

**Thema:** Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge in NRW sollen einen einfachen Zugang zur medizinischen Versorgung erhalten. Das haben sich Landesregierung, Ärztinnen und Ärzte und die Krankenkassen zum Ziel gesetzt. Ein Fokus liegt dabei auf der psychosozialen Betreuung. **von Bülent Erdogan**

## Im Rheinland angekommen: Geflüchtete in der gesundheitlichen Versorgung



Normalerweise ist das berühmte „Sommerloch“ eine der Phasen im Jahr, für die eine Redaktion im Idealfall schon im Frühling vorgesorgt hat, um auch in der Saure-Gurken-Zeit eine halbwegs passable Titelstory in petto zu haben. Ein gefühltes Drittel der Bevölkerung weilt irgendwo verstreut im wohlverdienten Urlaub, über das Jahr stressgeplagte Pendler erfreuen sich der plötzlich leeren Straßen und Bahnabteile und die Fernsehanstalten sparen sich ihre brandneuen Blockbuster für den Herbst auf. Irgendwann schlägt der mittlerweile scheue Sommer schließlich doch für ein paar schlagartig zu heiße und zu schwüle Tage zu. Normalerweise. Vor Jahresfrist war plötzlich nichts mehr normal: An die zum Sommer 2015 von der Europäischen Union abgearbeitete „Griechenland-Krise“ schloss beinahe nahtlos die Berichterstattung über den Exodus hunderttausender Menschen aus Nahost und dem Norden Afrikas an. Bilder von „Flüchtlingstreks“ auf kurzerhand umfunktionierten Autobahn-Abschnitten des ehemaligen Autoputs des ehemaligen Jugoslawiens, Bilder von Menschen an Grenzübergängen, das Bild eines an den Strand des türkischen Ferienorts Bodrum gespülten Jungen namens Alan, Bilder eines Kühllastwagens, in dem 71 Menschen erstickten, Bilder ausharrender Menschen am Bahnhof von Budapest, Bilder applaudierender Bundesbürger am Münchener Hauptbahnhof flimmerten nun über die Mattscheiben und Displays.

Ein großer Teil der Menschen, die in Deutschland Zuflucht suchten, fand eine neue, provisorische Heimat in den Städten und Dörfern an Rhein, Ruhr, Sieg, Erft, Wupper und Niers – viele der Sonderzüge aus Pas-

sau hatten Düsseldorf und Köln zum Ziel. Von dort ging es mit Bussen in die Aufnahmeeinrichtungen. In den ersten Wochen und Monaten stand noch die „körperliche Inaugenscheinnahme“ der Geflüchteten in den Erst-Unterbringungseinrichtungen des Landes im Fokus oder die Riegelungsimpfung zur Vermeidung von Infektionsausbrüchen oder die Beschäftigung mit der Frage, was § 4 *Asylbewerberleistungsgesetz* unter „akuten Erkrankungen“ versteht – und wer zu welchen Bedingungen für welche Behandlungen aufkommt.

### Brücke in die Regelversorgung

Ein knappes Jahr später hat sich die Situation insofern „normalisiert“, als Politiker, Mediziner, Verantwortliche der Gesundheitsverwaltung, Wissenschaftler und viele weitere Experten inzwischen über die Integration der neuen Nachbarn in die gesundheitliche Regelversorgung diskutieren. So auch die NRW-Landesgesundheitskonferenz, die ihre kürzlich abgehaltene 25. Tagung in den Kontext der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen stellte. „Wir wollen einen einfachen Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für Flüchtlinge und Asylsuchende ermöglichen und sichern. NRW hat unter anderem mit der Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge einen wichtigen Beitrag dazu geleistet“, sagte NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens im Anschluss an die Beratungen. „Denn eine funktionierende gesundheitliche Versorgung im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen ist nicht nur ein Menschenrecht, sondern auch ein wesentlicher Baustein für die Integration von Flüchtlingen.“ Kernaussagen der Entscheidung (*abrufbar auf [www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de)*) der Landesgesundheitskonferenz, der auch die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe angehören, sind:

- Die akute medizinische Versorgung in den „Aufnahme- und Unterbringungseinrichtungen“ soll in die Regelversorgung münden. Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler sind dafür vorübergehend notwendig. Vor allem in der Ankommensphase ist die Einbeziehung von Sprach- und Kulturmittlern auch eine Voraussetzung für eine gute medizinische Versorgung. Zu berücksichtigen ist, dass die Sprachkenntnisse, die ein geflüchteter Mensch erwirbt, im Alltag ausreichen können, in einer besonderen Ausnahmesituation möglicherweise aber nicht mehr. Die Bundesregierung wird aufgefordert, entspre-

### Schildern Sie uns Ihre Erfahrung

Sie behandeln geflüchtete Menschen? Welche Erfahrungen machen Sie im Hinblick auf Sprachbarrieren, den Kontakt mit den Behörden, die kurative Tätigkeit an sich? Schreiben oder mailen Sie uns: Rheinisches Ärzteblatt, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf und [rheinisches-aerzteblatt@aekno.de](mailto:rheinisches-aerzteblatt@aekno.de)

chende Mittel für den Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern zu Verfügung zu stellen.

- Parallel zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung sollen auch Perspektiven für die soziale und berufliche Integration von Flüchtlingen eröffnet sowie praktische Planungshilfen für die Beteiligten gegeben werden.
- Zwischen allen an der Versorgung Beteiligten soll ein sicherer und verlässlicher Informationsfluss sichergestellt werden.
- Die interkulturelle Kommunikation und kultursensibles Handeln sollen gefördert werden.
- Die Asylsuchenden und alle an der Versorgung beteiligten Personen benötigen Klarheit über den von staatlicher Seite gewährten Leistungsumfang. Die LGK wirkt darauf hin, dass Geflüchtete schnelle Basisinformationen über die Struktur des Gesundheitswesens erhalten.
- Damit Geflüchtete eine Tätigkeit im Gesundheits- und Pflegebereich ausüben können, stellen die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens entsprechende Informationen zu Verfügung und setzen sich für zügige Kompetenzfeststellungs- und Anerkennungsverfahren ein.
- Was den Leistungsumfang der Versorgung von geflüchteten Menschen angeht, so soll eine Arbeitsgruppe der beiden Ärztekammern in NRW hierzu Handreichungen entwickeln.

## Ein Stufenmodell als Antwort auf den Bedarf?

Eine besondere Herausforderung sehen die Experten der LGK in der psychosozialen Betreuung geflüchteter Menschen. In der Entschließung heißt es: „Die Ermittlung der spezifischen Bedarfe für die Flüchtlinge, die traumatisierende Erfahrungen erlitten haben, und die Bereitstellung von psychosozialen und medizinischen Leistungen sind aus Sicht der LGK als Stufenmodell zu organisieren. In der ersten Stufe sind die psychosoziale Beratung und niedrigschwellige Angebote zur sozialen Stabilisierung (zum Beispiel Gruppenangebote) sowie Beschäftigungsangebote im Sinne eines strukturierten Tagesablaufs sicherzustellen. In einer zweiten Stufe können Angebote niedrigschwelliger Kriseninterventionen und Krisenhilfen wesentlich zur Stabilisierung und zur Vermeidung einer längerfristigen Behandlung beitragen (z.B. Einsatz von speziell geschulten Ehrenamtlichen oder Laienhelferinnen und -helfern). Sofern sich Hinweise auf eine akute behandlungsbedürftige psychische Störung ergeben, ist unmittelbar die Vermittlung in die Regelversorgung zu organisieren.“

Psychiatrische Störungen machen nach Angaben der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Düsseldorf in der Allgemeinbevölkerung zehn bis 15 Prozent aller Notfälle aus und treten meist im Rahmen von Alkoholintoxikationen, Agitation oder Suizidalität auf. Angesichts der sprachlichen und kulturellen Besonderheiten stellt das Ärztinnen und Ärzte beim Umgang mit ge-

flüchteten Patienten auf eine besondere Probe, wie Dr. Christian Schmidt-Kraepelin, Oberarzt, Leiter der Notaufnahme und Integrationsbeauftragter des LVR-Klinikums Düsseldorf, auf der PSAG-Veranstaltung „Flucht und psychische Gesundheit“ in der Landeshauptstadt anlässlich des Weltflüchtlingstags am 20. Juni ausführte.

Auf der einen Seite führe die Sprachbarriere beim Patienten häufig „zu einer subjektiven Isolation“, so Schmidt-Kraepelin. Auf der anderen Seite sei die Beurteilung der Psychopathologie für die Ärzte oft „extrem erschwert“, weil man auf Dolmetscher angewiesen sei. Häufig sei es möglich, eine Übersetzung zu organisieren, weil beim LVR viele Sprachen gesprochen würden. Manchmal sei man in der Situation des Notfalls indes auf die Kommunikation mit „Händen und Füßen“ angewiesen.

## Suizidalität aktiv erfragen

Von den Betroffenen würden auch objektiv als eher „klein“ einzustufende Belastungen mitunter als sehr bedeutend erlebt. Die in Sammelunterkünften oft gegebene Einschränkung der Privatsphäre reduziere die Möglichkeit der Stresskompensation. „Die akute Belastungsreaktion äußert sich in einem gemischten und wechselndem Bild; zunächst mit einer Art Betäubung und Einengung des Bewusstseins und der Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten“, sagte der Düsseldorfer Arzt. Hierauf folgten dann oft ein Rückzug aus der Umweltsituation oder Unruhezustände mit Überaktivität und Panik, auch Ärger oder verbaler Aggression sowie vegetative Reaktionen.

Schmidt-Kraepelin stellte die Herangehensweise seiner ärztlichen Kollegen bei Suizidalität, Erregungszuständen und möglichem aggressivem Verhalten vor. Wesentlich sei, so viele Informationen wie möglich über den Patienten einzuholen, zum Beispiel über dessen Umfeld, und eine Kommunikationsbasis zu schaffen, die Wertschätzung ausdrückt, beruhigend einwirkt, Empathie signalisiert und um Vertrauen wirbt, um eine „therapeutische Allianz“ zu begründen. „Wie man das hinbekommt, dafür gibt es kein Patentrezept, das kann völlig unterschiedlich sein. Es gibt meist einen Punkt in dem Hilfeverständnis dieser Person, auf den sie anpricht. Es muss eine Vorstellung bei dem Menschen geben, wovon er sich eventuell Hilfe versprechen könnte. Daher würde ich ihm Alternativen anbieten.“ Es gelte, Suizidalität aktiv zu erfragen und die emotionale Reaktion des Patienten zu beobachten. Meist mache Suizidalität eine stationäre Behandlung erforderlich.

Dr. Esther Mujawayo-Keiner, Traumatherapeutin im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) Düsseldorf und Mitgründerin der Vereinigung der Witwen des Genozids vom April 1994 in Ruanda (Association des Veuves du Genocide d'Avril, kurz: Avega) warb darum, im Geflüchteten nicht ein „Aktenzeichen zu sehen, sondern den Menschen“. Zu den wichtigsten Aspekten der Arbeit mit Geflüchteten gehöre es, keine Angst vor Sprachbarrieren zu haben und Vertrauen zu traumati-

## Themenseite zur Versorgung von Geflüchteten

Auf ihrer Themenseite [www.aekno.de/fluechtlinge](http://www.aekno.de/fluechtlinge) informiert die Ärztekammer Nordrhein ausführlich über Ansprechpartner bei Städten, Gemeinden und Kreisen im Rheinland, Regionen mit akutem ärztlichen Unterstützungsbedarf und den aktuellen Vertrag für die Tätigkeit in Aufnahmeeinrichtungen des Landes. Diverse Ratgeber und Informationen zu Schutzimpfungen in verschiedenen Sprachen, Links zu Anamnesebögen in 15 bzw. 27 Sprachen, Links zu Initiativen, die sich für Geflüchtete engagieren, Informationen zur Staatshaftung für ehrenamtlich Tätige sowie Pressemitteilungen der Ärztekammer zum Thema komplettieren die Themenseite.

sierten Menschen aufzubauen und zumindest temporär zu tolerieren, wenn beispielsweise das Mädchen, das seine Eltern verloren hat, in der Therapeutin oder dem Betreuer mehr sieht als den Angehörigen einer Berufsgruppe – sondern vielleicht die „Mama“. Es gebe unter Menschen mit Fluchtgeschichte auch solche, die fest davon überzeugt seien, dass die Genesung von einer Erkrankung in der Hand des Doktors oder Heilers liegt und nicht in der eigenen Hand.

## Ärztetag kritisiert Asylpaket II

Die gelernte Grundschullehrerin stellte das Avega-Konzept des Active Listening in Ruanda vor; mit ihm begegnet man dem Mangel an professionellen Psychotherapeuten: geschulte Laienhelfer hören sich an, welche Probleme ihnen das Gegenüber schildert. In vielen Fällen helfe nämlich bereits die Möglichkeit, über eine belastende akute Alltagssituation sprechen zu können, so Mujawayo-Keiner. Reiche das nicht, etwa bei einer Vergewaltigungserfahrung, werde die hilfesuchende Person an die vorhandenen professionellen Helfer weitervermittelt.

Dass der Gesetzgeber mit dem im Frühjahr in Kraft getretenen „Asylpaket II“ als Abschiebungshindernis

nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen gelten lässt, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, ist beim diesjährigen 119. Deutschen Ärztetag auf harsche Kritik gestoßen. Diese gesetzliche Wertung widerspreche dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. „Soll letzteres garantiert werden, muss die Zugangsmöglichkeit zu einer medizinischen Versorgung für Asylsuchende in jedem einzelnen zu prüfenden Fall gegeben sein“, heißt es in einer Entschließung des Ärzteparlaments. Weitere Änderungen seien bei den Regelungen zum beschleunigten Asylverfahren zum Beispiel für Menschen aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten notwendig. Bei diesen Verfahren entscheidet das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge innerhalb einer Woche über den Asylantrag. Akute oder chronische Erkrankungen ließen sich in solch kurzer Frist weder sicher diagnostizieren noch ausschließen. Opfer von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen müssten aus dem beschleunigten Asylverfahren herausgenommen werden. Generell sollten alle besonders Schutzbedürftigen von diesen Schnellverfahren ausgeschlossen werden. Außerdem müssten schwere psychische und auch somatische Erkrankungen weiterhin als Schutzgrund für die Anerkennung gelten.

## Landschaftsverband Rheinland: „Es ist äußerst problematisch, wenn psychiatrisch-psychotherapeutisch fachkompetent getroffene Einschätzungen von Ausländerbehörden nicht angemessen berücksichtigt werden“

Im Dezember 2015 und im Januar dieses Jahres wurden zwei abgelehnte Asylbewerber von den Ausländerbehörden aus psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) heraus abgeschoben. Einer der Geflüchteten wurde in der Nacht abgeholt. Der LVR hat im Frühjahr dieses Jahres eine Handreichung für den Umgang mit Abschiebungen von Geflüchteten während eines stationären Aufenthalts in den LVR-Kliniken erarbeitet, um den durch solche Ereignisse verunsicherten und frustrierten Ärzten und Pflegenden eine Orientierung gerade zur rechtlichen Situation zu ermöglichen. Das *Rheinische Ärzteblatt* hat den LVR um eine kurze Einordnung gebeten und folgende Antwort erhalten:

Menschen, die zur psychiatrischen Behandlung stationär aufgenommen werden, haben in der Regel gravierende psychische Symptome, häufig auch suizidale Tendenzen und Impulse. Die Ärztinnen und Ärzte treffen die Entscheidung zur Aufnahme unter sorgfältiger Abwägung möglicher Alternativen. Die stationäre Aufnahme dient in erster Linie dazu, Menschen in schweren seelischen Krisen, die intensive ärztliche Behandlung und Pflege benötigen, auch einen Schutzraum zu bieten. Bei Flüchtlingspatientinnen und -patienten, die häufig unter komplexen und komorbiden Traumafolgestörungen leiden, können sich krisenhafte Zuspitzungen aufgrund unterschiedlicher belastender Lebenssituationen ergeben, für die ihnen keine ausreichenden

Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Eine bevorstehende Abschiebung ist bei dieser Patientengruppe ein häufiger Anlass: Frühere traumatische Erlebnisse können durch die Zunahme des äußeren Drucks (Abschiebung) wieder virulent werden. Die fachärztliche Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit sowie die Festlegung der erforderlichen Therapieumgebung (in Anbetracht der Krankheitschwere und der Symptombelastung) sind für die in den LVR-Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzte wenig problematisch. Dies gilt auch für die sich daraus ableitenden Maßnahmen der Behandlung. Die Beurteilung einer besonderen Schutzbedürftigkeit im Zusammenhang mit einer Abschiebung erfolgt jedoch auch oder vor allem aus einer rechtlichen Perspektive heraus. Für alle Beteiligten kann sich daher eine insgesamt extrem schwierige Konstellation ergeben. Zum Beispiel, wenn von Seiten der zuständigen Behörden Abschiebungen trotz entsprechender fachärztlicher Hinweise nicht ausgesetzt werden und schwerwiegende Gesundheitsgefahren auf die Frage der reinen Transportfähigkeit reduziert werden. „Eine solche Sichtweise wird der oft hohen Komplexität psychischer Erkrankungen in keiner Weise gerecht. Eine Abschiebung aus einer laufenden stationären Behandlung heraus, stellt eine Ausnahmesituation mit hoher psychischer Belastung da. Und zwar in erster Linie für die Betroffenen selber, aber auch für das Behandlungsteam wie auch die Mitpatientinnen und -patienten“, beschreibt Martina

Wenzel-Jankowski, die als Dezernentin für den LVR-Klinikverbund mit neun psychiatrischen Fachkliniken verantwortlich ist. „Den in den LVR-Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzten ist bewusst, dass in diesem klinisch-rechtlichen Spannungsfeld die qualifizierte und substantiierte Darlegung der ärztlichen Einschätzung der Erkrankung, der psychischen Belastbarkeit und der Folgen eines erzwungenen Behandlungsabbruchs von zentraler Bedeutung ist.“ Grundsätzlich, so die Dezernentin, bedeutet die stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten, dass diese sich aufgrund ihrer Erkrankung in einem für sie notwendigen, geschützten Therapieraum befinden. „Es ist äußerst problematisch, wenn psychiatrisch-psychotherapeutisch fachkompetent getroffene Einschätzungen von Seiten der Ausländerbehörden nicht angemessen berücksichtigt werden. Der LVR wird seine Mitarbeitenden selbstverständlich in der Wahrnehmung ihrer ärztlichen Fürsorgepflicht für ihre Patientinnen und Patienten uneingeschränkt unterstützen. Auch versuchen wir, in den LVR-Kliniken spezifische Angebote der Supervision sowie Fort- und Weiterbildung zu schaffen, um Kolleginnen und Kollegen zu entlasten, zu qualifizieren und zu stärken. Das bereits 2008 ins Leben gerufene LVR-Klinikverbundprojekt Migration hat ein spezifisches Curriculum für die Behandlung von Flüchtlingen entwickelt und bietet seit Anfang des Jahres allen LVR-Kliniken die Möglichkeit entsprechender Fort- und Weiterbildungen an.“