



Missionsärztliche Klinik

Gemeinnützige Gesellschaft mbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Missionsärztliche Klinik GmbH , 97067 Würzburg

Tropenmedizin

Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. August Stich

Telefon: 0931/791-2821

Telefax: 0931/791-2826

E-Mail: tropenteam@missioklinik.de

Internet: www.missioklinik.de

Würzburg, 19.04.2009

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen herzlich für die Gelegenheit, dem Landtag eine Stellungnahme über die gesundheitliche Situation und die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Bayern zukommen zu lassen. Unsere Darlegungen stützen sich auf die Erfahrungen, die das Missionsärztliche Institut bei seiner Arbeit in der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge und Asylbewerber (GU) sammeln konnte. Seit 2006 bieten wir im Rahmen eines vom Europäischen Flüchtlingsfond geförderten Pilotprojektes (EFF 07-557) in der GU Gesundheitskurse an (Lehrveranstaltungen zu Gesundheitserhaltung und Prävention von Krankheiten, Kurse zur Selbstuntersuchung der Brust, Zahnputzprogramme etc.). Seit 2008 ist die Missionsärztliche Klinik zusätzlich vom Freistaat Bayern, vertreten durch die Regierung von Unterfranken, mit der direkten medizinischen Versorgung der GU-BewohnerInnen betraut. Zu diesem Zwecke hat die Klinik eine „Außenstelle“ in der GU eingerichtet, die kontinuierlich mit einer Krankenschwester und zu vorgesehenen Sprechzeiten mit ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Tropenmedizin, Frauenheilkunde, Kinderheilkunde) besetzt ist.

Wir hoffen, mit diesem Schreiben und mit der Teilnahme an der Anhörung im Landtag einen konstruktiven Beitrag zu der laufenden Diskussion leisten zu können. Selbstverständlich stehen wir Ihnen für weitere Fragen und Gespräche sehr gerne zur Verfügung.

PD Dr. August Stich
Chefarzt

Dr. Jenny Dörnemann
Ärztin

Christine Steinheim
Krankenschwester

Sekretariat

Barbara Klebrig
0931/791-2821

Oberarzt

Dr. Andreas Müller
0931/791-2823

Tropenmedizinische Ambulanz

0931/791-2829
Mo – Fr 09:00 – 12:00 Uhr
nach Vereinbarung

in Notfällen 24-h Bereitschaft
über 0931/791-0
(diensthabender Arzt)

Reisemedizinische Sprechstunde Impfungen

Mo – Fr 09:00 – 12:00 Uhr
Do 15:00 – 17:00 Uhr
und nach Vereinbarung

Tropenpädiatrische Sprechstunde

Di 09:00 – 12:00 Uhr
nur nach Vereinbarung

Studenten- und Doktoranden- Sprechstunde

Di 17:00-18:00 Uhr
nach Vereinbarung

Zur Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes in Bayern

Stellungnahme des Missionsärztlichen Instituts Würzburg

Wir nehmen Stellung zu den Punkten des Fragenkataloges des Bayerischen Landtags, die sich mit der Gesundheitssituation und der medizinischen Versorgung der Flüchtlinge befassen.

3.1 Welche Erkenntnisse gibt es über den psychischen und physischen Gesundheitszustand von Flüchtlingen (unter besonderer Berücksichtigung der Fluchterfahrung)?

Es gibt unseres Wissens keine systematischen Studien über den Gesundheitszustand von Flüchtlingen in Deutschland. Bei nationalen Gesundheitserhebungen werden Vergleiche zwischen migrantischen Gruppen und deutscher Kernbevölkerung hergestellt und der Gesundheitszustand von MigrantInnen beschrieben, doch wird unseres Wissens in keiner Studie zwischen Flüchtlingen und MigrantInnen genauer differenziert.

Die vom Robert-Koch-Institut durchgeführte KiGGS-Studie, die größte bundesweit durchgeführte Studie zum allgemeinen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, differenziert zwischen Kindern mit zwei deutschen Elternteilen und Kindern mit Migrationshintergrund. Sie trifft folgende Feststellungen:

- 75% der deutschen Kinder putzen sich täglich mindestens zweimal die Zähne, aber nur 55% der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund. Nur 20% der Kinder unter 2 Jahren mit beidseitigem Migrationhintergrund werden die Zähne geputzt (50% ohne Migrationshintergrund).
- Kinder mit Migrationshintergrund ernähren sich wesentlich häufiger auf eine ungesunde Weise als Kinder ohne Migrationshintergrund.
- 20% der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund sind im Vergleich zu 13 % der deutschen Kinder übergewichtig.
- Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund schauen signifikant länger pro Tag fern und betätigen sich weit weniger sportlich als Kinder ohne Migrationshintergrund. Letzteres gilt vor allem für Mädchen mit Migrationshintergrund.
- Trotz gesetzlich regeltem Anspruch auf die Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (auch für Asylbewerber) nimmt nur etwa die Hälfte der Eltern mit Migrationshintergrund diese Möglichkeit für ihre Kinder wahr.
- Obwohl Migrationshintergrund an sich kein Indikator für einen schlechten Impfstatus ist, sind nach ihrer Geburt zugewanderte Kinder signifikant schlechter geimpft. Gegen

Blatt 3 zu **Stellungnahme des Missionsärztlichen Instituts**

Tetanus und Diphtherie sind 94% der deutschen, aber nur 77% der zugewanderten Kinder vollständig geimpft. Ein Vergleich von Impfquoten findet sich auch im Bayerischen Ärzteblatt (05/2008): bei Schuleintritt waren 84% der deutschen Kinder nach Impfplan geimpft im Vergleich zu 57,5 % der Zuwandererkinder. Vor dem Beginn unserer Aktivitäten in der Würzburger GU waren lediglich 50% der dort lebenden Kinder ihrem Alter entsprechend geimpft.

Unserer eigenen praktischen Erfahrung nach ist der Gesundheitsstatus der BewohnerInnen der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft wesentlich schlechter als es aufgrund der Altersstruktur zu erwarten wäre. Besonders Infektionskrankheiten und psychische Erkrankungen kommen häufig vor.

3.2 Welche Folgen hat die Anwendung des Asylbewerberleistungsgesetzes auf die psychische und physische Gesundheit von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen?

Wir möchten zu zwei Aspekten des AsylbLG Stellung beziehen: Zu der in Bayern verpflichtenden Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften sowie den Einschränkungen der medizinischen Versorgung durch §4 des AsylbLG.

Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften

Psychische Folgen des Lebens in der Gemeinschaftsunterkunft

Das Leben in der Gemeinschaftsunterkunft ist aus vielen Gründen belastend. Diese Belastung äußert sich in psychischen und körperlichen Krankheiten.

Eine weitaus größere Zahl von PatientInnen als dies nach der Altersstruktur der Flüchtlinge zu vermuten wäre stellt sich in unserer Sprechstunde mit chronischen Schmerzsymptomen vor. Meist führt eine organische Abklärung der Schmerzen zu keiner fassbaren Diagnose. Wir deuten diese Schmerzen als Somatisierungsstörungen, als „Schmerzen der Seele“.

Patienten, die im Heimatland Leid erlitten oder gar traumatisiert wurden, können durch das Leben in der Gemeinschaftsunterkunft und die dort stattfindende Fremdbestimmung, die Kontrolle durch MitbewohnerInnen, durch die Heimleitung und das Wachpersonal sowie die fehlende Privatsphäre retraumatisiert werden. Bestehende psychische Erkrankungen werden verstärkt. Dass dies nicht nur unser eigener Eindruck ist, kann durch Studien belegt werden:

- Eine japanische Studie aus dem Jahr 2002/2003 vergleicht afghanische Flüchtlinge, die in Lagern leben, mit Flüchtlingen, die in Wohnungen leben. Obwohl die Basischarakteristika beider Gruppen bezüglich Trauma und Lebensgeschichte ähnlich waren, zeigten die in Lagern untergebrachten Flüchtlinge etwa dreimal so häufig posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Angststörungen. (Ichakawa *et al.*)

Blatt 4 zu **Stellungnahme des Missionsärztlichen Instituts**

- Eine US-amerikanische Studie von 2003 konnte weiterführend zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer psychiatrischen Erkrankung zu erkranken, mit zunehmender Dauer des Lagerlebens ansteigt. Die Studie zeigte außerdem, dass die Symptome nach Verlassen des Lagers zurückgehen. (Keller *et al.*)
- Eine australische Studie von 2004, in der Erwachsene und Kinder eines Flüchtlingslagers befragt und untersucht wurden, stellte ein dreifach erhöhtes Risiko für Erwachsene und ein zehnfach erhöhtes Risiko für Kinder im Flüchtlingslager fest, an einer psychiatrischen Störung zu leiden. „Alle Erwachsenen und die Mehrzahl der Kinder litten regelmäßig an belastenden Erinnerungen, intrusiven (sich wiederkehrend aufdrängenden) Bildern von belastenden Ereignissen und Gefühlen von Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit.“ (Zachary *et al.*)

Beispielhaft sei hier ein Patient erwähnt, den wir aufgrund chronischer Schmerzen bei einem Nervenarzt vorstellten. Dieser beurteilte den Patienten wie folgt: *„Der Patient hat eine somatoforme Störung sowie eine Angsterkrankung. Zu Beginn der Untersuchung bot der Patient ausschließlich Symptome, erst nach der Besprechung der Untersuchungsbefunde wurde deutlich, dass der Patient durch das Leben in der Unterkunft stark verunsichert ist. Er habe Angst in seinem Zimmer, das er mit anderen teile (...). Ich halte es für wünschenswert, dass Herr M. in ein anderes Zimmer verlegt würde, um die deutlich vermehrte innere Agitiertheit zu bessern.“* (Zitat aus dem Arztbrief)

Eine weitere Patientin, eine Familienmutter mit einer Vielzahl von Belastungen in ihrer Lebensgeschichte, musste sogar kurzfristig auf eine psychiatrische Station aufgenommen werden, als ein seit langem bestehender Streit mit einer Heimmittelbewohnerin eskalierte. Dabei fühlte sich die Patientin gedemütigt. Sie litt unter Schlaflosigkeit und nässte tags und nachts ein.

Verstärkung depressiver Erkrankungen

Viele GU-BewohnerInnen leiden unter depressiven Verstimmungen oder sogar depressiven Erkrankungen. Depressive Patienten brauchen neben einer medikamentösen und häufig einer Gesprächstherapie einen geregelten Alltag. Dies ist in der Gemeinschaftsunterkunft kaum möglich, da keine Tagesstruktur besteht und die Möglichkeiten zur Beschäftigung sehr gering sind.

Die psychisch erkrankten GU-BewohnerInnen erhalten keine Gesprächstherapie (im AsylbLG nicht vorgesehen). Deshalb kann die in vielen Fällen verordnete medikamentöse Therapie nicht effektiv greifen.

Unserer Erfahrung nach führt in vielen Fällen die traumatische Vorgeschichte unserer PatientInnen (Traumatisierungen im Heimatland, sexualisierte Gewalt bei Frauen, Männern und Kindern und andere traumatische Erfahrungen auf der Flucht) erst dadurch zu Depressionen,

Blatt 5 zu **Stellungnahme des Missionsärztlichen Instituts**

Angsterkrankungen, Somatisierungsstörungen oder Gewaltverhalten, weil eine frühzeitige geschulte Traumatherapie nicht ermöglicht worden ist.

Probleme bei der Behandlung chronischer Krankheiten

Wir stellen oftmals fest, dass die beengten Wohnverhältnisse und die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten die Behandlung chronischer Erkrankungen erschweren. Dies gilt insbesondere für stigmatisierte Erkrankungen wie HIV/AIDS oder Tuberkulose. Mehrere HIV-PatientInnen aus der Gemeinschaftsunterkunft berichteten uns von ihrer großen Angst, dass ihre Tabletteneinnahme (antiretrovirale Medikamente, deren Namen vielen Flüchtlingen aus Hochprävalenzländern bestens bekannt sind) aus Angst vor dem Bekannt werden ihrer Infektion nur verborgen erfolgt. Ist eine heimliche Einnahme nicht möglich, werden Medikamente weggelassen, was große medizinische Gefahren (z.B. Resistenzentwicklung) birgt. Eine HIV-infizierte Mutter, die ihr Kind zur Vermeidung einer HIV-Weitergabe nicht stillt, machte sich diesbezüglich ebenfalls große Sorgen, da sehr viele Flüchtlinge mitbekommen, dass sie ihr Kind mit der Flasche füttert. Einer unserer Tuberkulosepatienten wurde von seinen Flurmitbewohnern gefragt, warum er stets vor, während und nach dem Essen mit den Händen in den Hosentaschen auf der Toilette verschwindet. Es war ihnen schnell klar, welche Medikamente er nimmt.

Viele chronische Erkrankungen werden durch den unstrukturierten Alltag verstärkt. Als Beispiel ist hier ein junger insulinpflichtiger Diabetiker zu nennen, der in seinem Heimatland gut eingestellt war. Die Blutzuckerwerte nach Ankunft in der Gemeinschaftsunterkunft waren sehr schlecht. Durch die Strukturlosigkeit des GU-Alltags und durch den verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus durch nächtliche Aktivitäten seiner Mitbewohner gelang es ihm erst nach Monaten und mit viel Mühe, durch regelmäßiges Essen und Insulininjektionen die Blutzuckerwerte wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Suchterkrankungen

Je nach Herkunftsland bringen viele Flüchtlinge eine Opiatabhängigkeit mit nach Deutschland. Da wir für diese Flüchtlinge keine Plätze in Substitutionsprogrammen erhalten, behandeln wir sie gegen die Entzugssymptomatik mit Opioidtabletten (dieses Vorgehen findet in einer rechtlichen Grauzone statt; wir wissen jedoch keinen anderen Ausweg, die Flüchtlinge gegen Entzugsschmerzen zu behandeln und sie nicht in die Beschaffungskriminalität zu treiben). Einige Flüchtlinge wollen sich selbst mit unserer Unterstützung von den Opioidtabletten entziehen. Dieser Entzug kann jedoch in der Gemeinschaftsunterkunft nicht gelingen, wenn mehrere Mitbewohner im selben Zimmer wohnen und Zeugen der Entzugssymptomatik werden. Zudem wissen die Flüchtlinge, wer außer ihnen über Opioidtabletten verfügt und beschaffen sich diese von den anderen Flüchtlingen, notfalls mit Gewalt.

Hygienische Missstände

In der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft werden Flurtoiletten benutzt, d.h. für alle Flurbewohner stehen jeweils Toiletten auf dem Ende des Ganges zur Verfügung. Toilettenpapier verbleibt nicht auf den Toiletten, sondern wird von jedem Bewohner zum Toilettengang mitgebracht. Bidets oder Wasserleitungen zum Reinigen nach dem Toilettengang (wie in vielen muslimischen, afrikanischen oder asiatischen Kulturen bevorzugt) befinden sich nicht in den Toilettenkabinen. Es gibt keine Seifenspender, Handtücher oder Handtuchspender an den Waschbecken. Die Waschbecken sind relativ hoch angebracht; für kleinere Kinder ist der Wasserhahn vom Boden aus nicht zu erreichen.

Unter solchen Umständen ist es eine gewisse Herausforderung, ein hygienisches Toilettenverhalten zu propagieren und insbesondere, Kinder dazu zu erziehen.

Im November 2007 herrschte in einem Flur des Familienhauses eine anhaltende Häufung von Gastroenteritiserkrankungen. Durch eine kinderreiche Familie, deren alleinerziehende Mutter nicht alle Kinder bei jedem Toilettengang an das andere Ende des Flures begleiten konnte, kam es zu unzähligen Neu- und Re-Infektionen.

Oftmals äußern Kinder (und gelegentlich auch Frauen im Familienhaus) uns gegenüber Angst, im Dunkeln die Toiletten aufzusuchen.

Lärmbelastung

Da die Gänge in der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft sehr weit und hallig sind, kommt es allein durch Geräusche, die durch das alltägliche Leben auf den Gängen entstehen, zu einer recht hohen Lärmbelastung. Spielen Kinder auf den Gängen (bei schlechtem Wetter gibt es dazu keine Alternative), wird diese Lärmbelastung weiter verstärkt. Grund für die starke Lärmbelastung in den Zimmern ist die Tatsache, dass die Bausubstanz der Gemeinschaftsunterkunft Würzburg nicht dazu angelegt war, Wohnort für eine längere Zeit zu sein. Es gibt keine Schallisolierung oder eine andere Art von Lärmschutz. Auch gegenüber der stark befahrenen B27 direkt neben der GU gibt es keine Lärmdämmung.

Lärmbelastung über eine längere Zeit führt zu Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und Veränderungen des Herz-Kreislauf-Systems wie Bluthochdruck.

Es ist hinzuzufügen, dass nicht nur durch Lärm auf den Gängen, sondern auch durch Lärm innerhalb der Zimmer Belastungen entstehen. In fast allen Zimmern der GU schläft mehr als eine Person. Meist kollidieren Schlaf- und Wachzeiten mehrerer BewohnerInnen miteinander. Oft läuft viele Stunden lang das Fernsehgerät, ohne dass die BewohnerInnen, die nicht fernsehen möchten, sich zurückziehen könnten.

Wohnsituation und räumliche Enge

In der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft wohnen bis zu fünf allein flüchtende Menschen gemeinsam in einem Raum. Familien wohnen gemeinsam in einem einzigen Zimmer; erst ab dem dritten Kind wird - in der Regel, aber keinesfalls immer - ein zweites Zimmer zur Verfügung gestellt.

Wir vermessen einige Zimmer in der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft. Einer neunköpfigen Familie steht ein Wohnraum von 57 Quadratmetern zur Verfügung, wobei eines der drei Zimmer (mit einer Größe von ca. 19 Quadratmetern) nicht abschließbar ist.

Durch das gemeinsame Leben von Erwachsenen und Kindern in einem einzigen Raum können weder Eltern noch Kinder ihren Bedürfnissen entsprechend leben. Erwachsene Paare haben über Jahre hinweg keinerlei Rückzugsmöglichkeit. Kinder haben weder Raum, um ihre Hausaufgaben machen zu können, noch können sie sich außerhalb der elterlichen Aufsicht entwickeln.

Durch die Enge der Wohnsituation können sich respiratorisch übertragene Infekte leichter ausbreiten. Im Februar dieses Jahres sahen wir einer großen Zahl von GU-BewohnerInnen Erkältungen und grippale Infekte. Die Enge des Wohnraumes wird zu einem großen Teil zu der schnellen und weiten Verbreitung der Infekte beigetragen haben.

Kälte

Viele BewohnerInnen der GU klagen über die Kälte in den Räumen. Diesen Eindruck teilen wir.

In der Sprechstunde sehen wir häufig Patientinnen mit Blasenentzündung, die sich teilweise auch zu Nierenbeckenentzündungen verkomplizieren. Eine von mehreren Ursachen dafür ist die Kälte in den Räumen der GU. Auch Atemwegsinfekte entstehen schneller in kalter Umgebung.

Verletzungs- und Vergiftungsgefahr

In der GU wohnen Menschen eng beieinander und teilen sich Gemeinschaftsräume, ohne dass diese Gemeinschaft von ihnen erwünscht wäre. Dies bedeutet auch, dass man hinsichtlich Gefahren keine Sorge umeinander entwickelt.

Oftmals werden aus Unachtsamkeit Herdplatten angelassen, was eine Verletzungsgefahr für andere BewohnerInnen, insbesondere Kleinkinder darstellt. Nicht in allen Fluren, auf denen Kinder leben, gibt es sog. Induktionsplatten.

Einige BewohnerInnen der Gemeinschaftsunterkunft gehen sorglos mit Medikamenten um, die ihnen verschrieben worden sind, d.h. sie lassen sie für Kinder zugänglich liegen. Wir können mindestens drei Medikamentenvergiftungen kleiner Kinder der GU benennen, die auf diese Weise zustande kamen.

Gefährdung des Kindeswohls

Alle bisher angeführten gesundheitsgefährdenden Aspekte vom Leben in Gemeinschaftsunterkünften betreffen vor allem Kinder. Kinder sind auf besonderen Schutz angewiesen, erleiden im Kontext der Gemeinschaftsunterkunft aber besondere Gefährdungen.

Fortfall der Eltern als Referenz

Für eine ungestörte Kindesentwicklung ist es nötig, dass die Eltern oder ein Elternteil als „Referenz“ fungiert. Dies bedeutet unter anderem, dass Kinder bei neuen Situationen auf die Reaktion der Eltern achten. Meistern diese die Situation, fühlen sich Kinder sicher und schöpfen Selbstvertrauen. Für Eltern im Exil ist es schwierig, diese Rolle auszufüllen: Durch die Sprachinkompetenz sind sie für Alltagstätigkeiten auf Hilfe angewiesen; sie durchschauen die Strukturen im neuen Land nicht vollständig. Durch das Leben in der Gemeinschaftsunterkunft werden die Eltern in den Augen ihrer Kinder weiter „entmündigt“. Täglich erleben Kinder, dass nicht ihre Eltern der Souverän des Familienlebens sind, sondern die Heimleitung, die Ausländerbehörde oder die Polizei.

Erhöhte Gefährdung gegenüber Übergriffen und sexualisierter Gewalt

In der GU wohnen Kinder so eng neben fremden Erwachsenen, denen sie aufgrund der Wohnsituation näher kommen, als es sonst außerhalb des Familien- und Freundeskreises üblich ist. Immer wieder – zuletzt Anfang März – kommt es zu sexualisierten Übergriffen auf Kinder in der Gemeinschaftsunterkunft.

Gewalt als Überlebensstrategie

Kinder lernen durch Nachahmung. In der GU sehen sie, dass Konflikte unter Erwachsenen häufig mit Gewalt ausgetragen und gewonnen werden. Dieses Verhalten imitieren sie. Ältere Kinder behandeln jüngere mit Gewalt und unterdrücken sie.

Gefährdete Entwicklung

Wir sehen die Kindesentwicklung durch die Umstände in der Gemeinschaftsunterkunft als gefährdet und eine Bedrohung des Kindeswohls als gegeben an. Diese Einschätzung wird auch von anderen Fachstellen in Würzburg bestätigt. Bei mehreren Kindern der Gemeinschaftsunterkunft wurden vom Frühdiagnosezentrum und der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik soziale Anpassungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen oder –störungen diagnostiziert.

Wir stellten ein Kind mit auffälligem sozialen Verhalten im Frühdiagnosezentrum Würzburg vor und erhielten folgende Rückmeldung: *„Wir sehen die Wohnsituation als äußerst ungünstig und mitursächlich für die umfassende Problematik der Familie an. Für die Entwicklung der Kinder empfehlen wir daher dringend einen Auszug der Familie aus der Gemeinschaftsunterkunft in eine eigene Wohnung.“* (Zitat aus dem Arztbrief)

Bei einem weiteren sozial auffälligen, kaum mehr integrierbaren Kind stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik fest, dass eine Psychotherapie durchgeführt werden

Blatt 9 zu **Stellungnahme des Missionsärztlichen Instituts**

muss, diese aber *„erst nach einem Auszug der Familie aus der GU sinnvoll“* ist (Zitat aus dem Arztbrief).

Eine Familie mit in vieler Hinsicht sozial auffälligen, zum Teil wegen der Verhaltensstörungen nicht mehr beschulbaren Kindern stellten wir der PBV (Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene) Stuttgart vor. Die Gutachter stellten als Auslöser für die Auffälligkeiten der Kinder unter anderem *„den Umzug der Familien (...) in die GU Würzburg“* sowie *„diskriminierendes, z.T. herabwürdigendes Verhalten den Probanden gegenüber durch andere Asylbewerber, die in der GU wohnen“* (Zitat aus dem Gutachten) fest.

Auf unsere Frage *„Kann die Entwicklung der Kinder bei einem Auszug der Familie aus der GU und Weiterbetreuung durch das Jugendamt verbessert werden? Kann eine kriminelle Karriere der Kinder verhindert werden?“* antworteten die Gutachter: *„Diese Frage kann mit ja beantwortet werden. Durch die Rückführung der Familien in ein von früher gewohntes, „normales“ wohnliches und soziales Umfeld werden die auffälligen Verhaltensweisen zurückgehen, die aktuell vorliegenden psychischen und physischen Beschwerden würden sich sehr wahrscheinlich zurückbilden. Wichtig ist, die Familien aus der GU in Privatwohnungen unterzubringen, um den nötigen Abstand von anderen GU-Bewohnern zu erreichen.“* (Zitat aus dem Gutachten)

Notfälle

Jedem Menschen in Deutschland ist es erlaubt, bei einem medizinischen Notfall die Nummer der Rettungswache zu wählen. Speziell ausgebildetes Personal, das die Anrufe entgegennimmt, entscheidet, welche Art Einsatzfahrzeug mit welcher Art medizinischen Personals zu dem Notfall geschickt wird. Die ohne Zweifel vorhandene Überbeanspruchung dieses Dienstes wird von der Gesellschaft in Kauf genommen.

Menschen in der Gemeinschaftsunterkunft Würzburg haben nicht das Recht, einen Notruf abzusetzen. Im Notfall müssen sie bei dem Wachpersonal vorsprechen, das über die Dringlichkeit entscheidet und nach eigenem Ermessen die Rettungswache informiert. Dieses Wachpersonal ist noch nicht einmal ansatzweise medizinisch ausgebildet. Es ist gefährlich, ihm solch schwerwiegende Entscheidungen wie die Notwendigkeit der Alarmierung des Rettungsdienstes zu überlassen.

Als Beispiel ist hier eine junge Frau mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus zu nennen. Sie erlitt in der Frühschwangerschaft mit ihrem zweiten Kind immer wieder Blutzuckerschwankungen. Sie wurde von Landsleuten bewusstlos aufgefunden. Diese waren über ihre Krankheit informiert, vermuteten richtigerweise eine schwere Unterzuckerung und alarmierten das Wachpersonal. Dieses entschied, die Rettungswache nicht zu informieren, da das medizinische Personal unserer Klinik in nächster Zeit eintreffen würde. Die 30 bis 45 Minuten, die unsere Patientin mit schwerer Unterzuckerung verbrachte (bei Eintreffen des medizinischen Personals war der Blutzucker bereits nicht mehr messbar niedrig, d.h. unter 20 mg/dl; die Patientin hatte Zeichen eines beginnenden Krampfanfalls), hätten ohne weiteres zu einer bleibenden Schädigung der Patientin oder des ungeborenen Kindes führen können.

Was sagen die Flüchtlinge selbst?

Wir beginnen unsere Gesundheitskurse stets mit einer moderierten Diskussion der Flüchtlinge über die Fragen: „Was macht gesund – was macht krank?“

„Leben im Heim“, „Keine Arbeit, kein Geld“, „Nicht fähig, für meine Familie zu sorgen“, „Angst“, „Hoffnungslosigkeit“ und „Traurigkeit“ gehören zu den immer wiederkehrenden, von Flüchtlingen aller Kulturkreise gegebenen Antworten auf die Frage nach krank machenden Faktoren in ihrem Leben.

Die Flüchtlinge beschreiben das Leben in der Gemeinschaftsunterkunft als eine lange, eintönige, perspektivlose Wartezeit. Sprechen sie mit uns darüber, machen sie oftmals einen gequälten, zermürbten Eindruck. Sie leiden insbesondere unter der Isolation von der Würzburger Bevölkerung, fehlenden Betätigungs- oder Bildungsmöglichkeiten und fehlender Rückzugssphäre.

„Here in the Heim, you just wait and wait and wait... You cannot do anything! This is why people have such diseases.“

„Wir haben oft keine Kraft mehr, irgendetwas zu tun, weil wir im Heim in Lethargie verfallen.“

Wir lernten eine junge Frau aus dem Grenzgebiet Ruanda/Burundi kennen, die über zehn Jahre in Deutschland lebte. Sie hatte eine eigene Wohnung gehabt, konnte eine qualifizierte Ausbildung abschließen und war in jeder Hinsicht in Deutschland integriert. Als ihr Aufenthaltsstatus nicht verlängert wurde und sie ihre Arbeitserlaubnis verlor, war sie gezwungen, in wechselnden Gemeinschaftsunterkünften zu leben. Nach drei Jahren hatte sie keine Kraft mehr und ging zurück in ihr Heimatland, das für sie vom Trauma des Genozids gekennzeichnet ist.

„Als sie in Ruanda anfangen, Leute zu erschlagen und Frauen zu vergewaltigen, hat meine Tante es geschafft, mich aus dem Land zu bringen. Ich habe so viel Schlimmes erlebt! Aber das Schlimmste waren die letzten drei Jahre hier im Heim.“

Paragraph 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes

Im Paragraphen 4 des AsylbLG ist der Anspruch auf medizinische Versorgung festgelegt.

1) Zur **Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände** sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung (...) zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) **Werdenden Müttern und Wöchnerinnen** sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung **einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen** sicher. (...)

Blatt 11 zu **Stellungnahme des Missionsärztlichen Instituts**

Aus dem Abschnitt 1 und dessen Auslegung ergeben sich vielfältige Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung, die insgesamt dazu führen, dass die Leistungsberechtigten **keine adäquate medizinische Versorgung** erhalten.

Wäre ein Flüchtling nur während eines kurzen Zeitraums nach AsylbLG leistungsberechtigt und würde dann in ein reguläres Krankenversicherungsverhältnis übernommen, hätten wir keine Bedenken. **Da unserer Erfahrung nach Flüchtlinge allerdings jahre- bis jahrzehntelang dem AsylbLG unterliegen, ergeben sich dramatische Konsequenzen für die medizinische Versorgung.**

Aus unserer Praxis in Würzburg möchten wir einige Beispiele nennen:

- Die Kostenübernahme für Hörgeräte wird kategorisch abgelehnt. Die stets gleich lautende Begründung ist: „Dem Patienten entstehen durch die Ablehnung keine wesentlichen Nachteile.“ Dadurch wird nicht nur eine sprachliche Integration in Deutschland verhindert, sondern die Patienten werden auch innerhalb ihrer Community sprachlich isoliert.
- Eine Kostenübernahme für Brillen wird erst dann genehmigt, wenn das schlechtere Auge einen Dioptrienwert von mindestens 2,5 aufweist. Alltagstätigkeiten sind mit geringen Dioptriewerten zwar in der Regel gut möglich, jedoch führt bereits eine geringe unkorrigierte Fehlsichtigkeit zu zunehmenden und andauernden Kopfschmerzen.
- Die Kosten für Verhütungsmittel werden nicht übernommen. Da die Flüchtlinge ein Taschengeld von 40,90 Euro im Monat haben, können sie sich im Gegensatz zur restlichen Bevölkerung zuverlässige Verhütungsmittel nicht leisten. Dadurch entstehen ungewollte Schwangerschaften. (Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch werden hingegen von den Sozialämtern übernommen.)
- Zahnerhaltende Maßnahmen bei Karies von Milchzähnen sind nicht Teil des AsylbLG. Dies führt dazu, dass Kindern Milchzähne verfrüht gewogen werden, die eigentlich als „Platzhalter“ für die bleibenden Zähne dienen sollten. Besonders betroffen macht uns in Zusammenhang, dass Kinder in Bayern erst ab dem 7. Lebensjahr ein Hygienepaket (und somit eine Zahnbürste) erhalten.
- Eine zahnmedizinische Behandlung zum Erhalt eines nur gering geschädigten Zahnes wird nicht gewährleistet. Der behandelnde Zahnarzt bekommt lediglich die Zahnextraktion erstattet. So werden bereits Jugendlichen und jungen Erwachsenen unnötig Zähne gezogen, was zu Verschiebungen im bleibenden Gebiss und somit zu weiteren Gebisschädigungen, im Extremfall zu unzureichender Kaufunktion und damit Fehlernährung führt. In der Würzburger GU wurde den Bewohnern versagt, einen Zahnarzt aus ihrem Sprach- und Kulturkreis zu wählen, welcher präventiv über Ernährung und Zahnputzverhalten hätte aufklären können. Stattdessen wurde die Behandlung in der Zahnklinik der Universität vorgegeben, der pro Patient und Quartal 54 Euro erstattet werden. Für diesen Betrag werden in der Zahnklinik lediglich Zähne

gezogen. Inzwischen lehnt die Mehrheit der Bewohner bei Zahnschmerzen eine Behandlung durch die Zahnklinik ab, da ihnen von ihren Mitbewohnern die Zahnextraktion bekannt ist. Dies führt letztendlich nicht nur zu größeren bleibenden Schäden am Gebiss, sondern auf lange Sicht auch zu höheren Kosten im Gesundheitssystem.

- Wir erleben immer wieder für uns unverständliche Ablehnungen von beantragten Leistungen, die unserer Ansicht nach auch bei buchstabengetreuer Auslegung des AsylbLG bewilligt werden müssten. Beispiele dafür:
 - o Ablehnung der Operation einer sehr schmerzhaften Analfissur (Einriss der Analschleimhaut) mit der Begründung des Amtsarztes, eine Analfissur sei „auch über einen längeren Zeitraum hinweg zumutbar“. Dem halten wir entgegen, dass nach unserer Einschätzung nicht nur die Schmerzen einer Analfissur nicht zumutbar sind, sondern als Komplikationen einer unbehandelten Analfissur Abszesse entstehen können, die zu Fisteln und Inkontinenz führen können.
 - o Ablehnung von physikalischer Therapie (Krankengymnastik und Kryotherapie/Kältebehandlung) bei stärksten Knieschmerzen bei einem jungen Mann mit der Begründung, ohne Diagnose könne keine Therapie erfolgen. Als dann ein MRT zur Diagnosestellung beantragt wurde, wurde dies ebenfalls abgelehnt, nun mit der Begründung, es handele sich nicht um eine lebensbedrohende Erkrankung.
 - o Ablehnung der Operation einer Muskelruptur in der Schulter bei einer jungen Frau mit der Begründung, es bestünden keine Gefahren für Leib und Leben. Als einige Monate später ein Kraftverlust des Armes eingetreten war, es zu erwarten war, dass dieser voranschreiten würde und von den behandelnden Fachärzten eine Korrekturoperation beantragt wurde, wurde diese mit der Begründung abgelehnt, dass eine Operation nur im akuten Stadium sinnvoll sei und nun keine Verbesserung der Kraft versprechen würde
 - o Ablehnung einer vom HNO-Facharzt als notwendig bestätigten Entfernung der Mandeln bei einem 13jährigen Jungen mit rezidivierenden fieberhaften Mandelentzündungen mit der Begründung, es bestehe keine Gefahr für Leib und Leben. Die Unterrichtsausfälle, die häufigen Antibiotikatherapien, die Spätfolgen von Streptokokken-Angina für Herz, Gelenke und Nieren und nicht zuletzt die wiederkehrenden Schmerzen für das Kind wurden vom Gesundheitsamt dabei in Kauf genommen.

In der Auslegung des 2. Abschnittes des Paragraphen 4 des AsylbLG erlebten wir bisher keine Probleme.

Bezüglich des 3. Abschnittes erlebten wir häufig Diskussionen mit dem Sozialamt darüber, welche Vorsorgeuntersuchungen „medizinisch geboten“ seien. Abstriche zur Früherkennung

des Gebärmutterhalskrebses sollten ebenso nicht übernommen werden wie Mammo-graphien zur Früherkennung des Brustkrebses. Dies lag daran, dass der entscheidende Sachbearbeiter keinerlei medizinische Vorkenntnisse hatte und die Durchführungsverordnung für einen medizinischen Laien missverständlich formuliert ist. Schließlich gelang die Zusage für die Kostenübernahme. Dies bedeutet aber in der Konsequenz, dass trotz des Anrechts auf präventive Leistungen die Inanspruchnahme erschwert ist.

3.3 Welche Erfahrungen bestehen mit der Gutachterpraxis durch die Gesundheitsämter?

Unsere Erfahrungen beschränken sich auf die Gutachterpraxis in Würzburg. Wir haben Einblick in die Praxis bei Kostenübernahmeanfragen medizinischer Leistungen und bei Anfragen bezüglich der Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes (Anträge auf Auszug aus der GU, Anträge auf Modifikationen der Sachleistungen).

Unser Eindruck ist, dass die Ärzte des Gesundheitsamtes vorbestehende Gutachten (von zum Teil hochspezialisiertem Fachpersonal wie Kollegen aus der Universitätsklinik Würzburg) in ihrer Wertigkeit als sehr gering einschätzen und sie in ihren Entscheidungen nicht angemessen berücksichtigen. Wir haben außerdem den Eindruck, dass im Falle von Ermessensspielräumen systematisch gegen das Anliegen der Flüchtlinge entschieden wird.

In einem hochspezialisierten Gesundheitssystem wie dem unseren ist nicht einzusehen, dass die Stellungnahmen des behandelnden ärztlichen Personals gegenüber den Gutachten des Gesundheitsamtes eine absolut nachrangige Bedeutung erhalten. Wir sehen diesbezüglich dringenden Änderungsbedarf.

3.4 Wie verläuft die medizinische Versorgung von Leistungsberechtigten und ist diese bundesweit geregelt oder unterliegt die Auslegung der Gesundheitsversorgung den Bundesländern? Inwiefern läßt sich in Bayern die medizinische Versorgung der Flüchtlinge anders ausgestalten? Wo besteht konkreter Verbesserungsbedarf, welche Mindeststandards für die medizinische Versorgung sind notwendig und wie kann diese besser organisiert werden?

Der Anspruch auf medizinische Versorgung ist im Paragraphen 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes festgelegt. Da das AsylbLG bundesweite Gültigkeit besitzt, ist insofern von einer bundesweiten Regelung zu sprechen. Allerdings haben die Bundesländer eigene, voneinander verschiedene Durchführungsverordnungen aufgestellt, nach denen die Behörden die Ansprüche überprüfen. Die bayerischen Verordnungen wurden uns allerdings auch auf mehrfachen Nachfragen nicht zugänglich gemacht.

Bei Ankunft in Bayern erfolgt eine ärztliche Untersuchung in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST). Wir hatten Gelegenheit, mit dem Leiter der ZAST Zirndorf über das Procedere dieser Untersuchung zu sprechen, die folgenden Angaben werden auch durch unsere PatientInnen

bestätigt: Der durchführende Arzt sei Radiologe, die Untersuchung finde ohne DolmetscherIn statt. Eine Krankengeschichte werde nicht erhoben. Es finde eine kurze körperliche Untersuchung statt. Anschließend werde Blut abgenommen, um Tests auf Hepatitis, HIV und Syphilis durchzuführen. Der Asylbewerber werde auf deutsch über den Zweck der Blutentnahme informiert, es gebe keine Möglichkeit, den Test abzulehnen. Eine Röntgenaufnahme zum Erkennung einer Tuberkulose werde ebenso angefertigt wie Stuhlproben zum Ausschluss von parasitären Erkrankungen. Falls eine behandlungsbedürftige Erkrankung festgestellt wurde, erhält der Asylbewerber einen Brief, in dem ihm das Untersuchungsergebnis in deutscher Sprache mitgeteilt wird. Eine ärztliche Therapie wird nur in seltenen Fällen eingeleitet. Über unauffällige Befunde wird nicht informiert. In Anbetracht dessen, dass es sich hierbei jeweils um schwere, bei Nichtbehandlung unter Umständen um lebensbedrohliche Erkrankungen handelt, beurteilen wir dieses Verfahren als nach - wenn nicht gar fahrlässig. Zu häufig geht in den ersten Wochen nach der Ankunft eines Flüchtlings der Brief über die medizinischen Untersuchungsbefunde in der für die Flüchtlinge ungewohnten Flut aus Schriftverkehr und Ämterbürokratie unter. Die Absicht, die Übertragung von infektiösen Erkrankungen zu verhindern, mit der die obligate Blutentnahme von Regierungsseite gerechtfertigt wird, wird also nicht erreicht. Stattdessen geht dadurch, dass der Patient weder persönlich noch in einer ihm verständlichen Sprache über seine Erkrankung informiert oder gar eine Therapie eingeleitet wird, wertvolle Zeit verloren, in der die Infektion fortschreitet und eine Übertragung auf andere Menschen nicht verhindert wird. Eine Erfassung des Impfstatus findet nicht statt, es werden keine Impfungen verabreicht. Ratschläge zur Vermeidung der getesteten Krankheiten werden nicht gegeben. Somit hat die Erstuntersuchung nicht den Zweck, den Flüchtling einer ärztlichen Therapie zuzuführen oder ihn bei der Gesunderhaltung zu unterstützen, sondern die Übertragung ansteckender Krankheiten zu verhindern. Ob selbst dies bei der derzeitigen Ausführung der Untersuchung gelingen kann, erscheint uns sehr fraglich.

In den meisten Städten und Gemeinden, in die die Asylbewerber nach dem Aufenthalt in der ZAST verlegt werden, erfolgt die medizinische Versorgung über niedergelassene ÄrztInnen. Die Auswahl und Kontaktaufnahme bleibt den AsylbewerberInnen überlassen, wobei sie oft Unterstützung von Ehrenamtlern oder Wohlfahrtsverbänden erfahren. Unseres Wissens ist die GU Würzburg die einzige GU in Bayern, in der die medizinische Versorgung der BewohnerInnen institutionalisiert und innerhalb der GU stattfindet und zusätzlich mit geschulten DolmetscherInnen gearbeitet wird..

Die Finanzierung der Leistungen nach §4 des AsylbLG erfolgt über die Sozialämter. Für die Konsultation eines Arztes ist – außer in Notfällen – ein Berechtigungsschein abzuholen, der dem Arzt vorgelegt wird und auf dem die Begrenzungen der medizinischen Leistungen vermerkt sind.

Die stationäre Versorgung erfolgt im Bedarfsfall über die ortsständigen Kliniken. Es ist – sofern kein lebensbedrohender Notfall vorliegt – vor der stationären Aufnahme bei dem zuständigen Sozialamt die Kostenübernahme zu beantragen.

Einige Asylbewerber und Geduldete werden über das Sozialamt bei gesetzlichen Krankenkassen versichert, wobei uns die Auswahlkriterien nicht bekannt sind.

Verbesserungsvorschläge

1. Die Grundlage einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern ist ein medizinisches Angebot entsprechend den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und ein freier Zugang zu einer regulären medizinischen Versorgung.
2. Die Aufnahme in eine gesetzliche Krankenversicherung sollte zum gleichen Zeitpunkt wie der Umzug von der Erstaufnahmeeinrichtung in eine Gemeinschaftsunterkunft oder Wohnung angestrebt werden. Das bedeutet eine Begrenzung des Geltungszeitraumes des Paragraphen 4 des AsylbLG auf höchstens drei Monate nach Ankunft in Deutschland.
3. Die reguläre medizinische Versorgung sollte über frei gewählte Haus- und FachärztInnen erfolgen.
4. Flüchtlinge und Asylbewerber sollten gezielt und kulturangepasst Informationen über das Gesundheitssystem in Deutschland, seine Anlaufstellen und Strukturen erhalten. Ein Angebot von Leistungen und Information über Präventionsmöglichkeiten, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sollte niederschwellig erfolgen.
5. Kompetenzzentren für die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen sollten eingerichtet werden. Die Aufgaben eines solchen Zentrums für Migrantenmedizin sind:
 - Ansprechpartner und Referenzzentrum für die versorgenden ÄrztInnen,
 - Weiterbildung des versorgenden ärztlichen und pflegerischen Personals in den fachlichen Aspekten der Migrantenmedizin,
 - Aufbau eines Netzes von medizinisch geschulten Laiendolmetschern,
 - Forschung und wissenschaftliche Arbeiten zur Situation und Verbesserung der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen,
 - Beratung von Ausländerbehörden und Sozialämtern zu fachlichen Aspekten der Migrantenmedizin.

Würzburg, 19. Apr. 2009