

Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.



Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus

Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen

August 2001

**von
Knut Rauchfuss**

Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus

Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen von Knut Rauchfuss

In dem 1998 in Kraft getretenen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG) wird unter den Grundsätzen der Leistungserbringung für den öffentlichen Gesundheitsdienst in §4 ausgeführt:

(1) Soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung erforderlich, jedoch nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie die untere Gesundheitsbehörde im Benehmen mit primär zuständigen Handlungsträgern im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen. Dies gilt insbesondere, wenn Personen wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen und diesem Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird.

These dieses Aufsatzes ist es, dass Flüchtlinge eine solche Gruppe darstellen, die *aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge* bedarf und deren *Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird*. Handlungsempfehlungen für die kommunale Ebene schließen sich an.

Flüchtlinge bedürfen besonderer gesundheitlicher Fürsorge

Als Folge wirtschaftlicher, ökologischer und politischer Krisen in aller Welt, sind Menschen in zunehmendem Maße gezwungen, ihre Heimat zu verlassen. Mehr als 21 Millionen Menschen befinden sich weltweit auf der Flucht. Fast eine Million von ihnen lebt in Deutschland.

Flucht macht krank, beginnend bei den jeweiligen Fluchtursachen, die – ob in Form von Krieg, Unterdrückung oder Armut – die Lebensbedingungen von Menschen und damit ihre Gesundheit beeinträchtigen.

Systematische Erhebungen hierzu existieren nicht, so dass exemplarische Befragungen von ÄrztInnen, die in Aufnahmelagern tätig sind, zur Beschreibung der Schädigungen herangezogen werden müssen.

So finden sich in ärztlichen Untersuchungen diverse körperliche Beeinträchtigungen, die von den befragten Flüchtlingen in unmittelbarem Zusammenhang mit erfahrener Gewalt durch Krieg, Folter und Militär gestellt werden. Exemplarisch seien hier die Ergebnisse einer allgemeinärztlichen Untersuchung an tamilischen Flüchtlingen angeführt.¹

In der angegebenen Befragung klagten die Asylsuchenden über:

- Kopfschmerzen infolge Überstülpens eines benzingetränkten Jutesacks für längere Zeit
- ständige massive Kopfschmerzen und gelegentlichen Drehschwindel sowie Denk- und Konzentrationsstörungen nach einer Bombenexplosion
- Augentränen nach Schlag mit Eisenstange gegen den Hinterkopf
- Schulterschmerzen nach Schlag auf die Schulter

¹ v Graessner, S.; Gurrus, N.; Pross, C. (Hrsg.): Folter – An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien. Eine Veröffentlichung des Therapiezentrum für Folteropfer Berlin. München: Beck, CH, 1996.

- Wadenschmerzen nach Stockschlägen
- Schmerzen im Bein als Folge einer Bombenexplosion
- Splitterverletzung im Gesäßbereich
- Schmerzen in der Brust durch Folter
- Schmerzen in den Beinen durch Granatsplitter
- Taubheitsgefühl und Schmerzen im Arm nach Schlägen durch das Militär gegen den Arm

Darüber hinaus äußern sich Flüchtlinge in der ärztlichen Sprechstunde vermehrt über²:

- nicht-abheilende Dauerinfektionen der Atemwege
- Magen-Darm-Beschwerden
- Kopf- und Rückenschmerzen

Die in der Erstuntersuchung aus seuchenhygienischen Gründen regelmäßig erfassten Infektionskrankheiten

- Tuberkulose
- Salmonellosen
- Syphilis
- HIV
- Hepatitis
- Parasitäre Erkrankungen

machen lediglich 8,8% der Morbidität der Zuwanderer aus.³

Die geschilderten Beschwerden sind somit einerseits als Folge der erlittenen Verfolgung zu werten. Ein anderer Teil, die nicht unmittelbar verfolgungsbedingten Beschwerden, spiegelt somit qualitativ die Prävalenz armutsbedingter Erkrankungen in den Herkunftsländern wider, wobei die Prävalenz quantitativ deutlich geringer ausfällt als in diesen Ländern selbst, da diejenigen, die Europa als Flüchtlinge erreichen, oftmals eher sozial privilegierteren Schichten entstammen. Der Effekt, dass gesundheitlich geschwächte oder gar stärker erkrankte Armutsflüchtlinge den beschwerlichen Weg nach Europa mehrheitlich nicht auf sich nehmen (können) und daher vergleichsweise „gesündere“ Individuen hier ankommen, wird als „Healthy-Migrant-Effect“ bezeichnet. Dieser manifestiert sich besonders bei ArbeitsmigrantInnen. Dennoch spiegelt sich die soziale und ökonomische Differenz zwischen Herkunftsland und Zielland in der Morbidität der Flüchtlinge wider (s.u.).

Neben diesen *migrationsbedingenden* Faktoren, fördern auch *migrationsbedingte* Faktoren die Anfälligkeit von Flüchtlingen gegenüber Krankheiten.

Flucht macht krank, da, wo Menschen gezwungen werden, sich auf den entbehrungsreichen Weg zu machen, ihre angestammten Lebensumstände zu verlassen, nicht zuletzt, um beim Versuch der Überwindung von Einreiseshranken erneut Leben und Gesundheit zu riskieren. Durch eine veränderte Rechtslage in der Asylpraxis sind die Zahlen der AntragstellerInnen zwar rückläufig, aufgrund der restriktiveren Bedingungen wächst jedoch die Zahl klandestiner Immigrationen, d.h. von Einwanderungen ohne gleichzeitige, gesetzliche Regelung des Aufenthaltsstatus (s.u.). Mit Schwinden der Chance, europäisches Territorium auf legalem

² Mohammadzadeh, Z.: Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende, in: Gesundheitswesen, 57 (1995) 8–9, 457 ff.

Sonderegger, T.S.; Holzer, B; Frey, F.J.: Medizinische Probleme bei Asylbewerbern aus Sri Lanka (Tamilen). Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 115 (1985) 2, 59 ff.

³ Mohammadzadeh, Z.: Some Aspects of Migrants and Health in Germany, in: Zenker, H.J.; Mohammadzadeh, Z.; Hilbert, T.: Asylum Seekers/refugees and Health; Proceedings of an Expert Meeting in Bremen, Public Health Office, Bremen, 1996, 29-49.

Weg zu erreichen, sind Flüchtlinge zunehmend gezwungen, sich in die Hände von Schleusergruppen zu begeben, deren vorrangiges Ziel darin besteht, Kapital aus der Misere der Flüchtlinge zu schlagen. Berichte von menschenunwürdigen Transportformen wechseln mit Nachrichten über Gewaltverbrechen an den Flüchtlingen selbst. So kommen nicht nur zahlreiche Flüchtlinge bei dem Versuch, Europa auf dem Seeweg zu erreichen, ums Leben (Italien, Spanien). Auch bei der Überquerung innereuropäischer Grenzflüsse nehmen jährlich zahlreiche Menschen Schaden an Leib und Leben. Die Überlebenden berichten oftmals von Raubüberfällen während des Transportes oder weisen Folgewirkungen von Unterkühlung, Unterernährung u.v.m. auf.

Und Flucht macht Menschen krank, selbst dann noch, wenn sie scheinbar sicheren Boden in der Bundesrepublik Deutschland erreicht haben. Menschenunwürdige Unterbringungsbedingungen, nahezu fehlende soziale Unterstützung und ein auf Notfallversorgung beschränkter Behandlungsanspruch, unsichere Aufenthaltsbedingungen, gekoppelt an die permanente Bedrohung, abgeschoben zu werden, und Ausgrenzungspraktiken durch staatliche Behörden wie durch das neue gesellschaftliche Umfeld verursachen, beschleunigen oder begünstigen die Entstehung von Krankheit und verhindern Heilungsmöglichkeiten.

Betroffen hiervon sind vor allem Menschen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) fallen, sowie illegalisierte Flüchtlinge mit unklarem oder ohne Aufenthaltsstatus.

Das Asylbewerberleistungsgesetz

Das AsylbLG ist seit 1993 in Kraft. Es schränkt die Sozialleistungen von Asylsuchenden, Flüchtlingen mit Duldung und von Bürgerkriegsflüchtlingen grundsätzlich ein. Im Juni 1997 wurde das Gesetz nochmals verschärft und die Geltungsdauer von einem auf die ersten drei Jahre des Aufenthaltes ausgedehnt.⁴ Im September 1998 ist eine zusätzliche Leistungseinschränkung (§1a) festgeschrieben worden. Der derzeitige Entwurf des Bundesinnenministeriums für ein Zuwanderungsgesetz (ZuwG) sieht eine weitere Verschärfung der Gültigkeit für die gesamte Dauer des Asylverfahrens vor.⁵

Neben gesundheitsbeeinträchtigenden sozialen Einschränkungen, wie z.B. der Absenkung der Sozialhilfe um rund 25%, die vorrangig in Sachleistungen ausgezahlt werden soll, sowie der Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, ist auch die kurativ-medizinische Versorgung reduziert.

Anspruch auf Behandlung besteht nur bei akuten oder schmerzhaften Erkrankungen (§4) oder auf Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§6). Die Auslegung dieser Paragraphen unterliegt willkürlichen Spielräumen und differiert zwischen den einzelnen Sozial- und Gesundheitsbehörden in weitem Maße. So sind in einigen Städten, wie z.B. Gummersbach⁶, zusätzliche rechtswidrige Einschränkungen vorgenommen worden, wie die Begrenzung auf ausschließlich lebensnotwendige oder unaufschiebbare Behandlungen.

Immer wieder führt die Ausstellung von Behandlungsscheinen durch die zuständigen Sozialämter zu Verzögerungen und Reibungsverlusten im therapeutischen Alltag. Die in der Praxis dokumentierten Fälle von Einschränkungen des Behandlungsanspruchs durch Sozialämter und AmtsärztInnen beruhen zumeist auf einer den gesetzlichen Rahmen

⁴ Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), Bundesgesetzblatt, Jahrg. 1997, Teil I, Nr. 57, ausgegeben zu Bonn am 14. August 1997.

⁵ Entwurf eines Gesetzes zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern; Referentenentwurf (Stand: 7.08.2001), Artikel 8, http://www.bmi.bund.de/Anlage8476/Gesetzentwurf_als_PDF-Download.pdf

⁶ Stadtdirektor der Stadt Gummersbach, März 1998, Az. 50/Fi: An alle im Oberbergischen Kreis niedergelassenen Ärzte.

sprengenden, übermäßig restriktiven Auslegung des AsylbLG. Nicht selten formulieren medizinisch nicht qualifizierte SachbearbeiterInnen unsachgemäße Einschränkungen. Probleme, die bei der Vergabe von Behandlungsscheinen auftreten, werden leicht den Betroffenen selbst zur Last gelegt, die sich scheinbar nicht ausreichend um ihre Angelegenheiten kümmern. Tatsächlich ist es jedoch nicht einsichtig, wenn z.B. ein ärztliches Attest einer akuten Erkrankung zur Voraussetzung für den Arztbesuch überhaupt erklärt wird. Auch Krankenhäuser und niedergelassene ÄrztInnen verzichten in dieser Situation oftmals auf die gebotene diagnostische Abklärung nebenbefundlich erhobener Erkrankungen, weil sie bei allgemein hoher Stressbelastung die aufreibenden Verhandlungen mit den Sozialämtern scheuen.

Die Kosten für die Behandlung von psychosomatischen Beschwerden, wie sie oftmals als Folge erlittener Gewalt auftreten, und die Therapie unmittelbarer Behinderungen und Verletzungen werden oft nicht oder erst nach langem Insistieren übernommen.

In dieser Situation meiden zahlreiche AsylbewerberInnen die bürokratischen Hürden und suchen den Ausweg im Bereich der Laienhilfe im Angehörigen- oder Bekanntenkreis anstelle einer adäquaten medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgung.

MigrantInnen ohne Papiere

Wie bereits erwähnt, hat die Verschärfung des Asylrechtes 1993 die Zahl klandestiner Immigrationen, d.h. von Einwanderungen ohne gleichzeitige, gesetzliche Regelung des Aufenthaltsstatus, anwachsen lassen. Seitdem es nahezu unmöglich gemacht wurde, auf legalem Weg nach Deutschland zu fliehen, einzureisen, einzuwandern, ist die Überschreitung der Staatsgrenzen oftmals nur noch „illegal“ möglich. So werden Menschen, die hier Zuflucht suchen, in die Illegalität gedrängt – kriminalisiert. Sie sind „illegal“ in den Augen der Behörden und Gerichte, doch ihr Verbrechen besteht in ihrer bloßen Existenz auf deutschem Boden.

Zur Gruppe der Illegalisierten gehören außerdem AsylbewerberInnen, deren Antrag abgelehnt wurde, die aber, aus Angst vor Verfolgung in ihrem Land, lieber die unsichere Lebenssituation hier in Kauf nehmen, sowie Menschen, die vor einer akuten Bedrohung aus ihrem Land geflohen sind, die Voraussetzungen für einen Asylantrag jedoch nicht erfüllen (z.B. wegen nicht-staatlicher Verfolgung). Illegalisiert wird auch, wer hier bleibt, obwohl der Aufenthalt nicht mehr erlaubt, gestattet oder geduldet ist (z.B. infolge des Verlustes des Arbeitsplatzes oder der Trennung von EhepartnerInnen), oder wer wegen mangelnder Rechts- und Sprachkenntnisse versäumt hat, die richtigen Anträge zur richtigen Zeit zu stellen.

Offizielle Stellen schätzen die Anzahl von MigrantInnen ohne Papiere in Deutschland auf eine halbe bis ganze Million Menschen.

Die ständige Furcht vor Entdeckung und Abschiebung prägt das Leben in der „Illegalität“. Für solchermaßen Illegalisierte verlaufen die zu überwindenden Grenzen durch den Alltag. Illegalisierung bedeutet, keinen Zugang zu all dem zu haben, wo Papiere verlangt werden könnten. „Illegalität“ heißt sozialer Abstieg und völlige Rechtlosigkeit: rechtlos gegenüber Behörden, ArbeitgeberInnen und VermieterInnen und schutzlos gegenüber jeder Art von Krankheit zu sein.

Im Falle einer Erkrankung oder Schwangerschaft wird der Besuch bei einem Arzt oder einer Ärztin solange wie möglich vermieden. In noch stärkerem Ausmaß als bereits für die Gruppe der Flüchtlinge, die dem AsylbLG unterliegen, beschrieben, greifen Illegalisierte auf die Laienhilfe im Angehörigen- oder Bekanntenkreis zurück.

Erst wenn ein weiterer Aufschub von fachkundiger Behandlung unvermeidlich geworden ist, wird fachkundige Hilfe gesucht. Dabei erfolgt die Auswahl der Ärzte und Ärztinnen nicht immer passend zum Krankheitsbild. Andere Faktoren entscheiden, an wen sich Illegalisierte

wenden. So werden vornehmlich Praxen aufgesucht, von denen erzählt wird, dass man denjenigen trauen kann, egal, welcher Fachdisziplin sie angehören.

Ist ein solches Vertrauen nicht gegeben, erfolgen oft einmalige Konsultationen unter falscher Identität, mit fehlender Folgebehandlung aus Angst vor „Enttarnung“.

Andere PatientInnen verschulden sich bei ArbeitgeberInnen, Familie oder Bekannten, um eine Krankenhausbehandlung auf Privatrechnung bezahlen und damit eine Weitergabe ihrer Daten verhindern zu können.

Besonders prekär für Illegalisierte ist die Versorgung chronisch oder psychisch Kranker.

Seit 1997 können sich Illegalisierte an die medizinische Flüchtlingshilfe Bochum wenden und dort bis zu einem gewissen finanziellen Rahmen fachkundige Hilfe erhalten.

Gesundheitliche Folgen des Flüchtlingsstatus

In dieser Situation tragen für zahlreiche Flüchtlinge ihre Lebensbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland zur Verschlechterung der Gesundheitssituation bei.

Im Unterschied zu Nachbarländern, wie z.B. der Schweiz⁷ fehlen jedoch in Deutschland bislang systematische und repräsentative, populationsbasierte Untersuchungen über die Gesundheitssituation, die Gesundheitswahrnehmung, das Gesundheitsverhalten und auch Gesundheitsressourcen von Flüchtlingen und Asylsuchenden.⁸

Erste Tendenzen hierzu weist lediglich eine Befragung von AllgemeinärztInnen aus dem Jahr 1998.⁹ Als Krankheitsursachen werden von den befragten ÄrztInnen verschiedene Aspekte genannt. Zum einen werden die konkreten Lebensbedingungen in den Aufnahmelagern angeführt, wie z.B. Einschränkungen in der Verpflegung oder des Rechtes, selbst zu kochen. Weitere Beschränkungen im alltäglichen Leben erfahren die Flüchtlinge durch diverse Beeinträchtigungen ihres Intimlebens. Die Mindestanforderungen für die Unterbringung, Versorgung und Betreuung von Flüchtlingen, wie sie z.B. vom Arbeitskreis der Diakonischen Werke der Evangelischen Kirche in Deutschland formuliert werden, werden meist nicht erreicht.¹⁰

Aufgrund der Sammelunterbringung sind jene Schranken, die normalerweise die Lebensbereiche Wohnen, Schlafen, Arbeiten sowie Freizeit voneinander trennen, aufgehoben. Alle Angelegenheiten des alltäglichen Lebens finden an ein und demselben Ort statt. Auch sind die Asylsuchenden aufgrund mangelnder Beschäftigungsmöglichkeiten zu Nichtstun verurteilt, sowie durch Abschiebung bedroht. Die Folgen sind gravierende Beeinträchtigungen im Alltag, was die Erfüllung kulturell verankerter Rollenaufgaben verhindert. Eine dauerhafte, außerordentliche psychomentele wie physische Belastung für die Flüchtlinge ist die Folge, wie bereits Anfang der 80er Jahre für Asylsuchende im Sammellager Tübingen nachgewiesen wurde.¹¹

Die Flüchtlinge im Sammellager zeigten im Vergleich zu individuell untergebrachten Flüchtlingen stärkere depressive Reaktionen. Zum anderen wiesen sie deutlichere

⁷ Junghanss, T.: Asylsuchende und Flüchtlinge: Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit; Soz.-Präventivmedizin (1998) 43, 11 ff.

⁸ Razum, O.; Zeeb, H.: Epidemiologische Studien unter ausländischen Staatsbürgern in Deutschland – Notwendigkeiten und Beschränkungen; Gesundheitswesen (1998) 60, 238 ff.

⁹ Blöchliger, C.; Osterwalder, J.; Hatz, C.; Tanner, M.; Junghanss, T.: Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallsituation; Soz.-Präventivmedizin (1998) 43, 39 ff.

¹⁰ Diakonisches Werk (Hrsg.): Mindestanforderungen für die Unterbringung, Versorgung und Betreuung von Flüchtlingen in der Bundesrepublik Deutschland, Arbeitskreis der Diakonischen Werke der Gliedkirchen der Evangelischen Kirche in Deutschland und Freikirchen „Hilfen für Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West“, 1986.

¹¹ Henning, C.; Wießner, S.: Lager und menschliche Würde – die psychische und rechtliche Situation der Asylsuchenden im Sammellager Tübingen, Tübingen: AS-Verlag, 1982.

Auffälligkeiten bezüglich Alkoholmissbrauch, Aggressionen und Regressionstendenzen auf. Von den Psychologen in dieser Studie wurden diese Persönlichkeitsveränderungen auf die Merkmale der bereits von Goffmann am Beispiel psychiatrischer Anstalten beschriebenen „totalen Institution“ zurückgeführt.¹²

In der bereits erwähnten Befragung von AllgemeinärztInnen wurde ebenfalls die Entwertung der eigenen Lebensanstrengungen und die Wahrnehmung, unwillkommen zu sein, ursächlich für die geschilderten Beschwerden verantwortlich gemacht. Diverse psychische Beeinträchtigungen, wie Suchttendenzen, Depressionen, Ängste und Panikattacken erschlossen sich den ÄrztInnen durch das Erscheinungsbild und das Auftreten der Flüchtlinge sowie aus deren Schilderungen ihrer Migrationsbiographie.⁹

Einen wesentlichen Faktor, im Rahmen der Verhinderung psychischer Genesung von den Folgen erlittener Gewalt, stellt nicht nur der mangelnde Zugang zu fachgerechter therapeutischer Versorgung für traumatisierte Flüchtlinge dar. Auch der unsichere Aufenthaltsstatus, die permanente Konfrontation mit der Gefahr der Abschiebung, wirkt einer psychischen Stabilisierung von traumatisierten Flüchtlingen systematisch entgegen und kann bis zur Retraumatisierung im Asylverfahren reichen.¹³

Neben den Unterbringungs- und Lebensbedingungen spielt jedoch auch die Frage des Wissens um bestehende Rechte auf Vorsorge und Behandlung eine wesentliche Rolle. Noch heute ist die staatlicherseits organisierte Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland vorwiegend seuchenhygienisch ausgerichtet, orientiert am Schutz der einheimischen Bevölkerung vor möglichen übertragbaren Krankheiten. So differiert die gesetzlich vorgeschriebene Erstuntersuchung nach Form und Inhalt im Rahmen der föderalen Struktur der Bundesrepublik stark. Sie reicht von traditionellen Zwangssystemen (Bayern und Sachsen) bis hin zum Angebot freiwilliger Teilnahme an einem Gesundheitsprogramm („Bremer-Modell“).³ Das Fehlen einer Einweisung in die bestehenden Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung und das Fehlen einer entsprechenden kontinuierlichen Begleitung überlässt vielerorts die mit den gegebenen Strukturen unvertrauten Neuankömmlinge gänzlich sich selbst.

So zeigte eine in Münster durchgeführte Studie eine deutlich geringere Inanspruchnahme kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchungen durch Flüchtlingsfamilien im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (vgl. Tab 1).¹⁴

Tab. 1: Dokumentierte Teilnahme an Kindervorsorgeuntersuchungen

	Flüchtlingskinder (gesamt) %	Flüchtlingskinder (in Deutschland geboren) %	SchulanfängerInnen %
U1 (Geburt)	16,9	69,2	80,1
U2 (3.-10. Tag)	15,7	66,7	79,8
U3 (4.-6. Woche)	14,0	59,0	82,7
U4 (3.-4. Monat)	8,4	35,9	82,7
U5 (6.-7. Monat)	6,2	23,1	78,8
U6 (10.-12. Monat)	1,7	7,7	79,0
U7 (21.-24. Monat)	1,1	2,6	78,0
U8 (43.-48. Monat)	0,0	0,0	75,0
U9 (60.-64. Monat)	0,0	0,0	64,6

¹² Goffmann, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp, 1973.

¹³ Rauchfuss, K.: Anforderungen an die Traumatherapie, 2001. <http://www.remedio.de/downloads/anfra.pdf>

¹⁴ Gardemann, J.; Mashkooi, K.: Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster; Gesundheitswesen (1998) 60, 686 ff.

Auch wenn für den Vergleich lediglich diejenigen Flüchtlingskinder herangezogen werden, die in Deutschland geboren wurden, um den Einfluss der Gesundheitssysteme des jeweiligen Herkunftslandes auszuschließen, erweist sich der Unterschied weiterhin als signifikant. Besonders auffällig ist der Teilnahmeschwund bei den Flüchtlingskindern jenseits des sechsten Lebensmonats.

Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen wird durch das AsylbLG nicht eingeschränkt.

Ähnliche Abweichungen zwischen Flüchtlingskindern und Deutschen weist die Münsteraner Studie im Bereich des Impfschutzes nach (vgl. Tab. 2).

Zur Sicherstellung einer methodisch korrekten Vergleichbarkeit wurden nur Flüchtlingskinder in einem Alter über 15 Monaten (Abschluss der Grundimmunisierungen) herangezogen. Basis für die Entscheidung über einen altersentsprechend kompletten Impfschutz waren die Empfehlungen der ständigen Impfkommission von 1996. Hiernach ist bei fehlender Dokumentation von Ungeimpftheit auszugehen.

Tab. 2: Dokumentierter kompletter Impfschutz

	Flüchtlingskinder (gesamt) %	Flüchtlingskinder (in Deutschland geboren) %	SchulanfängerInnen %
Tetanus	9,6	22,9	81,0
Diphtherie	9,2	25,7	81,0
Keuchhusten	3,2	8,6	7,9
Masern	12,8	28,6	70,8
Mumps	11,2	25,7	70,9
Röteln	8,8	20,0	30,3
Kinderlähmung	12,0	22,9	80,3

Die Erkenntnis, dass nicht einmal 10% der gesamten Flüchtlingskinder gegen Tetanus geimpft sind, muss weitreichenden Anlass zur Besorgnis geben, erst recht, wenn man sich die Spielbedingungen in der Umgebung von Flüchtlingsheimen vergegenwärtigt.

Die WHO und internationale Hilfsorganisationen führen in Flüchtlingslagern weltweit als eine der vordringlichsten Maßnahmen Masernimpfungen durch. Vor diesem Hintergrund ist eine Masernimpfrate von gerade mal 12,8% unter Flüchtlingen in Münster nicht akzeptabel und zeigt dringenden Handlungsbedarf im Sinne zugehender Gesundheitsfürsorge auf.

Die Rate an Klinikaufhalten von Flüchtlingskindern erscheint orientierend relativ hoch. Altersspezifische Vergleichsdaten deutscher Kinder lagen in Münster jedoch nicht mit der erforderlichen Trennschärfe vor.

24,2% aller Flüchtlingskinder hatte einen oder mehrere (maximal 10) Krankenhausaufenthalte in Deutschland hinter sich, davon 16,3% der Nennungen lediglich für einen und 32,6% bis zu drei Tagen. Erfahrungsgemäß kommt es zu eintägigen Krankenhausaufhalten oft durch unmittelbare Klinikvorstellung ohne vorherige Konsultation in einer Praxis. Es ist zu vermuten, dass die hiermit verbundenen psychosozialen Belastungen von Kindern und Familien durch eine verbesserte Kenntnis und Inanspruchnahme des medizinischen Regelversorgungssystems zumindest teilweise vermeidbar wären. Auch das AsylbLG trägt einen erheblichen Anteil an der Verlagerung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung auf Notdienste und Krankenhäuser.

Mit der Dauer des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland verschlechtert sich der Zustand von MigrantInnen stärker, als derjenige der einheimischen Bevölkerung während desselben Vergleichszeitraumes. Im Vergleich dreier Querschnitte aus dem sozioökonomischen Panel (1984, 1988, 1992) wurde der Gesundheitszustand von vor 1973 in die Bundesrepublik eingewanderten ArbeitsmigrantInnen entlang dreier

Morbiditätsindikatoren (Behinderung täglicher Aktivitäten durch Gesundheitszustand, chronische Krankheit, Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung) dem Gesundheitszustand altersgleicher Deutscher gegenübergestellt. Für ArbeitsmigrantInnen zeigt sich noch in den 80er Jahren ein deutlicher „Healthy-Migrant-Effect“. Dieser verringert sich jedoch in den Folgejahren drastisch, vor allem für den Indikator „chronische Krankheit“. Dies legt nahe, dass sich die Gesundheit der befragten ArbeitsmigrantInnen altersabhängig stärker verschlechtert haben muss, als die der deutschen Befragten.¹⁵ Für Flüchtlinge liegt eine entsprechende Untersuchung nicht vor.

Zusammenfassung

Trotz mangelnder systematischer Erhebungen zum Gesundheitszustand unterschiedlicher Gruppen von MigrantInnen – insbesondere von Flüchtlingen – lassen die vorliegenden Studien sowie die Erfahrungen behandelnder ÄrztInnen den Rückschluss zu, dass MigrantInnen im Sinne des ÖGDG eine Gruppe darstellen, die *aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge* bedarf und deren *Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird*.

Migrationsbedingende Faktoren, wie Krieg, Repression und Armut, haben einen erheblichen ursächlichen Anteil an gesundheitlichen Beschwerden, die MigrantInnen bei ihrer Ankunft in der Bundesrepublik Deutschland aufweisen.

Migrationsbedingte Faktoren, die vorwiegend in der Verantwortlichkeit der von der Bundesrepublik Deutschland bereitgestellten Aufnahmebedingungen liegen, verschlechtern den Gesundheitszustand systematisch oder verhindern zumindest vielfach eine Genesung. Dies gilt vor allem für die Lebens- und Unterbringungsbedingungen von Flüchtlingen, für den unsicheren Aufenthaltsstatus, für Arbeitsverbot und die Einschränkung sozialer Leistungen, aber auch und erst recht für die mangelnde Bereitstellung medizinischer und psychosozialer Versorgung und das Abdrängen von MigrantInnen ohne Papiere in die Illegalität.

Mangelnde Bereitschaft einer großzügigen Auslegung des AsylbLG sowie das Fehlen einer begleitenden Einweisung in die angebotenen Leistungen des Regelversorgungssystems führen zu einer relativen Verschärfung der Mangelversorgung.

Doch auch für ArbeitsmigrantInnen der 1. Generation, mit vollständigem Anspruch auf gesundheitliche Versorgung, verschlechtert sich der Gesundheitszustand im Laufe ihres Aufenthaltes stärker, als in der deutschen Vergleichspopulation.

Es ist daher Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde, nach §4, Absatz 1 ÖGDG, *im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen* die erforderliche medizinisch-soziale Versorgung für diese Zielgruppe zu erbringen.

¹⁵ Lechner, I.; Mielck, A.: Die Verkleinerung des „Healthy-Migrant-Effects“: Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozioökonomischen Panel 1984-1992; Gesundheitswesen (1998) 60, 715 ff.

Handlungsempfehlungen

Im einzelnen werden folgende Handlungsempfehlungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitssicherung als notwendiges Angebot an Flüchtlinge auf der kommunalen Ebene für erforderlich gehalten:

- Angebot eines Erstuntersuchungs- und Erstberatungsprogramms für neuankommende Flüchtlinge nach Bremer Vorbild, unter Einschluss einer Kenntnisvermittlung über Aufbau und Zugangswege zum hiesigen Gesundheitsversorgungssystem
- Intensivierung der gesundheitsbezogenen Kooperation mit Betroffenen und Professionellen aus der Flüchtlingspopulation und der bereits vor Ort tätigen NGOs
- Sicherstellung von notwendigen Schutzimpfungen, ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxe
- Regelmäßige multiprofessionell besetzte Sprechstunden vor Ort zu Fragen der Entwicklung, Hygiene und Ernährung von Kindern
- Frauenspezifische Sprechstunden und Veranstaltungen durch interkulturell kompetente Ärztinnen
- Intensivierung des Dialogs mit den Flüchtlingen über ihre traditionellen Kompetenzen der Gesundheitsförderung
- Bereitstellung eines angemessenen Zugangs zu kulturspezifischen Ernährungsgewohnheiten im Zuge der Reduzierung von Sachleistungen zugunsten von Bargeld
- Aufsuchende Gesundheitshilfe im lebenspraktischen und sozialmedizinischen Bereich
- Ausbau der bevölkerungsspezifischen Gesundheitsberichterstattung im Sinne eines kontinuierlichen Monitorings der gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen
- Aufhebung der Verwahrung von Flüchtlingen in Sammelunterkünften, mit dem Ziel der ausschließlichen dezentralen Unterbringung
- Leistungsberechtigten nach AsylbLG müssen ebenso wie gesetzlich Versicherten Krankenscheine auch ohne Vorliegen einer konkreten Erkrankung quartalsweise vorab zur Verfügung gestellt werden.
- Die Entscheidungsgewalt von medizinischen Laien, etwa von MitarbeiterInnen des Sozialamtes, über die Erforderlichkeit einer Behandlung muss komplett an das Votum von ÄrztInnen mit jeweils spezifischer Fachqualifikation abgetreten werden.
- Behandlungsscheine dürfen keine einschränkenden Kennzeichnungen des Behandlungsumfangs enthalten.
- Bei der Behandlung aller Leistungsberechtigten nach AsylbLG und nach BSHG einschl. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ist die freie Arztwahl sicherzustellen, dies gilt auch für Diagnosestellung und Feststellung des Behandlungsbedarfs.
- Der Behandlungsumfang nach SGB V, BSHG und AsylbLG muss auch die notwendigen Dolmetscherkosten beinhalten.¹⁶
- Für psychisch traumatisierte Flüchtlinge muss in ausreichendem Maße Zugang zu Therapieplätzen mit spezieller Fachqualifikation geschaffen werden.
- Kostenlose und gesichert anonyme Behandlungsmöglichkeiten für alle Menschen in Notlagen – einschl. Flüchtlingen ohne Papiere – sind bereitzustellen.

¹⁶ vgl. BVerwG, NJW 1996, 3092, das für § 37 BSHG den Anspruch bestätigt hat.