

Corinne Blöchliger<sup>1</sup>, Thomas Junghans<sup>1,2</sup>, Regula Weiss<sup>1,3</sup>,  
Christian Herzog<sup>1,4</sup>, Pierre-Alain Raeber<sup>5</sup>, Marcel Tanner<sup>1</sup>, Christoph Hatz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Schweizerisches Tropeninstitut, Basel

<sup>2</sup> Abteilung Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen,  
Universität Heidelberg

<sup>3</sup> Forum für Migrationsfragen, Neuchâtel

<sup>4</sup> Schweizerisches Serum- und Impfinstitut, Bern

<sup>5</sup> Bundesamt für Gesundheit, Bern

## Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis: Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten

### Zusammenfassung

Gesundheitssituation und -versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens wurden bisher nicht systematisch untersucht. Mittels Querschnittsstudien wurden in hausärztlichen Praxen Datenerhebungen mit dem Ziel durchgeführt, diese Patienten aus der Sicht der behandelnden Ärzte demographisch und klinisch zu charakterisieren, Hauptschwierigkeiten zu eruieren und erste Verbesserungsvorschläge daraus abzuleiten. Die Ergebnisse der Untersuchung aus acht Kantonen beruhen auf der Auswertung von 272 Fragebogen und 193 Monatsstatistiken mit 1477 dokumentierten Konsultationen. Die Verteilung der Herkunftsländer und der Aufenthaltsstatus der erfassten Patienten entsprach der der gesamtschweizerischen Asylsuchenden- und Flüchtlingspopulation. Wichtig erscheinen insbesondere niedrige Konsultationsraten von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Mehrheit der Arztpraxen sowie eine hohe Diversität bezüglich Herkunftsland, Ausbildung und Kenntnisse der in der Schweiz hauptsächlich vertretenen Sprachen. Ärztlicherseits wurde die Aus- und Weiterbildung zur Gesundheitsbetreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen vermisst sowie der Fluss gesundheitsrelevanter Informationen als mangelhaft empfunden; Hintergrundinformationen standen nicht in ausreichender Form zur Verfügung. Die verstärkte Vernetzung im Asyl- und Flüchtlingsbereich Tätiger und die Bildung von „Schwerpunktspraxen“ könnten das Angebot spezifischer Leistungen (Übersetzerdienste, gut etablierte Kontakte zu relevanten Institutionen und Hilfsorganisationen, interkulturell orientierte medizinische Betreuung) entscheidend verbessern.

Asylsuchende und Flüchtlinge sind in den letzten Jahren aus vielen Gründen ins Licht des europäischen Interesses gerückt. Allein die Zahl der Asylanträge ist in Westeuropa zwischen 1983 und 1994 von jährlich ca. 70000 auf 700000

angestiegen<sup>1</sup>. In der Schweiz waren Ende Jahr 1994 insgesamt 125448 Personen dem Asylbereich zuzuordnen<sup>2</sup>.

Die gesundheitsstatistische Erfassung von Asylsuchenden und Flüchtlingen sowie die Planung

einer spezifischen Gesundheitsfürsorge haben bisher wenig Beachtung gefunden. Die kulturelle, religiöse, sprachliche und nationalstaatliche Zusammensetzung der Asylsuchenden- und Flüchtlingspopulation hängt von nationalen, regionalen und weltweiten politischen Entwicklungen ab und ist somit raschen Änderungen unterworfen. Zusätzlich erschweren gesellschaftspolitische Gegebenheiten Anpassungen innerhalb der Gesundheitsversorgung.

Asylsuchende und Flüchtlinge stellen im Hinblick auf ihre Gesundheit eine besonders vulnerable Gruppe dar<sup>3-6</sup>. Traumatische Lebens- und Fluchtsituationen sowie ungünstige Bedingungen im Aufnahmeland (fehlende Arbeitsmöglichkeit, unsicherer Rechtsstatus, Fehlen eines sozialen Netzwerkes, kulturelle Distanz, schlechte Arbeits- und Wohnbedingungen usw.) beeinflussen direkt und indirekt die Gesundheit<sup>7</sup>. Im Hinblick auf die Berechtigung, am Angebot der Sozial- und Gesundheitsfürsorge eines Aufnahmelandes teilzunehmen („entitlement“), sind sie neben den sogenannten illegalen Flüchtlingen besonders benachteiligt<sup>8-11</sup>.

Es ist offensichtlich, dass die adäquate medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlin-

gen innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens eine besondere Herausforderung für Forschung und Praxis darstellt. Es liegt eine ganze Reihe von Arbeiten vor, die sich mit diesem Problemkreis befassen<sup>12–24</sup>, welche jedoch vor allem eng definierte Problemstellungen in Teilbereichen behandeln. Um diesbezügliche Grundkenntnisse zu verbessern, wurden Datenerhebungen innerhalb wichtiger Strukturen des schweizerischen ambulanten Gesundheitswesens durchgeführt: 1. in hausärztlichen Privatpraxen<sup>25</sup>, 2. in medizinischen Polikliniken<sup>26,27</sup> und 3. in Notfallstationen<sup>28</sup>. Diese Studien hatten zum Ziel, Asylsuchende und Flüchtlinge, die die genannten medizinischen Versorgungseinrichtungen aufsuchten, demographisch und klinisch zu charakterisieren, Hauptschwierigkeiten aus der Sicht der in diesen Gesundheitseinrichtungen tätigen Ärzte\* zu eruieren und erste Verbesserungsvorschläge daraus abzuleiten. Die Erforschung des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffes der Asylsuchenden und Flüchtlinge selbst und der daraus resultierenden Interaktionsproblematik mit dem Gesundheitsversorgungssystem werden in einem derzeit laufenden Anschlussprojekt bearbeitet.

In der vorliegenden Arbeit stehen hausärztliche Privatpraxen im Zentrum, die auch für Asylsuchende und Flüchtlinge den grössten Teil der primärmedizinischen ambulanten Versorgung gewährleisten sowie in Bundesempfangsstellen begonnene grenzsanitarische Massnahmen fortführen<sup>29–30</sup>.

## Methoden

Die Datenerfassung der Querschnittsstudie erfolgte quantitativ und qualitativ mittels Umfrage, detailliertem Fragebogen, prospektiver „Monatsstatistik“ und Gruppendiskussionen mit hausärztlich

tätigen Allgemeinpraktikern und Internisten.

## Umfrage

Zur Vorabklärung der Teilnahmebereitschaft an der Studie wurde mit 3700 Hausärzten acht deutsch- und französischsprachiger Kantone eine Kurzumfrage durchgeführt. Gleichzeitig konnten die jährlichen Konsultationsfrequenzen von Asylsuchenden und Flüchtlingen erfasst werden. Die Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Genf, Bern, Aargau, Zürich, Luzern und das Waadtland wurden ausgewählt, da sie gemäss dem Verteilungsschlüssel 64% aller Gesuchsteller in der Schweiz aufnehmen. Als Untersuchungseinheit diente die allein oder gemeinschaftlich geführte hausärztliche Praxis. Die Anschriften der ärztlichen Praxen in den ausgesuchten Kantonen wurden von den Kantonsärzten zusammengestellt. Das Vorgehen beim Versand wurde den Regeln und Gepflogenheiten der jeweiligen Kantonsarztstellen angepasst.

## Fragebogen

505 Ärzten der deutschen und welschen Schweiz, die sich auf die Umfrage hin bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen, wurde im Januar und April 1994 ein persönlicher, strukturierter, nicht-anonymer Fragebogen mit frankiertem Antwortcouvert zugesandt. Die Befragung umfasste die Themenkreise Ausbildung, Erfahrung und Erfahrungsaustausch im Bereich der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen, Struktur und Organisation der Praxis, externe Kontakte, Arzt-Patienten-Interaktion, sprachliche und interkulturelle Kommunikation sowie Problemeingrenzung, Verbesserungswünsche und -vorschläge.

## Monatsstatistik

Insgesamt 348 Hausärzte, die ihre Teilnahme an einer zusätzlichen Monatsstatistik bestätigten, wurden im Februar und Mai 1994 mit den entsprechenden Formularen einschliesslich frankiertem Antwortcouvert beliefert. Jeder der teilnehmenden Ärzte erfasste mit diesen anonymen Patientenbogen alle Konsultationen von Asylsuchenden oder Flüchtlingen (Asylbewerber mit hängigem/abgelehntem Gesuch, vorläufig aufgenommene und anerkannte/vorläufig aufgenommene Flüchtlinge), die während einer vierwöchigen Erhebungszeit in den jeweiligen Hausarztpraxen erfolgten. Der Patientenbogen beinhaltete Fragen zur Demographie, zur Kommunikations- und Übersetzungsproblematik, zu Beschwerdebild, Diagnose\*\* und Therapie. Die Einschätzung des Grades der erreichten Problemlösung und die Zufriedenheit des Arztes mit der Arzt-Patienten-Interaktion wurden mit Hilfe einer Skala klassifiziert.

## Gruppendiskussion

Mit zwei Gruppen von fünf bzw. sechs Ärzten des Kantons Basel-Stadt, die sich an der Umfrage beteiligten, wurden abschliessende Gruppendiskussionen durchgeführt. Die Auswahl der zur Teilnahme eingeladenen Ärzte erfolgte nach dem Kriterium, ein möglichst weites Spektrum unterschiedlicher Praxiserfahrung mit Asylsuchenden und Flüchtlingen zu erfassen. Das Ziel war, Probleme, die aus der Fragebogen-Auswertung und der Monatssta-

\* Die im Text verwendete maskuline Form zur Bezeichnung unbestimmter Personen wurde im Hinblick einer erleichterten Lesbarkeit gewählt.

\*\* Siehe dazu Tabelle 5 und 6 im Artikel: Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation. S. 39–48.

tistik offenkundig wurden, vertiefend anzugehen. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und mittels fokussierter Inhaltsanalyse qualitativ ausgewertet.

Nicht-Antwortende

Um Selbstselektionsprozesse für die Teilnahme an den verschiedenen Studienabschnitten zu erfassen, wurden zusätzliche Erhebungen bei den Nicht-Antwortenden mit dem Ziel durchgeführt, Einblicke in den medizinischen und administrativen Praxisalltag hinsichtlich der Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen zu gewinnen. Folgende Verfahren wurden gewählt: 1. Telefonische Interviews im März 1994 mit einer Stichprobe von fünfzig zufällig ausgewählten Baselbieter Ärzten, die nicht auf die Umfrage geantwortet hatten, 2. Zusendung einer nicht-anonymen reduzierten Fragebogenfassung mit einem frankierten Antwortcouvert an 48 Nicht-Antwortende, welche weder bereit waren den Fragebogen auszufüllen noch an der Monatsstatistik teilzunehmen und 3. Indirekte Eruerung entsprechender Resultate aus der Umfrage.

oder nur wenig Asylsuchende und Flüchtlinge unter ihren Patienten zu haben, für 21 (13%) war die Teilnahme zu aufwendig, mühsam oder kompliziert und 27 (16%) gaben andere oder keine Gründe an. 69% (2555/3700) der kontaktierten Hausärzte haben nicht auf die Umfrage geantwortet. Baselland wurde für eine Nachuntersuchung ausgewählt, um diese Gruppe zu charakterisieren. Eine Stichprobe von 50 Personen wurde nach dem Zufallsprinzip gezogen. 46 dieser Ärzte konnten telefonisch erreicht und nach den Gründen für die Nicht-Beantwortung des Umfrageformulars befragt werden. Insgesamt 29 Befragte (63%) gaben an, keine oder wenig Asylsuchende und Flüchtlinge unter ihren Patienten zu haben. Für fünf (11%) – alle mit wenigen Asylsuchenden- und Flüchtlingspatienten – war das Ausfüllen des Fragebogens zu aufwendig oder sie hatten keine Zeit dafür. Eine nachträgliche Zusendung des Fragebogens wünschten 17 (37%), unter anderem mit der Begründung, dass sie von der Umfrage nichts erfahren hätten (10 Befragte). Neun retournierten ihn ausgefüllt. Die Auswertung dieser Fragebogen ergab, dass acht

dieser Praxen 1993 von 11–50 Asylsuchenden und Flüchtlingen aufgesucht worden waren, wobei der geschätzte Anteil an der Gesamtzahl der betreuten Patienten meist 5% oder weniger ausmachte. Von 30 Ärzten, die die Fragebogen-Kurzfassung ausgefüllt hatten, gaben 18 an, dass Asylsuchende und Flüchtlinge weniger als ein Prozent ihrer Patienten ausmachten, bei sechs waren es 2–5% und zwei Ärzte betreuten überhaupt keine Asylsuchenden und Flüchtlinge. Als Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Studie wurden die geringe Zahl betreuter Asylsuchender und Flüchtlinge (11), der hohe Arbeitsaufwand (5) und die Arbeitsüberlastung (4) am häufigsten erwähnt. Die meist genannte vermisste Unterstützung waren Übersetzer. Von 80 Ärzten, die zwar die Umfrage beantwortet hatten, sich jedoch weder an der Fragebogen- noch an der Monatsstatistik-Erhebung beteiligten, konnte das Umfrageformular ausgewertet werden. In den meisten dieser Praxen (88%) wurden im Jahr 1993 weniger als 10 Konsultationen von Asylsuchenden und Flüchtlingen pro Woche registriert.

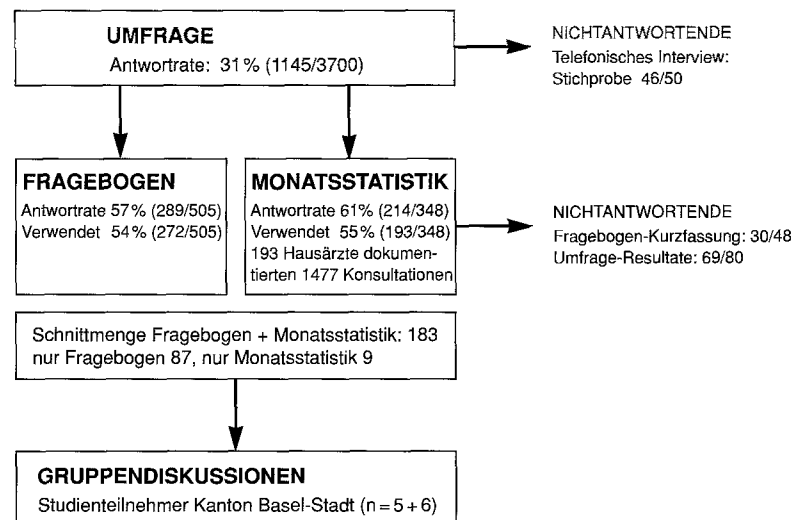
**Resultate**

Studienteilnahme

Von 3700 angeschriebenen Hausärzten antworteten 31% auf die Umfrage. Der Studienaufbau mit den Anteilen der auf die Abschnitte „Fragebogen“, „Monatsstatistik“ und „Gruppendiskussionen“ entfallenden Studienteilnehmer ist in Abbildung 1 dargestellt.

Absagen und Nicht-Antwortende

Insgesamt erreichten uns 166 mündliche und schriftliche Absagen: 118 (71%) gaben an, keine



**Abbildung 1.** Studiendesign und -teilnahme (hausärztliche Praxen aus: BS, BL, GE, BE, ZH, LU, AG, VD).

Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen: Demographie, fachliche Vorbereitung, spezifische Erfahrungen und Erfahrungsaustausch der Ärzte

Von 272 Ärzten, die den Fragebogen beantworteten, arbeiteten 172 als Allgemeinpraktiker, 67 als Internisten und 16 waren in anderen medizinischen Disziplinen tätig. 81 % der antwortenden Ärzte schlossen ihr Studium in den Jahren 1972 bis 1983 ab. Männer überwogen mit 92 %, zwei Ärzte waren Ausländer.

2 % gaben Erfahrungszeiträume in der ärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen von weniger als 1 Jahr an, 54 % von 1 bis 5 Jahren, 32 % von 6 bis 10 Jahren und 10 % von mehr als 10 Jahren. 26 % der Antwortenden verfügten über berufliche Erfahrung im aussereuropäischen Ausland (ohne Industrienationen). Die Mehrheit stellte fest, dass sowohl das Studium (82 %) als auch die Weiter- und Fortbildung (62 %) das Thema Asylsuchende und Flüchtlinge nicht adäquat berücksichtigten. Dies veranlasste 37 % zu der Aussage, dass diese Mängel Probleme in der Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen nach sich ziehen. Intervisions (89 %) und Balintgruppen (75 %) wurden aktuell geringe bzw. keine praktisch relevanten Rollen zugesprochen. Beim informellen Austausch mit Kollegen hielten sich die An-

gaben bedeutend (32 %) und unbedeutend (37 %) dagegen die Waage. Zusammenfassend stellten 48 % fest, dass sie mit der Problematik mehr oder weniger alleine fertig werden müssten.

Hausärztliche Praxis: Aufgaben und Organisation

Bei 88 % der Antwortenden stand die hausärztliche Betreuung im Vordergrund der Tätigkeit. Offiziell waren 17 % damit beauftragt, Asylsuchende und Flüchtlinge zu betreuen, 28 % waren für ein Durchgangszentrum/eine Kollektivunterkunft hausärztlich tätig, 11 % führten Erstuntersuchungen im Rahmen der grenzsanitären Untersuchung (GSU)<sup>29,30</sup> durch, 4 % erstellten medizinische Gutachten. 4 % der Hausärzte reservierten spezielle Sprechstunden für Asylsuchende und Flüchtlinge. Knapp die Hälfte bezeichnete den Aufenthaltsstatus als eine unverzichtbare Information bei der Anamneseerhebung, 25 % hielten dies für nicht oder weniger zutreffend. Zudem gaben 21 % der Hausärzte an, dass sie gar nicht, 52 %, dass sie gelegentlich und 21 %, dass sie systematisch danach fragten.

Kontakte zur GSU, zum Kanton und zu Hilfswerken

Der Informationsfluss, wie beispielsweise die Mitteilung bereits erhobener Befunde zwischen der

GSU und der hausärztlichen Praxis, wurde mehrheitlich als ungenügend eingestuft (Tabelle 1). Es ist dabei zu beachten, dass 11 % (168 von 1477) der in der Monatsstatistik erfassten Erstkonsultationen Massnahmen im Rahmen der GSU darstellten, 52 % (88 von 168) davon waren Impfungen. Die Beurteilung der Kontakte zu den Kantonen und zu den Hilfswerken fielen ähnlich ungünstig aus. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass 51 % der Hausärzte Schwierigkeiten bei der Erfassung für-sorgerechterer Unterschiede des Aufenthaltsstatus hatten.

Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis: Epidemiologie

76 % der Studienteilnehmer schätzten, dass 1993 1–50 Asylsuchende und Flüchtlinge ihre Praxis aufsuchten, 22 % gaben 51 und mehr an, 2 % keine. Die Streubreite der Konsultationen pro Arztpraxis während der einmonatigen Untersuchungsperiode betrug dementsprechend null bis 108 Konsultationen. Asylsuchende und Flüchtlinge stellten für 54 % der Ärzte einen Anteil von 1 % und weniger aller betreuten Patienten dar, für 38 % 2–5 % und für 8 % mehr als 5 %. Der Weg in die hausärztliche Praxis führte meist über die eigenständige Kontaktaufnahme der Patienten oder über die betreuenden Institutionen (Durchgangszentren

	Ist der Informationsfluss/der Kontakt zum Hausarzt genügend?			
	Ja/weitgehend	halbwegs	nein/weniger	keine Angaben
Grenzsanitäre Untersuchung	18 % (50)	15 % (42)	62 % (168)	4 % (12)
Betreuungsbereich von Asylsuchenden/Flüchtlingen	40 % (110)	21 % (57)	35 % (95)	4 % (10)
Kanton	18 % (49)	15 % (40)	58 % (158)	9 % (25)
Hilfswerke	25 % (69)	14 % (38)	54 % (148)	6 % (17)

**Tabelle 1.** Kontakte der Hausärzte zu staatlichen, kantonalen und privaten Stellen (n = 272).

Herkunftsland	Total	Ex-Jugoslawien	Türkei	Sri Lanka	Somalia
<b>Total</b>	<b>100% (1477)</b>	<b>38% (556)</b>	<b>10% (142)</b>	<b>27% (404)</b>	<b>6% (89)</b>
<i>Geschlecht</i>					
Weiblich	40% (586)	48% (269)	45% (64)	30% (122)	55% (49)
Männlich	58% (852)	51% (284)	54% (77)	68% (274)	43% (38)
Keine Angaben	3% (39)	1% (3)	1% (1)	2% (8)	2% (2)
<i>Altersverteilung</i>					
< 15 Jahre	20% (300)	27% (152)	17% (24)	8% (34)	39% (35)
15–24 Jahre	17% (248)	18% (101)	8% (12)	21% (84)	13% (12)
25–34 Jahre	35% (521)	22% (125)	41% (58)	49% (196)	31% (28)
35–44 Jahre	16% (243)	16% (88)	28% (40)	16% (65)	12% (11)
≥ 45 Jahre	9% (128)	15% (86)	6% (8)	5% (20)	2% (2)
Keine Angaben	3% (37)	1% (4)	–	1% (5)	1% (1)
<i>Aufenthaltsstatus</i>					
Asylgesuch laufend	43% (631)	37% (203)	29% (41)	55% (223)	39% (35)
Asylgesuch abgelehnt	5% (70)	5% (27)	9% (13)	2% (9)	3% (3)
Vorläufige Aufnahme	23% (341)	39% (217)	13% (18)	9% (35)	43% (38)
Anerkannte Flüchtlinge	21% (311)	13% (72)	44% (62)	28% (113)	8% (7)
Illegale Flüchtlinge	0,1% (1)	–	–	–	–
Keine Angaben	8% (123)	7% (37)	6% (8)	6% (24)	7% (6)
<b>Total</b>	<b>100% (1082)</b>	<b>35% (375)</b>	<b>10% (112)</b>	<b>33% (358)</b>	<b>4% (46)</b>
<i>Erlerner Beruf<sup>a</sup></i>					
Keine Ausbildung	28% (305)	22% (81)	60% (67)	32% (115)	30% (14)
Angelernt	8% (82)	7% (25)	4% (5)	11% (40)	–
Berufslehre	31% (337)	35% (133)	21% (24)	24% (86)	37% (17)
Höhere Ausbildung	9% (100)	7% (28)	4% (4)	9% (32)	9% (4)
Anderes	6% (65)	9% (33)	4% (5)	3% (12)	13% (6)
Keine Angaben	18% (193)	20% (75)	6% (7)	20% (73)	11% (5)
<i>Anzahl Schuljahre<sup>a</sup></i>					
Keine Schule	6% (62)	7% (26)	12% (13)	2% (8)	20% (9)
1–4 Jahre	5% (49)	6% (23)	11% (12)	1% (4)	2% (1)
5–8 Jahre	22% (239)	25% (93)	45% (50)	14% (50)	24% (11)
9–12 Jahre	35% (383)	30% (112)	13% (15)	49% (177)	37% (17)
> 12 Jahre	8% (83)	6% (23)	5% (6)	6% (22)	4% (2)
Keine Angaben	25% (266)	26% (98)	14% (16)	27% (97)	13% (6)

<sup>a</sup> Erwachsene, definiert als ≥ 20 Jahre alt.

**Tabelle 2.** Demographische Daten der hausärztlich erfassten Asylsuchenden und Flüchtlinge.

resp. Fürsorgebehörde des Kantons, Gemeinde, Kirche etc.), weniger über Verwandte und Freunde und praktisch nie über andere Ärzte oder Spitäler. Diese Einschätzung der Ärzte bestätigte sich in der Monatsstatistik: die Konsultationen kamen in 44% der Fälle

auf eigenen Antrieb der Patienten hin zustande, bei 27% durch eine Institution, bei 18% durch die Familie oder Freunde und bei 3% durch eine Arztsweisung. In der Monatsstatistik wurden insgesamt 1477 Asylsuchende und Flüchtlinge erfasst. Die basisdemo-

graphischen Daten der vier größten Patientengruppen – aus Ex-Jugoslawien\*\*\*, Sri Lanka, der Türkei und Somalia – sind in Tabelle 2 aufgeführt. Diese Gruppen

\*\*\* Ex-Jugoslawien: Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Kosova.

stellten auch die vier grössten Asylsuchenden- und Flüchtlingspopulationen der Schweiz im Jahr 1994 dar<sup>2,31</sup>. Die meisten Patienten hatten ein hängiges Asylgesuch, waren vorläufig Aufgenommene oder (anerkannte) Flüchtlinge. Ca. 40% hielten sich seit einem Jahr oder kürzer in der Schweiz auf.

Sprachliche Kommunikationsproblematik und Übersetzung

64% der erfassten erwachsenen Asylsuchenden und Flüchtlinge sprachen entweder deutsch, englisch, französisch oder italienisch (Tabelle 3). Das Geschlecht, die Ausbildung und die Aufenthalts-

dauer waren bezüglich des Sprachvermögens stark autokorreliert: Frauen hatten eine geringere Ausbildung, schlechtere Sprachkenntnisse und hielten sich weniger lange in der Schweiz auf. Die Ergebnisse des Fragebogens vermitteln einen Eindruck über das Ausmass der verbalen Kommunikationsschwierigkeiten. 66% brachten zum Ausdruck, dass die Kommunikationsprobleme vor allem sprachlicher Natur seien. 44% hielten in der Mehrzahl der Fälle eine Übersetzung in der Sprechstunde nicht oder nicht unbedingt für nötig. Die Notwendigkeit für Übersetzerdienste ergibt sich aus der relativ geringen Anzahl von

Hausärzten, die über deutsch, englisch, französisch und italienisch hinaus in anderen Sprachen kommunizieren konnten. 95% gaben an, dass sie Patienten auf deutsch betreuten; 91% gaben englisch, 85% französisch und 71% italienisch an. 48 Antwortende sprachen spanisch, 13 portugiesisch, 5 türkisch und weitere 3 serbokroatisch. Bei 27% (294/1082) der Konsultationen der Monatsstatistik mit erwachsenen Patienten war ein Übersetzer während der Sprechstunde zugegen. 40% der Konsultationen mit Erwachsenen ohne Sprachkenntnisse in deutsch, englisch, französisch oder italienisch erfolgten ohne Beizug eines Über-

Herkunftsland	Total	Ex-Jugoslawien	Türkei	Sri Lanka	Somalia
<b>Total<sup>a</sup></b>	<b>100% (1082)</b>	<b>35% (375)</b>	<b>10% (112)</b>	<b>33% (358)</b>	<b>4% (46)</b>
<i>Sprachen d, f, i oder e<sup>b</sup></i>					
Ja	64% (697)	44% (164)	57% (64)	80% (287)	65% (30)
Nein	30% (328)	47% (178)	43% (48)	18% (63)	35% (16)
Keine Angaben	5% (57)	9% (33)	–	2% (8)	–

<sup>a</sup> Erwachsene, definiert als ≥20 Jahre alt.  
<sup>b</sup> Deutsch, französisch, italienisch oder englisch.

**Tabelle 3.** Sprachkenntnisse der hausärztlich erfassten Asylsuchenden und Flüchtlinge.

Übersetzer zugegen		Sprache d, f, i oder e <sup>b</sup> der Patienten: ja			Sprache d, f, i oder e <sup>b</sup> der Patienten: nein			
		ja	nein	keine Angaben	ja	nein	keine Angaben	
<b>Total<sup>a</sup></b>	<b>n = 697</b>	<b>13% (89)</b>	<b>83% (580)</b>	<b>4% (28)</b>	<b>n = 328</b>	<b>58% (190)</b>	<b>40% (130)</b>	<b>2% (8)</b>
Ex-Jugoslawien	n = 164	11% (18)	85% (139)	4% (7)	n = 178	62% (111)	34% (61)	3% (6)
Türkei	n = 64	13% (8)	83% (53)	5% (3)	n = 48	46% (22)	54% (26)	–
Sri Lanka	n = 287	17% (50)	78% (224)	5% (13)	n = 63	56% (35)	41% (26)	3% (2)
Somalia	n = 30	3% (1)	90% (27)	7% (2)	n = 16	75% (12)	25% (4)	–

<sup>a</sup> Erwachsene, definiert als ≥20 Jahre alt.  
<sup>b</sup> Deutsch, französisch, italienisch oder englisch.

**Tabelle 4.** Sprachkenntnisse der hausärztlich erfassten Asylsuchenden und Flüchtlinge und erfolgte Übersetzung während der Konsultation.

setzers (Tabelle 4). 64% der befragten Ärzte waren der Meinung, dass immer oder zumindest meist eine Übersetzung arrangiert werden könne, 18% hielten dies für nicht möglich.

Hausärztliche Selbstbewertung der Konsultation: Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Interaktion und Grad der Problemlösung

71% der konsultierten Hausärzte waren mit der Arzt-Patienten-Interaktion sehr oder weitgehend zufrieden und 62% hielten das gestellte Problem für gelöst oder weitgehend gelöst (Tabelle 5). Eine Abhängigkeit dieser Beurteilung vom Herkunftsland bestand nicht.

Im Vergleich dazu waren 55% in ihrer Antwort auf die Fragebogenfrage, ob sie Asylsuchenden und Flüchtlingen fachlich teilweise bis völlig gerecht würden, unsicher, 43% dagegen wenig oder nicht. 53% hielten es für zutreffend, dass der Behandlungserfolg bei Asylsuchenden und Flüchtlingen schlechter abschätzbar sei als bei den übrigen Patienten, 27% fanden dies nicht. Durch den erschwerten Follow-up in der medizinischen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen sahen 57% das Problem von „Doppelspurigkeiten“

bei Diagnostik und Therapie und eine mangelnde Kontrollmöglichkeit für notwendige medizinische Massnahmen.

Entwicklungs- und Verbesserungsmöglichkeiten: Wünsche der Hausärzte

49% hielten eine Unterstützung der hausärztlichen Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsbetreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen für notwendig, 23% waren gegenteiliger Meinung, die Restlichen waren in ihrer Meinung hierzu unentschieden. Im Fragebogen wurden eine Reihe von Vorschlägen gemacht, die hinsichtlich ihrer Nützlichkeit bewertet werden sollten (Tabelle 6). Hervorhebenswert ist, dass der Rang zwei der Wunschliste, eine ergänzbare Loseblatt-Sammlung mit ethnospesifischen medizinischen Informationen, mit der Bedeutung übereinstimmte, die im Fragebogen der Ethnie der Patienten beigemessen wurde. 65% fanden, dass das Ansprechen der ethnischen Zugehörigkeit den Weg zum Gespräch öffnet. 70% betonten, dass dieses Thema zur Anamneseerhebung gehöre und 75% gaben an, dass dieses Thema wichtig sei, um psychosoziale Folgen interkultureller Konflikte zu verstehen.

Die anlässlich der Gruppendiskussionen erwähnten Verbesserungsmöglichkeiten deckten sich mehrheitlich mit den im Fragebogen vorgegebenen Kategorien. Rasch verfügbare Informationen, beispielsweise in Form von Adressenverzeichnissen zu den verschiedensten Aspekten, wurden erwünscht. Als favorisierte Fortbildungsformen wurden Kleingruppen unter Zuziehung von Experten genannt, um praktische Probleme konkret besprechen zu können. Ansonsten wurde punktuelle Unterstützung speziell bei psychosozialen Problemen erwünscht, wie z.B. die Einsetzung speziell ausgebildeter Übersetzer oder die Zuziehung von Psychiatern aus verschiedenen Herkunftsländern resp. in diesen Ländern ausgebildeten Fachärzten. Entsprechende Hinweise fanden sich ebenfalls als freiformulierte Bemerkungen in den Fragebogen.

## Diskussion

Mittels dieser Querschnittsstudien konnte ein landesweiter Einblick in die Gesundheitsbeurteilung und -versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen durch die Hauptanbieter ambulanter medizinischer Dienstleistungen des öffentlichen

Herkunftsland	Total	Ex-Jugoslawien	Türkei	Sri Lanka	Somalia
<i>Zufriedenheit</i>					
Sehr oder weitgehend	71 % (1044)	69 % (384)	78 % (111)	80 % (324)	57 % (51)
Halbwegs, wenig, gar nicht	22 % (319)	24 % (131)	18 % (26)	16 % (66)	29 % (26)
Keine Angaben	8 % (114)	7 % (41)	4 % (5)	3 % (14)	13 % (12)
<i>Problemlösung</i>					
Sehr oder weitgehend	62 % (911)	61 % (341)	62 % (88)	70 % (281)	56 % (50)
Halbwegs, wenig, gar nicht	30 % (450)	31 % (174)	35 % (49)	27 % (108)	30 % (27)
Keine Angaben	8 % (116)	7 % (41)	4 % (5)	4 % (15)	13 % (12)

**Tabelle 5.** Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Interaktion und Grad der Problemlösung aufgrund ärztlicher Selbsteinschätzung.



<b>Unterstützung</b>	
Wunsch nach Unterstützung für die hausärztliche Tätigkeit	49% (133)
<b>Ausbildung und Weiterbildung</b>	
Medizin-Ethnologie im Curriculum des Medizinstudiums	51% (138)
Ausbildung im Umgang mit der Fluchtproblematik	53% (144)
Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema hausärztliche Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen	57% (154)
<b>Austausch</b>	
Förderung von flüchtlingsbezogenen Interventionsgruppen	22% (59)
Möglichkeit, in Balintgruppen entsprechende Situationen besprechen zu können	18% (49)
<b>Medizinischer Betreuungsverlauf</b>	
Gesundheitsbüchlein für Patienten, in welchem alle Konsultationen und die behandelnden Ärzte vermerkt sind	75% (203)
<b>Übersetzung</b>	
Übersetzerdienste für die Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der ärztlichen Praxis	42% (114)
<b>Informationen</b>	
Ethnospezifische Informationen und ethnologische Hintergrundinformationen	69% (187)
* Die Angaben beinhalten vollständige resp. weitgehende Zustimmung.	

**Tabelle 6.** Wünsche und Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der hausärztlichen Tätigkeit aus ärztlicher Sicht (n = 272)<sup>a</sup>.

Sektors rasch erstellt werden. Mit Hilfe von Gruppendiskussionen und semi-strukturierten Interviews wurden zudem die spezifischen Erfahrungen der in den genannten Bereichen tätigen Ärzte genutzt, um vertiefte Einblicke in die Beurteilung der Gesundheitssituation der Asylsuchenden und Flüchtlinge zu gewinnen sowie Lösungsansätze konkreter zu etablieren<sup>26</sup>. Die gewonnenen Daten erlauben jedoch aufgrund der schulmedizinischen Fremdbeurteilung nur indirekt und beschränkt allgemeine Aussagen.

Für die vorliegende Studie in hausärztlichen Praxen wurden Kantone ausgewählt, die bekanntermassen die meisten Asylsuchenden und Flüchtlinge aufnehmen. Die Antwortrate auf die initiale Umfrage zur Abklärung der Teilnahmebereitschaft an der Studie betrug nur 31%. Die Nachumfrage bei den Nicht-Antwortenden zeigte jedoch, dass der wichtigste Grund für die ausbleibende Antwort eine

niedrige jährliche Konsultationsfrequenz von Asylsuchenden und Flüchtlingen darstellte. Bei den Hausärzten, die sich in der Umfrage zur Teilnahme am Fragebogen und an der Monatsstatistik bereit erklärt hatten, war der Rücklauf mit 57% bzw. 61% gut, zumal die Nachuntersuchung der Nicht-Antwortenden ergab, dass wiederum meist die geringe Anzahl betreuter Asylsuchender und Flüchtlinge für einen Teilnahmeverzicht ausschlaggebend war. Die prospektive Erfassung von 1477 Konsultationen während eines Monats durch 193 Ärzte stellt ein sehr gutes Resultat dar, das einen repräsentativen Einblick in die hausärztlich betreute Asylsuchenden- und Flüchtlingspopulation erlaubt.

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen im öffentlichen Gesundheitswesen wird durch die niedrigen Konsultationsraten in der Mehrheit der Hausarztpraxen sowie durch die

grosse Diversität und Mobilität dieser Patienten grundlegend bestimmt. Bemerkenswert ist die grosse Streubreite der jährlichen Konsultationsraten dieser Patienten. Rund dreiviertel der Studienteilnehmer schätzten, dass nur 1–50 Asylsuchende und Flüchtlinge während eines Jahres (1993) durch sie betreut wurden und über die Hälfte meinte dass Asylsuchende und Flüchtlinge weniger als 1% aller ihrer betreuten Patienten ausmachten. Diese Schätzungen wurden in der Monatsstatistik weitgehend bestätigt. Die Diversität der Asylsuchenden und Flüchtlinge bezüglich Herkunftsländer, Aufenthaltsstatus, Schulbildung und Beruf und dem damit eng verknüpften sprachlichen Vermögen ist enorm. Abgesehen von zahlreichen kleinen Gruppierungen befinden sich derzeit vier grosse Gruppen von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz (Ex-Jugoslawien, Türkei, Sri Lanka und Somalia). Sie müssten je nach



Fragestellung weiter in Subgruppen unterteilt werden. Weniger als ein Viertel von ihnen hatte den Status „anerkannter Flüchtlinge“ und damit Aussicht auf eine längerfristige Gesundheitsversorgung im Gastland. In der überwiegenden Mehrheit ist dagegen der Abriss der Betreuung bereits nach kurzer Zeit die Regel. Dementsprechend äusserte auch mehr als die Hälfte der befragten Hausärzte Schwierigkeiten im Zusammenhang mit notwendigen Folgekonsultationen. Die hohe Mobilität auf internationaler und nationaler Ebene zeigt sich eindrücklich, bedenkt man, dass 75% der Flüchtenden fünf Jahre und mehr unterwegs sind, bevor sie eine definitive Bleibe finden<sup>4</sup>.

Diese drei Aspekte bestimmen die Organisation der hausärztlichen Praxis und die Chance, bezüglich solcher Konsultationen Erfahrung zu sammeln genauso sehr wie die Gelegenheit, mit GSU-Stellen, dem Kanton oder Hilfswerken bezüglich dieser Patienten in einen strukturierten Kontakt zu treten. Übersetzungsdienste unter solchen Bedingungen in zahlreichen Sprachen verlässlich und termingerecht bereitzustellen, gibt eine schwer lösbare Aufgabe auf. Aus denselben Gründen ist die Bereitschaft, an aufwendigen Weiterbildungsprogrammen teilzunehmen, verständlicherweise limitiert. So zeigt die Fragebogenauswertung auch die entsprechenden Resultate: nur 4% der hausärztlichen Praxen reservierten eine spezielle Sprechstunde für Asylsuchende und Flüchtlinge. Die Kontakte zwischen hausärztlicher Praxis und der GSU sowie dem Kanton und Hilfswerken wurden gleichermassen als unbefriedigend bezeichnet. Dies könnte erklären, warum über die Hälfte aller Befragten Schwierigkeiten hatte, fürsorgerechtliche Unterschiede im Aufenthaltsstatus zu erfassen. Zwei Fünftel der Konsultationen mit Patienten ohne Sprachkenntnisse in deutsch, fran-

zösisch, italienisch oder englisch erfolgten ohne Beisein eines Übersetzers. Die Mehrheit stellte fest, dass sowohl das Studium als auch die Weiter- und Fortbildung das Thema Migration und Gesundheit nicht adäquat berücksichtigten. Trotzdem gab nur knapp die Hälfte an, dass eine Unterstützung der hausärztlichen Tätigkeit im Bereich der Gesundheitsbetreuung dieser Patienten notwendig sei und etwas über die Hälfte hielt Weiterbildungsveranstaltungen für ein geeignetes Mittel, die persönlichen Voraussetzungen für die Betreuungsaufgaben zu verbessern. Dagegen wurden weniger aufwendige, praxisnähere Verbesserungsoptionen, wie ein „Gesundheitsbüchlein“, in das relevante Befunde eingetragen werden können und das beim Patienten bleibt, bedeutend mehr favorisiert.

Interessant ist, dass über 50% der Ärzte angaben, sie seien unsicher, ob sie Asylsuchenden und Flüchtlingen fachlich gerecht würden und dennoch 71% der Hausärzte mit der Arzt-Patienten-Interaktion zufrieden waren. Offensichtlich wurden in der praktischen Situation Lösungen gefunden, die zumindest aus ärztlicher Sicht gangbar erschienen. Hier ist die Untersuchung der Wahrnehmung der „Interaktion“ und der „Lösungen“ durch die Patienten selbst unerlässlich, um zu relevanten Ergebnissen zu kommen.

Die grösste Herausforderung für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der hausärztlichen Praxis stellt die Bewältigung der Diskrepanz zwischen der Bedürftigkeit dieser Gruppe nach einer differenzierten spezifischen Betreuung und der niedrigen Konsultationsfrequenz in der Mehrheit der hausärztlichen Praxen dar. Solange die Mehrheit der Hausärzte eine nur kleine Zahl von Asylsuchenden und Flüchtlingen verschiedenster Herkunft kurzzeitig betreut, ist bereits die

Optimierung von grundlegenden Hilfsmitteln, wie z.B. Übersetzungsdienste, ökonomisch und organisatorisch schwierig. Noch weitaus mehr Einfallsreichtum und Engagement ist erforderlich, um in dem beschriebenen Rahmen eine ausreichende Dissemination und Rezeption spezifischer Kenntnisse und Techniken zu erzielen, die den Befürfnissen der jeweiligen Patientengruppen gerecht werden. Die naheliegendsten anzustrebenden Verbesserungen betreffen die Organisation eines Übersetzungsdienstes und die Vermittlung relevanter rechtlicher und administrativer Kenntnisse. Die Entwicklung eines „Gesundheitsbüchleins“, das von sehr vielen begrüsst würde, könnte grosse Bedeutung erlangen, indem damit ein gewisser Informationsfluss zwischen den verschiedenen gesundheitlichen Betreuungseinrichtungen garantiert wird. Diesbezüglich müssten jedoch die Modalitäten sorgfältig abgeklärt werden, damit die in einem solchen Dokument enthaltenden Gesundheitsinformationen keine für den Träger nachteiligen Konsequenzen haben. Aus- und Weiterbildung werden offensichtlich gewünscht, obwohl die Aussicht auf eine Breitenwirkung wenig wahrscheinlich ist, da die Mehrheit der Hausärzte nur sehr wenige Asylsuchende/Flüchtlinge betreuen und damit ihre Weiterbildungsschwerpunkte nicht in diesem Bereich sehen. Eine Lösung könnte erzielt werden, wenn die spezielle Problematik als Teilaspekt der allgemeinen Schwierigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung aufgefasst wird und damit in Weiterbildungsprogrammen Eingang finden könnte. Von der Vernetzung im Asyl- und Flüchtlingsbereich Tätiger ist auch für hausärztliche Praxen eine entscheidende Unterstützung zu erwarten. Derartige Bemühungen gehen bereits von einigen staatlichen und karitativen Organisationen aus. In diese Richtung geht die Erstellung eines Rat-

gebers für Hausärzte, der zur Zeit für die Region Basel entwickelt wird.

Weitergehende Überlegungen gehen in Richtung „Schwerpunktspraxen“, welche in der Lage sein könnten, mit ausreichend grossen Patientenzahlen die wünschenswerten spezifischen Leistungen (vor allem Übersetzerdienste, gut etablierte Kontakte zu relevanten Institutionen und Hilfsorganisationen, interkulturell orientierte medizinische Betreuung) ökonomisch und in angemessener Qualität anzubieten und zudem als Referenzpraxen sowie als Kristallisationsorte für Ausbildung und Forschung zu wirken.

#### Literaturverzeichnis

- 1 Salt J, Singleton A, Hogarth J. Europe's international migrants. London: HMSO, 1994.
- 2 Bundesamt für Flüchtlinge. Asylstatistik 1994. Bern: Informationsdienst und Statistikdienst, 1996.
- 3 Clinton-Davis L, Fassil Y. Health and social problems of refugees. Soc Sci Med 1992; 35:507–513.
- 4 Mücke MA. New paradigms for refugee health problems. Soc Sci Med 1992; 35:515–523.
- 5 Bollini P. Health for immigrants and refugees in the 1990s. A comparative study in seven receiving countries. Innovation 1993; 6: 101–110.
- 6 Carballo M. Scientific consultations on social and health impact of migration: priorities for research. Final report. Geneva: International Organization of Migration, 1994.
- 7 Sundquist J. Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 233 Latin American refugees, 333 Finnish and 126 South European labour migrants and 841 Swedish controls. Soc Sci Med 1995; 40: 777–787.

#### Summary

##### **Asylum seekers and refugees with the general practitioner: Main problem areas and venues for improvement**

Health and health services provided to asylum seekers and refugees by the Swiss National Health System have so far not been systematically investigated. The aim of this cross-sectional study was to describe the attending asylum seekers and refugees demographically and clinically, to identify main problem areas as perceived by general practitioners and to highlight options and venues for improvements. 272 questionnaires have been filled in by GPs of eight „federal districts“ (Kantone) and the consultations of 1477 asylum seekers and refugees have been documented during one month in 193 surgeries. The documented asylum seekers and refugees reflected the distribution of this population in Switzerland. Low consultation rates of asylum seekers and refugees in the majority of surgeries and high diversity of this population in respect to places of origin, education and proficiency in languages appear to be the major determinants of the difficulties in providing adequate health services to them. Readily available information on the past medical history and on the ethnic background of these patients and continuing education on specific topics concerning health care for asylum seekers and refugees were thought to be particularly useful. This needs to be considered in the planning of services for this group. General practitioners specialized in health care for asylum seekers and refugees is an option for providing improved specific services (interpreters, institutional links, culturally adapted medical care).

#### Résumé

##### **Requérants d'asile et réfugiés chez les généralistes: Problématique et possibilités d'amélioration**

La situation de santé et la problématique du traitement médical des requérants d'asile et réfugiés à l'intérieur du système sanitaire suisse n'ont, jusqu'à aujourd'hui, jamais été analysées. Le but de cette étude était de définir, du point de vue des médecins traitants, les catégories, démographiques et cliniques, de réfugiés et requérants d'asile qui utilisent ces services, afin d'identifier les difficultés les plus importantes et de préciser les possibilités d'amélioration. Les données présentées ici se basent sur l'analyse de 272 questionnaires et 193 statistiques mensuelles de 1477 consultations, qui ont été fournies par des généralistes de huit cantons suisses. La distribution des origines correspondait environ à celle observée dans l'ensemble de la population des réfugiés et requérants d'asile résidant en Suisse. Le taux de consultation peu élevé de la part des réfugiés et requérants d'asile dans la plupart des cabinets médicaux, et la grande diversité de cette population de patients, se sont révélés être parmi les principaux déterminants de leur traitement médicaux. Une aide, consistant en la possibilité d'obtenir rapidement des informations ethnologiques et les dossiers médicaux des patients, ainsi que des séminaires de formations spécifiques, pour améliorer le traitement des réfugiés et des requérants d'asile, est estimée. Ces points doivent être considérés lors de la planification d'améliorations. La création de cabinets/services disposant des capacités nécessaires (service d'interprétiariat, contacts avec les institutions d'entraide, approche interculturelle des soins) et d'une meilleure expérience, liée à la prise en charge d'un plus grand nombre de patients requérants d'asile et réfugiés permettrait d'améliorer la qualité des soins tout en restant économiquement acceptable.

- 8 *Wicker HR*. Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Bern: Institut für Ethnologie, 1993.
- 9 *Weiss R*. Therapie-Projekt für gefolterte Flüchtlinge. Schweizerisches Rotes Kreuz, 1993.
- 10 *Salis Gross C*. Integrationsbegleitung anerkannter iranischer Flüchtlinge in der Schweiz. Evaluation der Beratungsstelle für iranische Flüchtlinge und Erhebung zu den Integrationsprozessen der IranerInnen. Bern: Institut für Ethnologie, 1994.
- 11 *Bollini P, Siem H*. No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995; *41*:819–828.
- 12 *Barazzone C, Hofer M, Rochat T*. Tuberculose à la clinique de pédiatrie de Genève en 1990: Présentation clinique des réfugiés. *Schweiz med Wschr* 1991; *121* (Suppl 41):8.
- 13 *Baumli H, Bolliger O, Schmaderer F, Wakuluk Fischer A, Zihlmann U*. Flüchtlinge und Gesundheitswesen. Projektbericht. Luzern: Caritas, 1995.
- 14 *Béguin Stöckli D*. Die Pflege von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Eine Fallstudie in einem Schweizer Spital [Lizentiatsarbeit]. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern, 1995.
- 15 *Bernath R*. „Ich fand, was ich suchte.“ Als Allgemeinpraktiker unter Asylbewerbern. *Ars Medici* 1992; *11*:752–758.
- 16 Bundesamt für Gesundheit. Die grenzsanitarische Schirmbilduntersuchung bei ausländischen Arbeitnehmern und Asylbewerbern 1982–1991. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 1993; *30*:540–545.
- 17 *Erçal-Wiget N*. Therapeutische Erfahrungen mit türkischen Frauen. Flucht und Migration. *Soziale Medizin* 1991; *2*:6–11.
- 18 *Loutan L*. Les soins aux requérants d'asile: Une médecine à part? *Méd et Hyg* 1991; *49*:2484–2486.
- 19 *Loutan L*. Medical screening of asylum seekers in Switzerland. *Int Mig* 1992; *30*:223–230.
- 20 *Neuhaus TJ, Smaadahl F, Losa M, Largo RH*. Neue Gesichter, vergessene Krankheiten: Grenzsanitarische Untersuchungen von Asylbewerberkindern 1990–1991. *Schweiz med Wschr* 1992; *122*:1838–1842.
- 21 *Raeber PA, Billo NE, Rieder HL, Somaini B*. Die grenzsanitarische Untersuchung von Asylbewerbern. *Ther Umsch* 1990; *47*:844–851.
- 22 *Rivier E, Carrel O, Chappuis C, Bigler P, Tanner F*. Prise en charge médicale de réfugiés du Sud-Est asiatique dans le Centre d'accueil de Vevey (Suisse). *Méd et Hyg* 1983; *41*:3191–3197.
- 23 *Somaini B*. Infektionen bei Flüchtlingen aus Ostasien. *Schweiz Ärzteztg* 1983; *64*:254–256.
- 24 *Sonderregger TS, Holzer B, Frey FS*. Medizinische Probleme bei Asylbewerbern aus Sri Lanka (Tamilen). *Schweiz med Wschr* 1985; *115*:59–62.
- 25 *Blöchli C, Hatz C, Weiss R, et al*. Gesundheitsprobleme und allgemeinmedizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz aus hausärztlicher Sicht. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut, 1994. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- 26 *Blöchli C, Ries N, Gonon M, et al*. Asylsuchende und Flüchtlinge in der medizinischen Poliklinik: Ein Vergleich zwischen den Polikliniken Basel, Bern und Genf. *Soz Präventivmed* 1998; *43*:29–38.
- 27 *Ries N*. Die gesundheitliche Situation von Asylsuchenden und Flüchtlingen aus spitalärztlicher Sicht in der Schweiz [Diplomarbeit]. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut, 1996.
- 28 *Blöchli C, Osterwalder J, Hatz C, Tanner M, Junghans T*. Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation. *Soz Präventivmed* 1998; *43*:39–48.
- 29 Bundesamt für Gesundheit. Grenzsanitätsdienstliche Untersuchung bei Asylbewerbern, Teil I. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 1995; *6*:2.
- 30 Bundesamt für Gesundheit. Grenzsanitätsdienstliche Untersuchung, Teil II. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit* 1995; *24*:4.
- 31 Bundesamt für Ausländerfragen. Ausländerstatistik 1994. Bern: Zentrales Ausländerregister, 1996.

---

### Danksagung

Wir danken den 193 Hausärztinnen und Hausärzten, die mit grossem Engagement 1477 Konsultationen von Asylsuchenden und Flüchtlingen während eines Monats aufgezeichnet haben. Wäre die Autorenliste unbeschränkt, hätten wir sie gerne allen namentlich aufgeführt. Wir danken auch den vielen Kolleginnen und Kollegen, die an der Studie teilgenommen haben. Ein spezieller Dank geht an Frau C. Salis Gross, Frau C. Moser und Herrn Dr. P. Flubacher für ihre Unterstützung bezüglich der inhaltlichen und methodischen Vorbereitung und der Durchführung der Gruppendiskussionen. Wir danken ebenfalls den daran teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen sehr herzlich. Frau Dr. S. Vetterli vielen Dank für die Übersetzung des Fragebogens ins Französische und Herrn Dr. L. Loutan für seine Mithilfe. Wir danken dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften für die finanzielle Unterstützung der Studie.

---

### Korrespondenzadresse

Dr. C. Blöchli  
 Schweizerisches Tropeninstitut  
 Socinstr. 57  
 CH-4002 Basel  
 Fax + 41 61 271 86 54  
 BLOECHLIGERC@ubaclu.unibas.ch