

Thomas Junghanss^{1,2}

¹ Schweizerisches Tropeninstitut, Basel

² Abteilung Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen,
Universität Heidelberg

Asylsuchende und Flüchtlinge: Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit

Asylsuchende und Flüchtlinge sind in allen europäischen Ländern Minderheiten (Tabelle 1). Die Zahlen der Asylsuchenden und Flüchtlinge, die in behördlichen und wissenschaftlichen Publikationen mitgeteilt werden, sind aus vielen Gründen problematisch und bedürfen der Interpretation. Welche Zahlen man letztendlich als der Wahrheit am nächsten akzeptiert, ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass es sich bei Asylsuchenden und Flüchtlingen um ein Minderheitenproblem handelt.

Schwierigkeiten bestehen auf zwei Ebenen. Zum einen hat die Kategorisierung von „Asylsuchenden und Flüchtlingen“ vor allem in europäischen Ländern Formen angenommen, die derart komplex und von Land zu Land verschieden sind, dass ein Ländervergleich nur schwer und unpräzise möglich ist¹. Zum anderen fluktuieren die Zahlen der Asylsuchenden und Flüchtlinge, die jährlich in den europäischen Ländern um Bleiberecht ersuchen, enorm. Sie reflektieren regionale und weltpolitische Krisensituationen ebenso sehr wie die Bereitschaft der Aufnahmeländer, Einlass zu gewähren.

In der Schweiz gehörten Ende April 1995 120'526 Personen dem

sogenannten Asylbereich an. 25'641 (21%) waren jedoch nur anerkannte Flüchtlinge, 16'000 (13%) waren abgelehnte Antragsteller, die aus verschiedenen Gründen nicht ausgewiesen werden konnten, bei 27'085 (22%) bestanden hängende Verfahren und 51'800 (43%) hatten eine vor-

läufige Aufnahmegenehmigung. Die 1995 dem Asylbereich zugeordneten 120'526 Personen stellen 9% der Migrantenpopulation und 1,7% der Gesamtpopulation der Schweiz dar, die letztendlich anerkannten Flüchtlinge nur 0,37%. Bezieht man die Zahl der beispielsweise 1994 anerkannten Flücht-

Land	Asylsuchende (% Ost-Europäer)	% Gesamtbevölkerung
Belgien	12'950 (30)	0,14
Dänemark	5'300 (19)	0,1
Deutschland	193'050 (41)	0,24
Finnland	2'750 (30)	0,05
Frankreich	49'650 (11)	0,09
Griechenland	6'200 (21)	0,06
Grossbritannien	25'000 (1)	0,04
Italien	3'400 (93)	0,006
Niederlande	21'200 (23)	0,14
Norwegen	3'950 (32)	0,09
Österreich	22'800 (67)	0,29
Portugal	100 (26)	0,001
Schweden	29'350 (24)	0,34
Schweiz	35'850 (26)	0,52
Spanien	6'850 (44)	0,02

Tabelle 1. Asylsuchende für das Jahr 1990 in Westeuropa und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung 1990 (Quelle: UNHCR). Die wenigsten der Antragsteller erhalten Anerkennung als Flüchtlinge. 1990 waren dies beispielsweise 3,2% in Norwegen, 3,5% in der Schweiz, 5,3% in Deutschland und 15% in Frankreich (Quelle: ECRE).

linge auf die Gesamtzahl der 1994 in die Schweiz neu eingewanderten Personen, beträgt ihr Anteil lediglich 0,1%²⁻⁴.

Wie alle Minderheiten sind Asylsuchende und Flüchtlinge gefährdet, wenig beachtet und oft Vorurteilen und Repressalien ausgesetzt. Die Einstellung zu Migranten wird durch das gesellschaftspolitische Feld eines Landes geprägt. Wissenschaftler und öffentlicher Diskurs wirken in vielfältiger Weise zusammen und bestimmen einerseits das gesellschaftliche Klima, in dem sich Migranten bewegen, und andererseits die Strategien, die die Beziehung zu den Migranten regulieren. Der auf den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen geführte Diskurs über Migranten ist dabei selbstverständlich von der Qualität und Quantität der verfügbaren Informationen über Migranten abhängig.

Es gibt zahlreiche Beispiele der allgemeinen öffentlichen Meinung über Migranten, die offensichtlich auf mangelnder oder falscher Information beruhen. Dasselbe ist jedoch auch im wissenschaftlichen Bereich zu finden. Eines der Themen, das in dieser Hinsicht immer wieder zu Kontroversen Anlass gegeben hat, ist die Frage des Risikos übertragbarer Erkrankungen, das von Migranten ausgeht. Die Tuberkulose ist ein Spitzenreiter dieser Debatte.

Raviglione und Mitarbeiter stellen in einer Analyse der schweizerischen Tuberkulosedaten fest, dass bisher nichts für eine Zunahme der Tuberkulose-Transmission zwischen ausländischer und einheimischer Bevölkerung spricht⁵. Dies ist eine Botschaft, die die Öffentlichkeit überhaupt nicht und auch die wissenschaftliche Gemeinschaft nicht in genügendem Mass erreicht hat. Sie heisst im Klartext, dass die Epidemiologie der Tuberkulose in den einzelnen Ländern zwar durch Migranten massgeblich bestimmt wird, die Sorge jedoch nicht in erster Linie dem möglichen Infek-

tionsrisiko der autochthonen Bevölkerung, sondern der Übertragung dieser Erkrankung innerhalb der Migrantenkommunen gelten muss. In den USA ist man zu derselben Einsicht gekommen. Dabei hat man darüber hinaus mit Hilfe molekularer Methoden den Eindruck gewonnen, dass es sich bei der Mehrheit der Tuberkuloseerkrankungen bei Immigranten sogar um Reaktivierung vorbestehender Infekte handeln könnte^{6,7}. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang molekularepidemiologische Untersuchungen von Hermans und Mitarbeiter, die zeigen, dass die bakteriellen Reservoirs verschiedener Länder strikte Isolation voneinander aufweisen⁸.

Die Morbidität und Mortalität von Asylsuchenden und Flüchtlingen sind genauso mangelhaft bekannt wie ihr Gesundheitsverhalten, einschliesslich der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen, und ihre Gesundheitsbetreuung.

Bezüglich des Morbiditätsprofils von Asylsuchenden und Flüchtlingen ist es selbstverständlich entscheidend wie und unter welchem Blickwinkel Daten gesammelt werden. So gibt es zahlreiche Publikationen, die intestinale Parasitosen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen hervorheben⁹⁻¹³. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass die gefundenen Darmparasitosen für die einzelnen Patienten klinische Relevanz besitzen. Unsere Untersuchungen bei 1477 Asylsuchenden und Flüchtlingen in der allgemeinärztlichen Praxis haben gezeigt, dass Darmparasitosen als Erklärung der von Asylsuchenden und Flüchtlingen vorgebrachten Beschwerden praktisch keine Rolle spielen. Diese Diagnose wurde nur bei 7 von 1477 Patienten gestellt¹⁴. Raeber und Mitarbeiter haben darauf hingewiesen, dass bakterielle und parasitäre Stuhluntersuchungen von Asylsuchenden und Flüchtlingen zudem von geringer epidemiologischer Bedeutung sind und sich damit für die grenzsani-

tarische Untersuchung erübrigen. Dadurch wurde die Freisetzung von Ressourcen erwirkt, die nutzbringender eingesetzt werden konnten. Mit der Abschaffung dieser Stuhluntersuchungen wurde ein umfangreicheres Impfprogramm für Asylsuchende und Flüchtlinge in Kraft gesetzt^{15,16}. Das Beispiel zeigt, wie klinische und epidemiologische Datenerhebungen und deren Interpretation Entscheidungen der Gesundheitsversorgung und präventiver Strategien beeinflussen und die für bestimmte Zielgruppen ohnehin knappen finanziellen Ressourcen nutzbringend lenken können. Ein zusätzlicher sehr wesentlicher Effekt ist der Abbau des hartnäckigen Vorurteils, dass von Asylsuchenden und Flüchtlingen ein bedeutsames Übertragungsrisiko intestinaler Parasitosen und bakterieller Infektionen ausgeht.

Die Nutzung der Gesundheitseinrichtungen durch Asylsuchende und Flüchtlinge und die Schwierigkeiten einer adäquaten Gesundheitsversorgung ist ein weiteres grosses Feld, das nur ungenügend untersucht ist. Unsere Studien im hausärztlichen Bereich, in den medizinischen Polikliniken Basel, Bern und Genf und in der Notfallstation St. Gallen wurden mit dem Ziel durchgeführt, diese Lücke für die grössten Sektoren der ambulanten Gesundheitsversorgung der Schweiz zu schliessen^{14,17-20}. Unsere Studien ergänzen die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, die sehr eindrücklich Ungleichheiten zwischen der schweizerischen Bevölkerung und den in der Schweiz lebenden Ausländern im Gesundheitsstatus, Wohlbefinden und in den Gesundheitsstrategien aufzeigte^{21,22}. In früheren Studien war bereits auf soziale und gesundheitliche Ungleichheiten in der Schweiz hingewiesen und die Gründe der geringen Aufmerksamkeit für diese Problematik diskutiert worden²³.

Es ist bekannt, dass die Untersuchung von Migrantenpopulationen ausserordentlich schwierig ist. Diese Schwierigkeiten sind bei Asylsuchenden und Flüchtlingen akzentuiert, die sich durch besonders grosse Vielfalt und Mobilität auszeichnen. In epidemiologischen Begriffen bedeutet dies, dass beim Studium dieser Populationen eine grosse Anzahl von Variablen zu beachten ist und longitudinale Beobachtungen über längere Zeiträume ausserordentlich schwierig sind.

Wir haben deshalb zunächst Institutions-basierte Querschnittsuntersuchungen vorgenommen. Es wurde deutlich, welche Beschwerden von Asylsuchenden und Flüchtlingen vorgetragen, bzw. vom Gesundheitspersonal perzeptiert und welche Lösungen angeboten werden. Weiter konnte eruiert werden, wie das Gesundheitspersonal strukturelle und Verfahrensfragen beurteilt, wo Akzente in der Gesundheitsbetreuung dieser Patienten gesetzt, und welche Ressourcen für Verbesserungen gesehen werden. Es wurden bedeutsame Unterschiede zu Erkenntnissen, die aus anderen Untersuchungen gewonnen worden sind, gefunden, und praktische Verbesserungsmöglichkeiten der Gesundheitsbetreuung identifiziert.

Die Thematisierung von Folter und Misshandlung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Konsultationen des ambulanten Sektors stellt ein Beispiel hierfür dar. Es fiel in unseren Untersuchungen auf, dass in keiner der 1477 hausärztlichen Konsultationen Folter oder deren Folgen von Patientinnen und Patienten explizit als Problem vorgebracht oder ärztlicherseits in der Diagnose als solches benannt wurde. Folgende Traumatisierungen im Herkunftsland wurden im Zusammenhang mit psychischen Symptomen registriert: Gefängnis (2), Konfrontation mit Polizei (2). Bei acht Pa-

tientinnen und Patienten wurde die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung gestellt. Diese acht Diagnosen entfielen auf zwei von insgesamt 193 Ärztinnen und Ärzten, die an der Patientenerfassung teilnahmen. Nur in einem Fall wurde eine Ursache („Ehemann erschossen“) angegeben. Psychische Hauptdiagnosen wurden bei zwei Patientinnen und einem Patienten mit Traumatisierungen in Verbindung gebracht: „Mann und zwei Brüder im Krieg“, „achtjährige Kriegsgefangenschaft“, „Polizei erschien am Hochzeitsfest“. Ebenso ist denkbar, dass die Diagnosen „funktionelle Beschwerden“, wie Spannungskopfschmerzen, Bauchschmerzen, Hyperventilation etc. (29), Depression (25), Angstsyndrom (26), suizidale Absicht (3) hinweisend für eine zugrundeliegende Folter- oder Misshandlungsanamnese sind. Dies wurde jedoch weder in dieser Form dokumentiert, noch ist in den Therapieabschnitten zu erkennen, dass spezifische Schritte veranlasst wurden. Das Ergebnis der 1477 hausärztlichen Konsultationen kontrastiert krass zu den von Wicker u. Mitarb. erhobenen Daten der in der Schweiz lebenden gefolterten und misshandelten Flüchtlingen. Demnach betrug die Folterquote unter anerkannten Flüchtlingen aus der Türkei 34,4%. Berücksichtigt man nur Flüchtlinge mit eigenem Asylgesuch, d.h. nicht auch diejenigen, die über Familienzusammenführungen in die Schweiz eingereist sind, betrug der Anteil der systematisch Gefolterten 73% (!) Der Anteil der Gefolterten aus Ex-Jugoslawien betrug 29% (nur Flüchtlinge mit eigenem Asylgesuch berücksichtigt: 63%), der aus Sri Lanka 36% (66%). Es ist wichtig zu bemerken, dass diesen erschreckenden Zahlen ein sehr restriktiver Folterbegriff zu Grunde liegt, der nur systematisch Gefolterte einschliesst, und somit Traumatisierungen bei Hausdurchsuchungen oder Erniedrigungen,

Misshandlungen und Folterungen ausserhalb von Verhörsituationen nicht berücksichtigt werden²⁵. Wicker gelangt zu dem Schluss, dass jeder vierte in der Schweiz lebende Flüchtling systematisch gefoltert wurde. Es ist daher äusserst erstaunlich, dass sich diese Problematik überhaupt nicht in 1477 Konsultationen, die in 193 Hausarztpraxen in 8 Kantonen erhoben wurden, widerspiegelt. Damit eröffnet unsere Studie die wichtige Frage nach der Ursache der nicht stattfindenden Thematisierung der Folter- und Misshandlungsproblematik in der allgemeinärztlichen Praxis. Grundsätzlich sind drei Interpretationen denkbar. Die eine beruht in der Methode unserer Untersuchung. Wie bereits erwähnt, geben unsere Institutions-basierten Daten keinen Aufschluss über die gesamte Asylsuchenden- und Flüchtlingspopulation der Schweiz. Es wäre also denkbar, dass misshandelte und gefolterte Flüchtlinge selektiv Hausarztpraxen nicht aufsuchen. Dies ist jedoch äusserst unwahrscheinlich. Gegen diese These spricht zudem, dass 110 von 1477 Diagnosen im Zusammenhang mit Misshandlung und Folter stehen könnten, diese Verbindung jedoch offensichtlich nicht weiter exploriert wurde. Die zweite Erklärung könnte in einer bereits fortgeschrittenen Somatisierung der Problematik liegen, wodurch deren Aufdeckung äusserst erschwert wäre²⁷. Die dritte Interpretation betrifft die prinzipielle Frage der Aufdeckung einer Misshandlungs- und Folteranamnese durch Hausärztinnen und Hausärzte. Niedrige Raten könnten mit einer mangelnden Erwartungshaltung oder dem Gefühl, nicht zuständig zu sein, bzw. derartige Probleme ohnehin nicht lösen zu können, erklärbar sein. Dazu kommen rein praktische Hindernisse, wie sprachliche Verständigungsschwierigkeiten und der meist knapp bemessene zeitliche Rahmen von Konsultationen.

In diesem Zusammenhang ist die Auswertung des Patientenkontextes des Therapiezentrums SRK für Folteropfer in Bern interessant. Es wurden im ersten Jahr seines Bestehens 58 Personen therapiert. Nur 10% dieser Patientinnen und Patienten wurden von Hausärztinnen bzw. Hausärzten zugewiesen, 55% wurden von Hilfswerken geschickt, 24% kamen auf eigene, bzw. auf Veranlassung von Angehörigen. 11% wurden von Psychiatern, psychiatrischen Kliniken usw. weitergeleitet²⁸.

Die Verteilung der psychosozialen Diagnosen, die in den drei an den medizinischen Polikliniken Basel, Bern und Genf durchgeführten Querschnittsstudien erhoben wurden¹⁸, lassen ebenfalls Rückschlüsse auf mögliche Ursachen unterschiedlicher Beurteilung und Betreuung von Patienten aus der Gruppe der Asylsuchenden und Flüchtlingen zu. Es fiel auf, dass in der medizinischen Poliklinik Genf weitaus mehr psychosoziale Diagnosen gestellt wurden als in Bern und Basel. Der Vergleich der drei Polikliniken ergab, dass die Ärzteschaft der medizinischen Poliklinik Genf auf Grund zweier laufender Interventionen bezüglich dieser Problematik sensibilisiert war. Zum einen wurden regelmässig Fortbildungen zu diesem Thema durchgeführt, und zum anderen füllten Asylsuchende und Flüchtlinge bei der Grenzsanitären Untersuchung (GSU) einen Fragebogen zu traumatischen Erfahrungen aus. Diese Befragung fand im Rahmen einer Studie von Loutan und Mitarbeitern statt. Auch hier wurde eine Dimension des Problems Traumatisierung und Folter bei Asylsuchenden und Flüchtlingen aufgedeckt, die sich in keiner Weise in den an den medizinischen Polikliniken Bern und Basel gestellten Diagnosen widerspiegelte. 62% der Befragten waren einem oder mehreren traumatischen Ereignissen ausgesetzt, 18% gaben Folterungen an. Insgesamt berich-

teten 37%, dass sie in der der Befragung vorausgegangenen Woche zumindest ein schweres Symptom verspürt hatten. Dies war meist psychischer Natur, wie zum Beispiel anhaltende Traurigkeit, Schlaflosigkeit oder Angst²⁹. Diskrepanzen zwischen der Aufdeckungsrate von Misshandlungs- und Folterfolgen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen und der zu erwartenden Dimension dieses Problems wurden auch in Studien anderer Industriestaaten gefunden²⁴.

Die Interpretation der Resultate einfacher Querschnittsstudien, vor allem im Vergleich mit den Daten spezifischer Erhebungen, erlaubt somit einen Einblick in mögliche Gründe der Mangelversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen und zeigt Verbesserungsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgung auf. Am Beispiel von Misshandlung und Folter ist dies für einen besonders relevanten Aspekt der Gesundheitsversorgung dieser Gruppe exemplifiziert.

Ausgehend von repräsentativen Erhebungen über Asylsuchende und Flüchtlinge in der Schweiz^{14,17–20} sind drei Entwicklungen wünschenswert:

– Populations-basierte Untersuchungen der Gesundheitssituation, der Gesundheitsperzeption, des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsressourcen von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Der Populations-basierte Untersuchungsansatz ist nicht nur erforderlich, um die Mitglieder der Gruppe der Asylsuchenden und Flüchtlinge selbst zu Wort kommen und an der Entwicklung sinnvoller Gesundheitsprogramme teilhaben zu lassen. Er dient auch dazu, Probleme aufzudecken, die nicht in den Gesundheitseinrichtungen thematisiert werden und dort auch nicht lösbar sind. Ferner können Subpopulationen identifiziert werden, die einen Betreuungsbedarf haben, jedoch keinen Zugang zu

bestehenden Hilfsangeboten besitzen. Ein derartiger Ansatz nimmt die Erweiterung des Gesundheitsbegriffes auf, der heute über das Konzept hinausgeht, dass Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit ist. Die Ottawa Charta definiert: „Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten^{11,30}. Im Hinblick auf die Perception der „Problematik“ von Asylsuchenden und Flüchtlingen hat Mücke in einer historischen Betrachtung wesentliche Paradigmenwechsel aufgezeigt, die unmittelbaren Einfluss auf Forschungsansätze besitzen. Sie zeigte folgende Phasen der Wahrnehmung von Asylsuchenden und Flüchtlingen auf: 1. als Träger übertragbarer Erkrankungen, 2. als Personen, die einer somatischen „Wiederherstellung“ bedürfen, 3. als Patienten, die chronisch an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden und 4. als Beispiele enormer Überlebens- und Lebensgestaltungsfähigkeit. Mücke betont die Bedeutung des Beginnes einer Entwicklung, in der die letztgenannte Perspektive an Beachtung gewinnt³¹. Mit dieser Betrachtung wird Asylsuchenden und Flüchtlingen erstmals ein Antlitz zurückgegeben, das nicht von Pathologie geprägt ist, sondern von der Fähigkeit eigene Ressourcen für die Bewältigung des Erlebten und Erlittenen und für die Lebensgestaltung zu mobilisieren. Der Gesundheitsaspekt der Populations-basierten Arbeitsrichtung findet theoretische Untermauerung in der Auffassung von Krankheit als „illness“, der Perspektive, unter der Patienten „Krankheit“ sehen, die der Krankheit als „disease“, d.h. der Auffassung des Medizinsystems, gegenübergestellt wird. „Krankheit“ als „illness“ ist verständlicherweise stark von kulturellen und sozioökonomischen Faktoren abhängig. Die

Erforschung der „Patientenperspektive“ hat durch das Konzept der „explanatory models“ (Erklärungsmodelle) des Medizinanthropologen Kleinman eine theoretische Basis erhalten. Dieser Ansatz hat inzwischen in vielen Bereichen der Gesundheitsforschung Eingang gefunden³². Eine Studie mit diesem Ansatz wird derzeit vom Schweizerischen Tropeninstitut in Basel durchgeführt und untersucht die Gesundheitsstrategien von bosnischen und kurdischen Flüchtlingen. Da wir es bei Asylsuchenden und Flüchtlingen mit hoch mobilen Populationen zu tun haben, ist zu erwarten, dass die „Erklärungsmodelle“, Gesundheitsstrategien und letztendlich der Gesundheitsstatus dieser Gruppen einer Dynamik unterliegen. Diese müssen beschrieben und analysiert werden, um die Determinanten in Abhängigkeit von der Zeit zu identifizieren und um angepasste Gesundheitsförderungsstrategien zu entwickeln. Dies führt letztendlich zu der anspruchsvollsten und, wie bereits besprochen, schwierigsten Aufgabe der Untersuchung von mobilen Populationen, nämlich der Planung und Durchführung longitudinaler Studien. Sie sind unverzichtbar, wenn wir einen Einblick in die Prozesse erhalten wollen, die im Kontext der Migration wesentliche Merkmale und Fähigkeiten der Individuen dieser Populationen prägen.

– Weitere wichtige sehr wenig erforschte Gebiete sind die nationalen politischen Rahmenbedingungen und die Rolle der Institutionen und ihrer Mitglieder im Bezug auf den Realisierungsspielraum der Gesundheitsförderung von Asylsuchenden und Flüchtlingen^{26,33–36}. Einen sehr interessanten Ansatz haben Bollini und Siem mit dem „entitlement approach“ hierfür gewählt. Dieser stellt Gesundheit als ein Produkt der persönlichen Ausstattung eines Individuums im Bezug auf Ausbildung, Besitz usw. und des sozialen

Milieus, dem dieses Individuum ausgesetzt ist, dar. Bollini und Siem haben in diesem Modell die politischen, administrativen und kulturellen Gründe des eingeschränkten Zugangs von Migrantinnen und Migranten zur Gesundheitsfürsorge und die Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus am Beispiel perinataler Mortalität und Unfallmortalität und -morbidität analysiert²⁶. Kommunikation spielt in diesem Zusammenhang eine herausragende Rolle, vor allem auch in den über das rein sprachliche Problem hinausgehenden Formen^{20,37–40}. Die Problematik der Institutionen und ihrer Mitglieder im Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten beinhaltet auch Aspekte von Rassismus mit tiefgreifenden Einflüssen auf das Wohlbefinden und letztendlich die Gesundheit dieser Gruppe^{41,42}.

– Langfristig sind Interventionsstudien anzustreben, in denen gesundheitsverbessernde Strategien evaluiert werden, die dann in die Praxis Eingang finden können.

Es besteht kein Zweifel am Bedarf, die gewonnenen Erkenntnisse über die Lebens- und Gesundheitssituation von Asylsuchenden und Flüchtlingen und die daraus ableitbaren gesundheitsverbessernden Strategien in Ausbildungsprogramme umzusetzen. Unsere Studien in den ambulanten Sektoren des schweizerischen Gesundheitswesens haben klar gezeigt, dass ein grosser Teil der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sowohl ihre Voraussetzungen für die Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen als auch die Angebote für eine Weiterbildung und Unterstützung in diesem Sektor für ungenügend halten^{18–20}. Eine positive Entwicklung zeichnet sich in dieser Hinsicht mit den Weiterbildungsreihen der Universität Bern zu den Themen „Migration und ihre Auswirkungen auf die Schweiz“ und „Folter- und kriegs-

traumatisierte Flüchtlinge in der Schweiz“ ab. Diese wenden sich an Fachleute des Gesundheits-, Rechts-, Bildungs- und Sozialwesens. Die gesundheitsbezogenen Beiträge der Berner Fortbildung sind kürzlich publiziert worden^{15, 20, 36, 37, 39, 43–48}.

Der Zusammenhang von Gesundheit und Migration ist in vielen Facetten noch wenig erforscht. Handlungsbedarf besteht, gleichzeitig sind jedoch die geeigneten Mittel und Wege für die Gesundheitsförderung von Menschen unter Migrationsbedingungen in vieler Hinsicht noch bei weitem nicht klar und greifbar. Wieviel spezifisches ist zu beachten? Welcher Teil der Problematik ist ganz und gar nicht spezifisch, sondern Teil der allgemeinen Problematik von Gesundheit und Krankheit? Es gibt hier sicherlich noch sehr vieles zu entdecken und zu verstehen.

Literaturverzeichnis

- 1 Escalona A, Black R. Refugees in Western Europe: Bibliographic review and state of the art. *Journal of Refugee Studies* 1995; 8:364–389.
- 2 BAA (Bundesamt für Ausländerfragen). Ausländerstatistik Ende April 1995. Pressemitteilung, Bern, 1995.
- 3 BFF (Bundesamt für Flüchtlinge). Asylum in Switzerland, a survey on the sphere of asylum (Situation in spring 1995), Bern, 1995.
- 4 Bischoff AN. Migration and Health in Switzerland. Report prepared for the expert meeting „Migration/Mobility and Health in Europe“ Magdeburg, December 7–9, 1995.
- 5 Raviglione MC, Sudre P, Rieder HL, Spinaci S, Kochi A. Secular trends of tuberculosis in Western Europe. *Bulletin of the World Health Organization* 1993; 71: 297–306.

- 6 McKenna MT, McCray E, Onorato I, et al. The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993. *N Engl J Med* 1995; 332:1071–1076.
- 7 Small PM, Hopewell PC, Singh SP, et al. The epidemiology of tuberculosis in San Francisco – a population-based study using conventional and molecular methods. *N Engl J Med* 1994; 330:1703–1709.
- 8 Hermans PWM, Messadi F, Guebrevabher H, et al. Analysis of the population structure of *Mycobacterium tuberculosis* in Ethiopia, Tunisia, and the Netherlands: Usefulness of DNA typing for global tuberculosis epidemiology. *J Inf Dis* 1995; 171:1504–1513.
- 9 Godue CB, Gyorkos TW. Intestinal parasites in refugee claimants: A case study for selective screening? *Can J Publ Hlth* 1990; 81:191–195.
- 10 Gyorkos TW, MacLean JD, Viens P, Chheang C, Kokoskin-Nelson E. Intestinal parasite infection in the Kampuchean refugee population 6 years after resettlement in Canada. *J Infect Dis* 1992; 166:413–417.
- 11 Lurio J, Verson H, Karp S. Intestinal parasites in Cambodians: Comparison of diagnostic methods used in screening refugees with implications for treatment of populations with high rates of infestation. *J Am Board Fam Pract* 1991; 4:71–78.
- 12 Ohde G. Der Import von Infektionskrankheiten durch Asylbewerber und seine Bedeutung für das Diagnostikprogramm des Gesundheitsamtes. *Öff Gesundh-Wes* 1988; 50:35–39.
- 13 Sonderegger TS, Holzer B, Frey FJ. Medizinische Probleme bei Asylbewerbern aus Sri Lanka (Tamilen). *Schweiz med Wschr* 1985; 115:59–62.
- 14 Blöchliger C, Hatz C, Loutan L, Raeber P-A, Tanner M, Junghans T. Tropenerkrankungen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen: Ein Problem in der hausärztlichen Praxis? [Abstract]. Jahrestagung der schweizerischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie, Leysin, 1994.
- 15 Helbling P. Die grenzsanitarische Untersuchung. *Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)* 1997; 86:794–796.
- 16 Raeber P-A, Billo NE, Rieder HL, Somaini B. Die grenzsanitarische Untersuchung bei Asylbewerbern. *Therap Umsch* 1990; 47:844–851
- 17 Blöchliger C, Junghans T, Weiss R, Herzog C, Raeber P-A, Tanner M, Hatz C. Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis: Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten. *Soz Präventivmed* 1998; 43:18–28.
- 18 Blöchliger 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.
- 19 Blöchliger C, Osterwalder J, Hatz C, Tanner M, Junghans T. Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation. *Soz. Präventivmed* 1998; 43:39–48.
- 20 Blöchliger C, Tanner M, Hatz C, Junghans T. Asylsuchende und Flüchtlinge in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. *Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)* 1997; 86:800–810.
- 21 Bisig B, Junghans T. Soziale Ungleichheit – gesundheitliche Ungleichheit: MigrantInnen. Vortrag im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Forum Public Health“ des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich am 11.2.1997.
- 22 Vranjes N, Bisig B, Gutzwiller F. Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Herausgeber: Bundesamt für Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Vertrieb: Bundesamt für Gesundheitswesen, Abt. Gesundheitsförderung, 3097 Liebefeld-Bern. Bern: EDMZ, 1995: 141 pp und Anhangstabellen.
- 23 Lehmann P, Mamboury C, Minder CH. Health and social inequities in Switzerland. *Soc Sci Med* 1990; 31:369–386.
- 24 Thonneau P, Gratton J, Desrosiers G. Health profile of applicants for refugee status (admitted into Quebec between August 1985 and April 1986). *Can J Public Health* 1990; 81:182–186.
- 25 Wicker H-R. Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Institut für Ethnologie, Universität Bern, 1993: 142 pp.
- 26 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.
- 27 Lin EHB, Carter WB, Kleinman AM. An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. *Am J Public Health* 1985; 75:1080–1084.
- 28 Frey C. Persönliche Mitteilung, 1997.
- 29 Loutan L, Bollini P, Pampallona S, Bierens de Haan D, Gariazzo F. Impact of trauma and torture on asylum-seekers. 1997. In Vorbereitung.
- 30 WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario/Canada, 17.–21. 11. 1986.
- 31 Mücke MA. New paradigms for refugee health problems. *Soc Sci Med* 1992; 35:515–523.
- 32 Helman CG. Culture, health and illness. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994: 446 pp.
- 33 Bollini P. Health for immigrants and refugees in the 1990s. A comparative study in seven receiving countries. *Innovation* 1993; 6:101–110.
- 34 Bunce C. Psychiatrists plan network to help asylum seekers. *BMJ* 1997; 314:535.
- 35 Salinsky M. Detaining asylum seekers. *BMJ* 1997; 314:456.
- 36 Steiner-König U. Die Rolle der Verbindung der Schweizerischen Ärzte (FMH) in der Gesundheitsversorgung von Migrant(inn)en. *Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)* 1997; 86:797–799.
- 37 Flubacher P. Ausländische Patienten in der hausärztlichen Praxis:

- Unlösbarer Probleme für Arzt und Patient? Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1997; 86:811–816.
- 38 *Salis Gross C, Blöchliger C, Moser C, Zuppinger B.* Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Schlussbericht an die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 1997.
- 39 *Salis Gross C, Moser C, Zuppinger B, Hatz C.* Die Arzt-Patienten-Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1997; 86: 887–894.
- 40 *Woloshin S, Bickell NA, Schwartz LM, Gany F, Welch HG.* Language barriers in medicine in the United States. JAMA 1995; 273:724–728.
- 41 *Esmail A, Carnall D.* Tackling racism in the NHS. BMJ 1997; 314: 618–619.
- 42 *Fernando S.* Racism and xenophobia. Innovation 1993; 6:9–19.
- 43 *Burgi D.* Gesundheitsförderung und Prävention bei der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz: Schritt für Schritt vorwärts... Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1997; 86:906–910.
- 44 *Frey C, Vallach L.* Die Behandlung von Folter- und Kriegsopfern in der Schweiz. Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1997; 86:899–905.
- 45 *Hausammann C.* Migration und ihre Auswirkungen auf die Schweiz – eine Weiterbildungsreihe der Universität Bern. Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1997; 86: 783–784.
- 46 *Junghanss T.* Migration und Gesundheit. Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1997; 86:785–787.
- 47 *Siem H.* Migration and health – the international perspective. Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1997; 86:788–793.
- 48 *Yilmaz AT.* Immigranten aus der Türkei in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1997; 86: 895–898.

Korrespondenzadresse

Dr. med. T. Junghanss
 Abteilung Tropenhygiene
 und Öffentliches Gesundheitswesen
 Universität Heidelberg
 INF 324
 D-69120 Heidelberg
 thomas.junghanss@urz.uni-heidelberg.de