

# Für eine gute Versorgung geflüchteter Menschen in Nordrhein-Westfalen

Die Versorgung von geflüchteten Menschen stand im Fokus einer Veranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) kürzlich in Düsseldorf.

von **Bülent Erdogan**

Mehr als 100 Ärztinnen und Ärzte informierten sich im November auf einer Veranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) im Haus der Ärzteschaft über die aktuelle Situation: die rechtlichen, finanziellen und operativen Rahmenbedingungen der Hilfe für die vom Land und den Kommunen aufgenommenen geflüchteten Menschen und Asylsuchenden. Die Landesregierung geht davon aus, dass in diesem Jahr mehr als 200.000 Menschen nach Nordrhein-Westfalen kommen und um Asyl ersuchen werden. Erste Station dieser Menschen sind die mehr als 160 Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünfte des Landes oder Einrichtungen der Amtshilfe leistenden Städte.

## Abrechnung direkt mit der KV

Achim Merling, stellvertretender Leiter der Vertragsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, stellte den zwischen KV und Land zum 1. Oktober dieses Jahres geschlossenen Vertrag zur Versorgung von Patienten in den Erstaufnahmeeinrichtungen in NRW vor. Der Vertrag gilt uneingeschränkt, also für die Erstuntersuchungen inklusive Röntgen der Atmungsorgane und die Impfleistungen sowie für die Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach dem *Asylbewerber-Leistungsgesetz*. Die direkte Abrechnung mit der Bezirksregierung Arnsberg ist ausgeschlossen. Ausnahme: Die bestehenden Honorarverträge mit einzelnen Ärzten werden im Rahmen einer Übergangsregelung bis 31. Dezember 2015 fortgeführt.

An der Versorgung teilnehmen können neben Vertragsärzten auch Medizinische Versorgungszentren und dort angestellte Ärzte, ermächtigte Ärzte und ermächtigte



*Dieses Bild entstand im März 2013 in einem Flüchtlingscamp nahe Beirut/Libanon. Ein syrisches Mädchen trägt darauf ihre Schwester. Viele hunderttausend Syrer haben sich seitdem auf den Weg nach Europa gemacht. NRW rechnet in diesem Jahr mit mehr als 200.000 Schutzsuchenden. Foto: picture alliance/ AP Images/Husein Malla*

Einrichtungen, nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach den Regelungen des Heilberufsgesetzes NRW, wenn sie über eine abgeschlossene Gebietsweiterbildung verfügen sowie Ärzte während Weiterbildung (unter Anleitung eines Facharztes). Die Abrechnung mit dem Land übernimmt die KV Nordrhein. Für die Eingangsuntersuchung ist ein Honorar von 25 Euro vereinbart, für Impfungen beträgt die Vergütung elf Euro. (Weitere Informationen auf [www.kvno.de](http://www.kvno.de))

Internist Dr. Peter Stöcker aus Grevenbroich gab einen Einblick in seine Tätigkeit als Arzt in einer Erstaufnahmeeinrichtung: So begegne er im Rahmen der Erstuntersuchung in der Regel Menschen, die nach der langen Anreise in die Einrichtung, die oft mit stundenlangem Warten an Verteilpunkten verbunden sei, übermüdet und durstig seien, erhöhte Temperatur hätten und über Halsschmerzen klagten. Da die Busse oft mit Verspätung einträfen, bedeutete das auch für die Helfer, stundenlang in der Einrichtung auf ihren Einsatz zu warten. Positiv hob er hervor, dass bislang immer ausreichend Übersetzer vor Ort waren. Stöcker sprach sich dafür aus, Angehörige nicht per se von Untersuchungen auszuschließen, wenn erkennbar ist, dass deren Unterstützung immanenter Bestandteil der soziokulturellen Prägung des Patienten ist.

Verbindliche Standards für die Erstuntersuchung/Inaugenscheinnahme gibt es nach den Worten von Dr. Anne Bunte, Leiterin des Kölner Gesundheitsamtes, bislang nicht. Vom Gesetzgeber erwähnt (§ 62

AsylG) wird lediglich die Untersuchung der Menschen auf Tuberkulose (siehe auch *Kasten Seite 22*). Unbefriedigend ist Bunte zufolge die Versorgung der Menschen mit Impfstoffen. Dies sei allerdings keine Folge der Zuwanderung von geflüchteten Menschen nach Deutschland, sondern liege im Verantwortungsbereich der Hersteller. Bunte trat Befürchtungen entgegen, dass Flüchtlinge gesundheitliche Beschwerden verschweigen könnten. Die Menschen nähmen die ihnen angebotene Hilfen von sich aus gern in Anspruch und suchten den Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten.

Geflüchtete Menschen, die von den Kommunen betreut werden, erhalten bis zur Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge weiter sogenannte Krankenbehandlungsscheine, mit denen sie zum Vertragsarzt gehen können. Dieser rechnet die Leistung mit der KV ab.

## Der Arzt als Autorität

Dipl.-Psychologin Eva van Keuk vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf berichtete von ihrer Arbeit mit Menschen mit Migrationserfahrung. In der Regel sind dies Patienten, die bereits seit Jahren in Deutschland leben. Viele Patienten betrachteten ihre Therapeuten als „Autorität“, redeten nur, wenn sie gefragt würden, oder trauten sich nicht, Nein zu sagen. Als Konsequenz daraus sollte nach Ansicht der Verhaltenstherapeutin auch die Fragetechnik angepasst werden (Statt zu fragen: „Hilft Ihnen das

Medikament?“, sollte besser die Frage gestellt werden: „Sind die Beschwerden besser oder schlechter geworden?“).

Auch die Überzeugung oder gar der Glaube daran, dass es der Therapeut ist, der die Erkrankung besiegen wird, und man selbst als Patient keinen Beitrag zur Genesung leistet beziehungsweise leisten muss oder kann, sei häufig. Wie Peters betonte auch van Keuk, dass viele Patienten nicht isoliert betrachtet werden können, sondern im Verbund mit ihren Familien zu verstehen sind. So sei man es in anderen Kulturen gewohnt, dass der Patient von seinen Angehörigen in der Krankheitsphase eng begleitet wird – zum Beispiel zum Arzttermin. Eine Option könne dann sein, zuerst die älteste Person der Gruppe zu begrüßen und bei ihr zu erfragen, um wen es geht – und sich dann dem Indexpatienten zuzuwenden.

In manchen Ländern komme es vor, dass schwerwiegende Diagnosen verschwiegen oder nur den Angehörigen mitgeteilt würden, berichtete van Keuk von Erfahrungsberichten ihrer Patienten. Der Patient müsse im Gespräch mit den Angehörigen nun quasi einschätzen, wie „schlimm“ es um ihn bestellt sei. Dies könne zu einer gravierenden Überinterpretation der gesundheitlichen Problematik und entsprechend zu einer emotionalen Belastung führen.

## Regeln für Dolmetscher

Da Therapeuten in Deutschland zu einer umfanglichen Aufklärung verpflichtet sind, könnten Patienten zudem allgemeine Risikoinformationen, zum Beispiel über seltene unerwünschte Wirkungen von Wirkstoffen, überschätzen. Van Keuk empfiehlt daher, Fehlinterpretationen vorab zu begegnen, beispielsweise mit dieser Formulierung: „In Deutschland sind wir verpflichtet, Sie auch über Nebenwirkungen aufzuklären. Das heißt nicht, dass dies eintritt. Es ist ein sehr gutes Medikament, das ich Ihnen empfehle.“ Wichtiger als die Information über das Herkunftsland ist für die Therapeutin, ob der Patient städtisch oder ländlich geprägt ist und welchen Bildungsstand er hat.

Kommen Dolmetscher zum Einsatz, so hat van Keuk für ihre eigene Arbeit folgende Regel entwickelt: „Der Dolmetscher übersetzt alles.“ Es könne nämlich vorkommen, dass der Patient einen Sachverhalt nicht mit eigenen Worten darstellen wolle, und den Übersetzer stattdessen bitte: „Du weißt doch, was ich meine, erzähle du, wie das ist.“ Dann sei es Aufgabe des Dolmetschers, diesen Satz

zu übersetzen und sich nicht auf die Bitte einzulassen. Regel Nummer zwei: Therapeuten sollten ihre Übersetzer auffordern, keine Handynummern mit Patienten auszutauschen. Damit soll verhindert werden, dass die Patienten den Dolmetscher auch außerhalb der Therapiesituation kontaktieren und der Dolmetscher durch diese Belastung schon sehr bald „ausbrennt“ und als Übersetzer nicht mehr zur Verfügung steht.

Während des übersetzten Gesprächs sollte der Arzt den Patient direkt ansprechen und den Blickkontakt suchen. Dass sich der Patient an den Dolmetscher wendet, während er antwortet, sei eine normale Handlung, sagte van Keuk.

In jedem Fall rät van Keuk ab, Kinder von Patienten bei psychiatrischen Diagno-

stellungen, der Patientenaufklärung bei schwerwiegenden Eingriffen/Diagnosen oder bei der Begutachtung als Dolmetscher heranzuziehen. Dies führe immer wieder zu großen Verwerfungen in den Familien.

Circa 30 Prozent der Patienten der Psychosomatischen Institutsambulanz Düsseldorf hätten einen Migrationshintergrund, sagte Dr. Ljiljana Joksimovic von der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf. Zu den traumatisierenden Belastungen zählten neben dem Erleben von Krieg, Gefangenschaft, Folter, Vergewaltigung, der Ermordung von Freunden und Familie auch schwere soziale, gesellschaftliche Diskriminierung und politische Verfolgung.

Als fluchtbedingte Belastungen nannte Joksimovic Obdachlosigkeit, emotionale und körperliche Überforderungen, Krankheiten ohne Zugang zur medizinischen Versorgung, die Trennung von Familienangehörigen sowie Gewalterfahrungen auf der Flucht. Im Aufnahmeland könnten dann eine mangelnde Integration, Ausgrenzungserfahrungen in Bereichen wie Wohnen, Schule, Beruf, gesundheitliche Unterversorgung, der Heimat- und Sprachverlust und Diskriminierungserfahrungen krankmachen.

Traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer erhielten häufig erst viele Jahre nach ihren Erlebnissen therapeutische Unterstützung. Komme es in der neuen Heimat zu Enttäuschungen, zeigten diese Menschen starke Rückzugstendenzen. Um den Patienten helfen zu können, sei zunächst eine Erhebung der biographischen und psychosozialen Anamnese notwendig, sagte Joksimovic – zum Beispiel über den gezielten Einsatz von Test- und Screeningverfahren bei Patienten, bei denen der Therapeut relevante biopsychosoziale Wechselwirkungen im Krankheitsgeschehen vermutet. So ermöglichen ein in 26 Sprachen vorliegender Fragebogen der WHO zur Depressions-Selbsterkennung und der PHQ-Depressionsfragebogen (in mehr als 30 Sprachen) eine Diagnose der häufigsten psychischen Störungsbilder. Darüber hinaus empfiehlt die Ärztin, Verlaufsdiagnosen zu stellen, Beschwerden und Behandlungen, soweit möglich, nicht zu hierarchisieren und den interdisziplinären Austausch zu suchen.

## Hinweis

Eine weitere Veranstaltung zum Thema findet statt am Mittwoch, 23. März 2016 von 15.30 – 19.00 Uhr. Anmeldung erforderlich: [iqn@aekno.de](mailto:iqn@aekno.de)

## Risiko einer TB-Infektion gering

Bis zum 22. Oktober hat das Gesundheitsamt in Köln in diesem Jahr 90 Tuberkulose-Fälle registriert, davon elf bei geflüchteten Menschen (Anteil an allen Erkrankungen 12,2 Prozent), sagte Dr. Anne Bunte, Leiterin des Amtes, auf der Veranstaltung. Von diesen elf Personen hätten fünf eine geschlossene TB gehabt. In den Jahren 2012 bis 2014 wurden in Köln unter allen Einwohnern 297 TB-Fälle registriert, davon 14 bei Geflüchteten. Die Zahl der von der Stadt Köln aufgenommenen Flüchtlinge lag im Oktober bei knapp 9.000. Bezüglich des weiter als gering anzusehenden Risikos von medizinischem Personal, sich bei der Untersuchung und Betreuung von geflüchteten Menschen mit TB anzustecken, erinnerte Bunte an die Empfehlungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, die das DZK im Jahr 2012 publiziert hat. Darin heißt es:

*„Zu Tuberkulosepatienten mit mikroskopisch positivem Sputumausstrich muss in der Regel während des Infektionszeitraumes kumulativ mindestens 8 Stunden Kontakt in geschlossenen Räumen bestanden haben, bevor von einem nennenswerten Infektionsrisiko ausgegangen werden kann ... Hingegen ist ein relevantes Übertragungsrisiko von einem Indexfall mit nur kulturell und/oder molekularbiologisch geführtem Erregernachweis i. d. R. erst nach mindestens insgesamt 40-stündigem Kontakt zu erwarten ... Dies schließt jedoch nicht aus, dass bei intensiven einmaligen Kontakten eine Ansteckung erfolgen kann ... In allen anderen Fällen ist entscheidend, ob bei der Kontaktperson ein individuell erhöhtes Risiko für eine Tuberkuloseinfektion beziehungsweise für eine Progression von einer Infektion zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung vorliegt ... Außerhalb geschlossener Räume ist das Ansteckungsrisiko generell gering.“ Die Empfehlung ist abrufbar auf [www.pneumologie.de](http://www.pneumologie.de).*