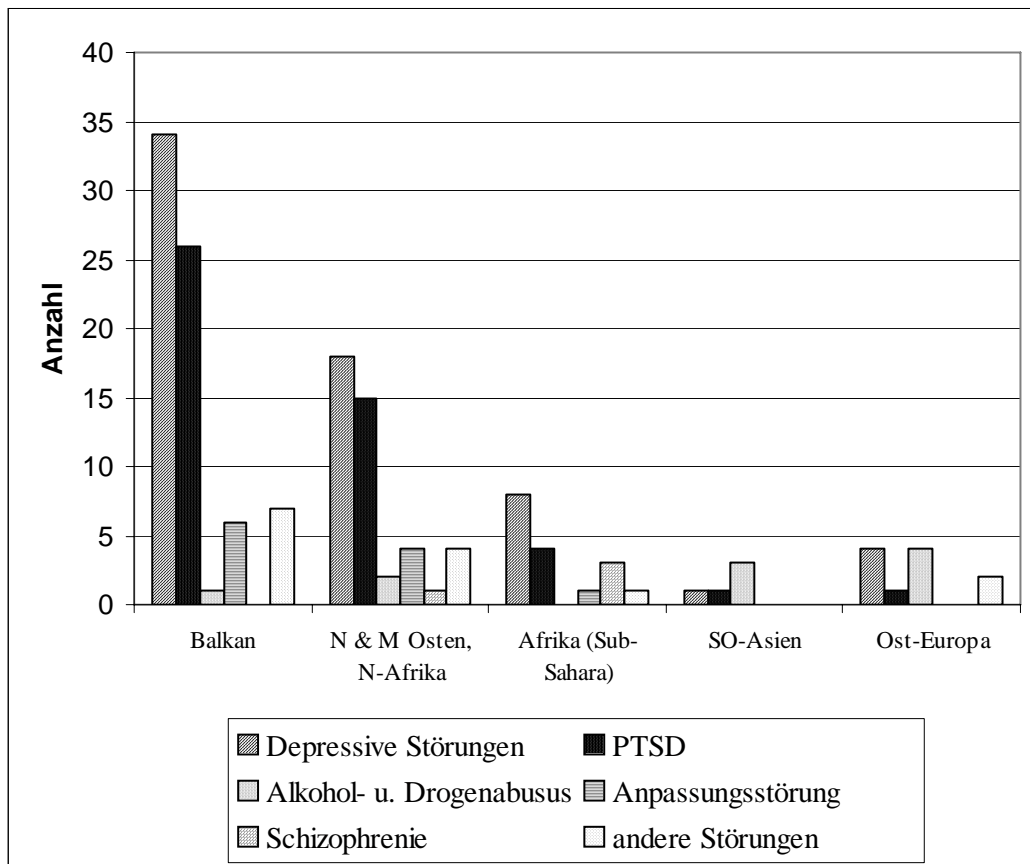


Bemerkenswert ist der Vergleich zwischen dem prozentualen Anteil nach Herkunftsregion des Gesamtkollektivs ($n = 979$) einerseits und der Gruppe mit einer psychiatrischen Diagnose ($n = 157$) andererseits. Im Gesamtkollektiv sind Asylsuchende aus dem Balkan zu 55% vertreten, in der Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen dagegen zu 47%. Asylsuchende aus dem Nahen und Mittleren Osten und Nord-Afrika sind im Gesamtkollektiv zu 17% und in der Gruppe mit psychiatrischen Diagnosen mit einem Anteil von 28% deutlich übervertreten.

3.8.2 Psychische Störungen nach Herkunftsregion

Die depressiven Störungen und die PTSD stellen in jeder Region die beiden Hauptstörungen dar (Diagramm 25). Etwa die Hälfte der aus dem Balkan stammenden, psychiatrisch behandelten Menschen leidet an einer depressiven Störung, gut ein Drittel an einer PTSD. Bei Menschen aus Ost-Europa ist PTSD hingegen nicht dokumentiert (hier ist allerdings die zu kleine Fallzahl zu beachten). Auffällig wenig Alkohol- und Drogenabusus gibt es bei den Asylsuchenden aus dem Balkan.

Diagramm 25: Psychiatrische Diagnosen von Asylsuchenden nach Herkunftsregion

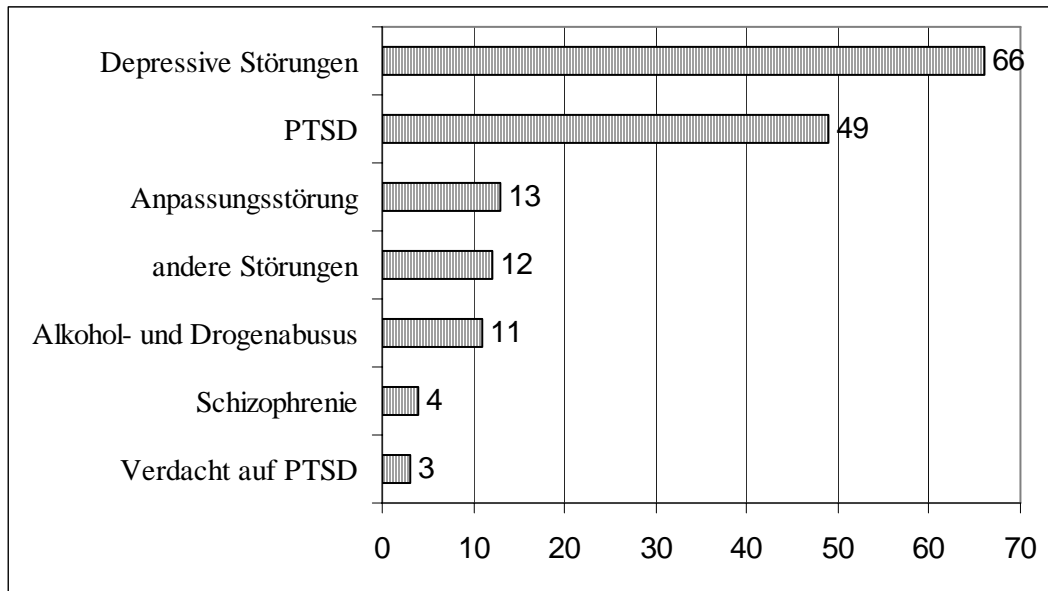


3.8.3 Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen

Mit 42% stellen die depressiven Störungen den grössten Anteil dar, gefolgt von der posttraumatischen Stresserkrankung (PTSD) mit fast einem Drittel aller psychiatrisch erfassten Hauptdiagnosen (siehe Diagramm 26). Die restlichen Störungen liegen jeweils unter 10%. Die depressive Episode und die rezidivierende depressive Störung wurden zu den depressiven Störungen zusammengefasst. „Andere Störungen“ schliessen ein: Somatisierungsstörung

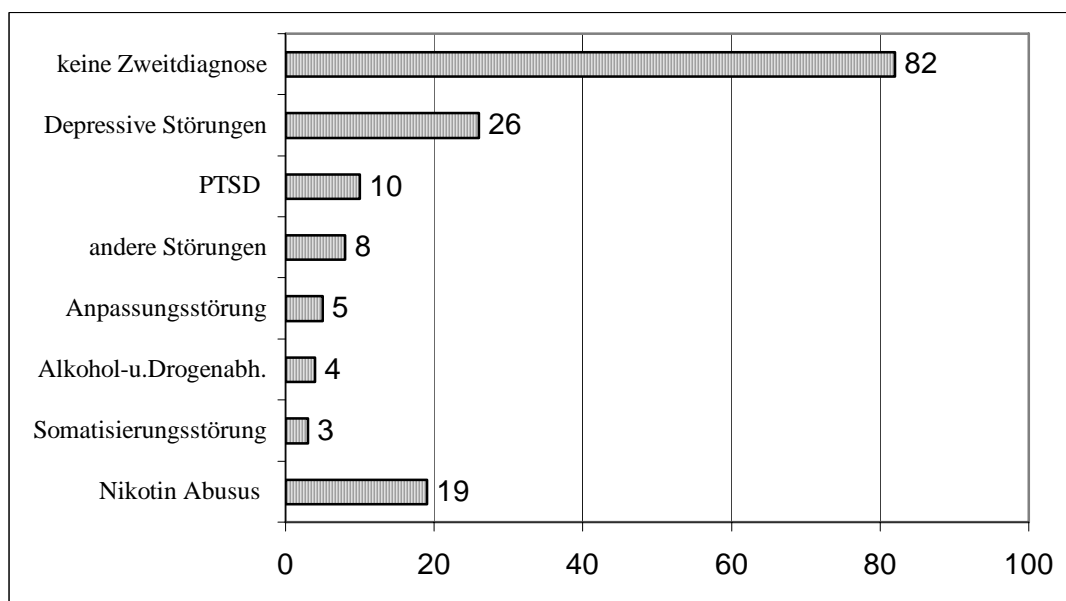
(3); Persönlichkeitsstörung (1); Essstörung (1); Angstzustände (2) und andere psychische Störungen (4).

Diagramm 26: Die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen (n=157)



66 Patienten (= 42%) sind mindestens an zwei psychiatrischen Diagnosen erkrankt. Die Verteilung der Zweitdiagnosen ist hier vergleichbar mit der Verteilung der Erstdiagnosen. Es kommen vorrangig depressive Störungen und die PTSD vor (siehe Diagramm 27).

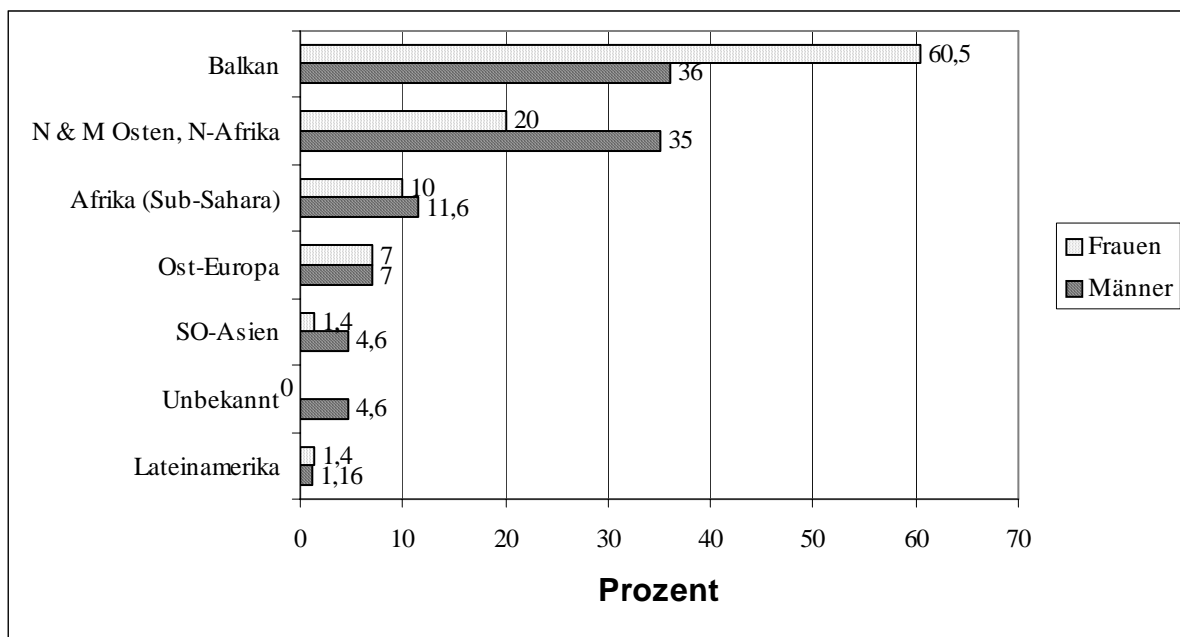
Diagramm 27: Die häufigsten psychiatrischen Zweitdiagnosen



3.8.4 Diagnosen und Geschlechterverteilung

Von den 157 Asylsuchenden mit einer psychiatrischen Diagnose sind 55% Männer und 45% Frauen im Vergleich zu 62% Männer und 38% Frauen im Gesamtkollektiv. Aus dem folgenden Diagramm 28 wird deutlich, dass 60.5% (43) aller psychiatrisch diagnostizierten Frauen aus dem Balkan stammen. Bei den Männern sind es 36%. Ausserdem sind nur bei den Asylsuchenden aus dem Balkan die Frauen gegenüber den Männern in der Mehrheit. Interessant ist auch, dass nahezu gleich viel Männer aus dem Balkan (36%) wie aus dem Nahen und Mittleren Osten bzw. Nord-Afrika (35%) psychiatrisch diagnostiziert sind, obwohl im Gesamtkollektiv etwa zweieinhalb Mal mehr Männer aus dem Balkan vertreten sind.

Diagramm 28: PatientInnen mit psychiatrischer Diagnose nach Geschlecht & Herkunft (n = 157)

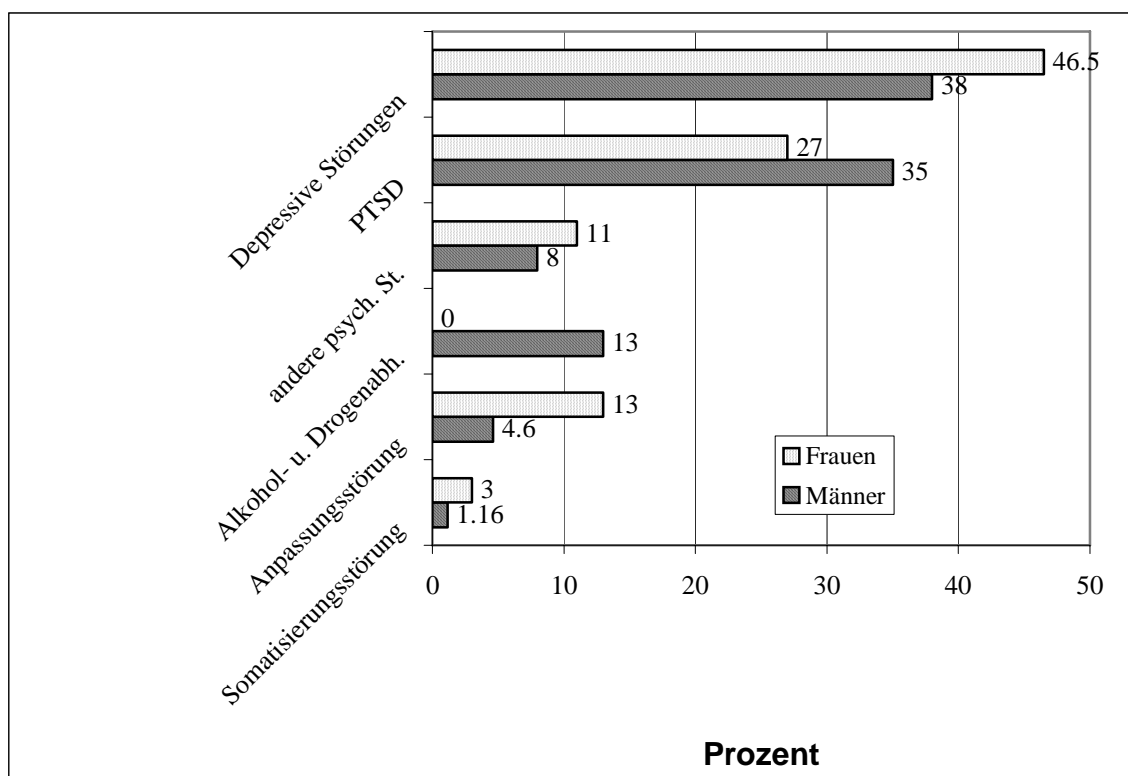


Psychische Situation nach Geschlecht und Hauptdiagnose

Das Diagramm 29 zeigt, dass 46.5% aller Frauen mit einer psychiatrischen Störung an einer Form der Depression leidet. Bei den Männern sind es 38%. An einer PTSD leiden 35% aller Männer gegenüber 27% aller Frauen. Betrachtet man die Anzahl der an einer PTSD Erkrankten, wird dieser Unterschied deutlicher, da mit 30 Männern gegenüber 19 Frauen gut eineinhalb Mal soviel Männer als Frauen an einer PTSD erkrankt sind. Nimmt man die Anzahl der depressiven Störungen, dann sind mit jeweils 33 gleichviel Männer wie Frauen

an einer Depression erkrankt. Ausserdem kommt der Alkohol- und Drogenabusus ausschliesslich bei den Männern (n = 11) vor. Andere psychische Störungen bedeuten: Persönlichkeitsstörung; Verdacht auf PTSD; Schizophrenie; Essstörung; Angstzustände.

Diagramm 29: Psychische Situation nach Geschlecht und psychiatrischer Hauptdiagnose



Psy

Psychiatrische Diagnosen nach Altersgruppen

Diagramm 30 zeigt die Verteilung nach Altersgruppen über alle Hauptdiagnosen. Es fällt auf, dass die Altersgruppe der 26-35jährigen am stärksten vertreten ist. Nach Geschlechtern aufgeteilt (Diagramm 31) zeigt sich, dass in der Altersgruppe der 26-25 jährigen doppelt soviel Männer wie Frauen erkrankt sind. In den beiden anderen Hauptaltersgruppen gibt es keine bemerkenswerten Unterschiede.

Diagramm 30: Psychiatrische Hauptdiagnosen nach Altersgruppen

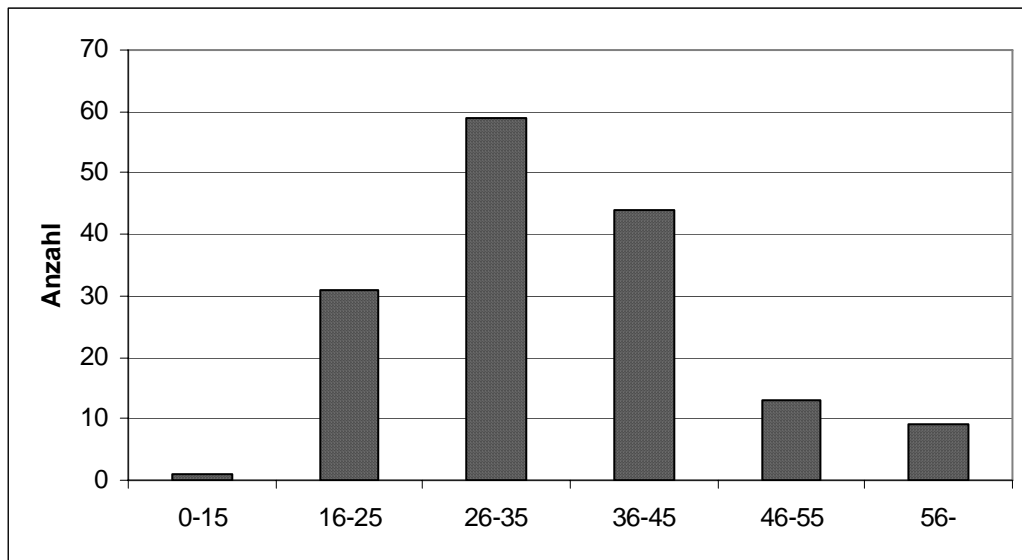
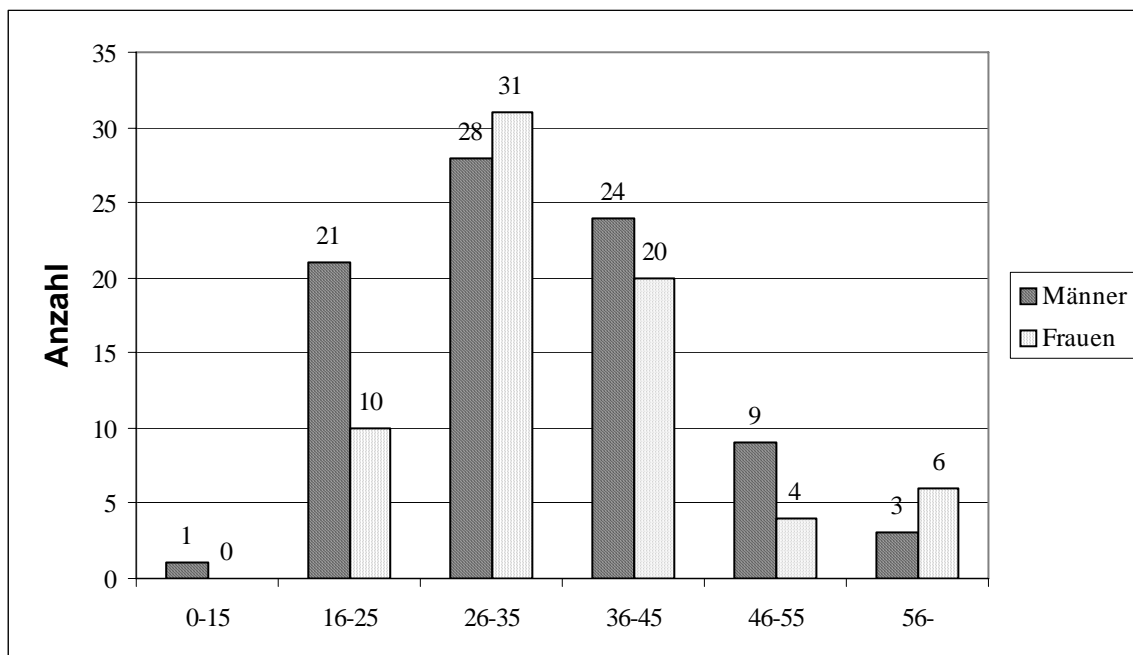


Diagramm 31: Psychiatrische Hauptdiagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht



3.8.5 *Psychiatrische Betreuung: Synthese*

Von den 979 bei A-Care versicherten Asylsuchenden sind 16% psychiatrisch erkrankt und erfasst. Nahezu die Hälfte der psychiatrisch Erkrankten stammt aus dem Balkan, fast 40% aus dem Nahen und Mittleren Osten und aus Afrika. Die beiden psychiatrischen Hauptdiagnosen sind die depressiven Störungen und die PTSD. Etwa ein Drittel (57) aller psychiatrisch behandelten Asylsuchenden ist an einer psychiatrischen Zweitdiagnose erkrankt. Diese ist wiederum häufig eine depressive Störung oder eine PTSD. Deutlich mehr Männer als Frauen sind an einer PTSD erkrankt. Fast gleich viele Männer sind an einer PTSD oder an einer Depressiven Störung erkrankt. Der hohe Anteil an depressiven Störungen und der PTSD kann für Asylsuchende als typische Erkrankungen aus dem psychiatrischen Bereich genannt werden.

4. Diskussion

In diesem Teil sollen die in unseren Augen wichtigsten Resultate aufgenommen und in einen grösseren Kontext gestellt werden. Schliesslich werden zu ausgewählten Themen eine Anzahl Empfehlungen formuliert.

4.1 Krankheit und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen

Die demographischen Untersuchungen haben gezeigt, dass das Kollektiv der A-Care Patienten sehr heterogen war, sowohl in Bezug auf seine Altersverteilung, mit einer deutlichen Prädominanz von Kindern und jungen Erwachsenen, als auch hinsichtlich der Verteilung der Herkunftsregionen, bei denen die Balkanstaaten dominierten. Beide Aspekte dürften jedoch für das Gesamtkollektiv der Asylsuchenden während des Beobachtungszeitraums durchaus typisch gewesen sein.

Ein relevanter Anteil der A-Care Versicherten, nämlich 19%, hat nie Leistungen des Versicherungssystems in Anspruch genommen. Von 979 Personen sind bei 44% keine Diagnosen registriert worden. Die Anzahl multimorbider Patienten mit drei oder mehr Diagnosen liegt bei 10%. Dabei scheinen Patienten aus dem Nahen und Mittleren Osten, sowie aus Afrika eher kränker zu sein, als solche aus anderen Herkunftsregionen.

Die häufigsten ICD Diagnosen umfassen in absteigender Reihenfolge Verletzungen, unspezifische Faktoren, Psychische- und Verhaltensstörungen sowie Schwangerschaft. Auffallend scheint hier, dass eher selten exotische Krankheiten als Diagnose kodiert wurden.

Personen aus dem Nahen und Mittleren Osten, sowie aus Afrika haben mehr Diagnosen als andere, ein Zusammenhang, der bestehen bleibt, wenn im multivariaten Modell das Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Wahrscheinlich ist der allgemeine Gesundheitszustand in diesen Regionen schlechter als in jenen, deren Asylbewerber weniger Diagnosen aufweisen. Was die Krankheitshäufigkeit betrifft, werden depressive Erkrankungen und PTSD oft diagnostiziert. Asylsuchende sind häufig psychischen Belastungen

ausgesetzt, die zu psychischen Störungen Anlaß geben können. Es scheint, dass Asylsuchende aus bestimmten Regionen häufiger Diagnosen psychischer Beeinträchtigung erhalten. Nur bei diesen Erkrankungen könnte allenfalls von migrationsspezifischen (oder vielleicht besser Asyl-spezifischen) Krankheitsbildern gesprochen werden.

Zu erwähnen ist auch, dass auf der Liste der häufigsten Diagnosen diejenige zuoberst figuriert, die keine Krankheit ist, nämlich die Geburt.

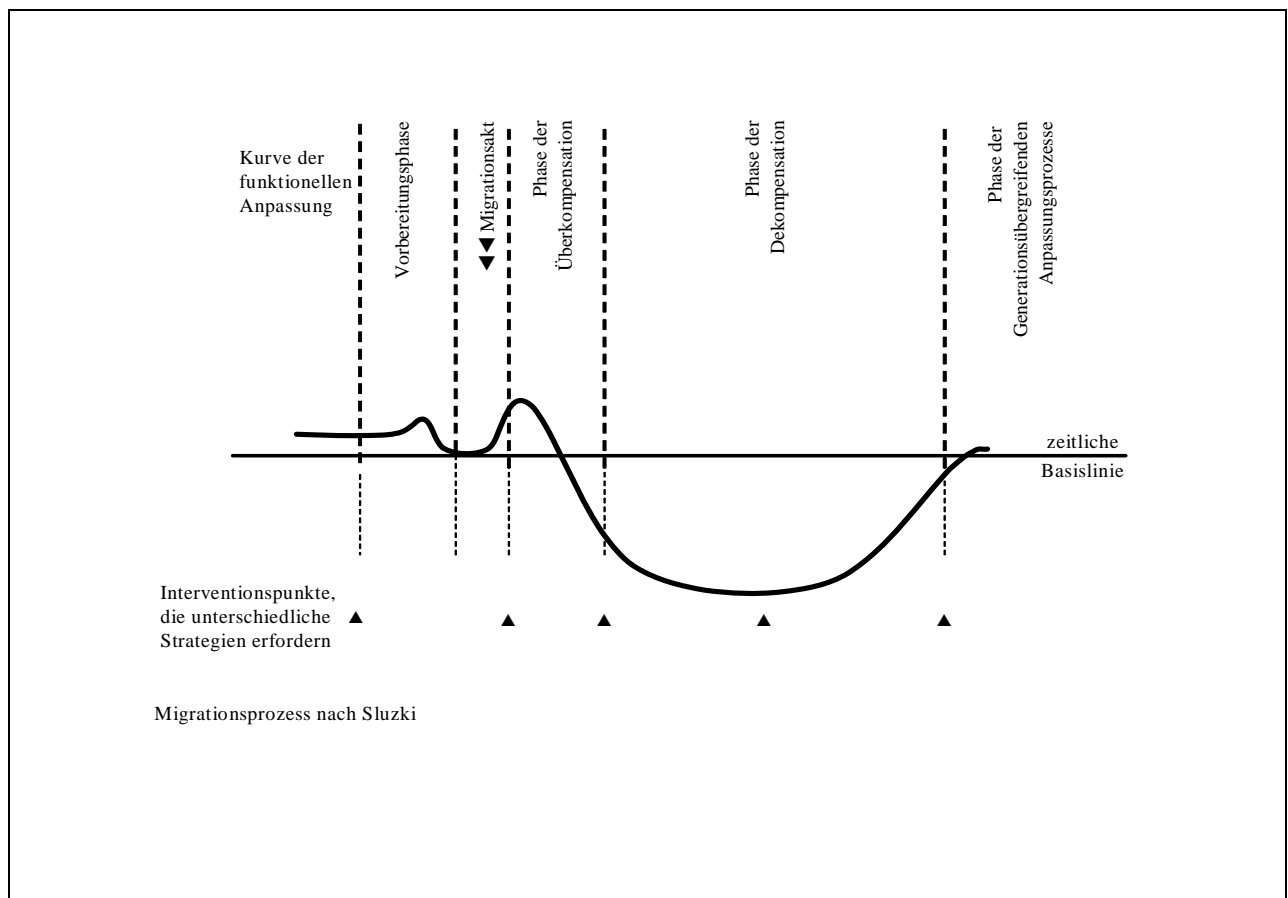
Schliesslich soll in Erinnerung gerufen werden, dass ein Fünftel aller A-Care-Versicherten nie eine medizinische Leistung bezog. Entweder sind sie gesund geblieben, oder sie haben darauf verzichtet, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eher unwahrscheinlich scheint die Möglichkeit, dass A-Care Versicherte ausserhalb des A-Care Systems medizinische Hilfe suchten, und diese Leistungen selber bezahlten.

4.2 Psychosoziale Belastung – psychosoziale Betreuung

Migration geht einher mit Entwurzelung, Verlust der sozialen Beziehungen und Verlust der Ausübung einer eigenen Rolle. Migration ist ein mit grosser Unsicherheit verbundener Prozess, was eine destabilisierende Wirkung auf den Gesundheitszustand hat. Besonders betroffen davon sind Flüchtlinge, Asylsuchende, Frauen und Kinder. Diese Gruppe ist auch am stärksten von fehlender oder unzureichender sozialer Integration betroffen (Spang, 1999). Die Ankunftsphase im Gastland, die mit einer hohen existentiellen Verunsicherung verbunden sein kann, stellt für die Entwicklung einer psychischen Krise bei MigrantInnen eine besonders sensible Phase dar (Brucks, 2004). Zum Erleben zahlreicher, krankmachender psychosozialer Belastungsfaktoren kommen Fremdbestimmung und Entmachtung hinzu.

Um die psychosozialen Belastungen der Asylsuchenden im Gastland Schweiz besser verstehen zu können, müssen diese in einen erweiterten Kontext eingeordnet, betrachtet und entsprechend beurteilt werden. Hierfür hilfreich ist die Darstellung des Migrationsprozesses. Nach Sluzki, zitiert in (Schouler-Ocak, 2003) durchlaufen fast alle MigrantInnen den Migrationsprozess, wie er modellhaft in der folgenden Abbildung dargestellt ist (Diagramm 32).

Diagramm 32: Belastungen der Migration (aus Schouler-Ocak, 2003)



Sluzki unterteilt den Migrationsprozess in:

1. die Vorbereitungsphase
2. den Migrationsakt
3. die Phase der Überkompensierung
4. die Phase der Dekompensation
5. die Phase der generationsübergreifenden Anpassung

Konflikte können in jeder dieser Phasen auftreten. Dies insbesondere bei Asylsuchenden, bei denen der Migrationsakt unfreiwillig, und unter Umständen wegen traumatisierender Erfahrungen (z.B. Kriegs-, Foltererfahrung, Vergewaltigung). fluchtartig geschieht. Die erlebten Konflikte aus der Vergangenheit führen zur Migration. Im Gastland Schweiz kommt es nach einer anfänglichen Erleichterung zu neuen Problemen und Konflikten, z.B. durch die erlebte Isolierung, durch die Trennung von der Familie oder weil nicht auf die

erlebten Traumata eingegangen wird. Die häufig erlebte soziale Isolation und Armut haben einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit (Acheson, 1998) (Burnett, 2001). Hinzu kommen Zukunftssorgen (Perspektivenlosigkeit oder Angst, umgebracht zu werden) und die Ungewissheit über den eigenen Verbleib im Gastland bzw. wie es den zurückgebliebenen Angehörigen geht. „Die erlebten Konflikte können als Belastungsfaktoren zu psychischen Störungen bis hin zu Erkrankungen führen“. Die Phase der Dekompensation gilt dabei als die Phase, in der Menschen mit Migrationshintergrund sich an die Einrichtungen des Gesundheits- bzw. Hilffsystems wenden – häufig zu spät, manchmal auch gar nicht (Schouler-Ocak, 2003).

Verschiedene Studien bestätigen unsere Ergebnisse über die psychosoziale Belastung. Nach Burnett et al. (2001) wirken die Trennung von Familienangehörigen, die Unsicherheit über deren Schicksal, Isolation, Zukunftsunsicherheit in bezug auf das Bleiberecht, fehlender Zugang zu Arbeit und Bildung, Leben in Gemeinschaftsunterkünften und die Erfahrung von Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit im Asylland erschwerend und die Symptomatik verschlimmernd. Gesundheit und Krankheit müssen bei MigrantInnen ganzheitlich gesehen werden, wobei Vergangenheit, gegenwärtige Situation und mögliche Zukunftsperspektiven einer Person mit einzubeziehen sind (Spang, 1999).

Nach Schouler-Ocak zählen neben den in dieser Studie gefundenen psychosozialen Belastungsfaktoren noch folgende:

1. Bevormundung und Ablehnung durch die Mehrheitsbevölkerung
2. Rollenverlust und –diffusion
3. Schlechtere Qualifikation in Schule und Beruf
4. Armut
5. Geringe Teilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen der Mehrheitsbevölkerung

Folteropfer und Kriegstraumatisierte stellen eine hohe Herausforderung für die Behandelnden dar. Die üblichen ambulanten und stationären – auch die psychiatrischen – Dienste werden durch diesen Personenkreis vor grosse Probleme gestellt, da besondere Kenntnisse im Umgang mit Folter- und Gewaltopfern und Kriegstraumatisierten häufig fehlen.

Empfehlungen

Dass Menschen aus bestimmten Regionen der Welt flüchten müssen, weil sie – in welcher Form auch immer – Gewalt erlebten, ist leider eine Tatsache. In der Schweiz gehörten im Jahre 2002 vier Prozent der ausländischen Wohnbevölkerung zu den Personen des Asylbereichs (siehe Diagramm 2). Es lässt sich einiges unternehmen, damit solche Menschen mit ihrem Schicksal besser zurechtkommen – auch und gerade in einer Institution des Gesundheitswesens. Die verschiedenen Belastungen der Vergangenheit, der Gegenwart und die Zukunft betreffend könnten durch eine aufsuchende Gesundheitsfürsorge frühzeitig erkannt werden (präventiver Ansatz).

Ein zentrales Element in der Betreuung Asylsuchender sollte die Stärkung von positiven Ressourcen darstellen, um die psychosozialen Belastungen besser bewältigen zu können. Es ist allgemein bekannt, dass die Stärkung von Ressourcen wie Sprachkenntnisse (Riecken, 2001), aber auch Wissen, in ein soziales Netz eingebunden sein, Erwerbstätigkeit, Stärkung der sozialen Bezüge, Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit usw. einen positiven Einfluss auf die Stresseinschätzung und –bewältigung haben. Dazu gehört auch eine sinnvolle Beschäftigung oder die Möglichkeit, einer geregelten Arbeit nachgehen zu können. Brucks et al. (2002) konnten zeigen, dass bei Asylsuchenden untätiges Abwarten psychische Probleme und Krankheitsverläufe mit wiederholten Krankenhauseinweisungen wegen unterschiedlicher Symptome in Gang setzt, die sich chronifizieren und nur noch schwer zu beeinflussen sind. Neben der allgemeinen Förderung von Kontakt zu Menschen aus den eigenen Ländern ist die Bildung informeller Gruppen bzw. Selbsthilfegruppen nach Regionen und Ländern hervorzuheben, da dadurch Erfahrungen und Wege der Bewältigung ausgetauscht werden können (Burnett, 2001).

Um in dieser Betreuung und Behandlung die Mehrfachrolle der betreuenden ÄrztInnen aufzulösen, könnte die Betreuung und Behandlung in interdisziplinären Teams (ÄrztInnen, Pflegende, Sozialarbeiter) durchgeführt werden, die dann auch unterschiedliche Teile der Behandlung übernehmen. Von Vorteil wäre, wenn eine behandelnde Person selber einen Migrationshintergrund aufweist. Damit könnte diese Person eine Rolle als VermittlerIn oder MediatorIn übernehmen. Die Behandlung sollte eine die Asylsuchenden aufsuchende Dienstleistung sein. Dadurch könnten psychische Störungen frühzeitig erkannt und behandelt werden (Prävention und Gesundheitsfürsorge), um einer Chronifizierung entgegen zu wirken. Man würde somit auch diejenigen

Asylsuchenden erreichen, die nicht von sich aus Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Im weiteren ist bekannt, dass Folter- und Gewaltopfer wegen Schuld- und Schamgefühlen oder wegen Misstrauen ihre Erlebnisse häufig nicht erzählen (Burnett, 2001b). Hierfür ist die Bildung einer vertrauensvollen Beziehung notwendig, wofür ein die Asylsuchenden aufsuchendes Gesundheitsangebot hilfreich wäre.

4.3 Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden Frauen

Soziale Netze

In der Schweiz führte das Schweizerische Tropeninstitut eine Untersuchung bei Migrantinnen durch. Die befragten Mütter empfanden mangelnden Support als grösstes Problem in der Zeit nach der Geburt eines Kindes (Zahorka & Blöchliger, 2003). Asylsuchende Frauen sind von dieser Problematik besonders betroffen. Durch die Flucht haben sie soziale Beziehungen verloren und tragen die Verantwortung für Kinder und Kranke oft weitgehend allein (Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, 1993). Dies deckt sich mit den Ergebnissen, zu denen wir beim Studium der Krankengeschichten in der Frauenklinik gelangt sind. Vor allem Mütter von Kleinkindern fühlten sich überfordert, wenn sie bei der Betreuung ihrer Kinder ohne Unterstützung auskommen mussten. Einige Mütter gerieten in Erschöpfungszustände, die medizinische Betreuung und in seltenen Fällen sogar Hospitalisationen nötig machten. Um gesundheitschädigenden Wirkungen von Überlastung vorzubeugen, sind soziale Netze gemäss Hurrelmann von zentraler Bedeutung:

„Je stärker eine Person in eine soziale Beziehungspflege mit wichtigen Bezugspersonen eingebunden ist, desto besser kann diese Person mit ungünstigen sozialen Lebensbedingungen, kritischen Lebensereignissen und andauernden Lebensbelastungen umgehen, und desto weniger treten Symptome der Belastung wie soziale, psychische oder somatische Auffälligkeiten auf“ (Hurrelmann 1998, zitiert nach Bahnan Buechi, 2004).

Bei der Durchsicht der Krankengeschichten in der Frauenpoliklinik fiel auf, dass Betreuungspersonen sich dieser Problematik bewusst waren. Sie bauten zum Teil Betreuungsnetze auf, bestehend aus Dolmetscherin, Sozial- und psychiatrischen Dienst, um Patientinnen die nötige Hilfe zukommen zu lassen. Die kontinuierliche Betreuung durch eine Ärztin liess sich hingegen kaum bewerkstelligen. Im Durchschnitt wurden asylsuchende Frauen in der Poliklinik von 5-6 verschiedenen ÄrztInnen betreut. Unter diesen Umständen ist das für

die Arzt-Patientenbeziehung wichtige Vertrauensverhältnis erschwert aufzubauen.

Empfehlung

Um Asylsuchenden die Pflege ihrer sozialen Beziehungen zu ermöglichen, sollten bei der Zuteilung zu den Kantonen familiäre Netze berücksichtigt werden. Aufgrund von Forschungsergebnissen (siehe oben) ist zu erwarten, dass Asylsuchende mit gutem sozialem Rückhalt ihre Lebenssituation besser bewältigen und weniger gesundheitliche Probleme entwickeln werden.

Empowerment

Asylsuchende müssen im Gastland häufig einen niedrigen sozialen Status in Kauf nehmen. Ihr Selbstwertgefühl wird durch Kommunikationsbarrieren, Arbeitslosigkeit und finanzielle Abhängigkeit geschwächt. In der ungewohnten, neuen Umgebung sind ihre Kompetenzen und Fähigkeiten meist wenig gefragt. Das ist für die Identität und den Selbstwert einer Person bedrohlich. Die Selbstwert-Unterstützung ist denn auch eine der wirksamsten Ressourcen, um diesen Belastungen zu begegnen (Gilgen, Maeusezahl, Salis Gross, Battegay, Flubacher, Tanner et al., 2003). In eine ähnliche Richtung weist das Konzept der Selbstwirksamkeit von Bandura (Bandura, 1995). Nach seiner Ansicht ist es der Gesundheit ausgesprochen förderlich, wenn ein Mensch in seiner Überzeugung gestärkt wird, für sich und andere sinnvoll handeln und etwas bewirken zu können.

Empfehlung

Damit im Gesundheitswesen ein Empowerment gelingt, darf die Erfahrung der Machtlosigkeit bei den Asylsuchenden nicht verstärkt werden. Wenn die Betreuten ihre gesundheitliche Versorgung mitgestalten können, wird ihr Selbstwert hingegen gefördert (Bonsack, unveröffentlicht). Eine solche Zusammenarbeit zwischen Betreuungspersonen und Patientin setzt eine adäquate Verständigung und gegenseitige Akzeptanz voraus. Dem stehen Sprach- und Kulturbarrieren entgegen. Wie KlientInnen aus einer andern Lebenswelt betreut werden, hängt deshalb stark von der transkulturellen Kompetenz des Betreuungsteams ab. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz betont Selbstreflexivität, Empathie sowie die Erfahrung im Umgang mit Migrantinnen (Hälg, Wallimann, Gross, & Marcoli, In Press). Die Vertrautheit mit diesem Konzept erleichtert es Betreuungspersonen, auf

PatientInnen mit einem andern soziokulturellen Hintergrund in einer Weise einzugehen, die deren Selbstvertrauen stärkt.

Sprachliche Schwierigkeiten können oft nur mit Hilfe von professionellen DolmetscherInnen befriedigend überwunden werden (Hälg, Wallimann, Gross et al., In Press) (Bischoff & Loutan, 2004) Die Frauenklinik Basel hat zu diesem Zweck einen vorbildlichen Dolmetscherdienst eingerichtet. Es ist zu wünschen, dass andere Kliniken diesem Beispiel folgen.

Empfängnisverhütung

Im Bereich der Familienplanung ist die Selbstbestimmung von Asylsuchenden Frauen dadurch eingeschränkt, dass sie erstens nicht zu gleichwertigen Informationen Zugang haben wie deutschsprachige Personen. Zweitens sind ihre Wahlmöglichkeiten dadurch eingeengt, dass sie meist nicht in der Lage sind, die nicht kassenpflichtigen Verhütungsmittel zu finanzieren. Auf ärztliche Anfrage wurden diese Kosten in der Frauenklinik teilweise vom Sozialdienst finanziert. Gesamthaft wurde die Finanzierung von Empfängnisverhütung bei Asylsuchenden hingegen nicht geklärt. Dies ist vermutlich unter anderem ein Grund, dass es zu vielen unerwünschten Schwangerschaften und entsprechend vielen Schwangerschaftsabbrüchen kam.

Empfehlung

Um nicht bei jedem Fall die Finanzierung der Empfängnisverhütung einzeln abzuklären, wäre es zeit- und energiesparend, deren Finanzierung gesamtschweizerisch zu regeln. Unerwünschte Schwangerschaften und die daraus folgenden Gesundheitskosten kommen das Gesundheitswesen wahrscheinlich teurer zu stehen, als die geregelte Finanzierung von Verhütungsmitteln, die den Bedürfnissen von asylsuchenden Frauen entsprechen.

4.4 PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen

Eine Untersuchung von Yilmaz (1997) über in Basel ambulant psychiatrisch behandelte Immigranten aus der Türkei hat ergeben, dass dort 65% Männer und 35% Frauen behandelt wurden im Gegensatz zu 58% Männer und 42% Frauen des A-Care-Kollektivs. Die häufigste Störung war die Anpassungsstörung. Im Gegensatz dazu waren im A-Care-Kollektiv die depressiven Störungen und die PTSD die am häufigsten vorkommenden psychiatrischen Hauptdiagnosen. In

diesem Ausmass kann man noch am ehesten von typischen psychischen Erkrankungen von Asylsuchenden sprechen.

Depressionen

Aus der Depressionsforschung ist schon länger bekannt, dass „je stärker die Migration erzwungen und je weniger alltägliche Integration in die neue Umwelt möglich ist, umso wahrscheinlicher wird es, dass die Trauer nicht nachlässt, sondern in eine anhaltende Depression übergeht“ (Brucks, 2004). Dies könnte eine Erklärung für den hohen Anteil depressiver Störungen sein.

Zink in (Brucks, 2004) berichten von einer Symptomverschiebung nach einem ein- bis zweijährigen Aufenthalt in Richtung psychosomatischer Symptome, insbesondere Magenbeschwerden sowie Kopf- und Rückenschmerzen. Ein solcher Symptomwechsel ist im Modell der Stressbewältigung als misslungene Verarbeitung der akuten Trauer und Übergang in eine chronische Depression mit vorwiegend körperlicher Ausdrucksform zu verstehen. So könnte ein Teil der in Tabelle 7 (Häufigste ICD-Diagnosen) erwähnten Kreuzschmerzen und Spannungskopfschmerzen das Ergebnis eines solchen Symptomwechsels sein.

Im A-Care-Kollektiv waren von den psychiatrisch behandelten (n=130) 37% der Männer und 52% der Frauen an einer depressiven Störung manifest erkrankt. Vom Gesamtkollektiv (n = 979) waren 6% an einer depressiven Störung erkrankt (Männer und Frauen jeweils zu 3%).

PTSD

Zu den häufigsten Symptomen einer PTSD gehört das Wiedererleben des Traumas im Wachen oder Schlafen, eine erhöhte Schreckhaftigkeit (Steil, 2000), sich aufdrängende Erinnerungen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Ruhelosigkeit (Sauter, 2004). Traumata, die ein hohes Erkrankungsrisiko bergen, sind sexuelle Gewalt, Kampfeinsatz im Krieg, physischer Angriff oder zu sehen, wie jemand getötet oder verletzt wird (Kessler, 1995). Dies sind Traumata, die bei Asylsuchenden häufig vorkommen. Um das Trauma bewältigen zu können, müssen sich die Betroffenen noch einmal mit ihrem Traumaerlebnis auseinandersetzen (Ehlers, 1999). Dazu braucht es eine innerlich wie äusserlich stabile Situation, da ansonsten die Konfrontation mit dem Traumaerlebnis eine Retraumatisierung, also eine Wiederholung und Verstärkung bewirkt (Sauter et al., 2004). In einem psychosozialen Umfeld, das

von Unsicherheit und Ungewissheit geprägt ist, sind dies denkbar ungünstige Voraussetzungen für eine adäquate Behandlung einer PTSD.

Frauen haben nach verschiedenen Studien ein höheres Risiko, an einer PTSD zu erkranken, als Männer (Kessler, 1995). In unserer Untersuchung waren 25 Männer (32%) und 12 Frauen (21%) an einer PTSD erkrankt. Dies könnte im Vergleich zu allen an einer PTSD erkrankten Menschen mit der besonderen Situation Asylsuchender mit Gewalterfahrung zusammenhängen. Neben der PTSD als Hauptdiagnose ist die affektive Störung (meist Depression) die häufigste Zweitdiagnose, was auch in dieser Untersuchung gefunden werden konnte. Die PTSD verläuft bei 40-50% der Betroffenen chronisch (Kessler, 1995).

Empfehlungen

- Rasche Klärung des Aufenthaltsstatus, da eine lange Phase der Ungewissheit die Entstehung von Krankheiten begünstigt und den Behandlungserfolg mindert
- Frühzeitige diagnostische Abklärung im Hinblick auf psychosoziale Belastungssituationen und entsprechende psychiatrischen Diagnosen, um eine Chronifizierung oder einen Symptomwechsel zu vermeiden; dafür hilfreich ist eine aufsuchende Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsförderung
- Betreuung von Kriegs- und Gewaltopfern durch Fachpersonen mit Erfahrung in der Behandlung von traumatisierten Personen, wie z.B. im SRK Therapiezentrum für Folter- und Kriegsoffer in Bern. Wichtig wäre, dass Opfer von Gewalt und Krieg möglichst rasch kompetente Hilfe erhalten, und nicht erst, wenn das Asylverfahren abgeschlossen, und sie als Flüchtlinge anerkannt sind.
- Möglichkeiten schaffen, dass Asylsuchende ihre jetzige und zukünftige Lebenssituation positiv beeinflussen können: Erleichterte Alltagsbewältigung durch Sprachkurse, Selbsthilfegruppen, Verdienstmöglichkeiten, Beschäftigungsprogramme und Rückkehrprogramme, die das Entwickeln von Zukunftsperspektiven unterstützen.

4.5 Kommunikation mit Asylsuchenden

Sprachbarrieren

Die Kommunikation ist einer der neuralgischen Punkte in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, auf den von den ÄrztInnen mehrfach hingewiesen wird. Sprachbarrieren haben klinische Konsequenzen. Viele Folgen können anhand der Krankengeschichten dokumentiert werden: erschwerte Anamnese, verunmöglichte Befunderhebung, erschwerte Patienteninformation über medizinische Sachverhalte, gescheiterte Verhandlungen mit Patienten, verunmöglichte Gesprächstherapie, ungenügende Therapietreue, Malcompliance, verunmöglichtes Patienten-Empowerment, und verunmöglichtes Patienten-Selfmanagement. Eine Studie aus dem psychiatrischen Bereich konnte zeigen, dass die gegenüber der einheimischen Bevölkerung erhöhte Rate von Behandlungen mit Hypnotica und Sedativa eine Folge von Verständigungshindernissen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ist (Hjern, 2001).

Der Bedarf an qualifizierten Dolmetschleistungen wäre gross. DolmetscherInnen werden häufiger in der UFK und in der PUP beigezogen, seltener in der MUP. Leider erlaubt die A-Care-Datenbank nicht, die Dolmetscherkosten zu evaluieren. Nur soviel kann gesagt werden, dass nicht-qualifizierte Dolmetschende unnötige Folgekosten verursachen. In einer Studie in einem vergleichbaren Setting der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in Genf wurde klar, dass da, wo die Sprechstunden ohne qualifizierte Dolmetscher, sondern mit Familienangehörigen durchgeführt wurden, die Überweisungsrate an weitere medizinische Dienste viel höher war. Ein Hauptgrund dafür war, dass die Pflegenden nicht sicher sein konnten, „dass man sich verstand“, darum auf Nummer Sicher gingen, und so im Zweifelsfall eher zu oft als zu selten Patienten an den Arzt überwiesen (Bischoff, Bovier, Rustemi et al., 2003). Diese Kommunikationsunsicherheit verursachte natürlich in vielen Fällen unnötige medizinische Leistungen und Kosten. Die Genfer Studien lassen als Schluss zu, dass qualifizierte Dolmetscherdienste langfristig kostengünstig sind, das Beiziehen von Ad-Hoc-DolmetscherInnen dagegen kostungünstig (Bischoff, Perneger, Bovier, Stalder, & Loutan, 2003; Stadler, 2001).

Zur Kosten- und Finanzierungsfrage von Dolmetscherdiensten gibt es erst wenige wissenschaftliche Arbeiten. Eine grundlegende Studie ist die von Jacobs, die über zwei Jahre hinweg zwei Gruppen von PatientInnen in einer HMO

verglichen, die eine bestehend aus portugiesisch und spanisch sprechenden PatientInnen, Dolmetschergruppe genannt, und eine Kontrollgruppe bestehend aus anderen PatientInnen der gleichen HMO. In der Dolmetschergruppe wurde eine Intervention vorgenommen, in dem den PatientInnen, ab einem Zeitpunkt systematisch Dolmetscher zur Verfügung gestellt wurden. Die Patienten, die Dolmetscher zur Seite hatten, nahmen die Folgetermine besser wahr, bekamen mehr Medikamentenverschreibungen, und – dies ist das interessanteste – zeigten grösseres Interesse an präventiven Massnahmen, Krebsfrüherfassung (rektale Untersuchungen) und Impfungen (Jacobs, Lauderdale, Meltzer, Shorey, Levinson, & Thisted, 2001). Das ist die erste Untersuchung, die einen reellen Impact einer Intervention belegt. Anhand dieses Datenmaterials rechneten nun Jacobs und ihre Kollegen die Kosten aus. Zwar wurde klar, dass die Einführung von Dolmetschern Mehrkosten verursacht hat (\$ 279 pro Patient pro Jahr), aber dass das eine moderate Zunahme bedeutet, verglichen mit den jährlichen Ausgaben für einen Diabetes-Patienten (\$ 1563) oder Herzkrankheits-Patienten (\$ 2328) (Jacobs, Shepard, Suaya, & Stone, 2004).

Empfehlungen

Dolmetscherleistungen sollten als Routineleistungen betrachtet und abgerechnet werden, denn eigentlich handelt es sich um medizinische Leistungen. Das sind Fragen, die auf rechtlich-politischer Ebene weiterzudiskutieren sind, um die Vergütung dieser Kosten durch Krankenversicherer und Leistungserbringer zu regeln. Eine kürzlich erschienene Studie gelangt zu einigen Folgerungen, die weitreichende Konsequenzen für die Einführung von Dolmetscherdiensten haben könnten (Ayer & Gilbert, 2004). Die Hauptpunkte der Studie seien hier kurz erwähnt: Gemäss Gesetz ist der Arzt in Aufklärungsgesprächen verpflichtet, sich in einer dem Patienten verständlichen Sprache auszudrücken. Folglich muss er, wenn die Patientin die geläufige Sprache nicht versteht, aber sich legal im Land aufhält und darum Anrecht auf medizinische Versorgung hat, eine dolmetschende Fachperson zuziehen. Wenn der Arzt im Gespräch mit einer fremdsprachigen Patientin das Berufsgeheimnis wahren will (siehe auch Artikel 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches), muss er mit DolmetscherInnen zusammenarbeiten, die der gesetzlichen Schweigepflicht unterstehen. Diese ist bei unqualifizierten Dolmetschhilfen oder Angehörigen nicht gewährleistet.

Es gibt zahlreiche Studien, die zeigen, dass bei fehlender sprachlicher Vermittlung fremdsprachige PatientInnen von guter *Quality of Care* ausgeschlossen bleiben. In einigen Studien wird die Pflegequalität bei

fremdsprachigen PatientInnen verglichen mit der Pflegequalität bei PatitenInnen, die die Lokalsprache sprechen. So wurden Fremdsprachige weniger häufig zu Folgesprachstunden vorgeladen (Sarver & Baker, 2000), waren weniger therapietreu (David & Rhee, 1998), und kehrten seltener zu ihrer Referenzinstitution zurück (Pitkin Derose, Hays, McCaffrey, & Baker, 2001). Fremdsprachige PatientInnen sprachen weniger über ihren Gesundheitszustand, und deren Äusserungen in den Sprechstunden wurden häufiger ignoriert (Rivadeneira, Elderkin-Thompson, Silver, & Waitzkin, 2000). Auch wurden bei fremdsprachigen PatientInnen häufiger und zahlreichere diagnostische Untersuchungen vorgenommen (Hampers, Cha, Gutglass, Binns, & Krug, 1999); sie zeigten schlechtere Compliance in selbständigem Blutzuckermonitoring (Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson, & Selby, 2000); ausserdem nahmen sie präventivmedizinische Angebote seltener in Anspruch (Woloshin, Schwartz, Katz, & Welch, 1997).

Als weitere **Empfehlung** sei hier angefügt, dass die Sprachbarrieren ein Thema sind, welches genau beobachtet werden sollte, und zwar im Sinne eines Monitoring (BAG, 2002). Bei der Patientenaufnahme, und in allen Datenerfassungssystemen der Gesundheitsinstitution sollten Muttersprachen und Sprachkenntnisse der PatientInnen erfasst werden, sowie auch ein Vermerk, wenn eine Person auf Dolmetschhilfe angewiesen ist.

Verständigung

In die Diskussion über die Kommunikation mit Asylsuchenden gehört auch ein kurzer Verweis auf die somatoformen Störungen im Zusammenhang mit Traumatisierung. Mit Patienten über erlebte Traumata zu sprechen ist für Behandelnde eine häufige Herausforderung (wie im Kapitel PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen bereits erwähnt wurde).

Entsprechend einer deutschen Studie berichteten PTSD-Patienten im Vergleich zu nicht traumatisierten Patienten signifikant häufiger über somatoforme Beschwerden. Zu den hauptsächlich somatoformen Störungen gehörten demnach neurologische, gastrointestinale, kardiopulmonale Symptome, und Schmerzempfindungen. Diese Erkenntnis wird wichtig, wenn man bedenkt, dass ein grosser Teil der behandelten Asylsuchenden somatoforme Störungen angaben, über die erlebte Traumatisierung aber möglicherweise nicht sprechen konnten (Tagay, 2004).

In der ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgung stösst man auf eine häufige Fehldiagnostik, wenn Betroffene in erster Linie ihre körperlichen

Beschwerden beschreiben. Zuwanderer erleben ihre Beschwerden oft nicht in der für das westliche medizinische Denken typischen Leib-Seele-Dichotomie, sondern „beschreiben und erleben Beschwerden und Krankheitsbilder mit einer deutlich höheren Schmerzbetonung“ (Brucks, 2004). Entsprechend wird lange symptombezogen – was meistens heisst: mit Schmerzmedikamenten – behandelt. Die nachfolgende Abbildung soll diesen Zusammenhang verdeutlichen (Diagramm 33).

Diagramm 33: "Das Einverständnis im Missverständnis" (aus Brucks 2004)



„Ein Einverständnis besteht darüber, dass Arzt und Patient sich beide bemühen, die Schmerzen zu beseitigen. Sie befinden sich jedoch in einem gegenseitigen Missverständnis hinsichtlich der Behandlungserwartungen beziehungsweise der Therapieoptionen. Beide Beteiligten sind überzeugt, dass der andere nur die Reduktion der Schmerzsymptome wünscht beziehungsweise leisten kann, aber nicht das Gespräch über die psychosozialen Hintergründe führen will“ (Brucks, 2004). Dieser Prozess der Medikalisierung sozialer Problemlagen wird von Brucks als Einverständnis im Missverständnis bezeichnet.

Empfehlungen zur Verbesserung der Kommunikation mit Asylsuchenden

- Sprachkompetenzen auf der Behandlerseite (ÄrztInnen, Pflegende) einsetzen. Zum Beispiel sollte Psychotherapie muttersprachlich und nicht dolmetschervermittelt erfolgen (Gardemann, 2001).

- Aufbau, Ausbau und Qualitätssicherung von Dolmetscherdiensten hinsichtlich sprachlicher und kultureller Kompetenz (Calderón, 2002). Hierher gehört auch eine Vernetzung über die einzelne Institution hinaus, hin zu einer Koordination auf nationaler Ebene (Spang, 2004).
- Ad-hoc-Dolmetschende (Familienangehörige, Freunde etc.) sollten nur in Ausnahmefällen beigezogen werden (Bonacruz-Kazzi & Cooper, 2003; Ginsberg, Martin, Andrulis, Shaw-Taylor, & McGregor, 1995; Poehhacker, 2000). Familienangehörige oder Freunde können zwar für Hintergrundinformationen wichtig sein (Eytan, Bischoff, & Loutan, 1999). Schwierigkeiten werden aber dann auftreten, wenn es sich um delikate Themen wie sexuelle Gesundheit, gynäkologische Probleme, sexuelle Gewalt, häusliche Gewalt oder Folter handelt (Bischoff, Tonnerre, Eytan et al., 1999). Wenn Kinder als Dolmetscher eingesetzt werden, erleben diese dadurch eine unangemessene Verantwortung und Überforderung (Burnett, 2001; Haffner, 1992).
- Mit der Einführung von Dolmetscherdiensten ist es nicht getan. Ebenso wie die Dolmetschenden selber aus- und weitergebildet werden müssen, brauchen auch die „Anwender“ von Dolmetschenden, die Pflegenden und ÄrztInnen, entsprechende Einführung in die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen (Pickel, Bischoff, & Loutan, 2003). Solche Kurse oder Weiterbildungen sollten regelmässig organisiert werden.

4.6 Schlussbemerkung

Die psychosoziale Belastungssituation aufgrund von Entwurzelung, Verlust sozialer Beziehungen und depressiven Reaktionen nach traumatischen Erlebnissen bilden – neben den häufigen Sprachbarrieren – eigentliche Charakteristika des Kollektivs der Asylsuchenden. Eine qualitative Analyse der einzelnen Krankengeschichten machte die Vielschichtigkeit und Komplexität der Betreuung Asylsuchender sichtbar und zeigte insbesondere auch die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten und die Medikalisierung sozialer Probleme auf. Gerade der letzte Aspekt macht deutlich, wie schwierig die Betreuung Asylsuchender in den Grenzen des gesteckten Rahmens einer Managed Care Organisation ist, in der die betreuenden ÄrztInnen und Pflegenden in gleicher Weise Betreuer und Fürsprecher der PatientInnen und Verwalter der zur Verfügung stehenden Ressourcen sein müssen. In der täglichen Arbeit haben sich in Fragen der Ressourcenallokation und Vorenthaltung oft schwer lösbare Probleme ergeben, die letztlich auch dazu geführt haben, dass das Projekt A-Care am 31.12.2003 aufgelöst wurde.

Anhang

Zusatztabellen

Herkunftsländern der Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs, nach Regionen gruppiert

Tabelle A1

A-Care-Kollektiv: Herkunftsregion Balkan n = 536 (54.7%)		
Herkunftsland	Häufigkeit	Prozent (%)
Serbien und Montenegro inklusiv Kosovo	434	80.2
Bosnien-Herzegowina	60	11.2
Bulgarien	17	3.2
Mazedonien	11	2.0
Albanien	3	0.6

Tabelle A2

A-Care-Kollektiv: Herkunftsregion Naher- und Mittlerer Osten, Nord-Afrika n = 165 (16.9%)		
Herkunftsland	Häufigkeit	Prozent (%)
Türkei	63	38.2
Irak	48	29.1
Afghanistan	15	9.1
Pakistan	11	6.7
Iran	9	5.5
Libyen	4	2.4
Aserbaidshon	3	1.8
Syrien	3	1.8
Tunesien	3	1.8
Kasachstan	2	1.2
Libanon	2	1.2
Marokko	2	1.2

Tabelle A3

A-Care-Kollektiv: Herkunftsregion Afrika (Sub Sahara) n = 111 (11.3%)		
Herkunftsland	Häufigkeit	Prozent (%)
Kongo	24	21.6
Angola	18	16.2
Nigeria	13	11.7
Kamerun	9	8.1
Äthiopien	8	7.2
Guinea	7	6.3
Somalia	6	5.4
Sierra Leone	3	2.7
Burundi	2	1.8
Liberia	2	1.8
Sudan	2	1.8
Burkina Faso	1	0.9
Cote d'Ivoire	1	0.9
Gambia	1	0.9
Guinea-Bissau	1	0.9
Kenia	1	0.9
Mauretanien	1	0.9
Niger	1	0.9

Tabelle A4

A-Care-Kollektiv: Herkunftsregion Südost-Asien n = 78 (8.0%)		
Herkunftsland	Häufigkeit	Prozent (%)
Sri Lanka	47	60.2
China	11	14.1
Mongolei	9	11.5
Bangladesch	5	6.4
Indien	5	6.4
Vietnam	1	1.3

Tabelle A5

A-Care-Kollektiv: Herkunftsregion Ost-Europa n = 62 (6.3%)		
Herkunftsland	Häufigkeit	Prozent (%)
Armenien	14	22.6
Ukraine	13	21.0
Georgien	12	19.3
Russland	10	16.1
Belarus	7	11.2
Litauen	4	6.4
Moldawien	2	3.2

Tabelle A6

A-Care-Kollektiv: Herkunftsregion Lateinamerika n = 5 (0.5%)		
Herkunftsland	Häufigkeit	Prozent (%)
Ecuador	4	80
Kolumbien	1	20

Beschreibung der Vergleichsgruppe

Die Vergleichsgruppe besteht aus 189 Personen, allesamt PatientInnen der MUP zwischen 2000 und 2003. Es handelt sich um PatientInnen, die Sozialhilfeempfänger sind, und die MUP als Hausarzt haben.

Demographische Angaben

Alter und Geschlecht

Die meisten PatientInnen sind mittleren Alters. Es sind keine Kinder dabei. Frauen machen 38% aus, Männer 62%.

Alter (Jahre)	Frauen	Männer
<1	0	0
1 – 5	0	0
6 – 10	0	0
11 – 15	0	0
16 – 20	2	2
21 – 25	1	4
26 – 30	3	4
31 – 35	7	11
36 – 40	9	11
41 – 45	9	12
46 – 50	6	10
51 – 55	7	13
56 – 60	6	18
61 – 65	8	12
66 – 70	7	8
71 – 75	2	5
76 – 80	4	5
81 – 85		3
Total	71	118

Familienstand

Die größte Gruppe sind die Verheirateten, gefolgt von den Ledigen. Geschiedene kommen seltener vor.

Familienstand	Männer	%	Frauen	%
ledig	45	38.1	14	19.7
verheiratet	48	40.7	37	52.1
verwitwet	5	4.2	5	7
geschieden	10	8.5	11	15.5
getrennt	6	5.1	4	5.6
unbekannt/keine Angabe	4	3.4	0	0
Total	118		71	

Herkunft

Die Staatsangehörigkeit “Schweiz” trifft für 104 (56%) der Patienten zu. 18 (10%) kommen aus der Türkei, 10 (5%) aus Italien. Der Rest verteilt sich auf meist europäische Länder.

Zusammenfassung

Die Kontrollgruppe, 189 Patienten der MUP, setzt sich aus eher älteren Menschen zusammen. Etwas mehr als die Hälfte sind Schweizer, ein Drittel unverheiratet.

Im Vergleich zur Basler Bevölkerung ist die Kontrollgruppe älter. Sie enthält auch mehr Ausländer (44% vs 28%). Es handelt sich also um eine ausgewählte Population. Vergleiche lassen keine direkten Schlüsse auf den “Durchschnittsbasler” zu.

Liste der Diagramme

- Diagramm 1: Asylgesuche 1994 bis 2003 nach Jahren (BFF, 2004),
- Diagramm 2: Ausländische Bevölkerung nach Anwesenheitsbewilligung, 2002
- Diagramm 3: Altersverteilung und Geschlecht des A-Care-Kollektivs
- Diagramm 4: A-Care-Kollektiv, nach Altersgruppen aufgeteilt
- Diagramm 5: Altersverteilung des A-Care-Kollektivs nach Herkunftsregion
- Diagramm 6: A-Care-Kollektiv nach Herkunftsregion
- Diagramm 7: Geschlechtsverteilung des A-Care-Kollektivs nach Herkunftsregion
- Diagramm 8: Einreichung des Asylgesuchs von Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs
- Diagramm 9: Asylgesuche pro Jahr nach Herkunftsregion, A-Care-Kollektiv
- Diagramm 10: Asylgesuchsentscheide der AS nach Herkunftsregion
- Diagramm 11: Anzahl Konsultationen pro Monat (2000-2003)
- Diagramm 12: Anzahl Konsultationen zwischen 2000 und 2003, nach Herkunftsregion
- Diagramm 13 : Anteil von Asylsuchenden, die A-Care-Leistungen erhielten
- Diagramm 14: Anteil von Asylsuchenden, die in der MUP behandelt wurden
- Diagramm 15: Anteil von Asylsuchenden, die in der UFK behandelt wurden
- Diagramm 16: Anteil von Asylsuchenden, die in der PUP behandelt wurden
- Diagramm 17: Monatliche Kosten des A-Care-Kollektivs nach Alter
- Diagramm 18: Monatliche Kosten des A-Care-Kollektivs nach medianem Alter
- Diagramm 19: Kostenzunahme entsprechend Anzahl von USB-Besuchen von Asylsuchenden
- Diagramm 20: Betreuung Asylsuchender im Universitätspital Basel
- Diagramm 21: Psychosoziale Belastung
- Diagramm 22: Umgang der Psychiatrie mit Asylsuchenden
- Diagramm 23: Verhütungsmittel bei Frauen der UFK

Diagramm 24: Herkunftsregionen von psychiatrisch erkrankten PatientInnen

Diagramm 25: Psychiatrische Diagnosen von Asylsuchenden nach Herkunftsregion

Diagramm 26: Die häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen

Diagramm 27: Die häufigsten psychiatrischen Zweitdiagnosen

Diagramm 28: PatientInnen mit psychiatrischer Diagnose nach Geschlecht & Herkunft

Diagramm 29: Psychische Situation nach Geschlecht und psychiatrischer Hauptdiagnose

Diagramm 30: Psychiatrische Hauptdiagnosen nach Altersgruppen

Diagramm 31: Psychiatrische Hauptdiagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht

Diagramm 32: Belastungen der Migration (aus Schouler-Ocak 2003)

Diagramm 33: "Das Einverständnis im Missverständnis" (aus Brucks 2004)

Liste der Tabellen

- Tabelle 1: Asylstatistik Kanton Basel-Stadt (BFF)
- Tabelle 2: Familienstand von Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs
- Tabelle 3: Medizinische USB Leistungen an das A-Care-Kollektiv
- Tabelle 4: Diagnosen pro Person,
- Tabelle 5: Diagnosen pro LeistungsbezügerIn
- Tabelle 6: Mittlere Anzahl Diagnosen nach Herkunftsregion
- Tabelle 7: Häufigste ICD-Diagnosen, in Prozent
- Tabelle 8: Aufstellung der ICD-Kodierungsgruppen, nach Häufigkeit
- Tabelle 9: Anzahl psychischer Erkrankungen nach Herkunft
- Tabelle 10: Kosten von Asylsuchenden des A-Care-Kollektivs
- Tabelle 11: Kosten erwachsener A-Care-PatientInnen, nach Herkunftsregion
- Tabelle 12: Totale Kosten des A-Care-Kollektivs während des ganzen Aufenthaltes (n=979)
- Tabelle 13: Kosten pro Monat des A-Care-Kollektivs nach Geschlecht
- Tabelle 14: Kosten pro Monat des A-Care-Kollektivs nach Alter
- Tabelle 15: Kosten pro Monat des ACARE-Kollektivs, nach Herkunft
- Tabelle 16: Kosten der ACARE-Kollektivs, nach Leistungskategorie
- Tabelle 17: Totalkosten pro Monat von Asylsuchenden, verglichen mit der Vergleichsgruppe
- Tabelle 18: Kosten des ACARE-Kollektivs, nach Entscheid des BFF

Abkürzungen

AS	Asylsuchend/r
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFF	Bundesamt für Flüchtlinge
BFM	Bundesamt für Migration
BFS	Bundesamt für Statistik
BS	Basel-Stadt
CHF	Schweizer Franken
EKBB	Ethikkommission beider Basel
GSU	Grenzsanitarische Untersuchung
HMO	Health Maintenance Organisation
ICD	International Classification of Disease
IMES	Bundesamt für Immigration, Migration und Emigration
INS	Institute of Nursing Science
ISMED	USB Diagnosenerfassungssystem
IV	Invalidenversicherung
KIS	Kriseninterventionsstation
KG	Krankengeschichte
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MUP	Medizinische Universitätspoliklinik
ÖKK	Öffentliche Krankenkasse
PTSD	Post-traumatic stress disorder
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
PUP	Psychiatrische Universitätspoliklinik
STI	Schweizerisches Tropeninstitut

SUVA	Schweizerische Unfallsversicherung
UFK	Universitätsfrauenklinik
UKBB	Universitätskinderklinik beider Basel
USB	Universitätsspital Basel
UMVM	Unité de Médecine des Voyages et des Migrations

Bibliographie

- Abelin, T. (2001). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé*. Neuchâtel: OFS.
- Acheson, D. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health* London: Stationary office
- Ackermann-Liebrich, U. (1990). *Mortinatalité et mortalité infantile en Suisse 1982-1985*. Bern: OFS.
- Ayer, A., & Gilbert, M. (2004). *Droits du patient migrant: quelles sont les bases légales de la consultation médicale en présence d'un interprète?* Bern: Commission fédérale des étrangers.
- BAG (1995). *Grenzsanitarische Untersuchung bei Asylbewerbern*. *Bulletin der Bundesamtes für Gesundheit*, 4, 3-5.
- BAG (2002). *Migration und Gesundheit: strategische Ausrichtung des Bundes - 2002-2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Flüchtlinge, Bundesamt für Ausländerfragen und Eidgenössische Ausländerkommission.
- Bahnan Buechi, R. (2004). *Frauen Sans-Papiers: Recht auf Gesundheit*. In SRK (Ed.), *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* (pp. 139-149). Zürich: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies* Melbourne: Cambridge University Press
- BFF (2001). *Asylum in Switzerland, an overview of the asylum and refugee sectors* Bern: Federal Office for Refugees
- BFF (2003). *Asylstatistik 2002*. Bern: Bundesamt für Flüchtlinge.
- BFF (2004). *Asylstatistik 2003*. Bern-Wabern: Bundesamt für Flüchtlinge.
- Bierens de Haan, D., Bischoff, A., Gariazzo, F., & Titus, J. (1998). *Manuel du questionnaire sur l'état de santé des requérants d'asile* Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève
- Bischoff, A., Durieux, S., & Loutan, L. (1996). *Asylum seekers, refugees and health in Switzerland*. In H. Zenker, Z. Mohammadzadeh, & T. Hilbert (Eds.), *Asylum seekers, refugees and health in the nineties*. Bremen: Public Health Office Bremen.

- Bischoff, A., Loutan, L., & Burgi, D. (1997). *Migration and Health in Switzerland*. Bern: BAG.
- Bischoff, A., Tonnerre, C., Eytan, A., Bernstein, M., & Loutan, L. (1999). Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Soz Präventivmed*, 44(6), 248-256.
- Bischoff, A., Bovier, P., Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A., & Loutan, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral rates. *Soc Sci Med*, 57, 503-512.
- Bischoff, A., Perneger, T.V., Bovier, P., Stalder, H., & Loutan, L. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 53, 541-546.
- Bischoff, A., & Loutan, L. (2004). Interpreting in Swiss hospitals. *Interpreting*, 6(1), 183-206.
- Bisig, B., & Paccaud, F. (1996). Wichtigste demographische und gesundheitsbezogene Indikatoren. In F. Gutzwiller, & O. Jeanneret (Eds.), *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bloechliger, C. (1997). Institutionsbasierte Erhebung der ambulanten medizinischen Grundversorgung und der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz, *Swiss Tropical Institut*. Basel: University of Basel.
- Bloechliger, C., Junghanss, T., Weiss, R., Herzog, C., Raeber, P.-A., Tanner, M., & Hatz, C. (1998). Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis: Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten. *Soz Präventivmed*, 43, 18-28.
- Bloechliger, C., Osterwalder, J., Hatz, C., Tanner, M., & Junghanss, T. (1998). Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation. *Soz Präventivmed*, 43(1), 29-38.
- Bloechliger, C., Ries, N., Gonon, M., Loutan, L., Mark, K., Vetterli, S., Tanner, M., Hatz, C., & Junghanss, T. (1998). [Asylum seekers and refugees in the medical polyclinic: a comparison between the Basel, Bern and Geneva polyclinics]. *Soz Präventivmed*, 43(1), 29-38.
- Bonacruz-Kazzi, G., & Cooper, C. (2003). Barriers to the use of interpreters in emergency room paediatric consultations. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39(4), 259-263.
- Bonsack, S. (unveröffentlicht). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz: Wissensstand und ausgleichende Massnahmen. Basel: institut für Pflegewissenschaft Universität Basel.
- Bouchardy, C., Wanner, P., & Raymond, L. (2001). La mortalité des étrangers en 1989-92.

- Brucks, U. (2004). Migration und psychische Erkrankung. *PsychoNeuro*, 30(4), 228-231.
- Burnett, A., Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain: Health Needs of asylum seekers and refugees. *BMJ*(322), 544-547.
- Burnett, A., Peel, M. (2001b). Asylum seekers and refugees in Britain: The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ*(322), 606-609.
- Calderón, R. (2002). Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Bern: Interpret.
- Creswell, J.W. (2003). *Research Design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches* London: Sage
- David, R.A., & Rhee, M. (1998). The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *Mt Sinai J Med*, 65(5-6), 393-397.
- DIMDI (2001). *ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Band 1* Bern: Hans Huber
- Drack, G., Ackermann-Liebrich, U., & Schindler, C. (1998). Mortinatalité et mortalité infantile en Suisse 1986 à 1992. Bern: OFS.
- Egger, M., Minder, C., & Smith, G. (1990). Health inequalities and migrant workers in Switzerland. *Lancet*(Sept 29), 816.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung* Göttingen: Hogrefe
- Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (1993). *Frauenflüchtlinge in der Schweiz* Bern: EDMZ
- Eytan, A., Bischoff, A., & Loutan, L. (1999). Use of interpreters in Switzerland's psychiatric services. *J Nerv Ment Dis*, 187(3), 190-192.
- Gardemann, J. (2001). Migration und Gesundheit - der öffentliche Gesundheitsdienst in der Koordination gesundheitlicher Vielfalt. *Gesundheitswesen*, 63(Sonderheft 2), S115-S119.
- Gilgen, D., Maeusezahl, D., Salis Gross, C., Battegay, E., Flubacher, P., Tanner, M., Weiss, M.G., & Hatz, C. (2003). The impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. Basel.
- Ginsberg, C., Martin, V., Andrulis, D., Shaw-Taylor, Y., & McGregor, C. (1995). *Interpretation and Translation Services in Health Care: a survey of US public and private teaching hospitals* New York: National Public Health and Hospital Institute
- Gutzwiler, F., & Jeanneret, O. (1999). *Sozial- und Präventivmedizin. Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Gutzwiller, F., & Jeanneret, O. (1996). *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health* Bern: Verlag Hans Huber
- Haffner, L. (1992). Translation is not enough. Interpreting in a medical setting. *West J Med*, 157(3), 255-259.
- Hälgi, R., Wallimann, G., Gross, C.S., & Marcoli, M.W. (In Press). Migration und reproduktive Gesundheit. Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz. Bern: Universität Bern.
- Hampers, L.C., Cha, S., Gutglass, D.J., Binns, H.J., & Krug, S.E. (1999). Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*, 103(6 Pt 1), 1253-1256.
- Hjern, A. (2001). High use of sedatives and hypnotics in ethnic minorities in Sweden. *Ethn Health*(6), 5-11.
- Jacobs, E.A., Lauderdale, D.S., Meltzer, D.O., Shorey, J.M., Levinson, W., & Thisted, R.A. (2001). The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients. *J Gen Intern Med*, 16, 468-474.
- Jacobs, E.A., Shepard, D.S., Suaya, J.A., & Stone, E.L. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *Am J Public Health*, 94(5), 866-869.
- Karter, A., Ferrara, A., Darbinian, J., Ackerson, L., & Selby, J. (2000). Self-Monitoring of Blood Glucose. *Diabetes Care*, 23(4), 477-483.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Archives of General Psychiatry*(52), 1048-1060.
- Kocher, G., & Oggier, W. (2004). *Gesundheitswesen Schweiz. 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht* Bern: Verlag Hans Huber
- Lehmann, P., Maboury, C., & Minder, C. (1990). Health and social inequalities in Switzerland. *Soc Sci Med*, 31(3), 369-386.
- Loutan, L. (1992). Medical Screening of Asylum Seekers in Switzerland. *International Migration*, 30.
- Loutan, L., & Chaignat, C.-L. (1994). Afflux de réfugiés en Suisse: quels problèmes de santé? *Schweiz. Z. Milit. Med.*, 71(4), 105-109.
- Loutan, L., & Subilia, L. (1995). Torture et violence organisée: leurs conséquences sur les requérants d'asile et les réfugiés. *Médecine & Hygiène*(49), 1942-1950.
- Loutan, L., Bierens de Haan, D., & Subilia, L. (1997). The health of asylum seekers: from communicable disease screening to post-traumatic disorders. *Bull Soc Pathol Exot*, 90(4), 233-237.

- Loutan, L., Bollini, P., Pampallona, S., Bierens de Haan, D., & Gariazzo, F. (1999). Impact of trauma and torture on asylum seekers. *European Journal of Public Health*, 9, 93-96.
- Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* Weinheim: Psychologie Verlagsunion
- Meyer, P.C., & Jeanneret, O. (1996). Soziale Umwelt - Sozialstrukturelle Determinanten der Gesundheit. In F. Gutzwiller, & O. Jeanneret (Eds.), *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Paccaud, F., & Bisig, B. (1996). Diagnostik im Gesundheitswesen. In F. Gutzwiller, & O. Jeanneret (Eds.), *Sozial- und Präventivmedizin - Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Pickel, R., Bischoff, A., & Loutan, L. (2003). *Video Dialog - Dolmetschen im Gesundheitswesen* Genève: HUG - Interpret
- Pitkin Derose, K., Hays, R.D., McCaffrey, D., & Baker, D.W. (2001). Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *J Gen Intern Med*, 16, 218-226.
- Poehhacker, F. (2000). Language barriers in Vienna Hospitals. *Ethnicity & Health*, 5(2), 113-119.
- Raymond, L., Bouchardy, C., & Wanner, P. (1995). Taux de participation à la mammographie de dépistage, d'après l'enquête suisse de santé 1992-1993, *Dépistage du cancer du sein en Suisse*. Berne.
- Raymond, L., Bouchardy, C., & Wanner, P. (1996). Migration bias in cancer survival rates. *Journal of Epidemiology and Statistics*, 1(3), 167-173.
- Riecken, A., Wiedl, K.H., Weig, W. (2001). Die Bedeutung der Deutschkenntnisse für die Entwicklung und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*(28), 275-277.
- Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R.C., & Waitzkin, H. (2000). Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *Am J Med*, 108(6), 470-474.
- Sarver, J., & Baker, D.W. (2000). Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *J Gen Intern Med*, 15(4), 256-264.
- Sauter, D., Abderhalden, Ch., Needham, I., Wolff, S. (2004). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* Bern, Hogrefe AG: Verlag Hans Huber
- Schott, J., & Henley, A. (1996). *Culture, religion and childbearing in a multiracial society: Handbook for health professionals* Oxford: Butterworth-Heinemann
- Schouler-Ocak, M. (2003). Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten. In T. Borde, & M. David (Eds.), *GUT*

- VERSORGT? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen.* Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Spang, T. (1999). Migration als Herausforderung für das schweizerische Gesundheitssystem. *Bulletin Medicus mundi*, 74.
- Spang, T. (2004). Umsetzung der "Strategischen Ausrichtung des Bundes Migration und Gesundheit 2002-2006". In SRK (Ed.), *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* (pp. 44-54). Zürich: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen.
- Stadler, L. (2001). Muttersprache als Heilmittel, *Tagesanzeiger* (p. 26). Zürich.
- Steil, R. (2000). *Posttraumatische Belastungsstörung*
- Subilia, L., Loutan, L., Robert, C., Bollini, P., & Pampallona, S. (1995). La santé des requérants d'asile: des parasites au stress post-traumatique. *Schweiz Med Wochenschr*(18).
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Senf, W. (2004). Trauma, posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung. *Psychother Psych Med*(54), 198-205.
- Vranjes, N., Bisig, B., & Gutzwiller, F. (1996). Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wanner, P. (2004). *Migration und Integration: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Uebersicht zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten* Zurich: Seismo-Verlag
- WHO (1998). *Gesundheit 21* Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation
- Wieland, T. (2000). Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden: Grenzen unseres Gesundheitssystems. *Schweizerische Aerztezeitung*, 81, 2673-2676.
- Wolff, S. (2003). Dokumenten- und Aktenanalyse. In U. Flick, E. Von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung* (pp. 502-513). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Woloshin, S., Schwartz, L.M., Katz, S.J., & Welch, H.G. (1997). Is language a barrier to the use of preventive services? *J Gen Intern Med*, 12(8), 472-477.
- Zahorka, M., & Blöchliger, C. (2003). *Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz* Basel: Schweizerisches Tropeninstitut