

Zwischen Kommen und Bleiben

Medizinische Versorgung als Grundpfeiler der Integration von Geflüchteten

von Klaus Dercks, ÄKWL

Sensibel sein, begegnen, betreuen – die medizinische Betreuung Geflüchteter ist eine besondere Herausforderung für Ärztinnen und Ärzte. Grund genug, einen genaueren Blick auf die Zeit „zwischen Kommen und Bleiben“ zu werfen: Gemeinsam mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und dem Medizinischen Institut für transkulturelle Kompetenz informierte die Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL im Dezember in Münster über aktuelle Aspekte der Versorgung von Geflüchteten. „Es muss ein Gefühl dafür entstehen, dass wir alle unterschiedlich gleich sind“, wünschte sich Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Leiterin des Medizinischen Instituts für transkulturelle Kompetenz, zum Auftakt. Denn für die Ankommenden kann medizinische Betreuung eine wichtige Unterstützung bei ihrer Integration werden.

„Konnten nicht tatenlos daneben stehen“

„Wir konnten nicht tatenlos daneben stehen und zusehen“, erinnerte Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, an das Engagement der westfälisch-lippischen Ärzteschaft zu Hochzeiten des Flüchtlingszustroms im Jahr 2015. „Auch wir Ärztinnen und Ärzte wurden von der Entwicklung überrascht.“ Die Kammer habe seinerzeit rasch mit Service-Angeboten für die Organisation der medizinischen Versorgung reagiert. Mittlerweile gelte es, weitere Probleme zu lösen, vor allem im Bereich der Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. So fordere die Ärztekammer eine Kostenübernahme für medizinische Dolmetscher durch die Krankenkassen und Staatshaftung für Haftpflichtansprüche, die aus sprachlichen Problemen entstünden. „Es ist wichtig, sich gegenseitig, auch in Fremdartigkeit, anzunehmen“, sprach

sich Dr. Windhorst dafür aus, interkulturelle Kompetenz zu fördern.

Fortbildungsangebote

Elisabeth Borg, Leiterin des ÄKWL-Ressorts Fortbildung, nutzte die Gelegenheit, ausgewählte Angebote der Akademie für medizini-

Migration weltweit nicht geändert, stellte sie fest. „Da haben wir Menschen uns nicht entwickelt.“ Die Frauen, Männer und Kinder, die den Weg aus dem Herkunftsland bis zum Ende schafften, gehörten zu den Robusten. „Wenn sie ankommen, sind sie allerdings körperlich und geistig erschöpft.“ Wo Menschen in Not seien, so Dr. Golsabahi-Broclawski weiter,



Referenten und Diskutanten leuchteten die schwierige Phase des Ankommens nach einer Flucht aus unterschiedlichen Blickwinkeln aus: (v. l. n. r.) Dr. Ibrahim Güngör, Dr. phil. Michael Schwarzenau, Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski, Prof. Dr. Joachim Gardemann, Martina Erken, André Biakowski, Dr. Ute Teichert, Marek Heindorff, Elisabeth Borg, Martin Halotta, Dr. Theodor Windhorst und Dr. Jürgen Rissland. Foto: kd

sche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL in diesem Bereich vorzustellen: Dazu gehören die ankündigungsfähige curriculare Fortbildung „Transkulturelle Medizin – Interdisziplinäre kulturelle Kompetenz im ärztlichen Alltag“, deren Präsenzteil in diesem Jahr im Rahmen der Borkumwoche stattfindet und Fortbildungsveranstaltungen „Medizin transkulturell und global“ in Münster und Dortmund (s. S. 6 in dieser Ausgabe).

Gründe für Flucht bleiben unverändert

Flucht ist kein spezifisch deutsches und auch kein neues Thema: „Der Pass ist der edelste Teil von einem Menschen“, zitierte Dr. Solmaz Golsabahi-Broclawski aus Bertolt Brechts „Flüchtlingsgesprächen“ – auch fast 80 Jahre später hätten sich die Gründe für Flucht und

träten Krankheiten auf. Die Geflüchteten mit medizinischer Versorgung aufzufangen, brauche gute Vorbereitung.

Bisher kein adäquates Bild vom Gesundheitszustand Geflüchteter

Doch worauf? „Die Datengrundlage ist sehr schlecht“, räumte Dr. Jürgen Rissland ein, der die Entwicklung am Institut für Virologie/Staatliche Medizinialuntersuchungsstelle des Universitätsklinikums des Saarlandes verfolgt. Noch immer sei es nicht möglich, ein adäquates Bild vom Gesundheitszustand der nach Deutschland Geflüchteten zu zeichnen. So bleiben nur Beispiele: Von 10.000 Patienten, die von August 2015 bis März 2016 in der Landesaufnahmestelle Lebach behandelt wurden, berichtete Dr. Rissland, hätten 40

Prozent wegen grippaler Infekte ärztliche Hilfe gesucht.

Eine weitere Untersuchung, bei der ICD-10-Diagnosegruppen bei Geflüchteten nach dem Bremer Modell aufgeschlüsselt wurden, habe als Behandlungsschwerpunkte Krankheiten des Atemsystems, des Verdauungssystems und Zahnbehandlungen gezeigt. „Nichts Besonderes also. Der Anteil gesunder Flüchtlinge ist überraschend hoch.“ Auch die durchschnittlichen Versorgungskosten für Asylbewerber seien in den Jahren 2015/2016 mit 1824 Euro deutlich geringer gewesen als für deutsche GKV-Versicherte. „Die Geflüchteten können also so sehr krank nicht sein.“ Was angesichts eines Durchschnittsalters von 24 Jahre auch nicht verwundere.

Probleme in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten zeigten sich vor allem in der Betreuung von Patienten mit Traumafolgestörungen. Nur ein kleiner Teil der Betroffenen habe bislang aus Psychosozialen Zentren in die Regelversorgung überführt werden können – „ein Strukturproblem“. Dabei sei eine Stabilisierung der Patienten, so Dr. Rissland, bereits frühzeitig möglich. Ein Trauma müsse nicht zwangsläufig eine chronische Erkrankung nach sich ziehen, gelingende Integration könne das Risiko mindern.

Sorge wegen „exotischer“ Krankheitsrisiken nicht bestätigt

Die 2015 bestehende Sorge vor „exotischen“ Krankheitsrisiken habe sich weitgehend nicht erfüllt, erläuterte Dr. Rissland. Zwar seien 2016 rund ein Viertel aller Tuberkulose-Meldungen auf Asylbewerber zurückgegangen.

„Doch die Meldungen sind nicht mit einer Fluchtregion im Besonderen verbunden. Aber Infektionskrankheiten, vor denen wir uns Sorgen gemacht haben, tauchten erst gar nicht auf.“

„Es gibt seit Langem Erfahrungen mit allen Problemen, die mit Flucht zusammenhängen“, relativierte Prof. Dr. Joachim Gardemann den Eindruck, dass der Flüchtlingszustrom nach Deutschland ab 2015 grundlegend neue Anforderungen an die medizinische Versorgung stelle. So biete etwa das „Handbook for Emergencies“ des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen eine Richtschnur für die Hilfe. Mindeststandards für die Versorgung Geflüchteter legen zudem das Sphere Project für Nichtregierungsorganisationen fest. „Dahinter steht die Grundüberzeugung: Jeder hat ein Recht auf Hilfe. Und man muss alles tun, um Leiden zu lindern.“

Gesundheitsrisiken vor, während und nach der Flucht illustrierte Prof. Gardemann anhand zahlreicher Beispiele aus der eigenen Arbeit in humanitären Einsätzen. Von der mangelhaften Versorgung chronisch Kranker im Herkunftsland über gefährliche Skorpione in jordanischen Flüchtlingslagern bis hin zu arglos aufgenommenen, lebensgefährlicher Nahrung in Deutschland – „in Syrien gibt es keine Knollenblätterpilze“ – reiche das Spektrum.

„Standards auch auf Zugereiste anwenden“

Auch Prof. Gardemann sprach sich für einen einfachen Zugang von Geflüchteten mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen zu Angeboten psychiatrischer Versorgung und zu einem Netz gemeindebasierter sozialer Un-

terstützung aus. „Wir sollten die Standards unseres Landes auch auf die Zugereisten anwenden“, fasste Gardemann zusammen. Das sei in Deutschland nicht durchgehend der Fall, Anspruch und Wirklichkeit klappten auseinander. „Wäre die Bundesrepublik Deutschland eine Hilfsorganisation, so könnte diese Hilfsorganisation von der Bundesrepublik Deutschland keine Zuwendungen erhalten, da sie sich oftmals nicht an die international vereinbarten Nothilfestandards des Sphere Projects hält.“

Vom gestaltenden Menschen zum Sorgefall

Die abschließende Podiumsdiskussion warf unterschiedliche Schlaglichter auf das Erleben von Flucht und medizinischer Versorgung in der Situation des Ankommens. „Wir konnten uns nicht verständlich machen“, beschrieb der aus dem Iran stammende Künstler Mehrdad Zaeri-Esfahani die schwierige Zeit des Starts in Deutschland. Als Jugendlicher erlebte er zudem Familienangehörige, „die vom gestaltenden Menschen zum Sorgefall wurden“.

„Die Lage hat sich beruhigt“, berichtete Dr. phil. Michael Schwarzenau, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe, dass die 2015 angesichts des Flüchtlingszustroms bei der Kammer eingerichtete Servicestelle mittlerweile nicht mehr in Anspruch genommen werde. In den Vordergrund rückten nun Fragen wie die Gestaltung der Sprachmittlung. „Sprache ist der Schlüssel“, bestätigte auch Dr. Ibrahim Güngör. Der niedergelassene Internist berichtete auch aus seiner Praxis von Sprachproblemen. „Aber die waren lösbar!“

Möglichkeiten zur Qualifikation von Geflüchteten für die Arbeit im deutschen Gesundheitswesen skizzierte Martina Erken. Die Mitarbeiterin des Kölner mibeg-Instituts stellte das von ihr betreute Projekt „IQuaMed – Integration durch Qualifizierung und Anerkennung in medizinischen Arbeitsfeldern“ vor. Dr. Ute Teichert, Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, verwies auf die Notwendigkeit, für die künftige medizinische Versorgung von Geflüchteten das „Kästchendenken“ des sektoral organisierten deutschen Gesundheitswesens hinter sich zu lassen. „Diese Einteilung ist nicht mehr zielführend.“ Die Situation biete schließlich nicht nur Anforderungen, sondern auch Chancen. „Wir müssen die Augen aufmachen! Mit neuen Menschen kommen auch neue Ideen.“

LESUNG AUS DEM BUCH „ZWISCHEN KOMMEN UND BLEIBEN“

Flüchtlingspolitik im gesellschaftlichen Querschnitt

Das Buch setzte der Willkommenskultur ein literarisches Denkmal, begrüßte Bundesjustizminister Heiko Maas 2016 die von André Biakowski, Martin Halotta und Thilo Schöne herausgegebene Anthologie „Zwischen Kommen und Bleiben.“ André Biakowski und Martin Halotta berichteten von der Entstehung des bei der Friedrich-Ebert-Stiftung

erschienen Buches, das Deutsche und Geflüchtete zu Themen wie Werten, Flucht, Integration und Heimat zu Wort kommen lässt. So auch Marek Heindorff: Der Autor las im Ärztehaus in Münster seinen Text „Gesicht im Sand“, der vom um die Welt gegangenen Bild des auf der Flucht im Mittelmeer ertrunkenen Jungen Aylan Kurdi ausgeht.