

Primärärztliche Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland

Erste Daten zu Demographie und Behandlungsanlässen nach Etablierung einer medizinischen Grundversorgung in Zentralen Erstaufnahmen

Primary care for refugees in Germany – first data on demographics and reasons for treatment after the establishment of basic health care in refugee camps

U. Grote¹ · G. Wildenau² · G. Behrens³ · A. Jablonka³

Zusammenfassung

Hintergrund: Durch aktuelle Unruhen in Ländern des Nahen und Mittleren Ostens sowie Nordafrikas sind viele Länder Europas mit einem neuen Flüchtlingsstrom konfrontiert. In Deutschland werden dieses Jahr etwa achthunderttausend Flüchtlinge erwartet. Durch die vielen Strapazen und die lange Reise benötigen viele der Flüchtlinge eine medizinische Versorgung.

Methodik: Während der dreitägigen Beobachtungszeitraumes wurden Behandlungsdaten aus der medizinischen Grundversorgung in zwei zentralen Erstaufnahmen durch Ärzte und Assistenzpersonal unsystematisch im Rahmen der Routineversorgung gesammelt. Demographische Daten und Daten zu Vorstellungsgründen wurden erfasst und ausgewertet.

Ergebnisse: In den ersten drei Tagen der Behandlung wurden insgesamt 371 Flüchtlinge medizinisch versorgt. Von den behandelten Flüchtlingen waren 73% männlich, 21% der behandelten Patienten waren unter 18 Jahren. Die meisten Patienten klagten über Atemwegserkrankungen (32%) und Hauterkrankungen (19%). In beiden Einrichtungen wurde eine Häufung von Skabieserkrankungen beobachtet.

Schlussfolgerungen: Die Erfahrungen belegen die enormen logistischen, kommunikativen und medizinischen Herausforderungen in den Flüchtlings-einrichtungen. Zusätzlich geben sie einen Überblick, mit welchen Erkrankungen und Manifestationen zu rechnen

ist und worauf das Fachpersonal Wert legen sollte (z.B. korrekte Dokumentation und Registrierung der Patienten). Langfristig müssen tragfähige Lösungen geschaffen werden, um einen breiten und barrierefreien Zugang zu einer ausreichenden medizinischen Versorgung sicherzustellen.

Summary

Background: Due to current armed conflicts in the Middle East and Northern Africa, many European countries face increasing numbers of refugees. Germany is expecting about 800,000 refugees in 2015. After a long journey and associated distress, many of these refugees need medical care.

Methods: During the observation period, data on treatment of refugees were unsystematically collected by physicians and assistants. Data on demographics and reasons for medical treatment were analysed.

Results: During the first three days of treatment in two different refugee camps, a total of 371 refugees were seen by doctors. 73% of these patients were male, 21% under the age of 18 years. Most of these patients reported having respiratory (30%) or skin disorders (19%). Scabies represented a further problem.

Conclusion: Experiences from the first three days have already outlined current problems (e.g. language problems) and approaches how to deal with them. In addition, it gives an overview of common diseases during the first phase of

- 1 Abteilung Molekulare Hämatopoese, Medizinische Hochschule Hannover
- 2 Freiberuflicher Arzt, Hannover
- 3 Klinik für Immunologie und Rheumatologie, Medizinische Hochschule Hannover

Schlüsselwörter

Flüchtlinge – Asylbewerber – Erstaufnahmeeinrichtung – Primärärztliche Versorgung

Keywords

Refugees – Asylum Seekers – Primary Health Care – Provision of Health Care

treatment in refugee camps in Germany. It also showed the kind of challenges medical personnel are facing (e.g. correct documentation and registration of patients). Eventually sustainable solutions need to be implemented in order to assure that all refugees will have a broad and barrier-free access to adequate health care provisions.

Einleitung

Die Demokratisierungsbemühungen und konkurrierenden wirtschaftlichen und politischen Interessen haben zu einem Prozess der nachhaltigen und anhaltenden Destabilisierung vieler Nationen des Nahen und Mittleren Ostens sowie Nordafrikas (Syrien, Irak, Afghanistan, Libyen) geführt. Durch diese aktuellen Unruhen sind Deutschland und viele Länder Europas mit einem neuen Flüchtlingsstrom konfrontiert.

Unter Berücksichtigung geopolitischer Prognosen der weiteren Entwicklung des Flüchtlingsstroms muss davon ausgegangen werden, dass es sich hier nicht um eine zeitlich begrenzte Problematik handelt. Die aktuelle Dynamik der Flüchtlingszahlen legen nahe, dass aktuell lediglich die ersten Auswirkungen eines Prozesses zu spüren sind, welcher sich eher ausweiten wird. Auch das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen rechnet damit, dass der Flüchtlingsstrom über die nächsten Jahre eher zu als abnehmen wird [1].

Aktuell sind weltweit rund sechzig Millionen Menschen auf der Flucht. Nahezu zwanzig Millionen davon haben ihr Land verlassen müssen [2]. Der größte Teil der Flüchtlinge stammt aus Syrien (ca. vier Millionen), gefolgt von Afghanistan und Staaten Ex-Jugoslawiens. In Deutschland wurden alleine im ersten Halbjahr dieses Jahres 180.000 Flüchtlinge aufgenommen, was eine Erhöhung um 132,2% entspricht, vergleichen mit dem Vergleichszeitraum im Vorjahr (77.109 Flüchtlinge) [3]. Für das gesamte Jahr rechnet die Bundesregierung mit mehr als 750.000 Flüchtlingen [4].

Dieser starke Zuwachs an Flüchtlingen zeigt sich auch in Hamburg. Während 2010 nur 3.574 Asylsuchende in Ham-

burg lebten (878 mit Unterbringungsbedarf), waren es 2014 bereits 12.653, wovon 5.985 eine Unterbringung benötigten. Im ersten Halbjahr dieses Jahres wurde alleine für 5.725 Flüchtlinge eine Unterkunft benötigt, womit die Zahlen des Vorjahres schon erreicht wurden. Alleine im Juli 2015 gab es in Hamburg nach offiziellen Angaben ca. 5.700 Asylanträge. Die Zentralen Erstaufnahmen haben derzeit eine Kapazität von etwa 7.500 Plätzen und müssen stetig ausgebaut werden. Auch in Hamburg stammen die meisten Flüchtlinge aus Syrien und den Balkanländern sowie Somalia [5].

Durch die Strapazen der langen Reise benötigen viele der Flüchtlinge eine medizinische Versorgung. Bisher ist die Gestaltung der medizinischen Versorgung Ländersache. Viele Verbände und Parteien fordern jedoch die Einführung einer Krankenversicherung für Flüchtlinge.

In Hamburg wird die medizinische Grundversorgung grundsätzlich über Notfallbehandlungsscheine gesichert, bis nach mehreren Monaten ein Zugang zum regulären Krankenversicherungssystem nach dem „Bremer Modell“ erfolgt [6]. Da dieses System bei steigender Zahl von Flüchtlingen nicht aufrechterhalten werden konnte, wurde kurzfristig eine medizinische Grundversorgung direkt vor Ort etabliert. Unabhängig davon sollte eine Erstaufnahmeuntersuchung laut § 36 Infektionsschutzgesetz vor oder direkt nach Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft bei jedem Flüchtling durchgeführt werden. Die zeitgerechte Durchführung ist allerdings bei den weiter steigenden Flüchtlingszahlen immer weniger gewährleistet. Die Untersuchung umfasst die Erkennung von Infektionserkrankungen und hier insbesondere einer ansteckungsfähigen Tuberkulose mittels Röntgenbild.

Das Asylbewerberleistungsgesetz legt fest, dass Flüchtlinge nur Anspruch auf die „Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ haben. Wie diese genau auszusehen hat, regeln die betroffenen Kommunen. Hierzu existieren bislang weder Standards zur Durchführung noch zum Aufbau einer

solchen Versorgung in Deutschland. Es gibt allerdings Hinweise, dass ein restriktiver Zugang zur regulären Versorgung letztendlich höhere Gesundheitskosten verursacht [7].

Wissenschaftlich ist weitgehend unbekannt, inwieweit durch Flüchtlinge importierte Infektionserkrankungen ein reales Problem darstellen. Systematisch erfasste Daten existieren in Europa kaum. Eine Studie aus Italien fand in einem Screening von Flüchtlingen in einer Erstaufnahmeeinrichtung keine Hinweise auf ansteckende Erkrankungen [8]. In einer Untersuchung aus dem Jahr 2013 konnten keine Wildtyp-Polioviren bei syrischen Immigranten nachgewiesen werden [9]. In München zeigte sich, dass ein systematisches radiologisches Screening auf Tuberkulose, wie es derzeit vorgeschrieben ist, bei 4.000 Untersuchungen 22 Fälle einer unmittelbar behandlungsbedürftigen Tuberkulose identifizieren konnte [10].

Die Literatur bietet bislang nur wenig wissenschaftliche Evidenz über primärärztlichen Behandlungen bei Flüchtlingen in Deutschland. Ein systematisches Review ist in Planung [11]. Dieser Artikel kann nur einen ersten Überblick über die Behandlungsanlässe in Erstaufnahmeeinrichtungen direkt nach der Etablierung einer medizinischen Grundversorgung geben.

Methodik

Medizinische Versorgung

Ein privater Anbieter wurde beauftragt, die medizinische Grundversorgung von Flüchtlingen in zentralen Erstaufnahmen sicherzustellen, bis diese registriert sind und ihnen eine kassenärztliche Versorgung offensteht. In diesem Artikel wird über die medizinische Betreuung an drei Tagen in zwei Einrichtungen (Einrichtung 1 mit ca. 730 Bewohnern und Einrichtung 2 mit ca. 2.000 Bewohnern) berichtet. Inzwischen werden insgesamt fünf zentrale Erstaufnahmen mit einer Gesamtzahl von etwa 5.700 Flüchtlingen betreut.

Die jeweiligen Behandlungsstätten zur medizinischen Basisversorgung waren in Containern oder Zelten untergebracht

und jeweils mit einer elektronischen Registrierung, Behandlungsbereichen und einem Medikamentenvorrat ausgestattet. Einweisungen ins Krankenhaus erfolgten bei akuten Erkrankungen. Die Überweisung in eine fachärztliche Versorgung gestaltete sich schwierig, war nur auf Antrag möglich und erfolgte mit deutlicher zeitlicher Verzögerung.

Während am ersten Tag nur eine Ärztin tätig war, waren ab Tag zwei in den zwei Einrichtungen insgesamt vier Ärzte mit Erfahrung in der Orthopädie und Unfallchirurgie, Inneren Medizin und Gastroenterologie sowie Infektiologie tätig.

Zur Diagnostik standen eine hausärztliche Basisausstattung mit 12-Kanal-EKG Gerät, Otoskop, Blutdruckmessgerät und Fieberthermometer sowie eine Notfallausrüstung zur Verfügung.

Die therapeutischen Möglichkeiten beschränkten sich auf orale Medikation sowie Material zur Durchführung kleiner invasiver Prozeduren.

Datenerhebung

Der erste Tag (30.07.2015) diente zunächst dem Aufbau der Infrastruktur zur Behandlung und der Visite erster Patienten. Zunächst wurden alle relevanten Behandlungsdaten (Name, Geburtsdatum, Grund der Vorstellung, Untersuchungsbefund und Therapie) elektronisch festgehalten. In den folgenden Tagen wurde das System um ein Barcode-basiertes Registrierungssystem erweitert, das eine verlässliche Patientenidentifizierung und Erfassung in der Datenbank ermöglichte.

Die Daten wurden durch Ärzte und Assistenzpersonal unsystematisch im Rahmen der Routineversorgung erfasst. Die Daten zu Vorstellungsgründen wurden für die Auswertung nach Organsystemen gruppiert. Daten zu Transporten mit Rettungsmitteln wurden der Datenbank entnommen und mit den Einsatztagebüchern abgeglichen. Plausibilitätskontrollen wurden für alle Daten durchgeführt.

Die Ergebnisse dieses Artikels basieren zunächst ausschließlich auf den Daten der ersten drei Tage des Einsatzes in Einrichtung 1 und der ersten beiden Tagen in Einrichtung 2.

Ergebnisse

Insgesamt wurden von Freitag bis Sonntag an zwei Standorten von Erstaufnahmeeinrichtungen 371 Flüchtlinge behandelt. Von den behandelten Flüchtlingen waren 73% männlich, 21% der behandelten Patienten waren unter 18 Jahren. Die Altersverteilung zeigt, dass der Großteil der behandelten Patienten zwischen 18 und 29 Jahren alt waren, gefolgt von der Gruppe der 30-39 Jährigen (Abb. 1). Die älteste Bewohnerin, die behandelt wurde, war 85 Jahre, das Jüngste unter einem Jahr. Bei den Kindern waren 66% der Behandelten weiblich, während bei den Erwachsenen nur 20% weiblich waren (Tab. 1). Insgesamt wurden 417 Behandlungsanlässe in drei Tagen erfasst.

Tabelle 1

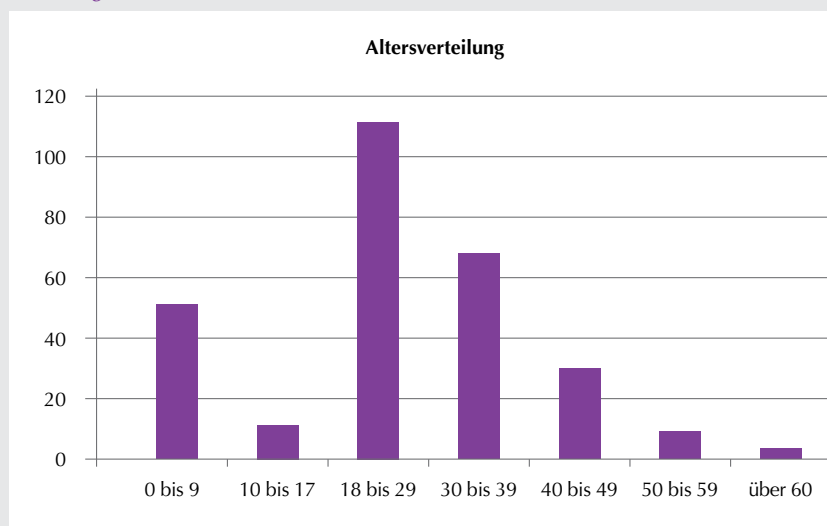
Gesamtverteilung von Erwachsenen und Kindern unter 18 Jahren, nach Geschlechtern getrennt, an beiden Standorten.

	männlich	weiblich	Total
Erwachsene	235	59	294
Kinder	34	43	77
Total	269	102	371

• Am Freitag wurden zunächst in nur einer Einrichtung (Einrichtung 1) 84 Patienten (Tab. 2) behandelt, wovon drei Flüchtlinge in ein Krankenhaus eingewiesen werden mussten. Grund hierfür waren ein akutes Koronarsyndrom, Verdacht auf eine Cholezystitis einer Schwangeren und ein Insektenstich am Finger mit ausgeprägtem Ödem und Unmöglichkeit der Entfernung eines Fingerringes. Die Mehrzahl der behandelten Flüchtlinge waren männliche Erwachsene (51 Personen). Fast ein Drittel der Patienten klagten über Infekte der oberen Atemwege. Weitere acht Patienten stellten sich mit gastrointestinalen Beschwerden vor. Bereits am ersten Tag wurden zehn Fälle von Skabies diagnostiziert, zusätzlich zu zahlreichen weiteren durch einen vom Gesundheitsamt beauftragten Dermatologen bestätigten Fällen. Daneben gab es sechs Flüchtlinge, die Stiche von Parasiten, wie Flöhen und Läusen, aufwiesen. Andere Hauterkrankungen wie z.B. Candidaerkrankungen traten bei 9 Patienten auf. Ein 8-jähriger Junge litt an einer bereits vorbehandelten Rickettsiose.

• Ab Tag zwei wurden zwei Erstaufnahmeeinrichtungen betreut. In Einrichtung 1, in welcher bereits am Vortag eine medizinische Behandlung stattfand, wurden in etwa anderthalb Stunden 22

Abbildung 1



Altersverteilung der behandelten Patienten. X: Alter in Jahren, Y: Anzahl der Patienten.

Tabelle 2

Versorgung von Flüchtlingen, von Erwachsenen und Kindern unter 18 Jahren, nach Geschlechtern getrennt, in beiden Einrichtungen in den ersten drei Tagen.

	männlich		weiblich		Total	
	Einrichtung 1	Einrichtung 2	Einrichtung 1	Einrichtung 2	Einrichtung 1	Einrichtung 2
Freitag						
Erwachsen	51	0	22	0	73	0
Kinder	5	0	6	0	11	0
Total	56	0	28	0	84	0
Samstag						
Erwachsen	9	85	1	22	10	107
Kinder	6	10	6	14	12	24
Total	15	95	7	36	22	131
Sonntag						
Erwachsen	21	69	5	9	26	78
Kinder	6	7	7	10	13	17
Total	27	76	12	19	39	95

Patienten behandelt, acht davon aufgrund von grippalen Infekten (Tab. 2). Da es nach dieser Zeit offenbar keinen Bedarf an medizinischer Behandlung mehr gab und in Einrichtung zwei noch keine medizinische Basisversorgung für die Flüchtlinge angeboten worden war, wechselte das ärztliche Team in eine zweite Erstaufnahmeeinrichtung (Einrichtung 2). Hier wurden in den kommenden sechs Stunden 131 Patienten versorgt (Tab. 2), wovon der Großteil wieder männliche Erwachsene waren. Insgesamt wurden vier Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen (V.a. akute Hepatitis, hypertensiver Notfall, ausgedehnter Muskelabszess, fieberhafter Infekt mit Somnolenz bei einem Kind). Ebenso wie am Freitag in Einrichtung 1 waren in gut 30% der Fälle grippale Infekte der Hauptgrund für die Vorstellung. Skabies wurde bei zwölf Personen, Fadenwürmer bei drei und andere Dermatosen bei 15 Flüchtlingen festgestellt. Zwanzig Flüchtlinge berichteten abdominelle Beschwerden. Auffällig war in dieser Einrichtung die große Anzahl an Patienten mit Beschwerden im

Bereich des Bewegungsapparates (16x) sowie Zahnschmerzen (12x). Darüber hinaus wurden bei typischer Klinik bei zwei Kindern Ringelröteln und bei einem dreijährigen Mädchen Scharlach diagnostiziert.

- An Tag drei zeigte sich ein kleiner Rückgang der Anzahl Hilfesuchender in beiden Einrichtungen. Es wurden insgesamt 134 Flüchtlinge in beiden Erstversorgungseinrichtungen behandelt. (Tab. 2). In Einrichtung 1 wurden in vier Stunden 39 Patienten behandelt. Wie die Tage zuvor litten 16 Personen an Erkältungen, andere pneumologische Probleme wurden von drei Patienten berichtet. Abdominelle Beschwerden wurden von vier Bewohnern angegeben. Erstmals wurden auch hier Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates berichtet (7x). In der zweiten Einrichtung gab es an diesem Tag insgesamt sechs Krankenhauseinweisungen, deren Gründe eine Abszessspaltung im Unterkiefer (Kind), ein drohendes Kompartmentsyndrom, proktologische Chirurgie, supravent-

rikuläre Tachykardie, ein akutes Koronarsyndrom sowie ein akutes Abdomen (Kind) waren. Ebenso wie die Tage zuvor, wurden bei 25% der Patienten grippale Infekte diagnostiziert. Neunzehn Flüchtlinge stellten sich mit dermatologischen Problemen vor. Zwölf Flüchtlinge klagten über abdominelle Beschwerden. Herz-Kreislaufbeschwerden traten bei fünf Patienten auf, neurologische Beschwerden bei drei. 10% der Vorstellungsründe umfassten Symptome im Bereich des Bewegungsapparates. Neunmal mussten alte (z.B. Bombensplitter, Schusswunden) und sechsmal frische Wunden (z.B. Sturz) versorgt werden.

Während der drei Tage wurden mit 29% am häufigsten Infekte der oberen Atemwege diagnostiziert. Der zweithäufigste Behandlungsgrund waren dermatologische Probleme inklusive parasitäre Dermatosen mit 19%, gefolgt von gastrointestinalen mit 12% und orthopädischen Beschwerden mit 9%. Psychische Erkrankung machte insgesamt nur 1% aller Vorstellungsründe aus (Tab. 3).

Täglich stellten sich Patienten mit Erkrankungen vor, die eine spezialisierte und unmittelbare Diagnostik und Therapie erforderten, wie chirurgisch zu versorgenden Erkrankungen oder neurologische Symptome. Auch bestand Bedarf an gynäkologischer- und geburts-hilflicher Betreuung.

Diskussion

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen ist in Hamburg Aufgabe der Behörde für Inneres und Sport. Hamburg bedient sich des Bremer Modells, um eine rasche Überführung in das reguläre Krankenversicherungssystem zu ermöglichen. Durch die aktuellen Flüchtlingszahlen ist eine zeitnahe Registrierung der Flüchtling nicht mehr gewährleistet und damit ein rascher Zugang zum regulären Gesundheitssystem unmöglich. Die so entstandene Versorgungslücke konnte hier durch eine koordinierte ärztliche Grundversorgung im Auftrag einer privaten Organisation geschlossen werden. Es ist uns gelungen, innerhalb von weniger als 24 Stunden die medi-

Tabelle 3

Behandlungsanlässe von Erwachsenen und Kindern, geordnet nach Häufigkeit und nach Organsystemen geteilt.

Behandlungsanlässe Organsystembezogen	Erwachsene	Kinder	Total
Atemwege	101	34	135
davon: Infekte der oberen Atemwege	92	28	120
Haut	66	15	81
davon: Parasitäre Hauterkrankungen	26	12	38
Bewegungsapparat	38	1	39
Abdomen	34	16	50
Zahn-Mund-Kiefer	16	8	24
Wundversorgung & kleine Chirurgie	16	2	18
Gynäkologie	10	0	10
Herz-Kreislauf	7	0	7
Stoffwechsel	6	0	6
Augen	6	2	8
Nervensystem	5	1	6
Psyche	4	0	4
Spezifische Infektionserkrankungen	4	5	9
Sonstiges	19	2	21
Total	332	86	418

zinische Akutversorgung für mehr als 3.000 Flüchtlinge zu etablieren. Die Herausforderungen liegen in einer Verstärkung dieser Strukturen und eine adäquaten Betreuung spezifischer Patientengruppen.

Die Auswertung der ersten Tage nach Etablierung einer medizinischen Grundversorgung zeigte, dass ein relevanter Bedarf an qualifizierter ärztlicher Versorgung bestand. Die Alters- und Geschlechterverteilung der Flüchtlinge, die eine medizinische Behandlung wünschten, entspricht der Verteilung aller Flüchtlinge in den Erstaufnahmeeinrichtungen. Die Altersverteilung in den Erstaufnahmeeinrichtungen wiederum entspricht in etwa der Statistik von Eurostat, nach der der größte Anteil der Asylantagssteller in der Gruppe der 18- bis 34-Jährigen liegt. Dies entspricht der Altersverteilung in unserer Kohorte: Äquivalent zu Eurostat aufschlüsselt sind 126 von untersuchten 236 Flüchtlingen 18 bis 34 Jahre alt (53%) [12].

Aus medizinischer Sicht klagten täglich fast ein Drittel der Patienten über Infekte der oberen Atemwege, was durch die Unterbringung im Zelt und auf engen Raum sowie durch die Klimaaumstellung begünstigt werden kann. Viele der Flüchtlinge klagten trotz Hochsommers Ende Juli über die Kälte. In den Tagen vor dem Beginn der Versorgung ist die Temperatur in den Nächten auf unter zehn Grad gefallen.

Oft wurden auch unspezifische abdominelle Beschwerden berichtet, wofür viele Flüchtlinge das für sie ungewohnte Essen verantwortlich machten. Zusätzlich wurden hier von den ärztlichen Kollegen auch häufig psychische Ursachen vermutet. Darüber hinaus wurden viele Flüchtlinge mit Krätze und Läuse gesehen. Auch hier ist das Leben auf engem Raum für die Ausbreitung der Parasiten vorteilhaft. In Flüchtlingslagern in den Tropen sind diese Erkrankungen endemisch.

Die schlechte Mundhygiene zeigt sich im allgemeinen Zahnstatus der Flüchtlinge. Viele klagten über Zahnschmerzen, der Zahnstatus war bei fast allen Patienten sanierungsbedürftig. Die zahnärztliche Versorgung in zentralen Aufnahmeeinrichtungen ist rudimentär und wird sich auch in Zukunft nur auf die Versorgung akuter Notfälle begrenzen können.

Die Diagnosegruppe "Psychische Erkrankung" machte in dieser Erhebung lediglich ein Prozent aller Diagnosen aus. Dennoch wurden in vielen Fällen psychische Belastungen als Auslöser der Beschwerden durch die ärztlichen Kollegen vermutet. Hierbei muss beachtet werden, dass bei der initialen Primärversorgung selten genügend Zeit zur Verfügung steht, um alle Somatisierungsstörungen vollständig zu erfassen. Zudem bestehen regelhaft große sprachliche und kulturelle Barrieren. Ein Großteil der Patienten ist sich der psychischen Ursache ihrer Beschwerden vermutlich nicht bewusst und gibt diese somit nicht an bzw. begibt sich deswegen nicht in medizinische Behandlung. Bei einer stichprobenartigen Befragung der behandelten Flüchtlinge zeigte sich, dass etwa 30% an Stress, Einschlaf-/Durchschlafstörungen oder Somatisierungsstörungen leiden. In einer aktuellen Studie aus Deutschland zeigten etwa 20% der Kinder posttraumatische Belastungsstörungen [13].

Prinzipiell zeigte sich während des, dass die meisten Patienten aufgrund akuter Beschwerden ärztlichen Rat suchten. Diese Beschwerden entsprachen vorwiegend hausärztlichen Beratungsanlässen und konnten vor Ort behandelt werden. Nur in Einzelfällen war eine sofortige stationäre Einweisung erforderlich. Erst im Verlauf der Versorgung stellten sich immer mehr Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie alten traumatischen Verletzungen, Diabetes, Hypertonie, aber auch posttraumatischen Belastungsstörungen oder nicht akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen wie Vitiligo vor. Auch wenn solche chronische Leiden bei regulär gesetzlich Versicherten sicherlich behandelt werden, ist im Rahmen der

medizinischen Versorgung von Flüchtlingen aber die Beschränkungen auf die ausschließliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände zu beachten. Banale gastrointestinale Beschwerden oder Erkältungskrankheiten können nach Ausschluss einer schwerwiegenden Erkrankung vor Ort erfolgreich symptomatisch behandelt werden. Andere Erkrankungen benötigen eine weiterführende Diagnostik und Therapie, die nur durch eine fachärztliche Behandlung gewährleistet werden kann.

Die medizinische Behandlung erfordert eine gründliche und nachvollziehbare Dokumentation. Gerade bei Sprachbarrieren und häufig wechselnden Patienten bzw. Ärzteteams kann nur so eine sinnvolle Folgeversorgung erfolgen. Auch wird dadurch Missbrauch und Handel mit den abgegebenen Medikamenten vorgebeugt. So wurden beispielsweise häufig Benzodiazepine und Opiate durch osteuropäische Flüchtlinge nachgefragt. In einem Fall wurde während der Fortführung der Versorgungsmaßnahmen eine Familie identifiziert, die in zehn Tagen bei verschiedenen ärztlichen Kollegen um insgesamt 23 Verordnungen von Cotrimsaft für ihr Kind baten.

Nur wenig Hilfe bieten mitgebrachte medizinische Dokumente der Flüchtlinge. Briefe oder Atteste müssen in aller Regel zuerst übersetzt werden und liefern oft nur unzureichende Informationen über Diagnosefindung und Vortherapien.

Auch die sprachliche Barriere erschwert es oft, eine Anamnese durchzuführen oder den Patienten Therapien zu erklären. Bei mehr als 80% der Patientenkontakte ist die Unterstützung eines Dolmetschers wünschenswert. Grundsätzlich wären vereidigte Dolmetscher erforderlich, damit sichergestellt werden kann, dass auch eine korrekte Übersetzung erfolgt. In Anbetracht der Situation musste allerdings häufig auf nicht professionelle Übersetzer zurückgegriffen werden. Wenn überhaupt kein Dolmetscher zur Verfügung stand und die Flüchtlinge kein English oder Deutsch verstanden, wurden Piktogramme entworfen, um

nonverbal zu kommunizieren. Aus Sicherheitsgründen wurden Patienten meist nur Medikamente für wenige Tage ausgehändigt, um die akzidentelle Einnahme toxischer Mengen zu verhindern.

Zentrale Aufnahmen sind Orte kultureller Vielfalt und Konflikte, die in der ärztlichen Versorgung unbedingt berücksichtigt werden sollten. Viele Frauen wollen nur von Ärztinnen untersucht werden. Auch sprechen in einigen Kulturen Frauen grundsätzlich nur über ihren Ehemann mit dem ärztlichen Personal. Für solche Situationen muss das von Beginn an Einsatzpersonal sensibilisiert werden und darauf – soweit möglich – eingehen. Um Missstimmungen zu verhindern, sollte darauf geachtet werden, dass es zu keiner subjektiv wahrgenommenen Bevorzugung von bestimmten kulturellen Gruppen kommt. Insgesamt waren die Stimmung und das Auftreten gegenüber dem medizinischen Personal aber durchweg positiv, und größere Konflikte sind nicht aufgetreten.

Die verschiedenen vertretenen Fachrichtungen vor Ort waren von großem Nutzen. Während die sichere Beurteilung von Beschwerden des Bewegungsapparates ohne Möglichkeiten einer erweiterten Diagnostik besondere Expertise auf dem Gebiet der Unfallchirurgie erfordert, ist die Blickdiagnose Ringelröteln oder Madenwurmbefall bei Erfahrungen in der Infektiologie unproblematisch, während diese die jeweils anderen Fachkollegen vor große Herausforderungen stellt. Da eine Weitervermittlung in die fachärztliche Therapie problematisch ist, sollten möglichst verschiedene Facharztgruppen vor Ort versammelt werden. Diese Kombination der Expertise und enge Kooperation mit dem Gesundheitsamt ist auch unabdingbar, da Erstaufnahmeeinrichtungen immer auch eine infektionsepidemiologische Herausforderung darstellen.

Bereits am ersten Tag der Versorgung wurde durch Anwesenheit einer ärztlichen Kollegin mit Erfahrungen in der Infektiologie zusammen mit einer Kollegin aus dem Public-Health-Bereich in enger Abstimmung mit den Kollegen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

und einem Dermatologen die Entscheidung getroffen, dass eine Häufung von Skabiesbefall vorliegt, bei dem eine individuelle Therapie nicht sinnvoll ist und somit trotz des erheblichen Aufwandes nur eine Behandlung aller in der Einrichtung lebender Flüchtlinge erfolgsversprechend ist. Diese sofortige Entscheidung ermöglichte es, bei schwierigen rechtlichen Rahmenbedingungen frühzeitig mit den langwierigen Vorbereitungen einer systemischen Skabiestherapie zu beginnen.

Schlussfolgerung

Unter Berücksichtigung der Prognosen der Bundesregierung muss mit einem weiter zunehmenden Zustrom von Flüchtlingen gerechnet werden. Priorität muss die Erfassung der Flüchtlinge in den zentralen Erstaufnahmen haben. Ohne eine Registrierung gerät der gesamte Ablauf ins Stocken, so dass andere Probleme überhaupt erst entstehen.

Während der Versorgung der Flüchtlinge wurde deutlich, dass die Flüchtlingsmedizin eine interdisziplinäre Herausforderung darstellt. Hierbei ist insbesondere die infektiologische Expertise hervorzuheben, die in diesem Setting dringend erforderlich ist. Eine medizinische Grundversorgung sollte in jeder Einrichtung täglich zumindest für einige Stunden verfügbar sein. Eine dauerhafte Anwesenheit aller Fachrichtungen ist allerdings nicht erforderlich, hierfür wäre ein Konsildienst ideal. Insbesondere bei längeren Verweilzeiten in den Zentralen Erstaufnahmen liegt die Herausforderung in der Verstärkung der medizinischen Versorgung.

Das Krankheitsspektrum unterscheidet sich mit Ausnahme der Infektionserkrankungen, psychischer Belastungen und einiger exotischer Erkrankungen kaum von dem in einer Hausarztpraxis bei den jüngeren Patienten Anzutreffenden. Aus ärztlicher Sicht muss sich die Versorgung der Flüchtlinge an deutschem Standard orientieren. Die Einschränkung auf akute Erkrankungen kann in zentralen Erstaufnahme bei geringer Verweilzeit noch toleriert werden.

Eine fast unlösbare logistische und kommunikative Herausforderung stellt die Medikamentenverordnung dar. Der selbstständige Gang zur Apotheke, um ein Rezept einzulösen, das Medikament abzuholen und dann korrekt einzunehmen, ist ein fast unmögliches Unterfangen. Hier müssen sonst grundsätzlich sinnvolle Versorgungsstandards überdacht werden. Die aus unserer Sicht einzige medizinisch sinnvolle und auch einzig ökonomisch sinnvolle Alternative stellt hier die Vereinzelung und Dispensierung direkt vor Ort dar.

Zusammenfassend bleibt anzumerken, dass Massenunterkünfte bislang zwar die Infektionsausbreitung fördern können, aber bislang selbst noch keine Ausbrüche verursacht haben. Ein Ausbruch könnte aber im Winter, bei Grippe- oder Durchfallerpidemien mit Noro bedrohliche Ausmaße annehmen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen bei mehreren tausend Betroffenen schnell an ihre Grenzen bringen.

Auf dem Gebiet der Flüchtlingsversorgung in Deutschland besteht großer Forschungsbedarf. Es sollten systematische Auswertungen durchgeführt werden, um eine adäquate Risikoanalyse zu ermöglichen und evidenzbasierte Empfehlungen zur Prävention und Therapie von Erkrankungen bei Flüchtlingen geben zu können.

Danksagung

Vielen Dank an Christiane Grote und Dr. med. Philipp Solbach, die als ärztliche Kollegen die Datenerhebung mit durchgeführt haben. Zusätzlich herzlichen Dank an Frau Dr. med. Ishorst-Witte (Gesundheitsamt) für die sehr gute und kompetente Zusammenarbeit sowie an die Firma Nexave, die die Daten aus dem Registrierungssystem „Dispenso“ für die Auswertung aufbereitet hat.

Die Autoren haben Honorare vom Trainingszentrum für Erste Hilfe und Notfallmedizin für Ihre Arbeit in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen erhalten.

Literatur

1. Guterres A (UNHCR): Preserving life, amidst turmoil. UNHCR Global Appeal 2015 Update. [Internet]. 2014. Available from: <http://www.unhcr.org/5461e5ed0.html>
2. UNHCR. World at War – UNHCR Global Trends [Internet]. 2014. Available from: <http://unhcr.org/556725e69.html>
3. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Schlüsselzahlen Asyl 1. Halbjahr 2015 [Internet]. 2015. Available from: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/flyer-schluesselfzahlen-asyl-halbjahr-2015.pdf>
4. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Prognoseschreiben zur Zahl der im Verteilungssystem EASY registrierten Personen nach § 44 Abs. 2 AsylVfG. 2015
5. Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Inneres und Sport, Daten zur Zuwanderung [Internet]. 2015. Available from: <http://www.hamburg.de/fluechtlinge-daten-fakten/>
6. Gesundheitsamt Bremen. Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender [Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 3]; Available from: <http://www.gesundheitsamt-bremen.de>
7. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS One [Internet]. 2015 Jan [cited 2015 Aug 10];10(7):e0131483
8. Russo G, Vita S, Miglietta A, Terrazzini N, Sannella A, Vullo V: Health profile and disease determinants among asylum seekers: a cross-sectional retrospective study from an Italian reception centre. J Public Health (Oxf) [Internet]. 2015 Apr 28 [cited 2015 Sep 2]
9. Böttcher S, Neubauer K, Baillot A, Rieder G, Adam M, Diedrich S: Stool screening of Syrian refugees and asylum seekers in Germany, 2013/2014: Identification of Sabin like polioviruses. Int J Med Microbiol [Internet]. 2015 Aug 21 [cited 2015 Aug 22]; in press
10. Dreweck C, Kerner E, Güllich K, Halder G: Die soziale Dimension der Tuberkulose in der Stadt München. Das Gesundheitswes [Internet]. © Georg Thieme Verlag KG; 2013 Nov 27 [cited 2015 Sep 3];75(11): 689-92
11. Schneider C, Mohsenpour A, Joos S, Bozorgmehr K: Health status of and health-care provision to asylum seekers in Germany: protocol for a systematic review and evidence mapping of empirical studies. Syst Rev [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Sep 2];3:139
12. Bitolas A: Eurostat Data in Focus: Data on Population and Social conditions. 2015
13. Aberl S, Henningsen P, Mali V: Migration Flüchtlinge II – PTBS im Kinder- und Jugendalter. 111 Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin 2015.

Korrespondenz- adresse



Alexandra Jablonka

Klinik für Immunologie
und Rheumatologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover, Deutschland
Tel.: 0511 532-5337
Fax: 0511 532-9783
E-Mail:
jablonka.alexandra@mh-hannover.de