

Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen

Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit

Luzern, den 4. Juni 2018

IMPRESSUM

Autorinnen

Franziska Müller, lic. phil. (Projektleitung)

Zilla Roose, MSc.

Flurina Landis, lic. ès. sc. pol.

Giada Gianola, MA. pol. sc.

INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

T +41 41 226 04 26

interface@interface-politikstudien.ch

www.interface-politikstudien.ch

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist ein Amt des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI).

Laufzeit

Mai 2017 bis Juni 2018

Datenerhebungsperiode

September bis Oktober 2017

Zitiervorschlag

Müller, Franziska; Roose, Zilla; Landis, Flurina; Gianola, Giada (2018): Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

Hinweis

Dieser Bericht wurde im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) verfasst. Für den Inhalt ist allein der Auftragnehmer verantwortlich.

Projektreferenz

Projektnummer: 17-42

INHALTSVERZEICHNIS

1	AUSGANGSLAGE UND ZWECK	4
2	METHODISCHES VORGEHEN	6
3	ANGABEN ZU DEN BETROFFENEN	8
3.1	Definition und Ausmass	8
3.2	Behandlung	10
4	HERAUSFORDERUNGEN UND LÖSUNGSANSÄTZE	11
4.1	Früherkennung und Diagnosestellung (Herausforderungen 1 und 2)	13
4.2	Angebotssituation (Herausforderungen 3,4 und 5)	18
4.3	Informationsfluss/Zusammenarbeit (Herausforderung 6)	23
4.4	Finanzierung (Herausforderung 7)	27
5	FAZIT UND EMPFEHLUNGEN	31
	ANHANG	36

I AUSGANGSLAGE UND ZWECK

Für die Inkraftsetzung des revidierten Epidemiengesetzes (EpG) zum Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten und der entsprechenden Epidemienverordnung (EpV) per 1. Januar 2016 hat der Bundesrat eine zweijährige Übergangsfrist gewährt (Bundesratsbeschluss vom 29. April 2015). Gleichzeitig beauftragte der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeinsam mit dem Staatssekretariat für Migration (SEM) und den involvierten kantonalen Stellen (Vertretende der Kantonsärzteschaft und der kantonalen Asylkoordinatoren/-innen) sowie der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und -direktoren (SODK), ein Konzept zur Umsetzung der aus dem revidierten Epidemiengesetz resultierenden Massnahmen zu erarbeiten. Die Umsetzung hat bis zum 1. Januar 2018 zu erfolgen. In Hinblick auf die Konzepterarbeitung entschied die Arbeitsgruppe, eine externe Soll-Ist-Analyse in Auftrag zu geben. Das Mandat wurde von Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern durchgeführt.¹ Ziel des Mandats war, den Status quo auf Bundesebene und in den kantonalen Kollektivunterkünften aufzuzeigen und im Anschluss Lücken im gesundheitlichen Angebot der genannten Institutionen und im Prozess der Zuweisung vom Bund zu den Kantonen von Asylsuchenden zu eruieren (vgl. Müller et al. 2017). Die Analyse zeigte unter anderem Handlungsbedarf in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von traumatisierten Asylsuchenden auf.² Der Fokus der Ist-Soll-Analyse zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Zentren des Bundes sowie in den Kollektivunterkünften der Kantone lag aber schwerpunktmässig auf den übertragbaren Krankheiten. Nicht übertragbare Krankheiten, unter anderem psychische Krankheiten wie beispielsweise die posttraumatische Belastungsstörung (im Folgenden PTBS genannt), wurden nicht explizit analysiert.

Interface wurde mit der vorliegenden Untersuchung beauftragt, mit welcher die folgenden beiden Ziele verfolgt werden:

- Wissen zu generieren, welches Aufschluss über allfällige Probleme und Lücken hinsichtlich der Betreuung und der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden in den Zentren des Bundes sowie der Kantone gibt,
- Empfehlungen auszuarbeiten für die Betreuung und Gesundheitsversorgung von traumatisierten Asylsuchenden in den Asylzentren des Bundes und der Kollektivzentren der Kantone.

¹ Müller, Franziska; Laubereau, Birgit; Bucher, Noëlle; Ostrowski, Gaspard (2017): Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung und evaluanda, Luzern/Genf.

² Diverse vorgängige Studien bestätigten bereits, dass der Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Angeboten insbesondere für traumatisierte Folter- und Kriegsoffer ungenügend ist, da unter anderem vorhandene Angebote fehlen beziehungsweise entsprechende Angebote (wie etwa die Ambulatorien für Folter- und Kriegsoffer) stark überbelastet sind (u.a. Oetterli, Manuela; Niederhauser, Andrea (Interface); Pluess, Simon (evaluanda) (2013): Ist-Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich. Bericht zuhanden des Bundesamts für Migration (BFM), Luzern/Genf).

Im vorliegenden Bericht legen wir die im Rahmen dieser Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse dar. Nach einer kurzen Übersicht über das methodische Vorgehen gehen wir auf das Krankheitsbild einer Traumatisierung, auf dessen Verbreitung unter den Asylsuchenden und dessen Behandlung ein. Den Hauptteil des Berichts haben wir entlang von sieben Herausforderungen strukturiert, die wir der bestehenden Literatur entnommen haben. Diese betreffen die Früherkennung und Diagnose, die Angebotssituation, den Informationsfluss und die Zusammenarbeit und schliesslich die Finanzierung. Zu jeder dieser Herausforderungen zeigen wir die heutige Situation, wie sie uns von den Experten/-innen geschildert wurde, auf, und führen anschliessend die von ihnen genannten Möglichkeiten zur Verbesserung dieser Situation auf. Alle in diesem Bericht wiedergegebenen Informationen basieren auf den Angaben der befragten Personen in den Telefoninterviews und bringen deren Wahrnehmung zum Ausdruck.

Zum Schluss des Berichts fassen wir die Erkenntnisse zusammen und leiten daraus Empfehlungen ab.

In diesem Abschnitt beschreiben wir das methodische Vorgehen im Projekt und zeigen auf, wie wir den Leitfaden für die Gespräche entwickelt, die Experten/-innen ausgewählt und ihre Aussagen ausgewertet haben.

Startsitzung und Literaturanalyse

Zunächst erfolgte eine Startsitzung mit den Auftraggebenden, welche der Bereinigung des Auftrags und der definitiven Festlegung des Vorgehens diente. Nachfolgend analysierten wir die bestehende Literatur zum Thema. Dies erfolgte anhand eines einfachen Analyserasters, der sich an zentralen Fragesellungen des Mandats orientierte. In dieses Raster wurden die Informationen aus der Literatur übertragen. Aufgrund der Analyse wurde eine Liste von sieben zentralen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung von traumatisierten Asylsuchenden abgeleitet. Die Liste findet sich in Kapitel 4.

Leitfaden

Basierend auf den sieben identifizierten Herausforderungen entwickelten wir den Leitfaden für die Telefoninterviews (der Leitfaden ist in deutscher Sprache [vgl. Anhang A2] und französischer Sprache [vgl. Anhang A4] verfasst). Nachdem der Leitfaden von Deutsch auf Französisch übersetzt worden war, schickten wir ihn vor den Interviews jeweils einer Expertin/einem Experten in der West- und Deutschschweiz, um die Angemessenheit der Fragen und die Abdeckung der wichtigsten Themen sicherzustellen und überarbeiteten den Leitfaden entsprechend den Rückmeldungen. Jeder Themenblock im Leitfaden fragte zunächst nach den heute bestehenden Hemmnissen und Problemen, richtete den Fokus aber auf Lösungsansätze, um die Hemmnisse abzubauen und Probleme zu lösen.

Interviews

Die Analyse basiert auf 13 telefonischen Interviews mit Experten/-innen im Bereich der Gesundheitsversorgung von traumatisierten Asylsuchenden. Die Liste der Experten/-innen erarbeiteten wir zusammen mit den Auftraggebenden und legten dabei Wert auf, die Abdeckung der verschiedenen Landesteile der Schweiz (die Liste der interviewten Experten/-innen findet sich in Anhang A1). Ebenfalls bringen die Experten/-innen aufgrund ihrer unterschiedlichen beruflichen Hintergründe und Arbeitsfeldern verschiedene Blickwinkel auf das Thema der Gesundheitsversorgung im Asylbereich ein. Mit den Experten/-innen vereinbarten wir telefonisch Termine für das rund einstündige Telefoninterview und stellten ihnen den Leitfaden zur Vorbereitung zu. Die Interviews wurden aufgezeichnet und protokolliert.

Validierungsworkshop

Die zentralen Ergebnisse und Empfehlungen wurden im Rahmen eines Workshops mit fünf ausgewählten Experten/-innen aus der Deutsch- und Westschweiz diskutiert und konkretisiert. Die Ergebnisse dieser Diskussion wurden bei der Überarbeitung des Berichts berücksichtigt.

Berichtverfassung

Für das Verfassen des Berichts wurden die Protokolle ausgewertet. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Tätigkeiten und Hintergründe konnten nicht alle Expertinnen und Experten zu allen Themen Antworten geben.

Geografische Gültigkeit der Ergebnisse

Die von uns befragten Personen der Deutschschweiz sind alle im Raum Zürich/Winterthur oder im Raum Bern tätig. Die Befragten der Westschweiz wiederum alle in den Räumen Lausanne oder Genf. Während die Deutschschweizer Experten/-innen meist Aussagen machen konnten, die Gültigkeit für grosse Teile der Deutschschweiz haben, war dies in der Westschweiz nicht der Fall. Die Kantone Waadt und Genf scheinen sich stark von anderen Kantonen zu unterscheiden und in vielen Bereichen *Best Cases* zu sein. Die Erkenntnisse der Interviews mit Experten/-innen aus Lausanne und Genf lassen sich daher nicht auf die gesamte Westschweiz übertragen.

Im Folgenden schildern wir die Erkenntnisse aus den Interviews betreffend Definition eines Traumas und Anteil betroffener Personen unter den Asylsuchenden. Im Anschluss gehen wir auf den Behandlungsbedarf und die tatsächlichen Behandlungen der traumatisierten Asylsuchenden ein.

3.1 DEFINITION UND AUSMASS

Zunächst gehen wir auf Definition eines „Traumas“ ein und zeigen die begriffliche Abgrenzung zwischen einem Trauma im klinischen und im alltäglichen Sprachgebrauch auf. Anschliessend thematisieren wir die verschiedenen Ausprägungen einer Traumatisierung.

3.1.1 DEFINITION DES BEGRIFFS TRAUMA

Die Auswertung der Interviews hat gezeigt, dass einerseits die Verwendung des Traumbegriffs in der Alltags- und der Fachsprache sehr unterschiedlich ist und andererseits, dass auch innerhalb der Fachsprache eine Differenzierung des Begriffs nötig ist. Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass einem Trauma beziehungsweise einer Traumatisierung in der Fachterminologie ein traumatisierendes Erlebnis vorangehen muss. Dieses kann verschiedener Art und Form sein, es handelt sich aber immer um äusserst schwere, lebensbedrohliche Erlebnisse, welche in jedem Betroffenen oder Zeugen grosse Angst auslösen. Hierin liegt der Hauptunterschied zur Verwendung des Begriffs in der Alltagssprache, in welcher bereits aufgrund weitaus weniger gravierender Erlebnisse von einem Trauma gesprochen wird. Liegt nun ein solches, in der Fachsprache traumatisches Erlebnis vor, und kommt es im Anschluss dazu zu Symptomen, sprechen die Fachleute von einer *Traumafolgestörung*. Bei dieser gilt es, verschiedene Krankheitsbilder zu unterscheiden:

Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (im Folgenden PTBS genannt, englisch post-traumatic stress disorder [PTSD]) entspricht dem klassischen Verständnis einer Traumafolgestörung. In den beiden hierzulande gängigen diagnostischen Klassifikationssysteme ICD 10³ und DSM IV/V⁴ werden sowohl die Ursachen der PTBS als auch die dadurch verursachten Symptome definiert. Die wichtigsten Merkmale sind ein zuvor beschriebenes, im klinischen Gebrauch traumatisches Erlebnis, welches der PTBS vorausgeht beziehungsweise diese auslöst. Die Symptome sind vielfältig und detailliert beschrieben in den Klassifikationssystemen. Typische Elemente der Symptomatik umfassen ein *Wiedererleben* des Traumas durch Intrusionen⁵, Albträume, Flashbacks, sich

³ Das „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ wird von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation WHO) herausgegeben. Aktuell liegt die zehnte Ausgabe von 2016 vor.

⁴ Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ wird von der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (American Psychological Association APA) herausgegeben. Aktuell liegt die fünfte Ausgabe von 2013 vor.

⁵ Unter Intrusionen wird das Wiedererinnern oder Wiedererleben der traumatischen Erlebnisse durch Erinnerungen, Flashbacks, Bilder oder Albträume, die zumeist durch einen Schlüsselreiz ausgelöst werden verstanden.

aufdrängende Erinnerungen sowie seelisches Leiden oder physische Reaktionen bei Konfrontationen mit (inneren oder äusseren) Reizen, die das Trauma symbolisieren. Ebenfalls typisch ist ein *vermeidendes Verhalten* der betroffenen Personen, die nach Möglichkeit traumabezogene Gedanken und Gefühle sowie Stimuli, die diese hervorrufen können, umgehen. Zudem kommt es infolge des Traumas zu *Veränderungen der mit dem Trauma assoziierten Kognitionen oder Affekte* beispielsweise zu Schuld- und Schamgefühlen oder zur Unfähigkeit, wichtige Aspekte des traumatischen Erlebnisses zu erinnern. Zuletzt führt eine PTBS zu *Veränderungen in der Erregbarkeit und den Reaktionen* wie beispielsweise Reizbarkeit, Wutausbrüche, selbstzerstörerisches Verhalten, Schreckhaftigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen oder eine erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz). Drei weitere Kriterien der Diagnose einer PTBS sind, dass die Symptome länger als einen Monat andauern, in klinisch bedeutsamer Weise zu Einschränkungen führen und nicht durch die Einnahme von Substanzen oder durch andere Krankheiten bedingt sind.

Weitere, durch traumatische Erlebnisse bedingte Krankheitsbilder
In den Interviews wurde von verschiedenen der befragten Personen darauf hingewiesen, dass eine PTBS nicht die einzige Form ist, in der sich traumatische Erlebnisse äussern können. Die Symptome vieler Betroffener zeigen sich eher in Form von affektiven Störungen im Sinne von Depressionen, von Substanzabhängigkeiten, Konzentrationsstörungen und gehen hin bis zur psychotischen Symptomatik. Vielfach wird so von Personen, die wenig oder keine Erfahrung mit Traumafolgestörungen haben fehldiagnostiziert und somit gar falsch behandelt. Hinter diesen Traumafolgestörungen verbergen sich aber traumatische Erlebnisse als Ursache, die einer traumaspezifischen Behandlung bedürfen, welche die Symptome zu lindern vermag.

Von verschiedenen Expertinnen und Experten wurde angemerkt, dass in den meisten Fällen kein reines, sondern ein gemischtes Störungsbild und oftmals auch komorbide Störungen (d.h. mehr als eine Krankheit zur gleichen Zeit) vorliegen.

3.1.2 AUSMASS

Der Anteil an Personen unter den Asylsuchenden, die unter einer Traumafolgestörung leiden ist in der Schweiz nicht bekannt, weil bisher keine repräsentativen Zahlen erhoben wurden. In der internationalen Literatur wird von rund 30 Prozent⁶ gesprochen. Gemäss Positionspapier „Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (22. März 2016) wurden in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern 2012 bei 63,6 Prozent der Asylsuchenden eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt. In Schweizer Untersuchungen und Interviews mit Schweizer Experten/-innen wird der Anteil auf 50⁷ bis 60⁸ Prozent geschätzt.

⁶ Steel, Z.; Chey, T.; Silove, D.; Marnane, C.; Brynat, R. A. & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 302(5), p. 537-549.

⁷ Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A. & Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *Eur. J. Public Health*, 63 21, (2), p. 184-189.

⁸ Bachmann, Anita (2012): Traumatisierte sind oft nicht erfolgreich im Asylverfahren, in: *Der Bund* (23.07.2012).

In den Interviews haben wir die Expertinnen und Experten gefragt, ob ihren Meinungen nach diese Werte von 30 bis 60 Prozent zutreffend seien. Grundsätzlich erachten viele der befragten Expertinnen und Experten diese Zahlen als realistisch. Sie schätzen den Anteil an Personen, die das Krankheitsbild der PTBS erfüllen näher bei 30 Prozent. Wenn aber der Begriff breiter ausgelegt wird und alle Personen mit psychischen Folgestörungen eines Traumas in die Gruppe der Traumatisierten einbezogen werden, erscheint auch der höhere Wert plausibel. Bei den Jugendlichen liegen die Schätzungen der Expertinnen und Experten sogar eher über 60 Prozent. Diese Schätzungen basieren auf den eigenen Erfahrungen der Experten/-innen. Einige der Experten/-innen merkten an, sie hätten fast ausschliesslich mit traumatisierten Asylsuchenden zu tun und keinen Überblick über die Gesamtheit der Asylsuchenden, weshalb sie diese Frage nicht beantworten könnten. Zudem merken sie an, dass die zur Verfügung stehenden Verfahren zur Erhebung des Vorliegens einer Traumatisierung in unterschiedlichem Masse sensitiv sind und daher zu unterschiedlichen Zahlen führen.

3.2 BEHANDLUNG

Zum Anteil der Personen unter den Traumatisierten, die eine Behandlung benötigen, fehlen ebenfalls nationale Zahlen. Einig sind sich die Expertinnen und Experten darin, dass Personen, welche das Krankheitsbild einer PTBS erfüllen, eine Behandlung brauchen. Insbesondere wenn die Krankheit in eine chronische Form übergeht oder komorbide Krankheiten vorliegen, ist eine Behandlung angezeigt. Es wird aber auch erwähnt, dass es je nach Krankheitsbild nicht zwingend einer traumaspezifischen Behandlung bedarf, sondern dass in gewissen Fällen auch klassisch ausgebildete Psychotherapeuten/-innen, Hausärzte/-innen oder unter Umständen auch anderweitige Angebote beigezogen werden können.

Insgesamt sind sich die Experten/-innen einig, dass die Anzahl der Personen, die eine spezifische Behandlung benötigen deutlich höher ist als die Anzahl der Personen, die tatsächlich in einer sind. Es lassen sich aber deutliche regionale Unterschiede feststellen. In der Deutschschweiz sind gemäss Einschätzungen einiger Experten/-innen weniger als 10 Prozent der Personen, welche eine spezifische Behandlung benötigen würden auch tatsächlich in einer solchen Behandlung. In den Kantonen Waadt und in Genf hingegen liegen diese Schätzungen höher, das heisst zwischen 30 bis 70 Prozent.

Wie bereits beschrieben, haben wir in einem ersten Schritt die bestehende Literatur analysiert und daraus eine Liste von sieben zentralen Herausforderungen betreffend die Gesundheit traumatisierter Asylsuchender abgeleitet. Diese Herausforderungen sind die Folgenden:

- 1 Fehlende Früherkennung und Diagnose (z.B. in den Asylzentren aufgrund fehlendem Wissen/Sensibilisierung), keine Weitervermittlung, unzureichende Information
- 2 Herausforderungen auf Seiten der Patienten/-innen, wie: Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten; Vorurteile, Angst vor Stigmatisierung; mangelnde Vertrautheit mit Diagnosen und Behandlungsansätzen; fehlendes Vertrauen/Unsicherheit, mangelnde Health Literacy
- 3 Unzureichende Anzahl spezialisierter Angebote, dadurch lange Wartezeiten
- 4 Fehldiagnose und inadäquate Behandlung
- 5 Fehlende niederschwellige psychosoziale Angebote
- 6 Schwierigkeiten beim Informationsfluss und der Zusammenarbeit (bspw. beim Übergang vom Bundeszentrum ins kantonale Durchgangszentrum und von da in die Gemeinde)
- 7 Fehlende Finanzierung, keine Kostendeckung (z.B. Finanzierung Übersetzung)

Die folgende Darstellung D 4.1 gibt die Quellen wieder, aus welchen die genannten sieben Herausforderungen entnommen wurden.

D 4.1: Quellenangaben zu den Herausforderungen

Quelle	Herausforderung						
	1	2	3	4	5	6	7
Ackermann, Ch. et al. (2003)		•					
Bachmann, A. (2012)		•	•		•		
Bischoff, A. et al. (2009)			•		•		
Brägger, M. (2017)							•
Brakowski, J. (2017)							•
Bürli, Ch. Et al. (2015)	•						
Guggisberg, J. et al. (2011)		•					
Hepp, U. (2016)		•					
Hochuli, S. (2016)	•		•				•
Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen (2016)					•		•
Küchenhoff, B. (2017)		•	•			•	•
Llosa, A. et al. (2017)	•						
Maggi, J. et al. (2003)		•					•
Maier, T.(2015)		•					
Maier, T. (2016)	•	•	•		•		•
Maier, T. (2017)		•		•			•
Maier, T. et al. (2010)				•			
Müller, J. (2009)		•		•			
Müller, F. et al. (2017)	•				•	•	
Nickl, R. (2016)		•					
Nosetti, L. et al. (2012)	•	•	•	•	•		•
Novák, M. (2012)	•						
Oetterli, M. et al. (2013)	•	•	•	•	•	•	•
Schick, M. et al. (2017)		•		•		•	•
Schwald, O. et al. (2016)		•		•		•	•
Schweizerisches Rotes Kreuz (2017)							•
Schweizerisches Rotes Kreuz (o. J.) (a)						•	
Schweizerisches Rotes Kreuz (o. J.) (b)					•		
Stocker, D. et al. (2016)	•	•	•		•	•	
Straub, M. et al. (2007)		•				•	
Testa-Mader, A. et al. (2002)		•					
Weiss, R. (2003)		•					
Zuber, L. (2014)	•	•	•	•			

Legende: Die schwarzen Punkte zeigen, welche der Herausforderung in den jeweiligen Quellen beschrieben wird. Die Darstellung enthält nur verkürzte Literaturangaben, die vollständigen finden sich in Anhang A2.

Gemäss Einschätzung der befragten Experten/-innen sind in dieser Aufzählung die sowohl aus der Literatur sowie auch aus dem Alltag in der Schweiz bekannten Herausforderungen sehr umfassend aufgeführt. Ergänzend zu den aufgeführten Herausforderungen wurde in den Gesprächen insbesondere auf die, für Personen mit einer Traumafolgestörung, schwierigen Rahmenbedingungen in den Zentren des Bundes und der Kantone hingewiesen. Beispielsweise sei die Unterbringung in grossen Schlafsälen äusserst ungeeignet für diese Personengruppe. Weiter seien die Tagesstrukturen und nie-

derschweligen Angebote sowie die sozialpädagogische Unterstützung in vielen Fällen nicht oder kaum vorhanden, obwohl davon ausgegangen werden kann, dass eine Verbesserung dieser Rahmenbedingungen bereits zu einer Besserung des psychischen Gesundheitszustands dieser Personengruppe führen kann.

Nachfolgend gehen wir vertieft auf die sieben aufgeführten Herausforderungen ein. Wir haben die Experten/-innen jeweils nach einer Schilderung der heutigen Situation gebeten und im Anschluss gefragt, durch welche Massnahmen die heutige Situation verbessert werden könnte. Die Erkenntnisse aus diesen Fragen sind in den folgenden Abschnitten 4.1 bis 4.4 wiedergegeben.

4.1 FRÜHERKENNUNG UND DIAGNOSESTELLUNG (HERAUSFORDERUNGEN 1 UND 2)

In den Interviews wollten wir von den Expertinnen und Experten wissen, wie der Prozess der Erkennung, Diagnose und Weitervermittlung in zuerst eine allgemeine und anschliessend in eine spezialisierte Behandlung abläuft und welches die Gründe für Probleme beim Ablauf sind. Des Weiteren fragten wir die Experten/-innen, ob es Verbesserungsvorschläge in diesem Prozess gibt. Die Erkenntnisse zu diesen Fragen werden im Folgenden wiedergegeben.

4.1.1 FRÜHERKENNUNG

Zunächst gehen wir auf den Ablauf des Prozesses der Früherkennung in den Zentren des Bundes und der Kantone ein und beleuchten anschliessend die Hemmnisse auf der Seite der Asylsuchenden, welche eine Früherkennung erschweren.

Heutige Situation auf Ebene Bund (Bundeszentren)

Betreffend die Früherkennung in den Bundeszentren haben die meisten der befragten Personen angegeben, dass sie mit dem Prozess kaum oder nicht in Berührung kommen und daher nicht im Detail über die Abläufe informiert sind. Basierend auf den Informationen, über die sie verfügen, haben uns die Befragten die folgende Situation geschildert:

In den Bundeszentren wird die psychische Gesundheit der Asylsuchenden zu keinem Zeitpunkt systematisch untersucht. Ausser im Rahmen der bisherigen Grensanitären Massnahmen, welche aber auf das Erkennen einer Tuberkuloseerkrankung ausgerichtet sind, gibt es kein systematisches gesundheitliches (Erst-)Gespräch oder Screening⁹, welches mit jeder im Zentrum untergebrachten Person geführt wird.¹⁰ Die Asyl-

⁹ Der Begriff *Screening* ist nicht abschliessend definiert und kann Erstuntersuchungen in verschiedenem Ausmass meinen. Im vorliegenden Bericht verstehen wir darunter eine beschränkte Anzahl von Fragen, welche den Personen zu einem Zeitpunkt kurz nach ihrer Ankunft in der Schweiz gestellt werden, um das Vorliegen von Symptomen einer Traumafolgestörung zu untersuchen.

¹⁰ Zwischenzeitlich wurde vom BAG in Zusammenarbeit mit dem SEM ein Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung erarbeitet. Dieses wird seit Januar 2018 in den Bundesasylzentren BAZ angewendet. Wesentliche Neuerungen sind, dass alle Asylsuchenden im Rahmen des Eintritts in ein BAZ über die wesentlichen Gesundheitsthemen einschliesslich übertragbare Krankheiten informiert werden und ihnen die Möglichkeit für eine medizinische Erstkonsultation geboten wird. Dazu wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Erfassung des Ge-

suchenden können sich bei Bedarf an die Mitarbeitenden der Zentren wenden, welche wiederum eine Gesundheitsfachperson beiziehen können.¹¹ In den Zentren des Bundes sind im Laufe der letzten Jahre medizinisch geschulte Personen im Bereich der Gesundheitsversorgung eingestellt worden. Die Befragten merken allerdings an, dass in den Zentren meist nur wenig Personal im Einsatz steht und diese Personen durch die weit aus grössere Anzahl im Zentrum untergebrachter Asylsuchender bereits stark gefordert sind. Zudem gibt ein grosser Teil der Befragten an, dass die in den Zentren beschäftigten Personen oft nicht über hinreichende Kenntnisse über psychische Gesundheit im Allgemeinen und zum Thema Traumafolgestörung im Spezifischen verfügen, um ersichtliche Zeichen richtig zu deuten und somit traumatisierte Personen früh zu erkennen. Die Gesundheitsfachpersonen in den Zentren nehmen die Funktion des sogenannten „Gatekeepers“ wahr, die/der entscheidet, ob eine asylsuchende Person an eine Fachperson weiterverwiesen wird.

Heutige Situation auf Ebene Kanton (Kantonale Zentren)

Bei der Früherkennung von Traumatisierungen bei Asylsuchenden zeigen sich grosse Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und den Kantonen Waadt und Genf.

In den kantonalen Kollektivzentren gibt es analog zu den Zentren des Bundes Mitarbeitende, die für die medizinische Betreuung der Asylsuchenden verantwortlich sind und die Triagefunktion einnehmen. In der Deutschschweiz handelt es sich dabei häufig um medizinisch *nicht* geschultes Personal. In den kantonalen Asylzentren der Deutschschweiz gibt es keine systematische Abklärung aller Asylsuchenden, weder der Kinder und Jugendlichen noch der Erwachsenen in Hinblick auf eine Traumatisierung im Rahmen eines Erstgesprächs oder eines Screeningverfahrens.

In der Westschweiz ist es das Personal der kantonalen Spitäler Lausanne (Unité de soins aux migrants [USMi] der Policlinique médicale universitaire [PMU]) und Genf (Programme Santé Migrants des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG]), welche beide Pflegepersonal in den Zentren vor Ort haben. Im Kanton Waadt wird durch die am Universitätsspital angesiedelte Abteilung USMi eine Erstuntersuchung (durch „première ligne“) vorgenommen. USMi ist ein multidisziplinäres Team, das sich aus Pflegefachpersonen, Krankenschwestern, einem Verwaltungsteam und speziell für die Betreuung von Migrantinnen und Migranten ausgebildeten Ärztin/-innen zusammensetzt.¹² Anhand von wenigen Fragen systematisch das Vorliegen der Symptomatik der PTBS abgeklärt. Obschon das Screening keiner vertieften Abklärungen gleichkommt,

sundheitszustandes und Impfstatus der Gesuchstellenden erlaubt um damit die frühzeitige Zuweisung zur medizinischen Versorgung und zu den Impfungen zu gewährleisten. Das Konzept sieht aber auch künftig nicht vor, bei den vorgesehenen medizinischen Eintrittsinformationen auf Aspekte betreffend psychische Gesundheit hinzuweisen.

¹¹ Eine Ausnahme bildet das Bundeszentrum Juch in Zürich Altstetten, in welchem die Hausärzte/-innen des Ambulatoriums Kanonengasse alle im Zentrum Untergebrachten in einer Erstkonsultation sehen und im Bedarfsfall an eine psychiatrische Fachperson weiterverweisen.

¹² Dabei handelt es sich um rund 20 Pflegefachpersonen, verteilt auf sieben Zentren (Lausanne, Crissier, Renens, Bex, Vevey, Yverdon, Sainte-Croix).

geben die Befragten an, dass die schwereren Fälle erkannt werden und diese Art von Screening ein guter erster „Filter“ ist. Kritisch angemerkt wird, dass dasselbe Screening für alle Altersgruppen angewendet wird, für Jugendliche jedoch nur beschränkt geeignet ist. Die Pflegefachpersonen der „première ligne“ werden bei ihren Arbeiten von Ärzte/-innen unterstützt (u.a. Übernahme von schwierigen Fällen, Supervisionen) und überweisen die auf Behandlung angewiesenen Personen an auf Traumfolgestörungen spezialisierte Institutionen im Kanton (z.B. Centre des populations vulnérables des Universitätsspitals Lausanne, Médecins de Premier Recours [MPR]). Die Pflegefachpersonen der „première ligne“ werden gezielt auf diese Krankheitsbilder geschult und sensibilisiert. Die befragten Personen der Kantone Waadt sind der Meinung, dass mit diesem Verfahren gute Strukturen für die Früherkennung geschaffen wurden und dadurch die schwerwiegenden Probleme erkannt werden können. In Genf wurde uns mitgeteilt, funktioniert die Früherkennung vor allem im Bereich der physischen Erkrankungen gut. Die Strukturen wurden hier vor zwei Jahren angepasst. Die psychische Gesundheit genießt aber nicht denselben Stellenwert.

Hemmnisse auf Seiten der Betroffenen

Neben Hemmnissen im Gesundheitssystem bestehen auch auf Seiten der Betroffenen Umstände, die eine Früherkennung erschweren. Drei dieser Punkte werden im Folgenden beschrieben:

- Der erste Punkt, der von den Befragten am häufigsten genannt wurde, ist das fehlende Verständnis der Betroffenen. In vielen Herkunftsländern sind psychische Leiden kein öffentlich besprochenes Thema und sowohl das Wissen um die Symptome als auch die Therapierbarkeit sind gering. Die Betroffenen erkennen daher ihr Leiden oft nicht als eine Traumafolgestörung, sondern sehen nur die einzelnen Symptome wie beispielsweise Schlafstörungen. Überdies werden psychische Krankheiten und die Personen, die darunter leiden, in vielen der Herkunftsländer der Betroffenen stigmatisiert. Körperliche Leiden sind gesellschaftlich toleriert, psychische dagegen nicht, was mitunter einer der Gründe ist, weshalb Betroffene oft wegen somatischer Beschwerden Ärzte/-innen aufsuchen.
- Zweitens haben viele Betroffenen aufgrund ihrer früheren Erfahrungen in anderen Ländern wenig Vertrauen oder gar ein Misstrauen gegenüber den Behörden, zu welchen für sie Gesundheitsfachpersonen oft ebenfalls gehören. Schweigepflicht in Form und Ausmass, wie sie das schweizerische Gesundheitswesen kennt, ist ihnen fremd und sie vertrauen nicht darauf, dass sie eingehalten wird. Es kann Auswirkungen auf das Verhalten der Betroffenen haben, wenn sie nicht oder nur bedingt darauf vertrauen, dass sich die behandelnde Person an die Schweigepflicht hält. Das trifft insbesondere auf Asylsuchende zu, die im laufenden Asylverfahren sind.
- Schliesslich wurde drittens von einigen Befragten erwähnt, dass sich die Symptome der Betroffenen oftmals nachts zeigen, wenn in den Zentren meist weniger und meist kein medizinisch ausgebildetes Personal zugegen ist. Tagsüber neigen traumatisierte Personen dazu, ruhig, introvertiert und zurückgezogen zu sein, sodass sie eher nicht auffallen und daher eine Früherkennung erschwert ist. Diese Hemmnisse wurden insbesondere von den befragten Personen in der Deutschschweiz genannt. Die befragten Personen der Westschweiz weisen ebenfalls auf diese Aspekte hin, sind aber tendenziell der Meinung, dass man mit den in den Kantonen Waadt

und Genf geschaffenen migrationssensitiven Strukturen der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden auf dem richtigen Weg ist, diese Hemmnisse abzubauen.

Verbesserungsmöglichkeiten

Um die Früherkennung in den Zentren des Bundes und der Kantone zu verbessern, wurde von den meisten Befragten in der Deutschschweiz angemerkt, dass *systematische Abklärungen hinsichtlich der psychischen Gesundheit* eingeführt werden sollten. Viele nennen Screenings als ein sehr geeignetes Mittel, wobei hier auch abweichende Meinungen geäußert wurden. Solche Screenings, in Form eines einfachen Fragebogens gibt es bereits in der Westschweiz (VD und GE, siehe Anhang). Von den befragten Personen der Deutschschweiz wurden hingegen eher Beispiele aus Deutschland genannt. Solche Befragungsinstrumente, welche wenige Fragen umfassen, liessen sich gemäss einigen der Befragten zeit- und kosteneffektiv anwenden und sollten so rasch wie möglich nach der Ankunft der Asylsuchenden in der Schweiz durchgeführt werden. In den Interviews wurden zwei Bedenken gegenüber solchen Screenings genannt:

- Erstens wurde angemerkt, dass ein solches Screeningverfahren unter Umständen einen hohen Anteil an Personen mit Traumafolgestörungen unter den Asylsuchenden erkennen würde. Heute bestehen zu wenige Plätze, um all diese Personen angemessen behandeln zu können. Zunächst stellt sich die Frage nach dem grundsätzlichen Umgang damit, wenn bei mehr Personen eine Traumafolgestörung diagnostiziert wird als Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang müsste auch die Frage diskutiert werden, ob und wie sich eine solche Diagnose auf ein laufendes Asylverfahren auswirken wird und soll. Die Befragten erkennen hier heikle ethische Fragen und eine Vermeidungstendenz bei den involvierten Akteuren, diese Fragen anzugehen.
- Zweitens haben einzelne Befragte darauf hingewiesen, dass ein solch kurzer Fragebogen nicht das ideale Instrument ist und persönliche Erstgespräche diesem vorzuziehen sind. Die Vorteile eines persönlichen Gesprächs anerkennen zwar viele der Befragten, zweifeln allerdings an der Realisierbarkeit dieses in Hinblick auf personelle und finanzielle Ressourcen.

Um die Hemmnisse der Früherkennung auf Seiten der Betroffenen abzubauen, sehen die Befragten in erster Linie Massnahme im Sinne der sogenannten *Psychoedukation* als geeignet. Hiermit ist die Aufklärung der Betroffenen einerseits über die Krankheitsbilder und deren Symptome sowie andererseits über die Regeln und die Akteure des Schweizerischen Gesundheitssystems gemeint. Die Befragten gehen davon aus, dass bereits mit wenigen psychoedukativen Massnahmen in den Zentren eine Steigerung der „Health Literacy“, also dem Verständnis der Betroffenen für ihre eigene Gesundheit einerseits und eine Reduktion der Symptombelastung andererseits erreicht werden können. Instrumente mit diesem Zweck bestehen in Form von Broschüren, Apps und weiteren medialen Angeboten und könnten auch in der Schweiz angewendet werden. Ein alternativer Weg zur Steigerung der Health Literacy ist die Schulung einzelner Asylsuchender, die das Wissen in ihr Umfeld weitertragen. Um das Misstrauen der Asylsuchenden zu senken, wurde von einer befragten Person vorgeschlagen, ihnen zu Beginn eines Gesprächs nur implizit mitzuteilen, dass man Psychiater/-in ist.

Damit beide genannten Lösungsvorschläge – *systematische Abklärungen hinsichtlich der psychischen Gesundheit* und *Stärkung der Psychoedukation* – umgesetzt werden können, braucht es entsprechend *geschultes Gesundheitspersonal* in den Zentren. Sie müssen z.B. erkennen, was somatische Ausprägungen einer PTBS – sogenannte red spots – sind. Als wichtige grundlegende Massnahme empfehlen die Befragten daher entweder traumabezogene Schulungen und/oder Weiterbildungen für die Personen, die in den Zentren des Bundes und der Kantone arbeiten oder den geregelten Einbezug von psychiatrisch oder psychologisch geschulten Fachkräften. Hingewiesen wurde in diesem Zusammenhang auf den Einbezug mobiler psychiatrischer Dienste, wie dies im Kanton Waadt erfolgt.

4.1.2 DIAGNOSE

Im Folgenden zeigen wir die Erkenntnisse aus den Antworten der Experten/-innen auf die Frage nach den Schwierigkeiten bei der Diagnose einer Traumafolgestörung und den Möglichkeiten einer Verbesserung.

Heutige Situation

Die Befragten geben an, dass die Diagnose einer Traumafolgestörung nicht alltäglich ist für Gesundheitsfachpersonen, die nicht auf Trauma spezialisiert sind. Wie in Abschnitt Definition des Begriffs Trauma beschrieben, können sich Traumata in sehr vielfältiger Weise äussern. Nach aussen können Betroffene die Symptomatik beispielsweise einer depressiven Störung, einer Substanzabhängigkeit, eines Aufmerksamkeitsdefizits oder sogar einer psychotischen Störung aufweisen. Es bedarf fundierter Kenntnis, um die Traumatisierung zu erkennen, welche die Symptomatik verursacht. Zudem müssen alternative Diagnosen wie beispielsweise eine Schilddrüsenalteration ausgeschlossen werden. Die Befragten haben angegeben, dass es oftmals dazu kommt, dass Traumafolgestörungen fehldiagnostiziert und in der Folge fehlbehandelt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Betroffene ihre Symptome nicht verstehen und nur unzureichend beschreiben können. Dies hat letztlich zwei Konsequenzen:

- Die erste Konsequenz ist, dass viele Betroffenen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, die jedoch nicht am Ursprung des Problems ansetzt. Traumafolgestörungen können sich auch in somatoformen Krankheitsbildern äussern, in welchen die Betroffenen Schmerzen empfinden und zur Linderung dieser medizinischen Hilfe aufsuchen. In vielen Fällen werden aufwändige diagnostische Abklärungen vorgenommen, welche jedoch ohne Ergebnis ausgehen. Es kommt oft dazu, dass Betroffene verschiedene Ärzte/-innen aufsuchen, welche aufgrund der Unkenntnis darüber, welche Abklärungen vorher bereits vorgenommen wurden, noch einmal dieselbe durchführen. In diesem Zusammenhang wurde von den Experten/-innen in der Deutschschweiz auf die fehlende Finanzierung eines professionellen Übersetzungsdiensts hingewiesen: Solche mehrfachen und oft unnötigen Abklärungen werden auch deshalb durchgeführt, weil sich die Betroffenen und die Gesundheitsfachpersonen nur unzureichend verständigen können, wodurch die Anamnese massiv erschwert wird. Auf diesen Punkt gehen wir vertieft in Abschnitt 4.4 zur Finanzierung ein.
- Die zweite Konsequenz ist, dass es oftmals erst im Moment einer sogenannten „Dekompensation“ einer betroffenen Person zu einer Überweisung kommt. Das

heisst, erst in dem Moment, in dem die Symptome nicht mehr durch die betroffene Person „kompensiert“, also ausgeglichen werden können, was oftmals zu einer Eskalation führt, erkennen Personen, die nicht auf Trauma spezialisiert sind, das Vorliegen einer psychischen Erkrankung. In diesem Moment werden die Betroffenen an Fachpersonen weitervermittelt.

Schliesslich wurde von verschiedenen Befragten erwähnt, dass sich zu wenige Personen im Traumabereich spezialisieren und verschiedene Einrichtungen Mühe haben, ihre offenen Stellen zu besetzen. Dies hat letztlich einen Einfluss auf die Angebote und die zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze.

Verbesserungsmöglichkeiten

Damit sich die Situation verbessern kann, muss gemäss Ansicht der Befragten *erstens rechtzeitig* eine Überweisung der Asylsuchenden an geschulte Fachkräfte erfolgen. Die Problematik, dass Patienten/-innen mit Verdacht einer Traumafolgestörung oft erst im Moment einer Dekompensation eine Fachperson sehen, könnte den Befragten zufolge mit einem systematischen Screening durch geschultes Gesundheitspersonal in den Zentren (resp. welche mit den Zentren zusammenarbeiten) entgegengewirkt werden (vgl. Abschnitt 4.1.1 zur Früherkennung). Die Befragten befürworten in der Mehrheit ein rasches Angehen der Problematik. Oft sei es aber so, dass statt als erstes die Behandlung des Traumas anzugehen, angestrebt wird, dass die Betroffenen zuerst „ankommen“ und sich niederlassen. Dies ist gemäss den Befragten nicht möglich, solange eine Person unter einem Trauma leidet.

Der am häufigsten genannte Lösungsvorschlag der Befragten betrifft die *Notwendigkeit eines Einbezugs von professionellen Übersetzungsdiensten*. Die reibungslose Verständigung zwischen Patienten/-innen und Ärzten/-innen sei eine zwingende Voraussetzung dafür, dass die Fachpersonen das Leiden der Betroffenen richtig verstehen können (vgl. Abschnitt 4.4). Nur so können komplexe Krankheitsbilder richtig erkannt und Fehldiagnosen verhindert werden.

Letztlich braucht es gemäss den Aussagen in den Gesprächen aber auch *genügend spezialisierte Fachpersonen*, welche eine Diagnose überhaupt adäquat stellen können. Massnahmen, welche den Fachkräftemangel im Bereich der Psychiatrie bekämpfen, insbesondere an der Schnittstelle zur Migrationsthematik, sind für viele Befragte von zentraler Bedeutung (vgl. Abschnitt 4.2). In der Westschweiz wird empfohlen, dass man einerseits die „première ligne“ noch verstärkt mit Fachkräften der Psychiatrie ergänzt respektive einbezieht, andererseits die Fachpersonen in den Spitälern noch besser schult.

4.2 ANGEBOTSSITUATION (HERAUSFORDERUNGEN 3,4 UND 5)

Im Folgenden legen wir dar, welche Angaben wir von den Expertinnen und Experten erhalten haben auf Fragen nach dem Behandlungsangebot, den damit zusammenhängenden Schwierigkeiten und möglichen Ansätzen zur Lösung von diesen. Wir zeigen zunächst die Situation bei den spezifischen Behandlungsangeboten und im Anschluss

die Situation bei weiteren Angeboten auf. Es sei angemerkt, dass es sich bei den aufgeführten Angeboten nicht um eine abschliessende systematische Übersicht handelt.

4.2.1 SPEZIFISCHE BEHANDLUNGSANGEBOTE

Zunächst haben wir die Expertinnen und Experten nach spezifischen Behandlungsangeboten für traumatisierte Asylsuchende gefragt, welche zusätzlich zu den fünf Therapiestellen für Folter- und Kriegsoffer (gemeinsam „Support for Torture Victims“) bestehen. Auch hier gibt es regionale Unterschiede.

Heutige Situation in der Deutschschweiz

Die Behandlung von Asylsuchenden mit psychischen Problemen erfolgt in der Deutschschweiz häufig über niedergelassene Therapeuten/-innen. Neben diversen einzelnen Therapeuten/-innen haben sich einige von ihnen auch in Netzwerken oder Gruppenpraxen zusammengeschlossen. Überdies sind einzelne Vereine aktiv, die Mittel einwerben und dadurch Angebote finanzieren können. Daneben gibt es in einigen Institutionen für die Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden spezialisierte Abteilungen, Einheiten, Sprechstunden oder Stationen. So beispielsweise in der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, in der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, in der psychiatrischen Klinik Münsterlingen, im Universitätsspital Zürich, der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Littenheid, im Ambulatorium für transkulturelle Psychiatrie in Basel sowie in der Sprechstunde für Transkulturelle Psychiatrie in Bern.

Von den Befragten aus der Deutschschweiz wurden wir übereinstimmend darauf hingewiesen, dass weitaus zu wenige Behandlungsplätze zur Verfügung stehen, sowohl in Kliniken und Spitälern als auch bei privaten Fachkräften. Die Situation, so wie sie uns von den Befragten geschildert wurde, führen wir im Folgenden aus:

Im Bereich der Psychiatrie besteht generell ein Fachkräftemangel. Noch pointierter zeigt sich diese Situation an der Schnittstelle zum Migrationsbereich. Folgende zentralen Aspekte werden genannt:

- Hohe Belastungsfähigkeit erforderlich: Die Arbeit mit traumatisierten Personen ist auch für Therapeuten/-innen oftmals sehr belastend und kann zu Sekundärtraumata führen. Aufgrund dieses Berufsbilds spezialisieren sich nur wenige Personen in diesem Bereich. Es bestehe Interesse dem Thema gegenüber, aber die Bereitschaft, in diesem Feld tätig zu sein ist gering. Dieser Mangel ist bei Psychiatern/-innen ausgeprägter als bei Psychologen/-innen. Einige der Befragten haben angegeben, dass sie grosse Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Personal haben und teilweise auch Stellen seit längerer Zeit unbesetzt sind.
- Mehrfachkompetenzen notwendig: Die Behandlung einer traumatisierten asylsuchenden Person erfordert Mehrfachkompetenzen. Die Fachperson muss einerseits über Kenntnisse bezüglich Traumata und andererseits bezüglich Migration verfügen. Dies verkleinert den Kreis von Personen, die solche spezifischen Behandlungen anbieten können. Erschwerend kommt hinzu, wie einige der Befragten angemerkt haben, dass sich viele niedergelassene Therapeuten/-innen eine Behandlung

von traumatisierten Asylsuchenden nicht zutrauen und Berührungängste vorhanden sind.

- Erschwerende Rahmenbedingungen: Ein erschwerender Umstand ist die Regelung, wie sie heute in der Deutschschweiz für Übersetzungsleistungen gilt. Diese Kosten werden weder von den Krankenkassen noch von der öffentlichen Hand bezahlt, wie wir in Abschnitt 4.4 zur Finanzierung weiter ausführen werden. In gewissen Spitälern und Polykliniken übernehmen diese die Kosten. Mehrheitlich können sich die Therapeuten/-innen – abgesehen von einigen wenigen Fachpersonen, die ihrerseits meist selbst einen Migrationshintergrund haben – ohne Übersetzungsleistung nicht hinreichend mit den Asylsuchenden unterhalten. Eine Therapie, die in vielen Fällen rein auf Sprache beruht, ohne Verständigungsmöglichkeiten zu führen, hat gemäss den Experten/-innen keinen Zweck. Der Vertrauensaufbau, eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung, wird dadurch zusätzlich erschwert. Die Einschränkungen in der Kommunikation führen aber auch dazu, dass gewisse Patientinnen/Patienten, welchen aufgrund ihrer Krankheit (z.B. Depression) auch von einem nicht migrationspezifisch spezialisierten psychiatrischen Fachperson behandelt werden könnten, in den spezialisierten Strukturen verharren und so Behandlungskapazitäten reduzieren. Auch hier würde ein geregelter Einbezug von interkulturellen Dolmetschenden im Rahmen der Regelstrukturen dazu beitragen, die Situation der knappen Behandlungsplätze entschärfen. Als weitere erschwerende Rahmenbedingung kommt hinzu, dass psychologische Psychotherapeuten/-innen ihre Leistungen nur delegiert über eine Psychiaterin/einen Psychiater über die Grundversicherung der Krankenkasse abrechnen können. Dies verschärft die Situation der beschränkten Anzahl der Behandlungsplätze.

Trotz der gestiegenen Nachfrage in den letzten Jahren sind gemäss Auskunft der Befragten kaum neue Behandlungsplätze oder Einrichtungen geschaffen worden. Insgesamt stehen dadurch weniger Behandlungsplätze zur Verfügung, als nötig wären. Dies führt teilweise zu langen Wartezeiten. Uns wurde in den Gesprächen mitgeteilt, dass diese im ambulanten Bereich teilweise bei bis zu eineinhalb Jahren liegen (im stationären Bereich sind sie tiefer).

Heutige Situation in den Kantonen Waadt und Genf

Die Angebotssituation in den Kantonen Waadt und Genf wird im Vergleich zur Deutschschweiz von den Befragten anders beurteilt. Einerseits ist gemäss den Befragten der Einbezug von interkulturell Dolmetschenden gut geregelt. Im Kanton Waadt übernimmt die öffentliche Hand die Übersetzungskosten, im Kanton Genf ist es das Universitätsspital. Andererseits scheint das Verhältnis zwischen Behandlungsplätzen und Behandlungsbedürftigen ausgeglichener zu sein, insbesondere, wenn die Entwicklung der letzten Jahre betrachtet wird. So wird von mehreren Experten/-innen angemerkt, dass in den letzten Jahren neue Angebote und Plätze geschaffen wurden und es daher möglich wurde, einem Grossteil der Personen, die eine Behandlung benötigen, diese zu ermöglichen. Dies mag damit zusammenhängen, dass in den Kantone Waadt und Genf viel stärker migrationspezifische Strukturen bei der Gesundheitsversorgung bestehen, während in der Deutschschweiz eine dezentralisierte Versorgung mit Hausärzten/-innen oder niedergelassenen Fachspezialisten/-innen vorherrscht.

Behandlungsangebote gibt es in den Kantonen Waadt und Genf sowohl von der öffentlichen Hand als auch von Privaten. Im öffentlichen Bereich gibt es Angebote an den Universitätsspitalern Lausanne (u.a. Centre des populations vulnérables) und Genf (u.a. Programme santé migrants) und an der medizinischen Polyklinik in Lausanne, die sich spezifisch an Migrantinnen und Migranten richten. Diese bieten interdisziplinäre Behandlungen an und werden von den Befragten als gut bewertet. Weiter gibt es am Kinderspital in Lausanne eine auf Kinderpsychiatrie spezialisierte Einheit, die aber, gemäss Aussage eines Befragten, regelmässig überlastet ist. Insgesamt wurde das Angebot für minderjährige Asylsuchende als ungenügend, beziehungsweise verbesserungswürdig beurteilt.

Neben den Angeboten im öffentlichen Bereich gibt es verschiedene Angebote von privaten Organisationen und Fachpersonen. Die Befragten erwähnten unter anderem die Organisation *Appartenances* erwähnt, die sich auf Unterstützungsangebote in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Pflege, Ausbildung und Integration für Migrantinnen und Migranten spezialisiert. Diese Organisation wurde als kompetente private Einrichtung genannt, mit der in vielen Fällen zusammengearbeitet wird. Viele Personen mit psychischen Problemen werden in der Waadt und in Genf von Allgemeinmedizinerinnen behandelt. Ein Netzwerk von rund 170 Ärzten/-innen (Allgemeinmediziner) arbeitet im Bereich der psychischen Gesundheit. Das Angebot auf der privaten Seite wird von den Befragten grundsätzlich sehr gut bewertet.

Verbesserungsmöglichkeiten

Die Experten/-innen der Kantone Waadt und Genf sind sich einig darin, dass die Situation in ihren Kantonen gut ist und dass in den letzten Jahren ein gutes Mass an Angeboten geschaffen werden konnte. Sie wünschen sich dennoch eine weitere Verbesserung der Situation im Bereich Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden und insbesondere eine *bessere Koordination zwischen den einzelnen Angeboten* sind sich aber bewusst, dass die Strukturen und Angebote in ihren Kantonen – im Vergleich zu anderen Kantonen – vergleichsweise gut sind.

Die befragten Expertinnen und Experten aus der Deutschschweiz hingegen geben alle an, dass zu wenige Behandlungsangebote und -plätze bestehen. Neben dem Ausbau von Angeboten geht es nach Ansicht der Befragten vor allem auch darum, dass bestehende Angebote besser auf die Bedürfnisse der Zielgruppen ausgerichtet werden. Dazu braucht es neben einer *Lösung für das interkulturelle Dolmetschen* eine gute *Zusammenarbeit zwischen Generalisten/innen und Spezialisten/innen (inkl. Durchführung von Inter- und Supervisionen)* sowie einen *stärkeren interdisziplinären Ansatz (insbesondere Einbezug von Sozialarbeitenden)* und eine *Diversifizierung der Dienste* (mehr Gruppen- und Familientherapie). Ein weiterer, längerfristiger Ansatz sind *Veränderungen in der ärztlichen Ausbildung und Weiter- und Fortbildung*, damit sich mehr Personen in diesem Bereich spezialisieren.

Von den Befragten insgesamt werden insbesondere *mehr Angebote im Bereich der Kinderpsychiatrie* gefordert (u.a. unbegleitete Minderjährige [UMA]).

4.2.2 WEITERE MASSNAHMEN ZUR VERMINDERUNG VON STRESSFAKTOREN UND AUFBAU VON RESILIENZ

Die Expertinnen und Experten erwähnen zahlreiche postmigratorische Stressfaktoren, wie schlechter Zugang zum Arbeitsmarkt, schlechte Vernetzung, Verlust von familiären und sozialen Beziehungen, welche die psychische Gesundheit sowie die Therapie beeinflussen. Neben den spezifischen medizinischen und therapeutischen Behandlungsangeboten für traumatisierte Asylsuchende haben wir die Experten/-innen auch nach ihrer Beurteilung des Stellenwerts weiterer Angebote, beispielsweise zur Tagesstrukturierung oder Integration gefragt. Die Ergebnisse der Auswertung dieser Antworten schildern wir im Folgenden.

Heutige Situation

Die befragten Experten/-innen sind sich einig, dass auch nicht therapeutische Angebote sehr hilfreich und unterstützend sein können für die Betroffenen. Von einigen Experten/-innen wurde betont, dass sich die oftmals fehlende Beschäftigung häufig negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt und schliesslich bei den Betroffenen zu einer Behandlungsbedürftigkeit führt¹³. Arbeitslosigkeit und Untätigkeit führen zu einem erhöhten Risiko einer depressiven Erkrankung, was nicht nur auf traumatisierte Personen zutrifft, sondern auf die gesamte Bevölkerung. Es sei daher für die Asylsuchenden schwierig, keiner Beschäftigung nachgehen zu können und in meist engen Platzverhältnissen den ganzen Tag sich selbst überlassen zu sein. Betroffene seien isoliert und kommen weniger in Interaktion mit der hiesigen Bevölkerung, als wenn sie einer Beschäftigung nachgehen. Sie zögen sich eher von der Gesellschaft zurück. Oft schliefen sie viele Stunden am Tag oder gerieten in eine Substanzabhängigkeit. Wären diese Personen in Strukturen eingebunden, fielen solche Verhaltensweisen auf und ein Behandlungsbedarf sei rascher sichtbar. Schon eine Tätigkeit, die rein der Ablenkung und Struktur diene, sei daher hilfreich für traumatisierte Asylsuchende, obschon sinnvolle Tätigkeiten vorzuziehen seien. Solche Angebote vermöchten überdies oft die Dauer einer späteren therapeutischen Behandlung zu verkürzen. Zuletzt wird von den Expertinnen und Experten erwähnt, dass Tagesstrukturen und Beschäftigungen für die Eltern oftmals auch eine Erleichterung für deren Kinder darstellen. Die Kinder seien in der Regel tagsüber in der Schule, erwürben die Sprache in kurzer Zeit und würden sich integrieren. Bei den Eltern würde dieser Prozess im Normalfall länger dauern, was bei einer fehlenden Tätigkeit weiter verstärkt werde und unter Umständen die gesamte Familie belaste.

Die Experten/-innen geben an, dass einige Angebote bereits bestehen, wobei es in der Waadt und in Genf eher mehr gibt als in der Deutschschweiz. Von den Expertinnen und Experten in den Kantonen Waadt und Genf wurde in diesem Zusammenhang auch auf Angebote im Bereich Ergotherapie und Physiotherapie hingewiesen.

Verbesserungsmöglichkeiten

Alle Expertinnen und Experten sind sich darin einig, dass es mehr solcher Angebote braucht respektive bestehende, *niederschwellige Angebote noch stärker genutzt werden* sollten. Dies betrifft insbesondere die Phase, wo sich die Asylsuchenden in den Zentren

¹³ Vgl. auch die Empfehlungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen, im Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (22. März 2016).

befinden. Jedoch ist es den Befragten wichtig darauf hinzuweisen, dass diese Angebote nicht als Ersatz für eine Therapie zu verstehen sind.

Auffallend ist, dass in der Waadt und in Genf eher Angebote im Fokus stehen, die sich mit verschiedenen Aspekten des körperlichen Erlebens beschäftigen. Viele der befragten Waadtländer und Genfer Experten/-innen schlagen Angebote im ergotherapeutischen, psychosomatischen, physio- oder körpertherapeutischen Bereich vor oder solche, die sich mit Ernährung oder Mutterschaft beschäftigen. In der Deutschschweiz werden vorwiegend Beschäftigungen im Sinne von Tagesstrukturen, Deutschkursen oder andere Aus- und Weiterbildungen angesprochen. Dabei wird angemerkt, dass es viele Integrationsfördermassnahmen gäbe, welche auf „gesunde“ Flüchtlinge ausgerichtet sind. Die Kranken würden jedoch durch die Maschen fallen und können sich so auch nicht integrieren. Demnach müssten bestehende Integrationsfördermassnahmen stärker auch diesen Personen angepasst werden (z.B. Deutschkurs in kleineren Gruppen und langsamerem Tempo).

Von einigen Befragten wurde auch erwähnt, dass es viele Personen gibt, die bereit wären, sich freiwillig zu engagieren und die Asylsuchenden zu unterstützen. Obschon ebenfalls angemerkt wurde, dass Freiwillige dazu neigen, zuerst enthusiastisch und dann bald frustriert zu sein und man daher die Asylsuchenden teilweise auch schützen muss, könnten Einsätze von Freiwilligen die Situation der Asylsuchenden in den Zentren erleichtern.

Ebenfalls werden Massnahmen erwähnt zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Asylsuchenden. Hierunter fällt beispielsweise deren Unterbringung. Verschiedene Befragte haben erwähnt, dass die räumliche Enge, die Unterbringung in Mehrbettzimmern mit vielen anderen und die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten negative Wirkungen auf Personen mit Traumafolgestörungen haben können. Anpassungen in diesem Bereich, beispielsweise die Unterbringung von Betroffenen in kleineren Zimmern mit weniger Personen könnten bereits zu einer Entlastung der Betroffenen führen.

4.3 INFORMATIONENFLUSS/ZUSAMMENARBEIT (HERAUSFORDERUNG 6)

Wir haben die Experten/-innen gefragt, wo und zwischen wem die grössten Schwierigkeiten bestehen in Bezug auf Informationsfluss und Zusammenarbeit während der Zeit, in der sich die Asylsuchenden in den Zentren des Bundes oder der Kantone befinden. Die auf diese Frage erhaltenen Angaben und Ansätze zur Verbesserung der Situation beschreiben wir im Folgenden. Dabei verweisen wir auch auf Studien von uns, welche sich mit dem Thema Informationsfluss und Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, befasst haben.

4.3.1 INFORMATIONENFLUSS UND ZUSAMMENARBEIT BEZUGEN AUF VERFAHRENSRELEVANTEN GESUNDHEITSDATEN

Wenige der befragten Experten/-innen konnten Auskunft geben bezogen auf die Fragen nach dem Austausch von verfahrensrelevanten Gesundheitsdaten. Angemerkt wurde insbesondere, dass das Asylwesen in der Schweiz letztlich ein rechtliches und politi-

sches Thema sei und kein medizinisches. Die für das Asylverfahren relevanten medizinischen Informationen werden gemäss den Befragten zwischen den verschiedenen involvierten Stellen dann auch weitaus besser (systematisch und strukturiert) weitergereicht als die individualmedizinischen Gesundheitsdaten. So ist auch die Finanzierung von Übersetzungsdienstleistungen bei rechtlich relevanten medizinischen Abklärungen besser geregelt als bei den übrigen Untersuchungen.

Am Beispiel des Testbetriebs Zürich wird der Informationsfluss verfahrensrelevanter Gesundheitsdaten geschildert:¹⁴ Im Testbetrieb Zürich wurde in den letzten Jahren eine intensive Aufbauarbeit geleistet, um die Abläufe im Bereich der medizinischen Abklärung mit allen Akteuren zu regeln. Verschiedene interne Formulare wurden erstellt und geprüft und bewähren sich in der Praxis (siehe Darstellung im Anhang A5). Im Testbetrieb werden in der Erstbefragung der (in den EVZ: Befragung zur Person) unter anderem der medizinische Sachverhalt abgeklärt. Ergeben sich dabei Hinweise auf gesundheitliche, verfahrensrelevante Probleme, so wird die gesuchstellende Person für eine medizinische Untersuchung ins Ambulatorium Kanonengasse des stadtärztlichen Dienstes Zürich geschickt. Die Organisation erfolgt über die Pflegefachpersonen in der Unterkunft. Die Gesuchstellenden haben aber jederzeit die Möglichkeit selbst die Pflegefachpersonen in der Unterkunft (oder eine Ärztin/einen Arzt) aufzusuchen. Bei Bedarf leitet die Pflegefachperson die asylsuchende Person weiter ins Ambulatorium. Damit das SEM in diesen Fällen Einsicht in die medizinischen Akten erhält, unterschreiben die Gesuchstellenden zu Beginn des Verfahrens eine entsprechende Erklärung. Wenn die Asylsuchenden individuell über die Pflegefachperson im Zentrum Juch an eine Ärztin/einen Arzt überwiesen werden, werden die ärztlichen Unterlagen von da direkt an die Rechtsvertretung zugeschickt. Die Rechtsvertretung entscheidet in der Folge zusammen mit der gesuchstellenden Person, ob eine Eingabe betreffend Gesundheitszustand gemacht werden soll und übermittelt allenfalls sämtliche relevanten Akten mit begründetem Antrag ans SEM.

Auch ausserhalb des Testbetriebs scheint die Informationsweitergabe von medizinischen verfahrensrelevanten Daten strukturiert und systematisch zu erfolgen.

4.3.2 INFORMATIONENFLUSS UND ZUSAMMENARBEIT BEZOGEN AUF INDIVIDUELLE GESUNDHEITSDATEN

Beim Informationsfluss und der Zusammenarbeit im Bereich der Individualmedizin (also ausserhalb der verfahrensrelevanten medizinischen Abklärungen) stand die Frage im Zentrum, ob und wie Informationen zum Gesundheitszustand der Asylsuchenden unter den verschiedenen Stellen weitergereicht werden, in der Zeit, in welcher sie sich in einem Zentrum des Bundes oder des Kantons befinden. Konkret sind damit gestellte Diagnosen, durchgeführte Untersuchungen und Entscheide betreffend medikamentöser und therapeutischer Behandlungen gemeint.

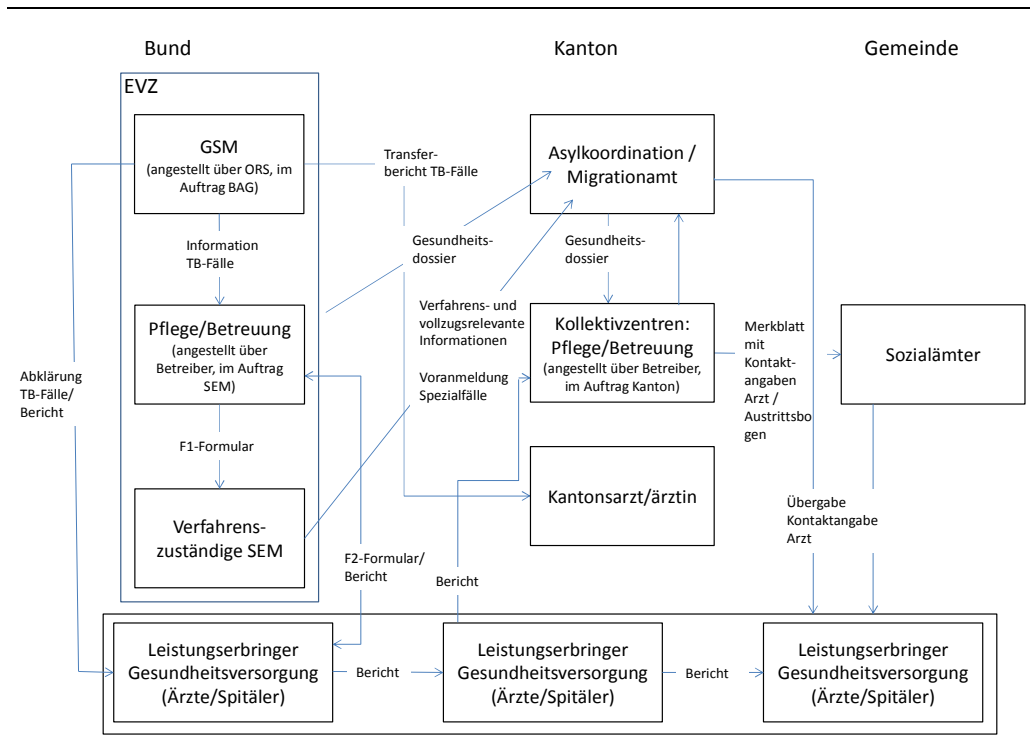
Heutige Situation

Der Informationsfluss bezüglich individueller Gesundheitsdaten zwischen Bund, Kanton und Gemeinde wurde in der Studie „Ist-Soll-Analyse der Gesundheitsversorgung

¹⁴ Die Ausführungen stammen aus der Studie Müller, Franziska et al. (2015).

von Asylsuchenden“ eingehend untersucht. Die nachfolgende Darstellung zeigt den Informationsfluss auf.

D 4.2: Austausch individueller Gesundheitsdaten



Quelle: Vgl. Müller, Franziska et al. (2017).

Grundsätzlich sind sich die Befragten einig darin, dass die Situation nicht ideal ist. Die Experten/-innen der Deutschschweiz geben an, dass sie nur in wenigen Fällen Informationen von den vorbehandelnden Stellen erhalten und dass ärztliche Informationen vom Aufnahmezentrum bis zur Hausärztin/zum Hausarzt respektive den Spezialisten/-innen meist mehrmals unterbrochen werden. Es werden nur selten Berichte weitergereicht oder anderweitig Auskunft erteilt; oft auch nicht auf Anfrage. Die Ärzte/-innen sind folglich nicht informiert über zuvor vorgenommene Abklärungen und müssen sich auf die Informationen verlassen, die sie von den Betroffenen selbst erhalten. Dies hat letztlich zwei Konsequenzen: Einerseits kann die Kommunikation zwischen den Ärzten/-innen und den Betroffenen aufgrund der mangelnden Sprachkenntnissen von letzteren stark beeinträchtigt sein und dadurch wichtige Informationen verloren gehen. Dies führt wie beschrieben unter Umständen zu Fehldiagnosen und falschen Behandlungsentscheidungen. Andererseits erfahren die behandelnden Ärzte/-innen nur das, was die Betroffenen ihnen anvertrauen. Wie bereits beschrieben fürchten viele Betroffene, dass sich ihr Gesundheitszustand auf ihren Asylentscheid auswirken könnte. Unliebsame frühere Diagnosen oder Behandlungsentscheidungen können daher bei der Konsultation bei einer neuen medizinischen Fachperson unerwähnt bleiben. Im Extremfall kann es zum sogenannten *Ärzteshopping* kommen. Dies bedeutet, dass Patienten/-innen verschiedene Ärzte/-innen aufsuchen und hoffen, eine „bessere“ Diagnose gestellt zu bekommen.

Auch in den Kantonen Waadt und Genf besteht ein Verbesserungspotenzial bezüglich des Informationsflusses, das allerdings als kleiner beurteilt wird als in der Deutschschweiz. Die Befragten betonen, dass sich die Situation bereits verbessert hat und ein gewisses Mass an Informationsweitergabe stattfindet (u.a. in Waadt in der Unité de soins aux migrants [USMi] der Policlinique médicale universitaire [PMU] durch ein gemeinsames IT-Tool, um auf das Patient/innendossier zugreifen zu können.

Ein Grund für die fehlende Übermittlung der Information ist verbunden mit der Tatsache, dass Asylsuchende den Ort wechseln, teilweise mehrmals, und in verschiedenen Kantonen und Gemeinden untergebracht werden. Dies erschwert die Weitergabe von Dokumenten und Informationen.

Bezüglich mangelhafter Information und Zusammenarbeit besonders hervorgehoben, wurden die niedergelassenen Therapeuten/-innen, welchen der Anschluss an andere Berufsgruppen fehlt. Während in Institutionen/Spitälern oft Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen anwesend sind und sowohl medizinische, psychiatrische als auch soziale Aspekte einer Behandlung und Integration abdecken können, fehlt eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Stufe von niedergelassenen Therapeuten/-innen. Diese Zusammenarbeit dennoch herzustellen und den stetigen Austausch sicherzustellen, kostet sie viel Energie und Ressourcen, über welche nicht alle verfügen.

Verbesserungsmöglichkeiten

Die Befragten sind sich einig, dass der Informationsfluss und die Zusammenarbeit verbessert werden muss. Ihre Vorschläge, wie dies erreicht werden kann, gehen unterschiedlich weit:

- *Patientendossier*: Eine Option, die von mehreren Befragten vorgeschlagen wurde, geht in die Richtung einer Krankenakte, welche die Betroffenen bei sich haben und zu jeder Konsultation mitbringen (müssen). Diese kann in Form eines Carnet de Santé de l'enfant/Gesundheitsheft für das Kind, eines Memorysticks, wie ihn Schwangere haben oder auch einer Karte oder eines Papierdokuments sein. Auf dieser Krankenakte wären frühere Konsultationen, Untersuchungen und Abklärungen, Diagnosen und Befunde, Behandlungen, Berichte und weitere Anmerkungen festgehalten. Somit hätte jede medizinische Fachperson, die eine asylsuchende Person zum ersten Mal behandelt, sofort einen Überblick über frühere Behandlungen und müsste sich nicht mehr auf die Informationen verlassen, die sie von den Betroffenen selbst erhält. Es könnte dadurch verhindert werden, dass jede neue Stelle, an die die Asylsuchenden gelangen, mit der Anamnese bei null beginnen, dass dieselben Untersuchungen mehrfach durchgeführt werden und dass dadurch zusätzliche Kosten für das schweizerische Gesundheitssystem entstehen. Die Experten/-innen äussern sich sehr positiv über diese Option, merken allerdings auch an, dass eine Umsetzung aus Datenschutzgründen schwierig sein dürfte. Ein erster Schritt in diese Richtung ist das elektronische Krankendossier, das noch nicht überall eingeführt ist, den Informationsaustausch aber erleichtern würde.
- *Austauschplattform*: Einige der Expertinnen und Experten merken an, dass es eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den involvierten Stellen braucht. Um dies zu erreichen schlagen sie als Option vor, dass sich die schweizweit engagierten Perso-

nen im Bereich psychische Gesundheit und Asylsuchende regelmässig zu organisierten Austauschtreffen treffen und so voneinander lernen können.

- *Vermeidung von Kantonswechsel:* Ein anderer Vorschlag geht dahin, dass Asylsuchende in Zukunft nicht mehr den Ort wechseln müssen und während des gesamten Asylverfahrens im selben Kanton oder in derselben Gemeinde untergebracht werden, was den Informationsfluss den Expertinnen und Experten zufolge vereinfachen würde. Andere Vorschläge gehen dahin, nachbehandelnde Stellen vor einer Verlegung zu kontaktieren und über den Gesundheitszustand der betroffenen Person zu informieren.
- *Sensibilisierungsarbeit:* Zum Schluss wurde vorgeschlagen, die involvierten Stellen respektive auch die Asylsuchenden selbst bezüglich der Wichtigkeit der Weitergabe von Informationen stärker zu sensibilisieren.

4.4 FINANZIERUNG (HERAUSFORDERUNG 7)

In den Interviews haben wir die Experten/-innen gefragt, welches ihrer Meinung nach bei den Asylsuchenden konkret die Schwierigkeiten bei der Finanzierung sind und worin sie die Gründe dafür sehen. Zuerst gehen wir auf die Behandlungskosten ein und im Anschluss auf die Kosten für Übersetzungsdienstleistungen.

4.4.1 BEHANDLUNGSKOSTEN

Die Befragten geben an, dass die Behandlungskosten in der ganzen Schweiz von den Krankenkassen übernommen werden. Den zu Behandelnden werden einzig der Selbstbehalt und die Franchise in Rechnung gestellt, welche aber in den meisten Fällen vom Sozialamt übernommen werden. Insgesamt ist die Situation hinsichtlich der Behandlungskosten für die Asylsuchenden daher sehr gut. Die Befragten sind sehr zufrieden mit dieser Situation und erkennen keine Probleme bei den Behandlungskosten. Einige andere Punkte werden von den Befragten aber erwähnt, die direkt oder indirekt mit den Behandlungskosten in Verbindung stehen. Diese zeigen wir in den folgenden Abschnitten auf.

Heutige Situation

Ein erschwerender Umstand hinsichtlich der Behandlungskosten, der von den Befragten genannt wurde, ist die vergleichsweise hohe Ausfallrate bei der Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden. Wie eingangs beschrieben, ist vermeidendes Verhalten ein zentrales Symptom einer PTBS. Traumatisierte Personen versuchen, Situationen die sie potenziell an ihr Trauma erinnern, zu umgehen. In der Therapie werden oft schwierige Themen angesprochen, welche Erinnerungen an die traumatisierenden Erlebnisse wach werden lassen können. Dies ist gemäss den Befragten einer der Gründe, weshalb Patienten/-innen nicht zur Behandlung erscheinen. Der Zweite ist ein grundsätzlich anderes Verständnis von Termintreue als das schweizerische, aufgrund von welchem sich viele Betroffene nicht an ihre Termine halten. Hin und wieder erscheinen sie nicht zu den Terminen, kommen dafür aber spontan bei den Behandelnden vorbei. Um den Ansprüchen der Betroffenen gerecht zu werden, müssten die Behandlungen eher nach dem Drop-in-System organisiert sein. Das ist aber schwierig umzusetzen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass für viele Behandlungen extra Dolmetschende organisiert wer-

den müssen und sie zusammen mit den Behandelnden vergebens auf die Patienten/-innen warten. Hierdurch steigen die Kosten für eine Behandlung.

Eine zusätzliche Schwierigkeit stellt der Umstand dar, dass einige Behandlungsangebote schweizweit nur an einigen wenigen Einrichtungen durchgeführt werden und Betroffene teilweise weite Wege zurücklegen müssen, um an diesen teilnehmen zu können. Die Kosten für diese Reisen werden nicht von den Krankenkassen gedeckt. Teilweise werden sie von den Gemeinden oder auch Kantonen übernommen, dies ist aber nicht allgemein geregelt, liegt im Ermessen von einzelnen Personen und ist immer wieder Gegenstand von Verhandlungen beziehungsweise ein Hinderungsgrund für die Teilnahme an Behandlungsangeboten.

Ein weiteres Problem stellt sich für Personen, die sich illegal in der Schweiz aufhalten und unter Traumafolgestörungen leiden. Rechtlich könnten sich diese Personen bei einer Krankenversicherung versichern lassen, ohne dass sie sich bei den Behörden melden müssen. Da dies aber von den meisten sogenannten *Sans Papiers* nicht gemacht wird, werden ihre Behandlungskosten nicht durch die Krankenkassen übernommen. Auf der Notfallaufnahme hingegen werden den Expertinnen und Experten zufolge alle behandelt, die einen Behandlungsbedarf haben. Dies stellt für die Betroffenen einen Anreiz dar, statt einer Ärztin/einem Arzt die weitaus teurere Behandlung in der Notfallaufnahme in Anspruch zu nehmen und geht einher mit der weiteren Aussage der Experten/-innen, dass es ein Hinderungsgrund für die Betroffenen wäre, wenn sie einen Teil der Kosten selbst tragen müssten. Sie gehen davon aus, dass die Betroffenen nicht bereit wären, für ihre Gesundheit Geld auszugeben, schon gar nicht für die psychische Gesundheit. Müssten sie selbst einen Teil der Kosten übernehmen, würden gemäss den Experten/-innen weniger Betroffene eine Behandlung in Anspruch nehmen.

Ein letzter einschränkender Punkt, den die Expertinnen und Experten genannt haben, sind die Kosten für die Sozialarbeit, welche nicht von den Krankenkassen getragen werden. Eine Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern/-innen ist den Experten/-innen zufolge wichtig. Die Unklarheit bezüglich der Kostenübernahme wirkt sich jedoch nicht förderlich aus.

Verbesserungsmöglichkeiten

Grundsätzlich sind die Experten/-innen zufrieden mit der Situation betreffend die Finanzierung der Behandlungskosten. Viele haben in den Gesprächen angegeben, dass keine Schwierigkeiten bei der Bezahlung durch die Krankenkasse bestehen. Diese Situation ist sowohl für die Betroffenen als auch für die Fachpersonen sehr gut.

Verbesserungen, auf welche die Befragten hinweisen, betreffen insbesondere Massnahmen, welche dazu beitragen würden, die Behandlungskosten zu senken. So betonen sie auch hier die Notwendigkeit einer Investition in die Früherkennung. Die Experten/-innen geben an, dass Patienten/-innen, die früher in eine Behandlung eintreten, meist weniger lang in Behandlung sind und dadurch weniger Kosten verursachen. Solche Früherkennungsmassnahmen gilt es, demnach zu stärken (vgl. Abschnitt 4.1). Ein weiterer Aspekt, welcher die Behandlungskosten längerfristig betrachten würde, ist die Übernahme der Übersetzungskosten. Darauf gehen wir im nachfolgenden Abschnitt ein.

4.4.2 ÜBERSETZUNGSKOSTEN

Wie bereits mehrfach in diesem Bericht erwähnt, stellt die Kostenübernahme für Übersetzungsleistungen eines der grössten Probleme in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden dar. Dies ist allerdings weitgehend nur in der Deutschschweiz der Fall. In der Waadt und in Genf werden die Kosten für interkulturelle Dolmetschende von den Kantonen übernommen. Da dies in der Deutschschweiz nicht der Fall ist, stellt die fehlende Kostenübernahme eine grosse Herausforderung dar. Auf diese Problemstellung wird im Folgenden eingegangen.

Heutige Situation

Ausser im Kanton Waadt werden die Kosten für interkulturelles Dolmetschen nicht von der öffentlichen Hand übernommen. In den Kantonen gibt es unterschiedliche Regelungen. Zum Teil übernehmen Spitäler die Kosten, wie etwa im Kanton Genf. In Einzelfällen übernehmen Stiftungen oder andere Einrichtungen die Kosten oder einige behandelnde Stellen verfügen über ein Budget für Kosten. Im Normalfall werden die Kosten aber nicht übernommen. Dies, obschon es heute viele Anbietende von interkulturellen Übersetzungen gibt. Zudem umfasst die Weiterbildung neu auch ein Modul *Dolmetschen im psychotherapeutischen Bereich*, sodass die Absolventen/-innen auch sensibilisiert sind für die teilweise heiklen Gesprächsthemen und -inhalte.¹⁵ Dass die Kostenübernahme nicht geklärt ist wurde von allen Befragten der Deutschschweiz als das gravierendste Problem in der Gesundheitsversorgung von traumatisierten Asylsuchenden genannt, weil es diverse Folgeprobleme mit sich bringt. Auf diese gehen wir im Folgenden ein.

Ein mehrfach erwähntes Problem ist, dass in Ermangelung einer Finanzierungslösung für eine professionelle Erbringung der Übersetzungsleistung oftmals Verwandte oder anderen Nahestehende für die Übersetzung in medizinischen oder therapeutischen Behandlungen beigezogen werden. Der schlimmste Fall hierbei, der aufgrund des rascheren Spracherwerbs der Kinder als der Erwachsenen leider häufig vorkommt, ist der Beizug der eigenen Kinder als Übersetzer/-innen. Das Problem hat zwei Aspekte. Der eine Aspekt ist, dass Betroffene vielfach gehemmt sind, in Anwesenheit von Bekannten oder Verwandten über ihre Symptome zu sprechen. Die eingangs beschriebenen Schamgefühle gegenüber den eigenen Symptomen werden in solchen Situationen noch verstärkt und hemmen eine offene Kommunikation zusätzlich. Gemäss den Expertinnen und Experten ist eine wichtige und in anamnestischen Gesprächen zu einem frühen Zeitpunkt gestellte Frage, diejenige nach Suizidgedanken. Diese und weitere heikle Fragen, die einen zentralen Bestandteil der Abklärung, ob eine Traumafolgestörung vorliegt, bilden, werden im Beisein Angehöriger oder gar der eigenen Kinder kaum ehrlich beantwortet. Der zweite problematische Aspekt von Übersetzungen durch Angehörige ist rechtlicher Natur. Die behandelnde Person kann nicht sicher sein, ob die Informationen korrekt übersetzt werden und die privat beigezogenen Personen geben hierfür keine Garantie. Dies kann juristische Konsequenzen haben, wenn es wie bereits beschrieben zu einem Verschweigen von Suizidgedanken kommt, und so solche Absichten nicht rechtzeitig erkannt und therapiert werden können. Es betrifft aber nicht nur Todesfälle, sondern auch andere Situationen, wie beispielsweise die Verabreichung falscher Medikamente aufgrund eines nicht korrekt übersetzten Anamnesegesprächs

¹⁵ Vgl. http://www.inter-pret.ch/de/ausbildung-und-qualifizierung_0/offerte-attuali-di-formazione-83.html.

oder andere Fehlentscheidungen betreffend Diagnose, Medikation und weiteren Behandlungen. Unter Umständen kann dies zu gravierenden rechtlichen Konsequenzen und persönlichen Schuldzuweisungen kommen, was bei professionellen Übersetzenden nicht vorkommt.

Eine weitere oft erwähnte Konsequenz der fehlenden Kostenübernahme für Übersetzungen erscheint im ersten Moment überraschend. Diverse Expertinnen und Experten haben die Annahme geäußert, dass die fehlende Kostenübernahme für Übersetzungen die Kosten für die Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden insgesamt steigen lässt. Dies ist eine logische Folge der erwähnten Kommunikationsschwierigkeiten. Gemäss den Experten/-innen werden sehr viele unnötige und vor allem kostenintensive Untersuchungen und Abklärungen durchgeführt, welche bei einem ausreichenden sprachlichen Verständnis nicht angeordnet würden. Viele Betroffene erscheinen mit somatoformen Krankheitsbildern bei der Ärztin/beim Arzt. Das heisst die Betroffenen klagen über körperliche Beschwerden, welche allerdings bei genauerer Betrachtung psychischen Ursprungs sind. Diese vermeintlich richtige Angabe der Patienten/-innen führt oftmals zu aufwändigen Abklärungen dieser körperlichen Beschwerden, welche aber meist ohne Befund ausgehen. Unter Umständen werden diese Untersuchungen, wenn sie keine oder für die Betroffenen unbefriedigende Ergebnisse ergeben, wie bereits erwähnt von verschiedenen Stellen – in Unkenntnis früherer Untersuchungen – mehrfach durchgeführt, was die Kosten nochmals massiv erhöht. Mehrere Expertinnen und Experten haben klar die Meinung geäußert, dass die Übernahme von Übersetzungskosten, obschon diese hoch sind, unter dem Strich die Gesamtkosten der gesundheitlichen Behandlung traumatisierter Asylsuchender zu senken vermag.

Verbesserungsmöglichkeiten

Die Kostenübernahme von Übersetzungsdienstleistungen muss gemäss den Expertinnen und Experten dringend geregelt werden. Es braucht eine Lösung. Ohne dass Patient/in und behandelnde Fachperson sich richtig verstehen, kann nach Ansicht der Befragten keine korrekte psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden. Bei längerfristigen Behandlungen sei es überdies wünschenswert, wenn auch nicht zwingend, dass jeweils dieselbe Person die Übersetzung übernehme.

Damit nicht jedes Mal eine Person extra anreisen muss, um zu übersetzen, bestehen heute Angebote für eine telefonische Übersetzung. Die Nutzung eines solchen Angebots vermag einerseits Kosten zu sparen, andererseits erhöht es die Wahrscheinlichkeit der Verfügbarkeit von Personen, die auch selten benötigte Sprachen sprechen. Die Expertinnen und Experten merken zwar an, dass telefonische Übersetzung oftmals nicht einer persönlichen gleichkomme, wären mit einer Finanzierung dieser Lösung aber zufrieden. Zudem können potenzielle Spannungen zwischen den Patienten/-innen und den Übersetzenden, beispielsweise aufgrund der ethnischen oder religiösen Zugehörigkeit, entschärft werden, wenn Dolmetscherleistungen telefonisch erbracht werden.

Der Anteil an Personen unter den Asylsuchenden, die unter einer Traumafolgestörung leiden ist in der Schweiz nicht bekannt. Expertinnen und Experten schätzen den Anteil auf 50 bis 60 Prozent. Das Risiko einer Chronifizierung ist dabei hoch, weshalb es wichtig ist, so früh wie möglich, eingreifen zu können. Die Folgen dieser psychischen Störungen haben zudem grossen Einfluss auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten der sozialen und beruflichen Integration der Betroffenen. Daher drängen sich Massnahmen auf, die helfen, solche psychischen Störungen früh zu erkennen, die Versorgung der Betroffenen zu verbessern, Risikofaktoren zu reduzieren, sowie die Belastbarkeit der Betroffenen zu erhöhen.

Das nachfolgende Fazit und die daraus abgeleiteten zwölf Empfehlungen gliedern wir entlang von fünf Bereichen.

Früherkennung stärken

Psychische Beschwerden haben im Vergleich zu körperlichen Krankheiten (wie z.B. Diabetes oder Tuberkulose) einen geringeren Stellenwert. Entsprechend schwierig ist es, Massnahmen in diesem Bereich durchzusetzen. Die befragten Expertinnen/Experten sind sich einig, dass psychische Krankheiten ernster genommen werden sollten, wegen dem Leiden, das sie verursachen, den psychosomatischen und psychosozialen Auswirkungen und deren Folgekosten.

Psychische Gesundheit findet in der Phase, in welcher sich die Asylsuchenden in den Bundeszentren befinden kaum Beachtung. Mit Ausnahme des Testbetriebs Zürich, werden die Asylsuchenden nicht systematisch zu ihrem Gesundheitszustand befragt. Weder zu ihrer physischen noch zu ihrer psychischen Gesundheit. Zwei Gründe lassen sich zusammenfassen: *Erstens* scheint seitens des Asylwesens eher eine Zurückhaltung zu bestehen bei Asylsuchenden, welche möglicherweise mit einem negativen Asylentscheid rechnen müssen, eine psychische Krankheit zu diagnostizieren, wenn diese nach kurzer Zeit das Land wieder verlassen müssen. *Zweitens* würde ein umfassendes Früherkennungssystem zu mehr Diagnosen einer psychischen Krankheit führen, für deren Behandlung aber zu wenig adäquate Angebote zur Verfügung stehen.

Die Meinungen, wann der geeignete Zeitpunkt für Massnahmen zur Früherkennung ist, scheinen aus medizinischer Sicht eindeutig. Die Früherkennung sollte demnach nach Einreise der Asylsuchenden einsetzen. Gibt es Anzeichen für eine psychische Krankheit, muss eine Diagnose gestellt und bei Bedarf mit einer Behandlung begonnen werden. Entsprechend sollten auch die Rahmenbedingungen im Zentrum so gut wie möglich angepasst und eine Verlegung in den Kanton vorangetrieben werden. Je früher die Behandlung einsetzt, umso besser die Prognose. Aufgrund der Ergebnisse empfehlen wir folgendes Vorgehen:

- E1: Aus medizinischer Perspektive sollten die Asylsuchenden nach Eintritt in ein Zentrum des Bundes, *systematisch zu ihrer psychischen Gesundheit befragt werden können*. Eine solche Befragung kann in einem Stufenschema, mittels psycho-

metrischer Fragebogen, durch Pflegepersonal oder Hausärzte/ärztinnen durchgeführt werden. Eine Weitervermittlung an Fachkräfte aus den Bereichen Psychiatrie/Psychologie würde bei einem erhärteten Verdacht erfolgen. Erfahrungen aus den Kantonen Waadt und Genf, wo ein solches Befragungsinstrument bereits eingesetzt wird, müssten genutzt werden (vgl. Befragungsinstrumente im Anhang).

- E2: Auf Bundesebene sollte im Rahmen der Informationsvermittlung an alle Asylsuchenden (welche künftig anstelle der bisherigen grenzsanitarischen Massnahmen erfolgt), Informationen im Sinne der sogenannten *Psychoedukation* vermittelt werden. Es handelt sich dabei um eine Aufklärung der Betroffenen einerseits über häufige psychische Krankheitsbilder und deren Symptome sowie andererseits über die Strukturen und Abläufe sowie die Akteure des Schweizerischen Gesundheitssystems.
- E3: Damit beide genannten Lösungsvorschläge – systematische Abklärungen hinsichtlich der psychischen Gesundheit und Stärkung der Psychoedukation – umgesetzt werden können, braucht es entsprechend *geschultes Gesundheitspersonal* in den Zentren. Sie müssen erkennen, was beispielsweise somatische Ausprägungen einer posttraumatischen Belastungsstörung PTBS – sogenannte red spots (Warnrespektive Hinweissymptome) – sind. Als grundlegende Massnahme empfehlen wir aufgrund der Rückmeldungen der Befragten daher, *traumabezogene Schulungen und/oder Weiterbildungen* für die Personen, die in den Zentren des Bundes und der Kantone arbeiten anzubieten und *psychiatrisch oder psychologisch geschulte Fachkräften systematisch beizuziehen* (bspw. wie im Kanton Waadt, mittels Einbezug mobiler psychiatrischer Dienste). Letztere sollten in den Zentren des Bundes wie auch der Kantone regelmässig im Rahmen einer *Supervision* einbezogen werden.

Interkulturelles Dolmetschen und dessen Finanzierung sicherstellen

Die gegenseitige Verständigung ist eine notwendige Bedingung jeglicher psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Die Zustimmung der Betroffenen zu einer Behandlung setzt zudem voraus, dass diese verstehen zu was sie ihre Einwilligung abgeben.

Ausser im Kanton Waadt gibt es in keinem Kanton eine Kostenübernahme der Übersetzungsdienstleistung von interkulturell Dolmetschenden. Verschiedentlich ist die Finanzierung über Spitäler, wie beispielsweise dem HUG in Genf geregelt. Die weitgehend fehlende Kostenübernahme führt dazu, dass oftmals die Betroffenen aufgefordert werden, selbst eine Person mitzubringen, die übersetzt. Der Beizug von nicht-qualifizierten Dolmetschenden wiederum kann sich negativ auf die Qualität der Übersetzung, die Offenheit des Gesprächs und auf die juristische Sicherheit und auf die Qualität von Diagnostik und Behandlung auswirken. Letztendlich kann dies zu höheren Kosten für das Gesundheitssystem führen, als wenn von Beginn weg eine qualifizierte Person die Behandlung dolmetscht. Aufgrund der Ergebnisse empfehlen wir:

- E4: Ist eine Verständigung nicht oder nur unzureichend möglich, muss eine Fachperson im Bereich interkulturellem Dolmetschen beigezogen werden (z B. auch Telefondolmetschdienst). Ohne die *Finanzierung der Übersetzungsdienstleistungen*

lässt sich dies aber nicht kostendeckend finanzieren. Es braucht daher diesbezüglich dringend eine Lösung. Das Thema gilt es seitens des Bundes und der Kantone prioritär zu behandeln. *Innovative Tools sind zu prüfen.*

- E5: Auch hier gilt es *Modelle/Erfahrungen aus den Kantonen Waadt und Genf zu nutzen*, wo für den Einsatz und die Finanzierung von Übersetzungsdienstleistungen gefunden werden konnten. Der Bund könnte diesbezüglich eine Arbeitsgruppe einsetzen (vgl. Empfehlung 12).

Versorgungssituation verbessern

Fehlende Fachkräfte in der Psychiatrie sind generell eine Herausforderung, im Hinblick auf die Behandlung von Asylsuchenden verschärft sich das Problem aber zusätzlich. Es ist aber nicht nur der Mangel an spezialisierten Angeboten, sondern der Umstand, dass bestehende Angebote der Regelversorgung aufgrund bekannter Hindernisse (u.a. Sprache, Mehrfachproblematiken, fehlende migrationspezifische Kenntnisse seitens der Behandelenden) nicht genutzt werden können. Neben den erwähnten Massnahmen im Bereich des interkulturellen Dolmetschens (vgl. E4-E5) braucht es mehr Anreize, damit neue Angebote geschaffen und kostendeckend betrieben respektive bestehende Angebote der Regelstrukturen stärker auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet werden könnten:

- E6: Häufig ist die Gesundheitssituation von Asylsuchenden durch eine komplexe Mehrfachproblematik gekennzeichnet. Auf kantonaler Ebene, empfehlen wir daher wir eine *stärkere Netzwerkbildung unter den verschiedenen Fachkräften und Disziplinen respektive zwischen Generalisten/innen und Spezialisten/innen*. Nicht in jedem Fall brauchen die Betroffenen hochspezialisierte psychiatrische Dienste. Insbesondere frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte respektive Therapeutinnen und Therapeuten müssten zwecks Austauschs und Aufbau/Einbezug von Know-How sowie hinsichtlich einer Supervision stärker in ein Netzwerk mit Spezialistinnen und Spezialisten eingebunden werden, weil ihnen der Anschluss an ein institutionelles, interdisziplinäres Umfeld fehlt. Dies ist insbesondere in der Deutschschweiz der Fall, wo die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden primär dezentralisiert über Hausärzte/Hausärztinnen erfolgt und nicht, wie in der Westschweiz, über migrationspezifische Strukturen in den Spitälern.
- E7: Längerfristig müssten Psychiater/-innen und Psychologen/-innen die Möglichkeit haben, an der Schnittstelle von Migration und Gesundheit Weiter- und Fortbildungen zu besuchen. Wir empfehlen, dass auf nationaler Ebene die Thematik durch die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) wie auch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) verstärkt aufgegriffen wird, beispielsweise im Rahmen nationaler Tagungen wie Jahreskongresse. Dem Teil der Ärzteschaft, welcher im Berufsalltag mit Migrantinnen und Migranten tätig ist, sollten entsprechende Weiter- und Fortbildungen zum Ausbau transkultureller Kompetenzen angeboten werden.

- E8: Zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen von Asylsuchenden, insbesondere von Traumafolgestörungen, gibt es keine repräsentativen Zahlen aus der Schweiz. Die Angebots- und Bedarfssituation wurde vor fünf Jahren im Rahmen der Ist-Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich erhoben (Oetterli et al. 2013). Diese Studie musste sich aber ebenfalls auf Schätzungen von Fachpersonen stützen, da die Kantone nur selten über konkrete Daten verfügen. Insbesondere im Hinblick auf die Versorgungsplanung wären daher Zahlen von Nutzen, welche Auskunft geben über die Verteilung von Risikogruppen sowie über die Anzahl spezialisierter und allgemeiner Behandlungsplätze. Wir empfehlen dem BAG, diese Informationen *schweizweit spezifisch statistisch zu erfassen* (differenziert nach Kinder, Jugendliche Erwachsene).

Resilienzfaktoren stärken – Risikofaktoren vermindern

Zahlreiche postmigratorische Stressfaktoren, wie schlechter Zugang zum Arbeitsmarkt, unsichere Aufenthaltssituation, schlechte Vernetzung, Verlust von familiären und sozialen Beziehungen beeinflussen die psychische Gesundheit, die Behandlungsaussichten sowie den Integrationserfolg. Eine gute Tagesstruktur, eine angepasste Umgebung (z.B. Unterbringung in kleinen Zimmern in den Zentren), niederschwellige Aktivierung von Ressourcen und soziale Unterstützung sowie an ihre Beeinträchtigungen angepasste Integrationsmassnahmen können dazu beitragen, dass (psychisch erkrankte) Asylsuchende ihre Situation besser bewältigen können:

- E9: Wir empfehlen in den Zentren des Bundes und der Kantone vermehrt auch *niederschwellige Angebote und soweit wie möglich das Know-how von gemeinnützigen Organisationen oder Fachstellen zu nutzen*. Das Personal in den Zentren soll entsprechend geschult und begleitet werden (siehe E3).
- E10: Auf kantonaler und kommunaler Ebene, empfehlen wir einen *stärkeren Einbezug von Sozialarbeitenden* im Rahmen der Betreuung und Therapie, was einher geht mit der Bereitstellung von zusätzlichen Ressourcen in der Regelversorgung.

Informationsfluss verbessern und Austausch initiieren

Die Koordination von und Kommunikation zwischen verschiedenen Akteure im Gesundheits- und Sozialsystem, welche mit psychisch erkrankten Asylsuchenden in Kontakt sind, wird ebenfalls als Herausforderung genannt, bei welcher ein grosser Handlungsbedarf besteht (u.a. Informationsfluss zwischen Erstbehandlung und weiteren Behandlungsakteuren). Dabei wurde – wie in den Abschnitten oben – auch auf das Potenzial von interdisziplinären Teams hingewiesen sowie auf eine teilweise verbesserungswürdige Zusammenarbeit mit gemeinnützigen Organisationen und freiwilligen Personen. Wir unterscheiden nachfolgend zwischen dem konkreten Informationsfluss in der Praxis, spezifisch bezogen auf den Austausch von individuellen Gesundheitsdaten, sowie zwischen dem generellen Wissenstransfer und Austausch zwischen den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen:

- E11: Die Übergabe von individuellen Gesundheitsdaten von den EVZ/BZ an den Kanton und schliesslich an die Gemeinde respektive zwischen Erstbehandlung und

weiteren Behandlungsakteuren weist viele Schnittstellen auf und ist daher anfällig auf „Datenverluste“. Basierend auf den Rückmeldungen empfehlen wir von Beginn an (auf Ebene der Bundeszentren) die *Einführung einer Krankenakte*. Wir empfehlen zudem zu prüfen, ob ein solches Dossier in elektronischer Form geführt werden könnte. Es gilt dabei zu definieren, wer, welche Zugriffsrechte auf die Gesundheitsdaten hat. Die Erfahrungen des Testbetriebs Zürich könnten hierzu als Vorlage dienen.¹⁶

E12: Wir empfehlen dem BAG eine *Austauschplattform zu initiieren*, welche sich explizit dem Thema Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen von Asylsuchenden widmet. Schweizweit engagierten Personen in diesem Bereich sollten regelmässig an Austauschtreffen teilnehmen und so voneinander lernen können. Insbesondere sollte ein Austausch zwischen der West- und den Deutschschweizer Kantonen stattfinden, da auffällt, dass hier wenig gegenseitiges Wissen vorhanden ist. Die Austauschtreffen könnten je einen spezifischen Fokus beinhalten.

¹⁶ Vgl. auch Müller, Franziska et al. (2017).

ANHANG

A I LISTE DER INTERVIEWPARTNER/-INNEN

Name	Funktion
Dr. med. Matthis Schick	Oberarzt, Ambulatorium für Folter und Kriegsofopfer Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsspital Zürich
Dr. med. Bernhard Küchenhoff	Ehemaliger stellvertretender Chefarzt, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Leiter Migrationsstation, heute Praxis Beckenhof, Zürich
Dr. med. Daniel Schröpfer	Chefarzt Ambulatorium Kanonengasse, Zürich, zuständig für die Versorgung des Testzentrums
Dr. med. Jochen Binder	Leitender Arzt Integrierte Psychiatrie Winterthur, Spezialstation für Traumafolgestörungen
Dr. med. Sanchis Zozaya Javier	Médecin associé, Centre des populations vulnérables (CPV), Unité de Soins aux Migrants (USMi), Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne
Christina Gunsch Neuhaus, lic. phil.	Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, zert. in Notfallpsychologie FSP, Spezielle Psychotraumatologie mit Kindern und Jugendlichen
Dre. Florence Faucherre	Médecin-associée, Unité Psy&Migrants, Consultation de Recordon, DP-CHUV
Dr. phil. Carola Smolenski	Psychologische Leiterin, Ambulatorium für Folter- und Kriegsofopfer SRK Bern, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Prof. Patrick Bodenmann	Médecin adjoint et responsable du Centre des populations vulnérables (CPV) Unité de Soins aux Migrants (USMi), Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne
Dre. Saskia von Overbeck Ottino	FMH psychiatrie-psychothérapie adultes et enfants-adolescents Psychanalyste SSPsa-IPA Médecin-associé SPEA et DMCPRU, HUG Coordinatrice du Réseau Santé Mentale Enfants-Adolescents Migrants et Ethnopsychanalyse, MEME
Dr. Mario Gehri	Médecin-chef, PD, HEL-CHUV
Dr. David Shiva Srivastava	Médecin-chef, suppléant du service des urgences de l'Inselspital Berne
Maxime Coté	Infirmier chef de service, Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne

A 2 LITERATURANGABEN ZU DEN SIEBEN HERAUSFORDERUNGEN

- Ackermann Ch.; Burtscher P.; Mohamed A.; Schär Sall H.; Sölch A.; Stutz D.; Wetli E.; Zoller R. (2003): Das Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ, Studie im Auftrag des Bundesamts für Flüchtlinge (BFF), Ethnologisch-Psychologisches-Zentrum – EPZ – der Asylorganisation Zürich
- Bachmann, A. (2012): Traumatisierte sind oft nicht erfolgreich im Asylverfahren, in: Der Bund, <<https://www.derbund.ch/bern/nachrichten/Traumatisierte-sind-oft-nicht-erfolgreich-im-Asylverfahren/story/30619829>>, Zugriff am 26.07.2017
- Bischoff, A.; Schneider, M.; Denhaerynck, K.; Battegay, E. (2009): Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study, in: *European Journal of Public Health* 19/1, p. 59-64
- Brägger, M. (2017): Evaluation des Pilotprojekts „Zugänge schaffen – Dolmetscherunterstützung für traumatisierte Personen in der Psychotherapie“, Zwischenbericht zuhanden des Staatssekretariats für Migration SEM, Büro Brägger, Wallisellen/Dübendorf
- Brakowski, J. (2017): Flüchtlinge und Migranten in der Psychiatrie: Die Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem reduzieren, in: *Psychiatrie und Neurologie* 1, S. 4–6
- Bürli, Ch.; Amstad, F.; Duetz Schmucki, M.; Schibli, D. (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder, Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik
- Guggisberg, J.; Gardiol, L.; Graf, I.; Oesch, T.; Künzi, K. (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz
- Hepp, U. (2016): Posttraumatische Störungen bei Migrantinnen und Migranten, Baden, <http://www.kantonsspitalbaden.ch/Departement-Innere-Medizin/Dokumente/Symposium-Migration-und-Medizin_PTSD.pdf>, Zugriff am 26.07.2017
- Hochuli, S. (2016): Referat für die nationale Fachtagung des Verbundes “Support for Torture Victims”, Bern <<http://www.torturevictims.ch/de/veranstaltungen/eine-situationsanalyse>>, Zugriff am 27.07.2017
- Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen (KKF) (2016): *Asylnews* Nr. 1 März, S. 1–19
- Küchenhoff, B. (2017): Die Behandlung von Flüchtlingen in der freien Praxis, in: *Psychiatrie und Neurologie* 1, S. 14–15
- Llosa, A. E.; van Ommeren, M.; Kolappa, K.; Ghantous, Z.; Souza, R.; Bastin, P.; Slavuckij, A.; Grais, R. F. (2017): A two-phase approach for the identification of refugees with priority in Lebanon: a validation study. *BMC Psychiatry*, 17(28)
- Maggi, J.; Sandro C. (2003): Needed Basic Research in “Migration and Health” 2002-2006 in Switzerland. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien

- Maier, T. (2015): Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und Asylsuchenden, Zürich <http://www.psychiatrie.usz.ch/Documents/20151207_Maier_Thomas.pdf.d>, Zugriff am 27.07.2017
- Maier, T. (2016): Versorgungsplanung, Spardruck und Tarifsituation in der Schweiz: Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Migrantinnen und Migranten, Bern <<http://www.torturevictims.ch/de/file/23913/download>>, Zugriff am 26.07.2017
- Maier, T. (2017): Psychotherapie mit Migranten, in: Psychiatrie und Neurologie 1, S. 11–13.
- Maier, T.; Schmidt, M.; Mueller, J. (2010): Mental health and healthcare utilisation in adult asylum seekers, in: Swiss Med. Wkly 140:w13110, p. 1-8
- Müller, J. (2009): Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit einem Kriegsoffer: Ein Fallbericht, in: Verhaltenstherapie 19, S. 177–183
- Müller, F.; Köchli, H.; Balthasar, A. (2013): Evaluation Testbetrieb Asyl, Luzern.
- Müller, F. et al. (2017): Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, Luzern. (internes Dokument)
- Nickl, R. (2016): Verwundete Seelen, in: UZH Magazin 25(3), S. 25–26
- Nosetti, L.; Jossen, A. (2012): Die Sprechstunde für MigrantInnen – ein multimodales Behandlungskonzept für psychisch kranke MigrantInnen. Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
- Novák, M. (2012): Migration und Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2010 und 2011. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern
- Oetterli, M.; Niederhauser, A.; Pluess, S. (2013): Ist-Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich. Bericht zuhanden des Bundesamts für Migration (BFM)
- Schick, M.; Schnyder, U. (2017): Multimodale Behandlung traumatisierter Flüchtlinge, in: Psychiatrie und Neurologie 1, S. 7–10
- Schwald, O.; Smolenski, C. (2016): Traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer in der Hausarztpraxis. Primary and Hospital Care, Allgemeine Innere Medizin, 16(3), S. 55–58.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (2017): Traumatherapie mit minderjährigen Flüchtlingen am Ambulatorium Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Bern
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (o. J.) (a): Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten. Eine Informationsschrift für Hausärztinnen und Hausärzte sowie weitere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Bern.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (o.J.) (b): Folter- und Kriegsoffer. „Es ist möglich, einen Umgang mit dem Erlebten zu finden.“, <<https://www.redcross.ch/de/organisation/ambulatorium-fuer-folter-und-kriegsoffer/es-ist-moeglich-einen-umgang-mit-dem-erlebten>>, Zugriff am 28.07.2017

- Stocker, D.; Stettler, P.; Jäggi, J.; Bischof, S.; Guggenbühl, T.; Abrassart, A.; Rüesch, P.; Künzi, K. (2016): Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik. BASS, Bern
- Straub, M.; Maier, T. (2007): Therapieerwartungen und Krankseinskonzepte bei traumatisierten Migrantinnen und Migranten. Eine qualitative Studie. Ethnologisches Seminar der Universität Zürich
- Testa-Mader, A.; Degrate, A.; Clerici, N. (2002): Les personnes étrangères et suisses entrées en contact avec la psychiatrie publique: une étude comparative concernant trois régions de soins en Suisse, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 153(3), S. 123–130
- Weiss, R. (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Seismo, Zürich
- Zuber, L. (2014): Traumatisierte Asylsuchende im Asylverfahren. Welche möglichen Herausforderungen stellen sich für traumatisierte Asylsuchende im Asylverfahren in der Schweiz? Bachelorarbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten, Hochschule für soziale Arbeit

Leitfaden für die Interviews
Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden

Angaben zur befragten Person (Funktion, Bezug zum Thema)

I BETROFFENE PERSONEN

- Frühere Untersuchungen zum Thema haben ergeben, dass mindestens 30, eher aber zwischen 40 bis 60 Prozent der Asylsuchenden traumatisiert sind.
 - Was heisst „traumatisiert“? Gibt es da wichtige Unterscheidungen? Existieren verschiedene klinische Bezeichnungen? Welche?
 - Treffen diese Schätzungen Ihrer Meinung nach zu (40–60 Prozent)?
 - Wie hoch schätzen Sie ist der Anteil unter diesen traumatisierten Personen, die eine Behandlung benötigen? Welche Art von Behandlung?
 - Wie hoch schätzen Sie ist der Anteil unter diesen Personen, die in einer spezifischen Behandlung sind?

2 HERAUSFORDERUNGEN: GENERELLE BEURTEILUNG

Die aus der Literatur bekannten Herausforderungen bezüglich psychischer Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden lassen sich grob wie folgt zusammenfassen:

- 1) Fehlende Früherkennung und Diagnose (z.B. in den Asylzentren), keine Weitervermittlung, unzureichende Information
- 2) unzureichende Anzahl spezialisierter Angebote, die dadurch langen Wartezeiten
- 3) Fehldiagnose und inadäquate Behandlung
- 4) fehlende niederschwellige psychosoziale Angebote
- 5) Schwierigkeiten beim Informationsfluss und der Zusammenarbeit (bspw. beim Übergang vom Bundeszentrum- ins kantonale Durchgangszentrum und von da in die Gemeinde)
- 6) fehlende Finanzierung, keine Kostendeckung (z.B. Finanzierung Übersetzung)
- 7) Herausforderungen auf Seiten der PatientInnen, wie: Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten; Vorurteile, Angst vor Stigmatisierung; mangelnde Vertrautheit mit Diagnosen und Behandlungsansätzen; fehlendes Vertrauen/Unsicherheit, mangelnde Health Literacy

- Gibt es weitere Herausforderungen, welche oben nicht erwähnt sind?
- Welche dieser genannten Herausforderungen sind für sie grundsätzlich von grösser Bedeutung und wo müsste man am dringlichsten ansetzen um die Situation zu verbessern?

(hier nur kurz im Sinne einer Priorisierung die Themen aufnehmen, danach wird auf die einzelnen Herausforderungen eingegangen)

3 FRÜHERKENNUNG, DIAGNOSTIZIERUNG UND WEITERVERMITTLUNG (HERAUSFORDERUNG 1 UND 7)

Problemanalyse

- Wie läuft bei Asylsuchenden, in der Phase wo sich diese in den Zentren des Bundes oder der Kantone befinden, in der Regel dieser Prozess ab (Früherkennung-Diagnostizierung-Weitervermittlung in eine allgemeine und danach spezialisierte Behandlung)?
- Worin sehen Sie Gründe für die Probleme bei der Früherkennung, Diagnostizierung und Weitervermittlung?

Lösungsansätze

- Wie könnte die Situation verbessert werden, welche Lösungsansätze sehen Sie?

Zuerst offen fragen, dann auf folgende Aspekte eingehen:

- Was halten Sie von einem systematischen Erstgespräch mit allen Asylsuchenden, in welchem auch die psychische Gesundheit thematisiert wird? (in den Bundeszentren? In den kantonalen Zentren?). Wie müsste so ein Gespräch ausgestaltet sein? Wer sollte so ein Gespräch führen? Welche Qualifikationen müsste diese Person haben? Wie würde dies finanziert werden?
- Sind Ihrer Ansicht nach die Stellen und ihre Mitarbeitenden, welche mit den Asylsuchenden zuerst in Kontakt treten genügend informiert und sensibilisiert? (transkulturelle Kompetenzen, Kompetenzen bzgl. psychische Gesundheit/Trauma, Kenntnisse von Angeboten)? Welche Möglichkeiten sehen sie da?
- In welchen Situationen ist für Sie der Einbezug von professionellen ÜbersetzerInnen unerlässlich? Wie könnte der Einsatz von Dolmetschenden/Übersetzenden besser geregelt werden (organisatorisch und finanziell)?
- Wie könnte man besser mit den Herausforderungen auf Seiten der PatientInnen umgehen (eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten; Vorurteile, Angst vor Stigmatisierung; mangelnde Vertrautheit mit Diagnosen und Behandlungsansätze; fehlendes Vertrauen/Unsicherheit, mangelnde Health Literacy)?

4 ANGEBOTSSITUATION (HERAUSFORDERUNGEN 2,3 UND 4)

Problemanalyse

- Welche spezifischen Behandlungsangebote für traumatisierte Asylsuchende (welche sich in den Zentren des Bundes und der Kantone befinden) bestehen in der Schweiz zusätzlich zu den fünf Therapiestellen für Folter- und Kriegsoffer, die gemeinsam den Verbund „Support for Torture Victims“ bilden?
- Worin sehen Sie Gründe für (1) zu wenige Angebote und (2) zu wenige hinreichend spezialisierte Angebote?
- Häufig dauert es lange, bis traumatisierte Asylsuchende zum ersten Mal behandelt werden (spezialisierte Behandlung). Welches sind die Gründe dafür, dass es nicht zu einem früheren Behandlungsbeginn kommt?

Lösungsansätze

- Wie könnte die Behandlungssituation, insbesondere in der Phase, in welcher sich die Asylsuchenden in den Zentren des Bundes sowie danach in den kantonalen Zentren befinden, verbessert werden, welche Lösungsansätze sehen Sie?
- Haben Sie Vorschläge, wie man – falls nötig – einen früheren Behandlungseintritt ermöglichen könnte?
- Welche Angebote, neben den psychiatrischen/psychotherapeutischen Angeboten, erachten sie für diese Zielgruppe als sinnvoll (soziale Unterstützung, Integrationsmassnahmen, Tagesstruktur, Beschäftigung etc.)? Kennen Sie solche Angebote? Wie könnten solche Angebote gefördert werden? (z.B. insbesondere auch in den Asylzentren)

5 INFORMATIONENFLUSS/ ZUSAMMENARBEIT (HERAUSFORDERUNG 5)

Problemanalyse

- Wo und zwischen wem bestehen in der Phase, in welcher sich die Asylsuchenden in den Zentren des Bundes und der Kantone befinden, bezüglich Informationsfluss und Zusammenarbeit die grössten Schwierigkeiten? Worin sehen Sie die Gründe hierfür?

Zuerst offen fragen, dann auf Zusammenarbeit und Informationsweitergabe (Patientendossier) zwischen Gesundheitspersonal in den Zentren – Zentrumsärzte – spezialisierte Behandlungsangebote eingehen

Zusammenarbeit Gesundheitsakteure und Mitarbeitenden SEM (Vermittlung von verfahrensrelevanten Informationen)

Lösungsansätze

- Wie könnte die Situation verbessert werden, welche Lösungsansätze sehen Sie?

6 FINANZIERUNG (HERAUSFORDERUNG 6)

Problemanalyse

- Worin bestehen bei Asylsuchenden konkret die Schwierigkeiten bzgl. Finanzierung? Gründe hierfür?
- Wer trägt die Behandlungskosten im Normalfall?
 - Fallen für die zu Behandelnden auch Kosten an? Wie beurteilen Sie diesen Umstand?
 - Denken Sie, Kosten, welche die erkrankten Personen selber tragen müssen, sind ein potenzieller Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme einer Behandlung?
 - Falls die Krankenkassen nicht die Gesamtkosten der Behandlungen übernehmen, bestehen andere Möglichkeiten damit die Betroffene nicht selber die Kosten decken müssen? Sind die zu Behandelnden über diese Möglichkeiten informiert?
- Wer übernimmt die Kosten für Übersetzungsleistungen?

Lösungsansätze

- Wie könnte die Finanzierungssituation verbessert werden, welche Lösungsansätze sehen Sie?

Guide d'entretien

Santé mentale des requérants d'asile traumatisés

Informations personnelles (fonction, rapport avec le sujet):

I PERSONNES CONCERNÉES

- Des études antérieures sur ce sujet ont montré qu'au moins 30 pourcent, mais plutôt entre 40 et 60 pourcent des requérants d'asile sont traumatisés.
 - Que signifie „traumatisé“? Est-ce qu'il y a des différenciations importantes? Existe-t-il différentes formes d'expression clinique de ces traumatismes? Si oui, lesquelles?
 - D'après vous, ces estimations sont-elles correctes (entre 40 et 60 pourcent)?
 - Quel est à votre avis le pourcentage de personnes traumatisés qui ont besoin d'être prises en charge? Quel genre de traitement?
 - En ce qui concerne les personnes nécessitant une prise en charge, quel est à votre avis le pourcentage de celles qui sont effectivement en traitement?

2 ENJEUX: EVALUATION GÉNÉRALE

Les enjeux issus d'une revue de littérature sur le thème de la santé psychique des requérants d'asile traumatisés peuvent être résumés comme suit :

- 1) Absence de détection précoce et diagnostic (p.ex. dans les centres d'accueil destinés aux requérants d'asile), pas de transfert d'information, manque d'information
- 2) Nombre insuffisant d'offres spécialisées, ce qui entraîne de longs délais d'attente
- 3) Diagnostics erronés et traitements inadéquats
- 4) Absence d'offres à bas seuil dans le domaine psychosocial
- 5) Difficultés liées à la circulation de l'information et dans la collaboration entre acteurs (comme p.ex. lors du transfert du centre fédéral au centre cantonale de transit et finalement à la commune)
- 6) Manque de financement, pas de couverture des coûts (p.ex. financement de l'interprétariat)
- 7) Défis du côté des patients : possibilités de communication réduites ; préjugés, crainte de la stigmatisation ; manque de familiarité avec les diagnostics et les approches thérapeutiques ; manque de confiance/incertitude, manque de „ health literacy “

- Existe-t-il d'autres enjeux ne figurant pas dans la liste ci-dessus?
- D'après vous, quels sont les enjeux les plus importants et où devrait-on intervenir de manière urgente pour améliorer la situation actuelle?
- (Ici le but est uniquement d'avoir un ordre de priorité; les différents enjeux seront thématiques séparément ci-après).

3 DÉTECTION PRÉCOCE, DIAGNOSTIC ET TRANSFERT (ENJEUX 1 ET 7)

Analyse des problèmes

- En règle générale, comment se déroule le processus (détection précoce – diagnostic - transfert vers un traitement général et puis spécialisé) pour les requérants d'asile dans la phase où ils se trouvent dans les centres de la Confédération ou des cantons?
- Quelles sont selon vous les raisons qui sont à l'origine des problèmes de la détection précoce, diagnostic et du transfert?

Solutions possibles

- Comment pourrait-on améliorer la situation actuelle? Quelles solutions possibles voyez-vous?

Poser la question ouvertement, puis évoquez les aspects suivants:

- Que pensez-vous d'un premier entretien systématique avec tous les requérants d'asile dans lequel la santé mentale serait également thématisée? (dans les centres fédéraux? dans les centres cantonaux?). Quel devrait être le contenu de cet entretien? Qui devrait mener un tel entretien? Quelles qualifications cette personne devrait-elle posséder? Comment cela serait-il financé?
- A votre avis, les offices/services et les collaborateurs ayant un premier contact avec les requérants d'asile sont-ils suffisamment informés et sensibilisés? (compétences transculturelles, compétences en matière de santé mentale/traumatisme, connaissance des offres)? Quelles possibilités voyez-vous?
- D'après vous, dans quelles situations est-ce que le soutien d'interprètes professionnels est essentiel/indispensable? Comment pourrait-on régler/organiser mieux l'intervention d'interprètes (organisation et financement)?
- Comment pourrait-on mieux gérer les défis du côté des patients (possibilités de communication réduites; préjugés, crainte de la stigmatisation; manque de familiarité avec les diagnostics et les approches thérapeutiques; manque de confiance/incertitude, manque de „health literacy“)?

4 ETAT DES OFFRES (ENJEUX 2,3 ET 4)

Analyse des problèmes

- Quelles sont les offres spécifiques de soins pour les requérants d'asile traumatisés en Suisse (qui se trouvent dans les centres fédéraux et cantonaux), en plus des cinq centres de thérapie destinés aux victimes de la torture et de la guerre, lesquels forment le groupement « Support for Torture Victims»?
- Quelles sont selon vous les raisons pour lesquelles il y a peu d'offres (1) et peu d'offres suffisamment spécialisés (2)?
- Dans la plupart des cas, il faut beaucoup de temps pour que les requérants d'asile traumatisés soient traités pour la première fois (traitement spécialisé). Quelles sont selon vous les raisons pour lesquelles un début du traitement plus précoce n'est pas assuré?

Solutions possibles

- Comment pourrait-on améliorer la situation du traitement, particulièrement dans la phase où les requérants se trouvent dans les centres fédéraux ainsi qu'après dans les centres cantonaux ? Quelles solutions possibles voyez-vous ?
- Voyez-vous des possibilités – si nécessaire – de faciliter une prise en charge plus précoce ?
- En plus des offres psychiatriques et psychothérapeutiques, quelles offres destinées au groupe cible jugez-vous utiles (soutien social, mesures d'intégration, structure journalière, emploi, etc.) ? Avez-vous connaissance de telles offres? Comment pourrait-on promouvoir des telles offres (particulièrement dans les centres où vivent les requérants d'asile)?

5 CIRCULATION D'INFORMATION/ COLLABORATION (ENJEU 5)

Analyse des problèmes

- Au moment où les requérants d'asile se trouvent dans les centres fédéraux et cantonaux, quelles sont les principales difficultés en ce qui concerne la circulation d'information et la collaboration entre acteurs impliqués? Quelles en sont les raisons ?

Poser la question ouvertement, puis évoquer les aspects concernant la collaboration et la circulation d'information (dossier patient) entre le personnel de santé dans les centres – médecin du centre – offres de traitement spécialisées.

Collaboration entre les acteurs de la santé et les collaborateurs et collaboratrices du SEM (transmission d'information pertinente pour la procédure)

Solutions possibles

- Comment pourrait-on améliorer la situation, quelles solutions possibles voyez-vous?

6 FINANCEMENT (ENJEU 6)

Analyse des problèmes

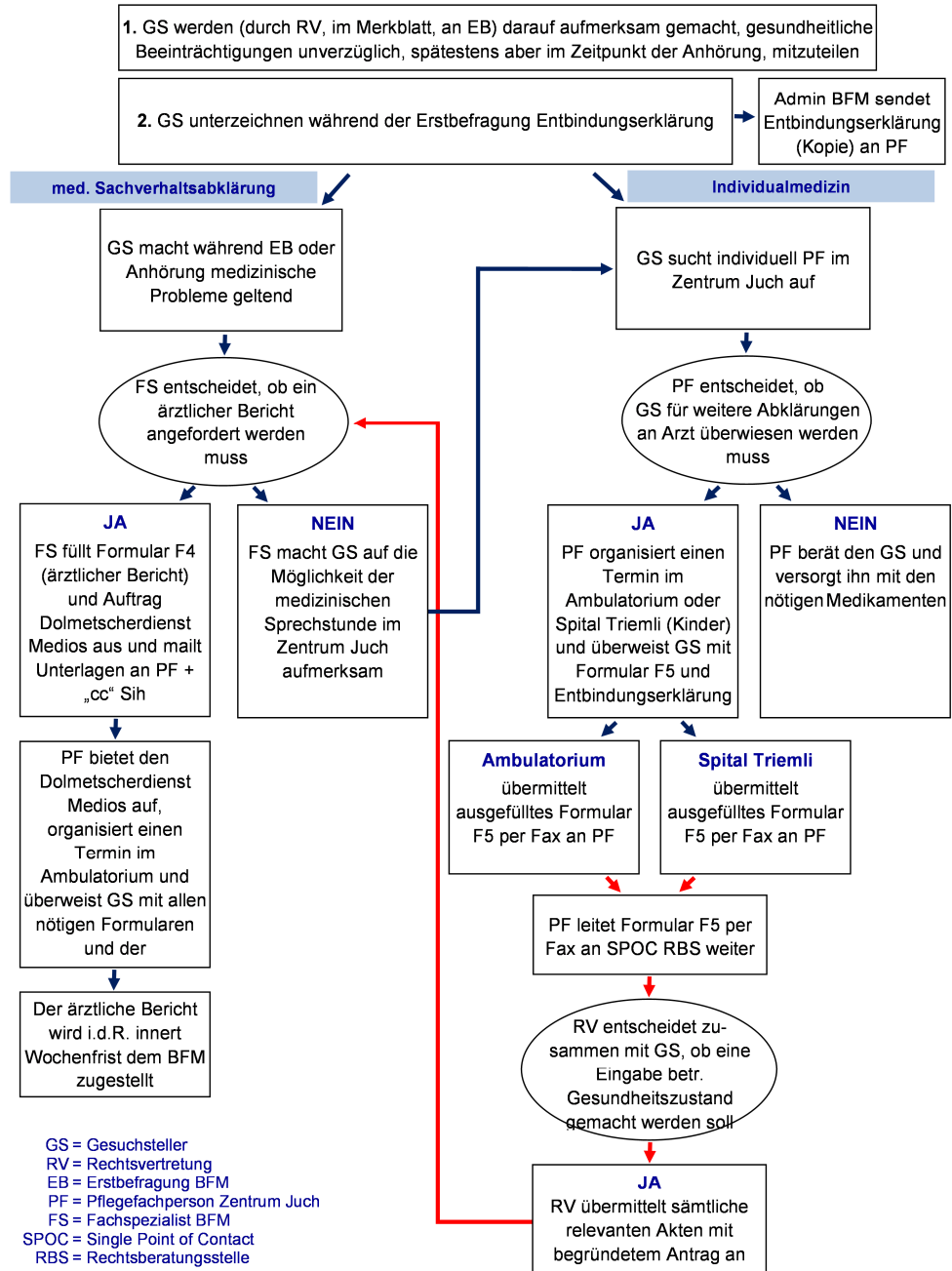
- Quelles sont les principales difficultés des requérants d'asile concernant le financement? Et pour quelles raisons?
- En règle générale, qui prend en charge les coûts de traitement ?
 - Les personnes à traiter doivent-elles aussi prendre en charge une partie des coûts ? Comment évaluez-vous cette situation?
 - Pensez-vous que les coûts qui doivent être assumés par les personnes malades elles-mêmes constituent un obstacle potentiel à l'obtention d'un traitement ?
 - Dans le cas où les caisses maladie ne prennent pas en charge le coût total du traitement, est-ce qu'il existe d'autres possibilités de financement pour éviter que les personnes concernées ne doivent payer elles-même? Les personnes à traiter, sont-ils informées sur les possibilités ?
- Qui prend en charge les coûts pour les prestations de traduction?

Solutions possibles

- Comment pourrait-on améliorer la situation du financement, quelles solutions possibles voyez-vous ?

A5 ABLAUF MEDIZINISCHE ABKLÄRUNGEN TESTBETRIEB

D A5: Ablaufschema medizinische Abklärungen im Testbetrieb



Quelle: SEM Testbetrieb Version vom 22.8.2014.

A 6 SCREENING INSTRUMENTE

Primary Care PTSD Screen for DSM-5

Avez-vous au expérimenté au cours de votre vie un évènement si effrayant, horrible ou bouleversant qu'il vous est arrivé, au cours du mois écoulé :

1. D'en faire des cauchemars ou de penser à cet évènement alors que vous ne le vouliez pas ?
Oui

Non
 2. De devoir faire de grands efforts pour éviter d'y penser, ou d'être obligé de changer vos plans pour éviter des situations qui vous auraient rappelé cet évènement ?
Oui

Non
 3. De vous sentir continuellement sur vos gardes, en alerte, avec une tendance à sursauter facilement ?
Oui

Non
 4. De vous sentir comme anesthésié ou détaché des autres, de vos activités, de votre environnement ?
Oui

Non
-

Le dépistage est positif lorsque le patient répond par l'affirmative à trois des éléments ci-dessus.

Instrument MINI zur Diagnose von Depressionen und PTSD

.....HUG/Centre-Santé Migrants-Charmilles → → étiquette patient

...Dépistage EDM et PTSD lors de l'ESF

Consigne à l'évaluateur

Afin de faire porter les questions sur les deux à quatre dernières semaines, il faut identifier un événement significatif pour le requérant auquel vous pourrez ensuite vous référer pour les questions ultérieures (par exemple arrivée dans un foyer, fête nationale, événement politique, anniversaire...).

21. → DEPISTAGE EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

		CODE	
21-1	Depuis l'événement X, vous sentez-vous triste, ou sans joie de vivre, ou abattu ou déprimé? Si oui, la plupart de temps?	NON	OUI
21-2	Depuis l'événement X, avez-vous perdu l'intérêt, le goût, ou le plaisir pour les choses de tous les jours? (Ex: écouter la radio, regarder la télé, rencontrer d'autres personnes, sortir, préparer des repas) Si oui, la plupart de temps? <i>REPORTER AUSSI LA REPONSE A 22.3C DE LA PARTIE PTSD</i>	NON	OUI
	21-1 OU 21-2 SONT-ELLES COTEES OUI?	NON	OUI
21-3a	Depuis l'événement X, est-ce que vous avez moins d'appétit, ou au contraire plus d'appétit que d'habitude? ... Si oui, presque tous les jours?	NON	OUI
→ b	Depuis l'événement X, avez-vous de la peine à dormir (difficulté à vous endormir, ou réveil au milieu de la nuit, ou réveil trop tôt le matin)? Si oui, est-ce que c'est presque toutes les nuits? Est-ce qu'au contraire vous dormez trop? Si oui, presque toutes les nuits? Ne pas tenir compte des conditions de la vie, ni de prise de somnifères. <i>Reporter cette réponse à la question 22.4a PTSD, mais pour le PTSD, la réponse sera oui seulement si la personne a des difficultés de sommeil, pas en cas d'hypermnie.</i>	NON	OUI
→ c	Depuis l'événement X, est-ce que vous pensez ou bougez plus lentement que d'habitude? (Exemple: Répondre quand quelqu'un vous pose une question) <i>Trouver un autre exemple parlant si nécessaire.</i> Si oui, la plupart du temps? Ou au contraire êtes-vous plus agité que d'habitude? Si oui, la plupart du temps? <i>Pendant l'entretien avez-vous observé un ralentissement ou une agitation psychomotrice?</i>	NON	OUI
→ d	Depuis l'événement X, vous sentez-vous fatigué(e), sans énergie? Si oui, presque tous les jours?	NON	OUI
→ e	Depuis l'événement X, est-ce que vous vous sentez incapable, inutile, «bon à rien»? Ou est-ce que vous vous faites de reproches? ... Si oui, la plupart du temps?	NON	OUI
→ f	Depuis l'événement X, avez-vous du mal à rassembler vos idées, ou à vous concentrer, ou à être attentif? (Ex: suivre les explications des assistants sociaux, des infirmières ou de votre médecin ou suivre une émission de télévision, un cours de français ou d'informatique) Avez-vous du mal à prendre les décisions? Si oui, la plupart du temps? <i>Reporter cette réponse à la question 22-4c PTSD, mais pour le PTSD, la réponse sera oui seulement si la personne a des problèmes de concentration, pas si s'agit de difficulté à prendre des décisions.</i>	NON	OUI
→ g	Depuis l'événement X, est-ce que vous avez pensé à vous faire du mal, ou avez-vous souhaité être mort, ou avez-vous voulu vous tuer? Si oui, est-ce que vous avez eu ces idées à plusieurs reprises, ou de manière répétitive?	NON	OUI
21-4	Y-A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN 21-3? (ou 4 si 21-1 OU 21-2 EST COTEES NON)	→ NON	→ OUI
		Episode dépressif majeur actuel	

Une partie de ce questionnaire est inspirée du MINI de Sheehan & Lecrubier, 1998
Version au 02.12.2004

.....HUG/Centre-Santé-Migrants-Charmilles → étiquette patient
 ...Dépistage-EDM et PT SD lors de l'ESF

Reprendre la consigne à l'évaluateur de la partie 21

22...DEPISTAGE-ETAT-DE-STRESS-POST-TRAUMATIQUE → CODE:

22-1a	Avez-vous déjà vécu une situation atroce, choquante, exceptionnelle, au cours de laquelle vous vous êtes senti en danger de mort ou vous avez « vu la mort en face » ? Ou avez-vous été témoin d'une situation du même genre ? (Ex de situations traumatisantes : accident grave, agression physique ou sexuelle, attaque terroriste, prise d'otages, enlèvement, incendie, découverte de cadavre, mort subite dans votre entourage, situation de guerre, catastrophe naturelle...)	NON	OUI
22-2a	Depuis X, avez-vous l'impression de revivre cette situation, quand vous êtes éveillé ou dans vos rêves, ou d'y penser souvent, sans le vouloir ? (Ex : Comme un film (vidéo) qui passe dans votre tête.)	NON	OUI
22-3a	Depuis X, devez-vous faire des efforts pour ne pas y penser ? [ou] Essayez-vous d'éviter tout ce qui vous y fait penser ?	NON	OUI
b	Depuis X, avez-vous du mal à vous souvenir avec précision de certains détails importants ? (Ex : La date exacte, le nombre d'agresseurs, le lieu, etc.)	NON	OUI
c	Reprendre la réponse à la question 21-2 de la partie EDM ou poser la question : Depuis l'événement X, avez-vous perdu l'intérêt, le goût, ou le plaisir pour les choses de tous les jours ? (Ex : écouter la radio ou regarder la télé, ou rencontrer d'autres personnes, sortir, ou préparer des repas) Si oui, la plupart de temps ?	NON	OUI
d	Depuis X, est-ce que vous vous sentez indifférent(e) à ce que vous entoure ? [ou] Pensez-vous être devenu (un autre homme ou une autre femme) par rapport à avant ?	NON	OUI
e	Depuis X, avez-vous remarqué que vos sentiments sont moins forts, comme endormis ? Ou comme si vos sentiments étaient anesthésiés ? (Ex de sentiments : aimer, se mettre en colère, être triste ou avoir envie de se venger)	NON	OUI
	Y-A-T-IL-AU-MOINS-3-OUI-EN-22-3-?	NON	OUI
22-4a	Reprendre la réponse de la question 21-3b de la partie EDM ou poser la question : Depuis l'événement X, avez-vous de la peine à dormir (difficulté à vous endormir, ou réveil au milieu de la nuit, ou réveil trop tôt le matin) ? Si oui, est-ce que c'est presque toutes les nuits ?	NON	OUI
b	Depuis X, est-ce que vous vous énervez ou perdez patience plus facilement qu'avant ?	NON	OUI
c	REPRENDRE LA REPONSE DE LA QUESTION 21-3f DE LA PARTIE EDM OU POSER LA QUESTION : Depuis l'événement X, avez-vous du mal à rassembler vos idées, ou à vous concentrer, ou à être attentif ? (Ex : suivre les explications des assistants sociaux ou des infirmières ou de votre médecin ou suivre une émission de télévision ou suivre un cours de français)	NON	OUI
d	Depuis X, est-ce que vous vous sentez plus nerveux ou plus méfiant qu'avant ? (Ex : Comme s'il pouvait vous arriver quelque chose à n'importe quel instant)	NON	OUI
e	Depuis X, sursautez-vous facilement ? (Ex : quand une porte claque ou en cas d'autre bruit inattendu)	NON	OUI
	Y-A-T-IL-AU-MOINS-2-OUI-EN-22-4-?	NON	OUI
22-5a	Depuis X, est-ce que vous en souffrez de tous ces problèmes ou est-ce qu'ils vous gênent dans vos relations avec les autres, ou dans la vie de tous les jours ?	NON	OUI
22-6a	22-5-EST-ELLE-COTEE-OUI?	NON	OUI
		Etat de stress post-traumatique actuel	

Une partie de ce questionnaire est inspirée du MINI de Sheehan & Lecrubier, 1998
 Version au 02.12.2004