

Meine Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Einladung und freue mich dass, die Perspektive des öffentlichen Gesundheitsdiensts in dieser Tagung einbezogen wird. Täglich überstürzen sich die Nachrichten über neu ankommende Flüchtlinge in Europa und auch in Deutschland. Und das politische und administrative Vorgehen angesichts der anwachsenden Zahlen scheint sich ebenfalls von Tag zu Tag immer wieder zu verändern.

In dieser Situation ist es gar nicht so einfach, über ein Verfahren Aussagen zu machen, dass so sehr unter dem Druck der Ereignisse steht. Ich will es trotzdem versuchen.

Folie 2 - 3 Paragraphen

Drei Paragraphen prägen die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge entscheidend. Dabei gibt es ein grundsätzliches Problem. Diese gesetzlichen Regelungen sind nämlich nicht in erster Linie entstanden mit der Gesundheit der Flüchtlinge im Blick.

Sondern Ihr Leitmotiv war die uralte Angst vor Seuchen, die von Fremden eingeschleppt werden. Dieser traditionelle seuchenhygienische Ansatz hat weitgehende Auswirkungen - bis hin zur psychischen Gesundheit der Flüchtlinge.

Denn die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge gelangt erst in zweiter Linie in den Fokus.

Die gesetzlichen Regelungen erlauben die Behandlung von Erkrankungen nur, wenn es sich um akute Erkrankungen oder Schmerzen handelt. Also dann, wenn medizinische Hilfe schon aus humanitären Erwägungen kaum zu verweigern ist.

Präventionsmaßnahmen, Reha-Maßnahmen, vor allem aber auch psychische Befunde, die in der Regel nicht gleich erkennbar sind, bleiben zunächst weitgehend ausgeblendet. (Nur die Schutzimpfungen machen eine Ausnahme)

Folie 3 - Ein Sprechstundenangebot

In Deutschland obliegt den Ländern die Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben. Dabei haben sie nun glücklicherweise wenn auch geringe Spielräume. Und die macht sich das Bremer Modell zunutze.

Wir begannen damit 1993, auf einem Höhepunkt der Einwanderung von Flüchtlingen. Wir nahmen ihre wirkliche gesundheitliche Situation zum Ausgangspunkt.

Wir setzten auf Freiwilligkeit und verbindliche medizinische Angebote und entwickelten ein Sprechstundenangebot vor Ort.

Auf der Grundlage der Freiwilligkeit und einer regelmäßigen Sprechstunde in den Unterkünften erfüllte das Bremer Gesundheitsangebot folgende Kriterien:

Folie 4 - Tatsächliche Gesundheitsrisiken

Grundlage des Bremer Verfahrens war eine wissenschaftliche Studie über die tatsächliche Lage und vor allem die Gesundheitsrisiken der Flüchtlinge.

Sie legte nahe, dass sie eher selten infektiöse Erkrankungen nach Deutschland einbringen. Viel häufiger dagegen erkrankten sie - oder sind bereits erkrankt - an den Folgen von Krieg, Folter, Gewalterfahrungen.

Neben körperlichen Verletzungen haben Viele psychische Traumata erfahren. Dabei ist nicht nur an die Erfahrungen zu denken, die überhaupt erst zur Flucht führten.

Die Flucht selbst ist in der großen Mehrheit der Fälle traumatisch. Viele sind mehrere Jahre unterwegs, erleben mehrfach Verhaftungen und Abschiebungen, fallen Kriminellen zum Opfer, verlieren auf der Flucht in unsicheren Gebieten oder über das Mittelmeer Angehörige, Eltern, Kinder.

Auch die Überlebenden, die es schließlich hierher geschafft haben, waren in der Regel mehr als einmal dem Tode nah.

Mit diesen Vorbelastungen kommen die Flüchtlinge nun nicht in eine stabile Umgebung. Sehen wir einmal von der Willkommenskultur der letzten Wochen ab.

Die unsichere Lebensperspektive, die fremde, oft als negativ erlebte Umwelt, die Bedrohung durch Fremdenfeindlichkeit oder auch nur die wahrscheinliche Ablehnung des Asylantrags - all das erleben die Flüchtlinge als andauernde psychische Belastung. Verschiedene körperliche Symptome könnten eine Folge davon sein.

Die beengten Wohnverhältnisse in überfüllten Einrichtungen, in Behelfsunterkünften oder in Zelten bei bevorstehendem Winter mit hygienischen Mängeln und einer ungewohnten Ernährung können ebenfalls zu Erkrankungen führen.

Diese Zustände erst schaffen bzw. erhöhen das Infektionsrisiko und verursache weiteren psychischen Stress.

Folie 5 - Krankheitsspektrum 2011 - 2014

Seit 1993 werden die Bremen nach dem Königsteiner Schlüssel zugeteilten Flüchtlinge im Rahmen des Gesundheitsprogrammes untersucht.

Das heißt, die in den Sprechstunden vor Ort arbeitenden Ärztinnen und Ärzte haben in 22 Jahren mehr als 10 000 Patienten und Patientinnen untersucht, geschätzte 25 000 Untersuchungen durchgeführt. Da alle Untersuchungen ausgewertet und die Daten mit einem Statistischen Programm bearbeitet wurden, haben wir einen ziemlich guten Überblick über die Epidemiologie der Flüchtlinge aus den wichtigsten Herkunftsländern.

Hier sehen sie eine Übersicht der elf meistgenannten Befundkategorien nach ICD 10 aus den Jahren 2011 bis 2014.

Für das hier interessierende Thema möchte ich zwei Kategoriengruppen hervorheben.

Zunächst ist das natürlich die Gruppe der Kategorien F00 bis F99, also psychische und Verhaltensstörungen.

Die schauen wir uns gleich noch etwas differenzierter an. Aber auch die R-Kategorien sind von Interesse.

Wie Sie sehen, bewegen sie sich zwischen 15 und 20 Prozent. Der weitaus größte Teil dieser Befunde waren Kopf- und unklare bzw. nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen.

Im Schnitt sind etwa zwei Drittel der R-befunde solche unspezifischen Schmerzzustände.

Der Verdacht liegt nahe, dass es sich bei einem nicht geringen Anteil um stressbedingte oder anders psychisch bedingte Befunde handelt.

Folie 6 - Psychische und Verhaltensstörungen 2011-2014

Nun zu einer differenzierten Sicht der F-Kategorien, wieder sind es die Untersuchungs-Daten der Jahre 2011 bis 2014. Sie bewegten sich zwischen 5 und 7,3 % und machten insgesamt durchschnittlich 6 Prozent aus.

Wie man sieht, entfällt allein ein Drittel der Befunde auf nicht organisch begründete Schlafstörungen. Fast ein Viertel dieser Patienten weist depressive Symptome auf.

Bei fast einem Zehntel wurde eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Und immerhin 6,4 Prozent leiden an Angststörungen. Ich greife hier nur einige Kategorien heraus, um es nicht zu lang zu machen.

Diese Zahlen, die ich Ihnen in den letzten beiden Folien gezeigt habe, korrespondieren mit den Erfahrungen der Vorjahre seit Beginn des Gesundheitsprogramms.

Meine Damen und Herren,

die Bedingungen, unter denen Menschen nach Europa fliehen, sind seit 2014 nicht besser geworden. Im Gegenteil!

Wir gehen also davon aus, dass auch weiterhin bei zwischen 20 und 30 Prozent der Flüchtlinge psychische oder psychosomatische Gesundheitsbelastungen entweder diagnostiziert werden.

Oder dass zumindest der Verdacht besteht, dass zum Beispiel ein unspezifischer Schmerzzustand unmittelbar mit psychischen Belastungen und Störungen zusammenhängt.

Die Versorgungsleistungen, die nach dem Buchstaben der am Anfang genannten drei Paragraphen zulässig sind, werden nicht ausreichen, um die in dieser Situation erforderliche weitere Diagnostik und gegebenenfalls Therapie zu ermöglichen.

Das Asylbewerberleistungsgesetz schließt die Behandlung chronischer Krankheiten grundsätzlich aus. Eine Psychotherapie kann prinzipiell nur als Kurzzeittherapie nach Fachärztlichem Gutachten bewilligt werden. Unter diesen Rahmenbedingungen ist eine nachhaltige Behandlung dieser Gesundheitsstörungen der Flüchtlinge problematisch.

Die Sachlage trifft leider, wie könnte es anders sein, die Schwächsten der Schwachen am meisten. Zum Beispiel die Frauen mit mehreren Kindern. Zum Beispiel die Kinder und Jugendlichen.

Bleibt die Frage, inwieweit das Bremer Modell dennoch zu Verbesserungen beitragen kann.

Wir hatten von Beginn an eine möglichst umfassende Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge geplant. Dabei richtete sich eine Hoffnung auf die Vernetzung der Versorgungsträger und der Versorgung leistenden Organisationen und Einrichtungen.

In Bremen ist insbesondere die Beratungsstelle Refugio zu benennen, aber auch einige, wenn auch wenige psychotherapeutische Praxen.

So finden wenigstens einige der am schwersten Traumatisierten Hilfe, die über die Kurzzeittherapie hinausgeht. Auch der Beteiligung der Flüchtlinge selbst kommt einige Bedeutung zu.

In vielen Herkunftsländern sind psychische Erkrankungen noch viel stärker tabuisiert und die Betroffenen einer Stigmatisierung unterworfen als hierzulande. Schon die Erstdiagnose in der Sprechstunde stößt deshalb auf Probleme.

Nach Aussagen der Ärzte suchen Frauen häufiger als Männer das Gespräch mit dem Arzt, um Entlastung bei ihrer psychischen Situation zu bekommen.

Auch suchen sie etwas häufiger Hilfe bei psychosomatischen Beschwerden. Auf den Frauen liegt aufgrund geschlechtsspezifischer Prägungen gerade auch in der besonderen Lebenssituation des Asylverfahrens ein besonderes Maß an Verantwortung für ihre Familien.

Die Hoffnung, psychischen Gesundheitsstörungen stärkere Aufmerksamkeit widmen zu können, ist in der jetzigen Situation eher geringer geworden. Zusammen mit der Tendenz besonders der männlichen Patienten, psychische Probleme eher nicht zu thematisieren, bewirkt das weiterhin eine eher zu geringe Erfassung dieses Befundkreises.

Angesichts des hohen und nach meiner Einschätzung künftig noch wachsenden Anteils psychotherapeutisch zu versorgender Flüchtlinge ist eine Verbesserung dieses Bereichs nicht nur wünschenswert, sondern unbedingt notwendig.

Eine Voraussetzung ist die Verbesserung der frühen Wahrnehmung solcher Gesundheitsstörungen schon im Rahmen der Aufnahme.

Nicht nur muss generell die Sensibilität dafür gesteigert werden. Strukturell ist der Einsatz auf seelische Störungen ausgerichteter Screening-Instrumente gefordert.

Diese müssen natürlich mehrsprachig sein, ebenso wie der Dolmetscher-Dienst schon in dieser ersten Phase hinzugezogen werden muss.

Wo kein direkt psychologisch oder psychotherapeutisch geschultes Personal eingesetzt werden kann, sollte an Fortbildung zur Erkennung dieser Probleme gedacht werden.

All dies ist natürlich besonders wichtig in Einrichtungen für jugendliche, insbesondere unbegleitete jugendliche Flüchtlinge. Gerade bei dieser Zielgruppe kann es nicht darum gehen, unter Verweis auf bürokratische Hindernisse die angezeigte Versorgung faktisch zu verhindern.

Folie 7

Bisher sind die Bestandteile des Bremer Modells noch tragfähig. Ich nenne sie hier noch einmal:

(wie in der Folie zu sehen)

Bei weiter anwachsenden Flüchtlingszahlen werden aber auch sie unter Druck geraten, wie es die Unterkunftsstandards jetzt schon sind.

Vor diesem Hintergrund unterstreichen die Erfahrungen des Bremer Modells die Forderung der führenden Flüchtlings- und Hilfsorganisationen nach Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes und seiner Beschränkungen. Daneben sind weitere Forderungen auch aus psychotherapeutischer Sicht bedeutend, weil ihre Umsetzung die allgemeine Versorgungslage grundlegend verbessern und verändern würden:

- Einwanderungsgesetz
- schnellerer Übergang in die Regelversorgung
- Fördern der Mobilität der Flüchtlinge
- Abschaffung des Arbeitsverbotes
- Anerkennung wo auch immer erworbener Qualifikationen

Folie 8

Eines gilt sicherlich auch ganz besonders für Flüchtlinge mit psychischen und Verhaltensstörungen ebenso wie für alle: Ohne Gesundheit keine Integration, keine Alltagsbewältigung – ohne Integration keine Gesundheit.

Das Gesundheitssystem muss auch die allgemeine Entwicklung der Integrationspolitik im Auge behalten, denn sie sind gesundheitsrelevant. Gesundheit – Integration – Partizipation bedingen einander in vielerlei Hinsicht.

Folie 9

Ein Letztes: wir müssen aufhören, die Flüchtlinge immer nur als Problem zu sehen, als Opfer und Objekte von Versorgung. Als Bündel von Symptomen der Morbidität.

Wir müssen vermehrt auf ihre eigenen Ressourcen und ihre eigene Verantwortung für ihre Gesundheit setzen. Da müssen wir sie fördern! Deshalb diese Zeichnung: das einseitige Gewicht der Symptome zieht die Gesundheit auch der Flüchtlinge herab, die Freisetzung ihrer eigenen Ressourcen gibt ihrer Gesundheit Auftrieb.

Folie 10

Einer mitmenschlich und vor allem an den Menschenrechten orientierten Gesundheitsversorgung stehen viele Hindernisse entgegen: rechtliche, strukturelle, politische, gesellschaftliche. Es sind so viele, dass man daran verzweifeln könnte.

Vor vielen hundert Jahren hat ein Denker aus meinem Geburtsland, der persische Dichter Hafes, diesen Spruch geprägt, der helfen kann, die Mutlosigkeit angesichts der schwierigen, mit den steigenden Flüchtlingszahlen verbundenen Probleme zu überwinden:

Durch Liebe werden alle Dinge leichter, die der Verstand als gar zu schwer gedacht.

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit

*Das Bremer Modell
und die psychotherapeutische Versorgung
von Flüchtlingen
- Erfahrungen und Handlungsbedarf -*

Dr. rer.nat. Zahra Mohammadzadeh
Gesundheitsamt Bremen
Migration und Gesundheit

Drei Paragraphen:

- § 4 AsylBLG **regelt** die Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt: Beschränkung auf akuten Versorgungsbedarf.
- § 62 AsylVfg **verpflichtet** Ausländer in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden.
- § 36 IfSG **schreibt** Flüchtlingen in Gemeinschaftsunterkünften die Vorlage eines Attestes auf der Grundlage der Röntgenaufnahme **vor**.

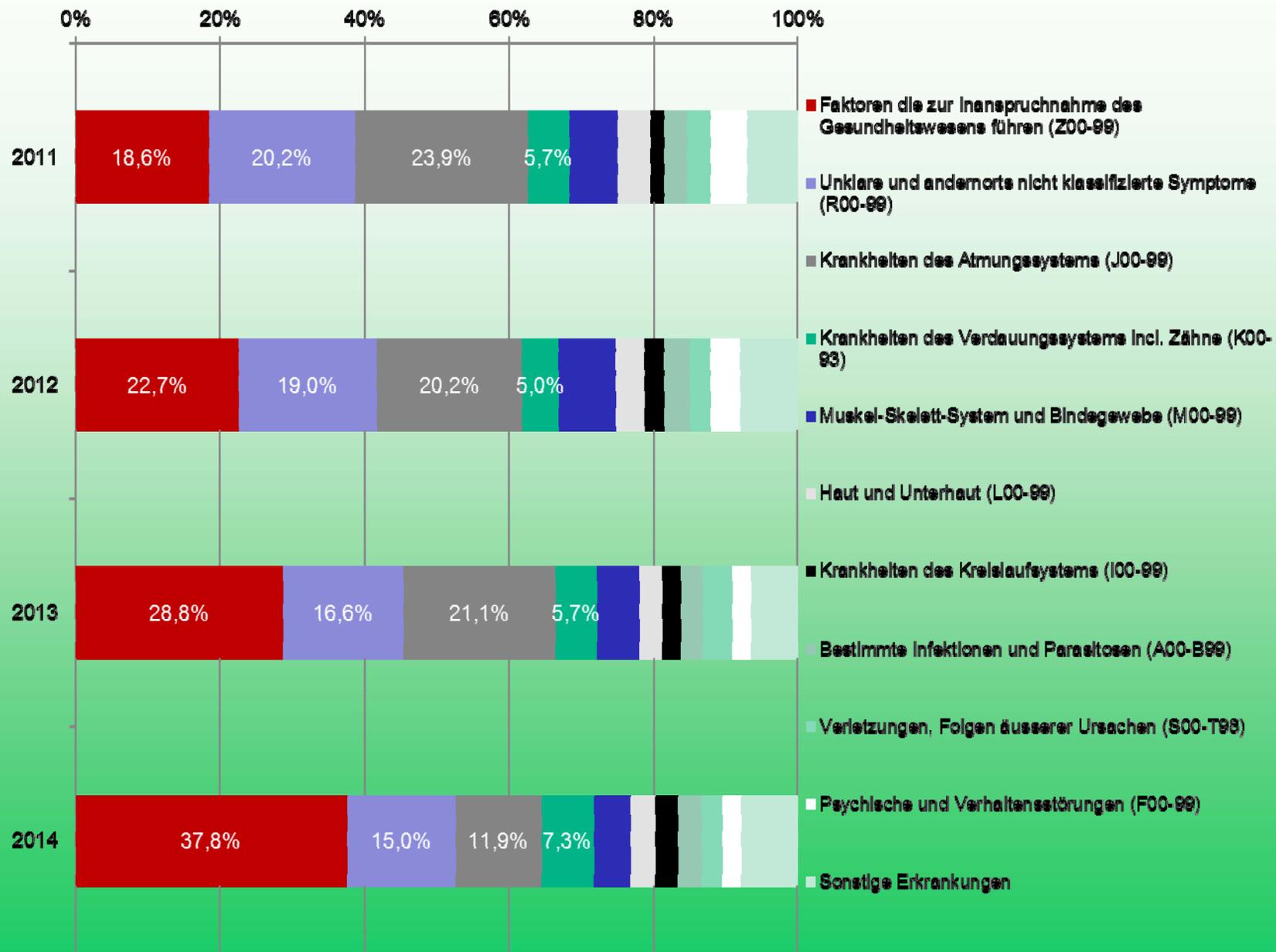
Ein Sprechstunden**angebot** in den Gemeinschaftsunterkünften Bremens

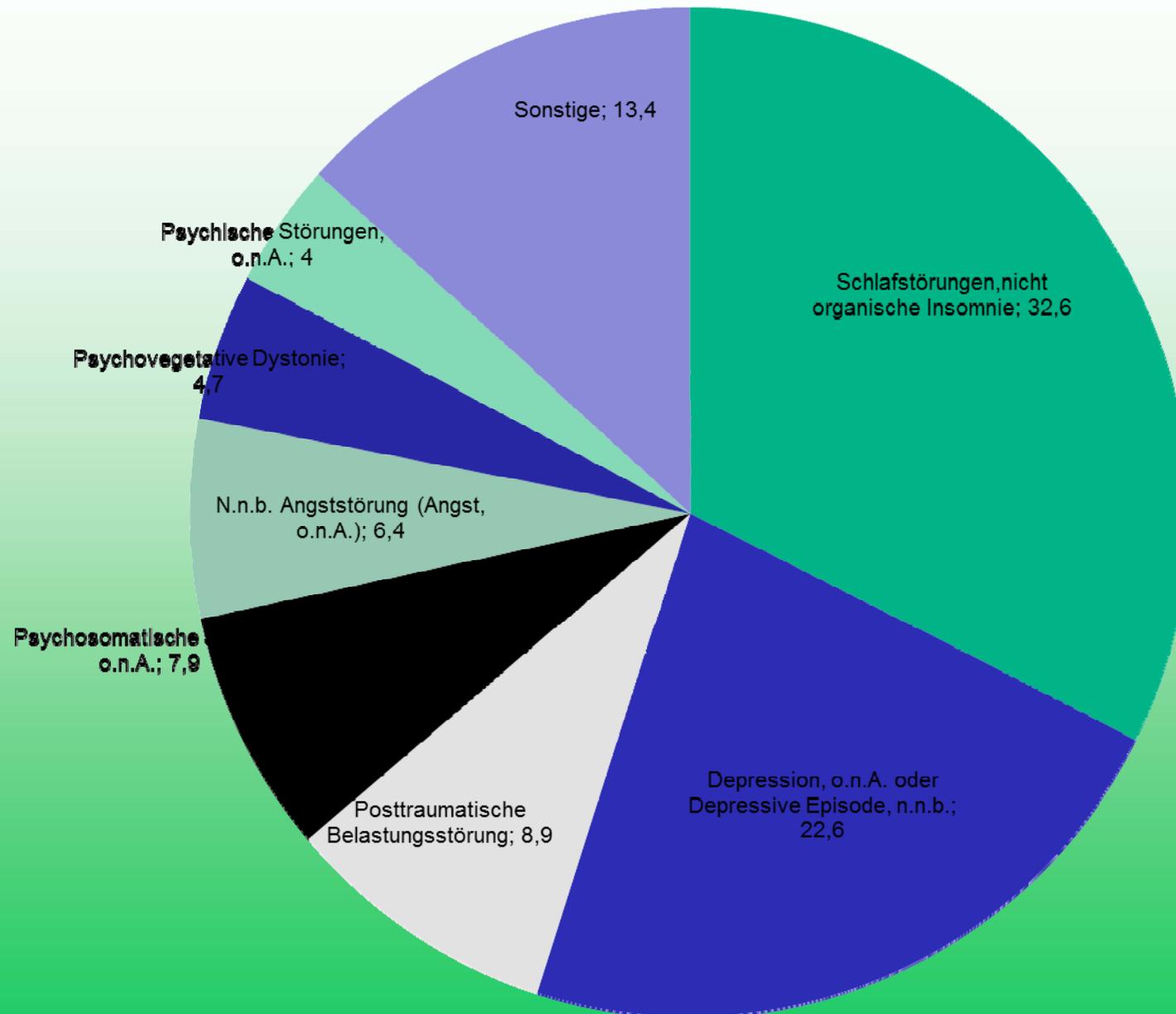
Basierend auf dem Prinzip der Freiwilligkeit:

- Wahrnehmung der Erstuntersuchung
- Erfassung des Gesundheitszustandes
- Basisversorgung an Ort und Stelle (Sprechstunde in der Unterkunft)
- die Erleichterung des Zugangs zu den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens
- Beratung der Unterkunftsträger bei Mindeststandards

Die tatsächlichen Gesundheitsrisiken der Flüchtlinge

- eher seltener ansteckungsfähige und infektiöse Erkrankungen
- häufiger Folgen von Krieg, Gewalt, Verfolgung
- Auswirkungen der Migrationsumstände
- Krank machende Umstände im Transit- oder Aufnahmeland
- Posttraumatische Syndrome





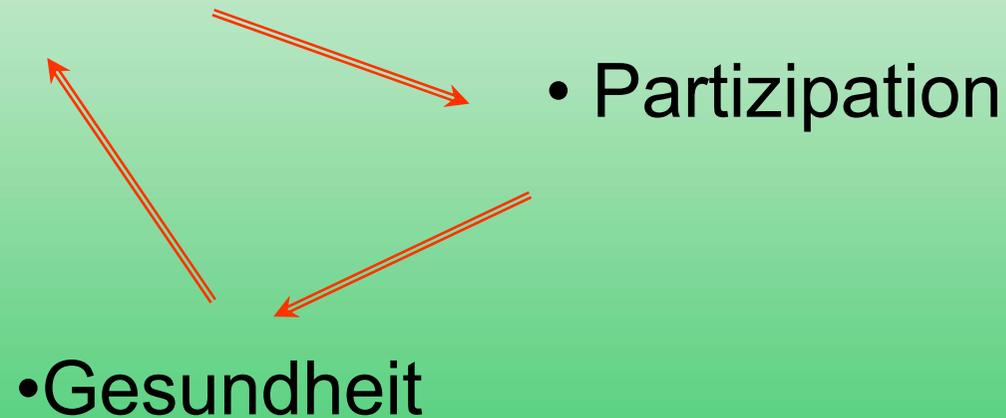
Migration und Gesundheit

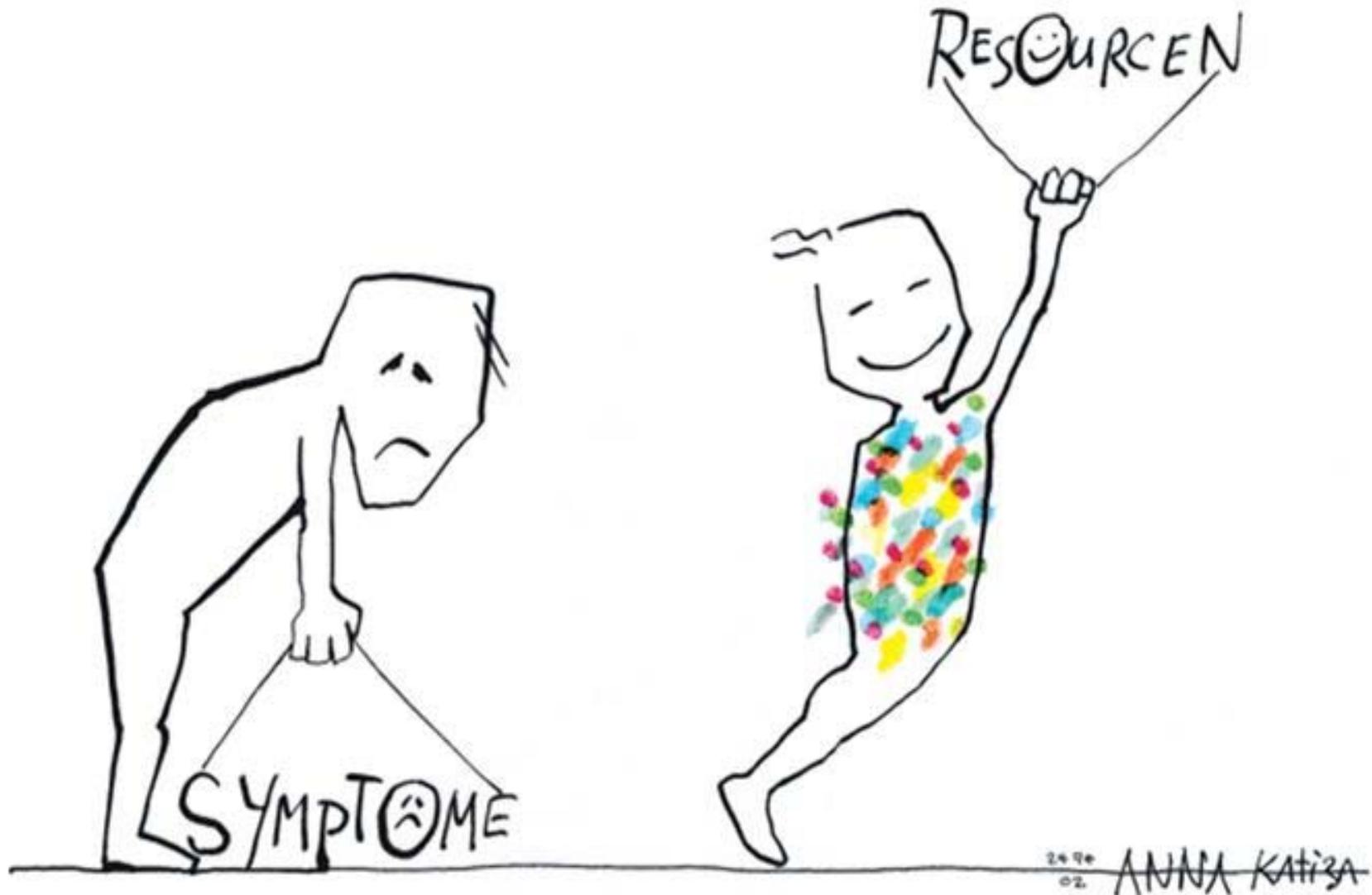
Konkrete Angebote in Bremen

- Gesundheitskarte
- Dolmetscherdienst
- Gesundheitswegweiser
- Zielgruppenorientierte Gesundheitsaufklärung
- Präventionsprojekte
- Psychosoziale Beratung durch Kooperationspartner
- Humanitäre Sprechstunde

Ohne Gesundheit keine Integration – ohne Integration keine Gesundheit

- Integration





Durch Liebe werden alle Dinge leichter,
die der Verstand als gar zu schwer gedacht.

Schamsoddin Mohammad Hafes (1325-1390)