

Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Zwischen Chaos, Krise und Chance



Medizinische Versorgung in einer Notunterkunft.

Deutschland erlebt seit Mitte 2015 den mit Abstand größten Zustrom von Menschen aus anderen Ländern seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs. Das Phänomen wird allgemein als „Flüchtlingskrise“ bezeichnet und beherrscht die Medien seit vielen Monaten. Es ist das derzeit dominierende Thema bei politischen Debatten auf der nationalen und zum Teil auch internationalen Ebene. War noch vor Monaten ein hohes Maß an Hilfsbereitschaft in breiten Teilen der deutschen Bevölkerung zu spüren, wachsen inzwischen Unsicherheit, Angst und Frustration.

Vielfach werden Flüchtlinge und Asylbewerber, oft auch generell Fremde und Ausländer, als Bedrohung wahrgenommen, insbesondere was die Gefahr der „Einschleppung gefährlicher Krankheiten“ angeht. In den 80er-Jahren des

vergangenen Jahrhunderts mussten sich afrikanische Mitbürger im Durchschnitt drei Mal pro Jahr einem „Aids-Test“ unterziehen; auf dem Höhepunkt der Ebola-Epidemie im Sommer 2014 wurde Patienten mit dunkler Hautfarbe aufgrund falscher Ängste vielerorts eine schlechtere Versorgung zuteil und vereinzelt sogar der Zugang zu medizinischen Einrichtungen komplett verwehrt.

Auch heute gibt es Kollegen, die versuchen, die Betreuung von Flüchtlingen von sich zu schieben und dies mit Infektionsgefahren, Abrechnungsschwierigkeiten oder Verständigungsproblemen zu begründen. Die Mehrheit der Ärzteschaft aber steht hoch engagiert bereit, ihren Beitrag zu leisten, es fehlt aber oft an der nötigen logistischen, administrativen und politischen Unterstützung.

Völlig unabhängig von der eigenen Gesinnung oder Grundmotivation ist es wichtig, sich auf der professionellen Seite zu positionieren und ein klares Verständnis der Herausforderungen, Notwendigkeiten und Lösungsstrategien bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen zu entwickeln.

Die entscheidende Erkenntnis all derjenigen, die im Feld der Migrantenmedizin tätig sind, lautet: Flüchtlinge sind nicht gefährlich, sie sind gefährdet! Auch wenn bei dieser Patientengruppe der Anteil an Infektionskrankheiten oder die Besiedlung durch potenziell infektiöse Erreger höher ist als bei der durchschnittlichen deutschen Bevölkerung, ist die Gefahr einer Ansteckung für deutsche Mitbürger, auch für Helfer und Personal der Einrichtungen, sehr gering. Allerdings führen die Lebensbedingungen von

Geflüchteten, die hygienisch oftmals zweifelhaften Not- und Massenunterkünften, der geringen Lebensraum, der schlechtere Zugang zu einer präventiven und kurativen medizinischen Versorgung sowie ein anderes Risikoverständnis für die Gefahren von Infektionen zu einem erhöhten Krankheitsrisiko für die Betroffenen. Gesundheitsfürsorge, wenn sie im richtigen Sinne verstanden wird, muss deshalb ein Umdenken erzwingen: weg von einer Politik des Massen-Screenings und Abschirmens hin zur Verbesserung eines niederschweligen Zugangs zu einer umfassenden und den jeweiligen Bedürfnissen angepassten Gesundheitsversorgung. Dies zu realisieren entwickelt sich schon jetzt zu einer der größten Herausforderungen für unser Gesundheitssystem in den nächsten Jahren.

Die Ausgangslage

In der Flüchtlingsmedizin Tätige wissen von einer Fülle von Schwierigkeiten und Problemen zu berichten, die sich bei genauerer Analyse in drei Hauptkategorien einteilen lassen:

1. Das quantitative Problem

Nie zuvor mussten so viele hilfesuchende Menschen zusätzlich zum normalen Betrieb versorgt werden. Hunderttausende kreuz und quer im Bundesgebiet untergebrachte Menschen benötigen inzwischen eine differenzierte medizinische Betreuung, die für diesen Zweck eingerichtet werden muss. Es war ein Fehler davon auszugehen, dass dies über das bisherige Regelversorgungssystem von Kliniken, niedergelassenen Praxen und öffentlichem Gesundheitsdienst bewerkstelligt werden könnte. Es braucht dafür zusätzliche Strukturen (und Mittel), für deren Bereitstellung sich aber kaum jemand zuständig fühlt.

2. Das medizinische Problem

Die allermeisten Flüchtlinge kommen nicht nach Deutschland, weil sie eingeladen wurden, sondern als Folge der desaströsen Verhältnisse, die ihr Leben und ihre Existenz unmittelbar bedroht haben. Dies beinhaltet auch eine schlechte medizinische Versorgung in ihrer Heimat und den Ländern der Fluchtrouten. Eine Vielzahl von schweren körperlichen, seelischen und so-

zialen Leiden hat sich bei Ankunft in Deutschland bereits manifestiert. Dazu zählen auch Erkrankungen, die bei deutschen Patienten bisher selten oder unbekannt waren. Flüchtlinge kommen aus Ländern mit einem anderen Spektrum nicht nur an Infektionskrankheiten, die im Herkunftsland eine höhere Prävalenz aufweisen, wie beispielsweise die HIV-Infektion, Tuberkulose, chronische Virus-Hepatitis oder intestinale Parasitosen. Zu bedenken sind auch genetische Erkrankungen wie die Sichelzellerkrankung, Thalassämie oder das familiäre Mittelmeerfieber. Dies bedeutet, dass in der Migrantenmedizin tätige Kolleginnen und Kollegen über breitere Kenntnisse verfügen müssen als dies für die allgemeine hausärztliche Versorgung deutscher Patienten üblicherweise nötig ist. Eine weitere große Herausforderung ist die Erkennung, Dokumentation und frühzeitige Behandlung von Folterfolgen und Traumatisierungen; hierfür gibt es Hilfestellungen wie das Istanbul-Protokoll (www.v-r.de/_uploads_media/files/9783737000307_frewer_oa_wz_010746.pdf), die aber auch unter erfahrenen Ärzten wenig bekannt sind, weil sie hierzulande bisher im medizinischen Alltag fast nie benötigt wurden.

3. Das Versorgungsproblem

Bei der Kontaktaufnahme mit Patienten ist oftmals bereits die sprachliche Hürde beträchtlich. Familienmitglieder, insbesondere Kinder, scheiden als Dolmetscher meist aus, da ihnen nicht zuzumuten ist, Informationen zu traumatisierenden Erlebnissen oder stigmatisierenden Erkrankungen ihrer Angehörigen zu übermit-

eln. Staatlich bestellte Dolmetscher werden oft als Teil eines gegen den Patienten gerichteten Systems erlebt und können deshalb als Vertrauenspersonen abgelehnt werden. Von den Betroffenen selbst ausgesuchte Dolmetscher handeln oft aus Eigeninteresse und könnten der Versuchung unterliegen, die Umstände so darzustellen, wie ihr Auftraggeber es gerne hätte. Es besteht die dringende Notwendigkeit, für alle Kontakte der Menschen mit dem Gesundheitssystem adäquate Dolmetscherleistungen zur Verfügung zu stellen. Dies muss sowohl finanziert als auch organisiert werden. Bestehende ehrenamtliche Dolmetscherpools sind dabei lediglich ein aus der Not geborener Erstanfang, in der Realität stößt man schnell an deren Grenzen. Dolmetscherleistungen für eine adäquate Diagnosefindung und Therapiebegleitung müssen wie notwendige medizinische Hilfsmittel angesehen und entsprechend finanziert werden.

Ebenso bedeutsam wie sprachliche sind kulturelle Hürden bei der Erhebung der Krankengeschichte, der Interpretation von Symptomen und der Durchführung der Behandlung. Das Erleben von Krankheit ist in die individuelle und kollektive Erlebniswelt eingebunden und stark von kulturellen, sozialen und religiösen Rahmenbedingungen abhängig. Dies ist besonders ausgeprägt bei Erkrankungen, die als Folge von Gewalt und Trauma entstanden sind. Unsere auf dem naturwissenschaftlichen Hintergrund einer westlichen Erfahrungswelt aufgebauten Zugangsmodelle passen oft gar nicht mit dem zusammen, was der Patient fühlt und beschreibt.

Versorgung von Flüchtlingen

Der 74. Bayerische Ärztetag forderte alle Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und Praxen auf, asylsuchenden Ärztinnen und Ärzten und medizinischem Fachpersonal Hospitationen anzubieten. Die Ressourcen dieser Asylsuchenden sollten bei der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern genutzt werden. Diese Ärzte und dieses Fachpersonal mit nachgewiesener Ausbildung in einem medizinischen Heilberuf könnten in die medizinische Erstversorgung von anderen Asylsuchenden eingebunden werden. Unter der Leitung einer deutschen Ärztin/eines deutschen Arztes könnten diese Asylsuchenden als Assistenten unser Gesundheitssystem kennenlernen und beitragen, sprachliche und kulturelle Hindernisse abzubauen. Der 74. Bayerische Ärztetag forderte eine staatliche Förderung.



Niederschwellige Gesundheitsversorgung im Würzburger Modell.

Die oft beklagte schlechte Compliance von Migranten beruht meist auf hochgradigen kulturellen Missverständnissen und mangelhafter Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Angesichts dieser erschwerten Bedingungen stellen die gesetzlichen Grundlagen, welche den Anspruch von Flüchtlingen auf medizinische Leistungen regeln, das Gegenteil von dem dar, was sinnvoll ist. Das Asylbewerberleistungsgesetz und insbesondere die jetzt in der Diskussion befindlichen Verschärfungen des Asylverfahrens bauen hohe Zugangsbarrieren auf, anstatt sie für diese besonders bedürftige und vulnerable Zielgruppe zu verringern.

Eine besondere Gruppe unter den Geflüchteten stellen Kinder und Jugendliche dar, die nach der von Deutschland 1992 unterzeichneten UN-Kinderrechtskonvention das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit haben. Die bisherige Praxis der Versorgung von Flüchtlingskindern läuft in erschreckend vielen Punkten (Unterbringung in Massenunterkünften, fehlende Organisation von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, Möglichkeit der Abschiebehaft, Verhinderung von Familienzusammenführungen) diesem Ziel zuwider.

Kolleginnen und Kollegen, die sich in den vergangenen Monaten aktiv bei der Versorgung von Flüchtlingen eingebracht haben, konnten eine neue Dimension ihrer ärztlichen Tätigkeit erleben. Dabei fühlten sich zwar viele alleingelassen, zeigten aber durch ihr Beispiel, wieviel Ideen, Potenzial und Einsatzbereitschaft mobi-

lisierbar war. Bei entsprechendem politischem Willen und der Bereitschaft zu echter Kooperation aller Beteiligten besteht deshalb kein Zweifel, dass eine adäquate Versorgung aller Patienten in Deutschland auch möglich wäre. Hier kann man inzwischen viel auf Erfahrungen, hingegen immer noch viel zu wenig auf Studien, aufbauen.

Das Würzburger Modell

2008 wurde die Tropenmedizinische Abteilung der Missionsärztlichen Klinik mit der medizinischen Versorgung der Bewohner in einer der größten Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge in Bayern beauftragt. Auf dem Gelände einer ehemaligen Kaserne waren damals knapp 500 Asylbewerber, darunter auch zahlreiche Kinder, untergebracht. Das bald als „Würzburger Modell“ bekannt gewordene Konzept beruht auf zwei wichtigen Prinzipien:

1. Das Angebot einer umfassenden, niederschweligen Versorgung.

Mit Mitteln der Klinik wurde ein Sprechzimmer eingerichtet, das von den Betroffenen ohne vorherige Terminvereinbarungen und ohne administrative Hürden (wie der Beantragung eines Behandlungsscheines) direkt aufgesucht werden kann.

2. Ordnung, Filterung und Vorbereitung für die ärztlichen Sprechstunden.

Ärzte sind nicht die Arbeiter an der vordersten Front, stattdessen werden sie in den Organisa-

tions- und Koordinationsaufgaben durch medizinisches Fachpersonal, meist Fachkräfte für Gesundheits- und Krankenpflege, entlastet. Auf diese Weise entsteht eine Versorgungsstelle, wo zwar auch behandelt, auf jeden Fall aber die Bedürfnisse der Betroffenen erfasst, geordnet, koordiniert und in die fachgerechten Bahnen gelenkt werden.

Im Laufe der vergangenen Jahre sind an manchen Stellen in Bayern und darüber hinaus in Deutschland ähnliche Lösungsansätze entstanden, die alle versuchen, das Problem der mangelhaften medizinischen Versorgung von Flüchtlingen zu bewältigen. Dabei gibt es eine Vielzahl von äußerst bemerkenswerten „best practice“-Beispielen. Alle diese Aktionen verbindet die Tatsache, dass sie auf dem Boden von Einzelinitiativen entstanden sind, oft von besonderen Persönlichkeiten getragen werden und Aufgaben übernommen haben, die eigentlich in die Zuständigkeit behördlicher Versorgungsstrukturen fallen müssten. Generell wird beklagt, dass man von Regierungsstellen und Gesundheitsbehörden weitgehend alleingelassen wird. Dies schließt allerdings nicht aus, dass durch Privatinitiativen Großes geleistet werden kann und es tatsächlich sehr auf das Engagement Einzelner ankommt, ob ein Unterschied gemacht wird oder nicht.

Zugang zu einem Lösungsansatz

Inzwischen haben die Würzburger Kollegen und viele andere in der Republik eine Fülle von Erfahrungen gesammelt, die man als Grundlage für Lösungsmodelle heranziehen könnte. Bei den Planern in Regierung und Behörden werden sie meist nicht oder sehr eingeschränkt zur Kenntnis genommen. Eine Enttäuschung der vergangenen Monate war, dass Ärztekammern, Fachgesellschaften, Gesundheitsbehörden und Ministerien in nur sehr begrenztem Maße eine führende Rolle bei der Bewältigung der vielen medizinischen Herausforderungen übernommen haben. Stattdessen wurden Zuständigkeiten verlagert oder auf andere Bereiche geschoben und viel zu selten eine wirklich zielgerichtete Strategie zur Lösung des Gesamtproblems ins Auge gefasst.

Eine dem hohen Standard des deutschen Gesundheitssystems angemessene medizinische Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und Migranten sollte folgendermaßen aussehen:

1. Das Gebot der Gleichwertigkeit (Equity)

Auf den Boden der internationalen Menschenrechtskonvention sollte der juristische Status nicht das Menschenrecht auf Gesundheit be-

schneiden und über den Zugang zu Gesundheitsversorgung entscheiden. Dies sieht das Asylbewerberleistungsgesetz aber vor, das von manchen Juristen deshalb als verfassungsfeindlich angesehen wird und das Flüchtlinge struktureller Gewalt aussetzt. Es gibt keine wirklichen medizinischen und ökonomischen Argumente, um Asylbewerbern die baldige Ausstellung einer Versichertenkarte zu verwehren, die ihnen den Zugang zur allgemeinen medizinischen Versorgung auf dem Niveau von GKV-Patienten ermöglichen würde. Die Barrieren eines Zugangs zu Leistungen einer allgemeinen Krankenversorgung zu senken, wäre der erste Schritt.

2. Die Rolle von Gesundheitslotsen

Vor dem Hintergrund von Verständigungsschwierigkeiten, kulturellen Barrieren, verstörenden Traumatisierungserlebnissen, Unkenntnis unseres Gesundheitssystems und den speziellen medizinisch-fachlichen Herausforderungen benötigen Migranten Hilfestellungen auf ihrem Weg durch unser System. Diese könnten durch haupt- oder ehrenamtlich tätige Gesundheitslotsen erfolgen. Ziel ist, ein Verständnis für die Funktionsweise unseres Gesundheitssystems zu entwickeln und Reibungsverluste durch falsche oder fehlende Inanspruchnahmen von Leistungen zu vermeiden.

3. Prävention und Gesundheitserziehung

Präventive Maßnahmen gewinnen gerade bei der Zielgruppe der Migranten besonders an Bedeutung. Insbesondere Flüchtlinge sind durch ihre Lebensbedingungen eine besonders vulnerable Gruppe und müssen aus diesem Grund aktiv und strukturiert an Vorsorgeuntersuchungen, Impfprogramme und Gesundheitsaufklärung herangeführt werden. Nur auf ein bestehendes Angebot hinzuweisen, reicht nicht aus und widerspricht allem, was man über die Grundvoraussetzungen für den Erfolg von präventiven Angeboten weiß.

4. Weiterbildung für Helfer und Fachpersonal

Noch immer gibt es erhebliche fachliche Defizite. In Klinik und Praxis tätige Ärzte benötigen vermehrt Weiterbildung in vielen Aspekten der Migrantenmedizin: Dies schließt zum einen bei uns seltene oder unbekannte Krankheitsbilder ein, zum anderen aber auch Aspekte der interkulturellen medizinischen Kompetenz. Außerdem ist es wichtig, administrative und abrechnungstechnische Fragen soweit zu lösen, dass sie einer effizienten Patientenversorgung nicht mehr im Wege stehen. Gesamtgesellschaftlich werden Flüchtlinge in Zukunft eine große Rolle spielen, deshalb ist es sinnvoll, das gesamte Themenfeld frühzeitig auch im Ausbildungskatalog von medizinischem Fachpersonal, von Gesundheits- und Krankenpflegern



Besonders Kinder müssen schnell über ein umfassendes Impfprogramm erfasst werden.

und Medizinstudierenden aufzunehmen und in den Weiterbildungsordnungen zu verankern. Damit werden auch neue Kompetenzen und Kommunikationsflächen geschaffen und so ein Prozess gestartet, welcher der Entwicklung ausgrenzender oder rechtsradikaler Gedanken entgegenwirkt.

5. Integration

Der Integrationsprozess der Migranten wird dynamisch, langwierig und multidimensional ablaufen. Unabhängig von anderen wichtigen Lebensbereichen (Wohnen, Bildung, Arbeitsmarkt) spielt dabei auch der Zugang zu einer adäquaten Versorgung im Krankheitsfall eine bedeutende Rolle. Hier kann es bereits früh gelingen, den neuen Mitbürgern ein positives Bild von unserer Gesellschaft und ihren Werten (Hilfsbereitschaft, Respekt, Solidarität, Toleranz) zu vermitteln und somit auch die Akzeptanz eben dieser Werte zu fördern. Letztlich ist dies eine Grundvoraussetzung für erfolgreiche Integration und ein friedliches Miteinander.

Mittelfristig wird Erfolg oder Misserfolg der Integration vieler neuer Menschen ein zentrales gesellschaftspolitisches Thema in Deutschland werden. Tiefgreifende Veränderungen werden notwendig. Dies beginnt bei der Aufforderung zum Umdenken bei Akteuren und politischen Entscheidungsträgern, geht über die Anpassung der medizinischen Versorgungsstrukturen an den neuen Bedarf und endet bei einer Veränderung der Finanzierungssysteme unseres Gesundheitswesens.

Die adäquate medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland ist eine riesige Aufgabe, die einerseits medizinische Professionalität erfordert, andererseits in eine große gesamtgesellschaftliche Entwicklung eingebettet ist. Die Herausforderungen sind groß, erscheinen aber durchaus bewältigbar. Wie bei anderen Beispielen der Geschichte könnte auch in der sogenannten „Flüchtlingskrise“ der ärztliche Berufsstand wesentliche Impulse liefern, eine positive Entwicklung in Politik, Staat und Gesellschaft voranzutreiben.

Autoren

Professor Dr. August Stich,
Dr. Eva-Maria Schwienhorst,
Christine Wegener,
Uwe Ziegler

Korrespondenzadresse:
Professor Dr. August Stich,
Tropenmedizinische Abteilung,
Missionsärztliche Klinik,
Salvatorstraße 7, 97074 Würzburg,
Telefon 0931 791-2821, Fax 0931 791-2826,
E-Mail: august.stich@medmissio.de