



Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender

Kurzfassung

Impressum

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60-70
28203 Bremen

verantwortlich

Dr. Thomas Hilbert
Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene
Dr. Günter Tempel
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Autorin

Felicitas Jung
Kommunale Gesundheitsberichterstattung
unter Mitarbeit des Referats Migration und Gesundheit

Kontakt

Felicitas.Jung@Gesundheitsamt.Bremen.de
Gesundheitsamt Bremen
AIDS/STD Beratung
Horner Straße 60-70
28203 Bremen

PDF-Version unter: <http://www.gesundheitsamt.bremen.de>

Erscheinungsdatum: 08/2011



Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender

Kurzfassung

Bremen 2011





1. Kurzfassung

Ziel des Bremer Gesundheitsprogramms („Bremer Modell“) war seit seinem Beginn 1993 eine umfassendere Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge: die Zugangschancen zum Gesundheitssystem und die Wohn- und Lebensbedingungen sollten verbessert werden. Um die Vielfalt der gesundheitlichen Probleme effektiv angehen zu können, setzte das Bremer Modell auf Vernetzung der an der Versorgung von Flüchtlingen beteiligten Organisationen.

Gesetzliche Grundlage des Programms war zunächst § 62 des Asylverfahrensgesetzes, der im Jahr 2001 weitgehend durch den § 36 des Infektionsschutzgesetzes aufgegriffen wurde. Im Zentrum des Gesundheitsprogramms stand und steht die Gewährleistung einer angemessenen Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Dafür wurde 1993 in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST) und nach und nach auch in anderen größeren Gemeinschaftsunterkünften eine niedrigschwellige medizinische Basisversorgung bereit gestellt. Bei unklaren Krankheitsbildern, bei chronischen oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen vermitteln die Ärzte des Gesundheitsprogramms in das allgemeine ambulante und stationäre medizinische Versorgungssystem. Außerdem weisen sie standardmäßig auf die notwendige Röntgenuntersuchung auf Tuberkulose hin.

Das Gesundheitsprogramm **richtet** sich sowohl **an neu ankommende Flüchtlinge** als auch an solche, die aufgrund nicht abgeschlossener Asylverfahren oder nicht durchführbarer Abschiebungen geduldet werden **und die sich längere Zeit in den Wohnheimen aufhalten**. Insgesamt hat das Gesundheitsprogramm bis heute mehr als 10.000 Flüchtlinge erreicht und mehr als 40.000 Behandlungen durchgeführt, ca. 90% aller Flüchtlinge in den Wohnheimen werden erreicht.

Die **Daten des Gesundheitsprogramms** aus dem Zeitraum **2001 bis 2008** zusammen mit Experteninterviews und Jahresberichten der Arbeiterwohlfahrt (AWO), die einen Großteil der Unterkünfte von Asylsuchenden leitet, sind Grundlage der hier vorliegenden Studie.

In diesem Zeitraum versorgten die Ärzte des Gesundheitsprogramms **2.341 erwachsene Asylsuchende und Flüchtlinge** (744 Frauen und 1.597 Männer), sie führten 18.198 Behandlungen durch und stellten 20.752 Diagnosen.

Aufgrund sinkender Zahlen bei Asylsuchenden – diese steigen seit 2007 allerdings wieder an – war die Gesamtzahl der Untersuchungen über die Jahre rückläufig, gleichzeitig nahm die Anzahl der Untersuchungen pro Patient/in und Jahr bis 2007 zu, obwohl Asylsuchende seit dem Jahr 2005 eine Chipkarte der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) erhalten, die ihnen den direkten Zugang zur medizinischen Regelversorgung mit Ausnahme psychotherapeutischer Behandlung ermöglicht. Das spricht für Vertrauen in die Ärzte des Gesundheitsprogramms und für einen **hohen Bedarf an gesundheitlicher Beratung und Versorgung**. Kürzere Wartezeiten während der Sprechstunden erleichterten den Zugang, mehr Zeit für einzelne Patient/innen ermöglichte eine ausführlichere und damit bessere Verständigung.

Frauen nutzten das Angebot über alle Jahre deutlich **häufiger als Männer**. Während Frauen das Gesundheitsprogramm zwischen 3,6 bis zu 11 mal pro Jahr aufsuchten, schwankte die Zahl der Besuche bei Männern zwischen 2,6 bis 6,1 mal. Hierzu tragen Schwangerschaftstests bei, aber auch eher diffuse Krankheitsbilder, bei denen



Blutdruckmessungen durchgeführt werden, Kopfschmerzen und solche, die als eindeutig somatoforme Störungen diagnostiziert werden. Möglicherweise muten geschlechtsspezifische Rollenverteilungen in traditionell patriarchal geprägten Kulturen Frauen besondere Belastungen in der Lebenssituation im Asyl zu, die sich in gesundheitlichen Symptomen äußern können. Frauen sind für den Zusammenhalt und für die tägliche Versorgung der Familie zuständig. Diese Aufgaben sind in Gemeinschaftsunterkünften unter den eingeschränkten Bedingungen des Asyls besonders schwer zu bewältigen. Gleichzeitig sind ihre „Fluchtmöglichkeiten“ aus der Lebenssituation im Wohnheim geringer als die der Männer. Der Kontakt zu den Ärzten kann für sie ein Kontakt nach außen sein und damit eine wichtige Ressource, um den schwierigen Alltag zu bestehen.

Mit den Daten des Gesundheitsprogramms wollten wir folgenden Fragen nachgehen: Stellen **Infektionserkrankungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden ein Risiko für die einheimische Bevölkerung** dar? Sind sie **gesünder oder kränker als die einheimische Bevölkerung** oder sind vor allem ihre **Lebensbedingungen mit besonderen gesundheitlichen Belastungen** verbunden? Wie in einer dem Programm vorausgegangenen Studie von 1993, die die Grundlage für die Entwicklung des Programms bildete, bestätigt sich auch hier, dass ein großer Teil der gesundheitlichen Belastungen auf die Lebensbedingungen zurückzuführen sind. Gleichzeitig zeichnete sich ab, dass der Gesundheits- oder Krankheitszustand von Asylsuchenden mit den Zugangsbedingungen zum Asyl verknüpft ist. Und mit großer Deutlichkeit zeigte sich, dass eingeschleppte Infektionskrankheiten kein ernst zu nehmendes Risiko für die einheimische Bevölkerung sind.

Die **häufigsten Befundgruppen nach ICD-10-Codierung** sind Symptome und klinische Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99, 25,4%). Sie betreffen 52,5% aller Personen ein oder mehrmals. Meist handelt es sich hier um **unspezifische Symptome oder Befunde**, die zum Teil weiter abzuklären sind. Das Gesundheitsprogramm kann selbst nur auf eine minimale medizinische und labortechnische Ausstattung zurückgreifen, so dass Befunde oft nur in der Kooperation mit der medizinischen Regelversorgung geklärt werden können. Das mit Abstand am häufigsten diagnostizierte Symptom Kopfschmerz (R51, 17,2%), aber auch weitere Schmerzsymptome wie Rücken-, Bauch- und Beckenschmerzen, Hals- und Brustschmerzen sowie Sodbrennen finden sich unter diesen unspezifischen Befunden. Diese Schmerzsymptome gehören zu den häufigsten Befunden. Sicher ist ein Teil dieser Diagnosen auf körperliche Ursachen zurückzuführen, ein Teil von ihnen muss aber auch im Kontext der Lebenssituation der Flüchtlinge als körperlicher Ausdruck einer seelischen Belastung verstanden werden. Verschiedene Studien legen einen solchen Zusammenhang ebenfalls nahe.

An zweiter Stelle stehen **Krankheiten des Atmungssystems** (J00-J99, 19,6%). 50,7% aller Personen im Gesundheitsprogramm waren von diesen ein oder mehrmals betroffen. Zu den häufigsten Behandlungsbefunden gehören hier ausschließlich akute Infektionen wie Grippe (J11, 5,1%) und andere akute Atemwegsinfektionen (J00, J02, J06). In aller Regel handelt es sich hierbei um in Deutschland erworbene Erkrankungen; die Lebensverhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften begünstigen deren Übertragung.

Die dritthäufigste **Befundgruppe Z00-Z99** (14,1%) beinhaltet ein sehr breites Spektrum unterschiedlicher ärztlicher Leistungen ohne akute Krankheitssymptome: Untersuchungen ohne Befund, zu denen auch die Erstuntersuchungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes zählen – sofern diese ohne Befund bleiben, Behandlungen und



Beratungen bezüglich Schwangerschaften, Beratungen bei verschiedenen Fragen zur Gesundheit und medizinische Beobachtungen bei Kontakt mit infektiösen Keimen oder Parasiten. Sie werden von 44% aller Patient/innen ein oder mehrmals in Anspruch genommen. Hier sind die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede zu finden. Ein Grund dafür sind Schwangerschaftstests (Z32, 2,5% aller Befunde bei Frauen), aber auch Blutdruckmessungen (Z01, 5,4% aller Befunde), die bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern (Frauen 8,2%, bei Männern 3,4%) vorkommen, und die auch als Zugang zu einem Gespräch mit den Ärzten genutzt werden. Nur 18,1% aller ersten Untersuchungen (Z00) in der Aufnahmeeinrichtung blieben ohne Befund.

Infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00-B99, 3,1%) nehmen nur einen kleinen Teil der Behandlungsdiagnosen ein. Sie betreffen 14% aller Patient/innen des Gesundheitsprogramms ein oder mehrmals. Dermatophytosen (B35), d.h. Pilzkrankungen, sind mit 1,7% aller Befunde am häufigsten, an zweiter und dritter Stelle stehen Läuse- und Filzlausbefall (B85, 0,4%) sowie Krätze (B86, 0,3%). Verantwortlich für die Übertragung sind hier überwiegend ungenügende hygienische Bedingungen, wie es in Unterkünften der Fall sein kann, aber auch ungenügendes hygienisches Verhalten Einzelner. Schwerwiegende infektiöse Erkrankungen wie Virus-Hepatiden (B15-B19), Tuberkulose (A15-A19) und HIV (B20-B24) stehen am untersten Ende mit insgesamt nur 19 Diagnosen (0,6% aller Patient/innen). An Tuberkulose erkrankt waren in der Zeit zwischen 2001 und 2008 nur 6 Personen. Während bei Virus-Hepatiden und HIV von einer gewissen Untererfassung auszugehen ist, gilt dies nicht für Tuberkulose. Die obligatorische Röntgenuntersuchung wie auch das engmaschige Netz der ärztlichen Versorgung in den Unterkünften würde zu einer schnellen Entdeckung erkrankter Patient/innen führen.

Psychische Erkrankungen (F00-F99), wurden mit 3,5% aller Befunde relativ selten diagnostiziert. Sie betreffen aber immerhin noch 16,9% aller behandelten Personen. In dieser diagnostischen Gruppe wurden vorwiegend somatische Zustände ohne entsprechende körperliche Befunde (F45, 1,4% aller Befunde) oder Schlafstörungen (F51, 1,6% aller Befunde) festgestellt. Das entspricht nicht den Erwartungen, die verschiedene Studien bezogen auf den Anteil traumatisierter Flüchtlinge nahelegen. Eine deutsche Studie ebenso wie verschiedene internationale nennen bis zu 40% posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen. Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen bedürfen jedoch einer ausreichenden Fachkenntnis, sind oft nicht einfach zu erkennen und gehören nicht zur Aufgabenstellung des Bremer Gesundheitsprogramms, die eindeutig auf der Versorgung körperlicher Erkrankungen liegt. Die Ärzte diagnostizieren psychische Erkrankungen daher nur bei eindeutig erkennbaren Symptomen, sodass hier von einer deutlichen Untererfassung auszugehen ist. Auch bei der Vermittlung an andere Fachrichtungen zur weiteren Abklärung und Behandlung von psychischen Diagnosen ist eine Unterversorgung zu vermuten. Während bei körperlichen Diagnosen fast die Hälfte der betroffenen Personen (49,6%) eine Empfehlung zur weiteren Abklärung erhielt, geschah dies bei psychischen nur bei 22,3% der betroffenen Personen.

Bei der Versorgung körperlicher Erkrankungen hat sich das vergleichsweise kostengünstige Bremer Gesundheitsprogramm für Asylsuchende gut bewährt. Bei psychischen Erkrankungen zeigen sich **deutliche Lücken**, die jedoch keineswegs spezifisch für Bremen sind, sondern generelle Lücken im gesundheitlichen Versorgungssystem für Asylsuchende und Flüchtlinge. Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen finden wenig Beachtung, obwohl eine ausreichende gesetzliche Grundlage im EU-Recht zumindest für Traumatisierungen bereits im Jahr 2003 verankert wurde und deren fehlende



Umsetzung für Deutschland bereits im Jahr 2007 von einer europäischen Kommission bemängelt wurde.

Eine solche Lücke kann nicht alleine durch das Gesundheitsprogramm behoben werden. Die Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen benötigt ausgebildetes Fachpersonal, sozialrechtlich einfachere Wege der Finanzierung und des Zugangs zu Behandlungsmöglichkeiten sowie ausreichend geeignete Behandlungsplätze. Veränderungen können hier nur in der Kooperation zwischen Behörden, Sozialpsychiatrischen Diensten, Psychotherapeutenkammer und GKV erreicht werden. Zusätzlich bedarf es einer gesetzlichen Änderung der Leistungsansprüche von Asylsuchenden angepasst an die von Sozialhilfeempfängern. Aus präventiver Sicht sollten aber auch einfach zugängliche, Stress lindernde und Selbstwert stützende Angebote für Asylsuchende und Flüchtlinge in den Heimen gestützt und weiterentwickelt werden, um ihre Ressourcen zu stabilisieren und zu aktivieren. Auch der Zugang zu Beschäftigung kann gesundheitlich stabilisierend sein.

Bei der **Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung** von Asylsuchenden und Flüchtlingen sollte das Augenmerk stärker darauf liegen, dass in Deutschland zwar grundlegende Lebensbedürfnisse wie Wohnen, Essen und medizinische Grundversorgung abgedeckt sind, dass aber die Lebensperspektive und damit auch die emotionale Situation bis zur Anerkennung des Asylantrages zwangsläufig instabil bleiben. Die gesamte Lebenssituation von Asylsuchenden und Flüchtlingen fördert ihre Gesundheit nicht, sondern gefährdet (noch) vorhandene Ressourcen. Unter humanitären und unter gesundheitserhaltenden Gesichtspunkten sollten gesetzliche und politische Spielräume zur Verbesserung ihrer Lebenssituation auch über die direkte Versorgung von körperlichen Krankheiten hinaus stärker als bislang genutzt werden. Gesellschaftspolitische Diskussionen wie um die Rechtmäßigkeit der Begrenzung finanzieller Leistungen für Asylsuchende nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder die Aufhebung der Residenzpflicht können die Lage von Asylsuchenden ebenso entspannen, wie die Reduzierung der Pflichtzeiten in Gemeinschaftsunterkünften, wie dies in Bremen gerade verabschiedet wurde. Grundsätzlich hilfreich wäre eine gesellschaftliche Haltung, dass Asylsuchende ihrem gesundheitlichen Bedarf entsprechend zu versorgen sind, und dass das Asylverfahren nicht überwiegend als Abschreckungsverfahren zu gestalten ist.

Konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung von Asylsuchenden sind Impfungen entsprechend den Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), die Reduzierung der Wohndauer in den Gemeinschaftsunterkünften und der gezielte aber auch häufigere Einsatz von Dolmetscher/innen in der Kommunikation mit Asylsuchenden zur besseren Verständigung und zur Abklärung von Symptomen und bei Behandlungen. Zusätzlich wäre für Bremen eine Überarbeitung der Standards von 1993 zur Heimunterbringung zu befürworten.





Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Die Langfassung dieses Gesundheitsberichts können Sie in einer PDF-Datei auf unserer Homepage www.gesundheitsamt.bremen.de unter der Rubrik Veröffentlichungen nachlesen und herunterladen.