

# VERLOREN IM RÄDERWERK



Eine interdisziplinäre Studie zur  
Gesundheit und medizinischen Versorgung  
von Asylsuchenden in Halle (Saale)

Diese Publikation »**Verloren im Räderwerk**« ist im Rahmen der Studie „Gesundheitsstatus und medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale)“ entstanden.

## **Autoren**

Amand Führer  
Friederike Eichner

## **Ansprechpartner**

Amand Führer  
amand.x@gmx.net  
+49 (0)173 - 806 29 73

## **Layout & Gestaltung**

Diana Neumerkel  
www.diananeumerkel.de

*Icons & Cover mithilfe von  
Freepik.com Stockmaterial  
realisiert*

## **Stand**

1. Auflage, Dezember 2015

## **Download unter**

[www.medinetz-halle.de/forschung/](http://www.medinetz-halle.de/forschung/)



Mit finanzieller Unterstützung von:



## **Danksagung**

Wir danken allen, die sich Zeit genommen haben, um uns in Interviews und Gesprächen Fragen zu beantworten und ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit uns zu teilen.

Außerdem danken wir unseren Dolmetschern, Übersetzern und Studienassistenten, deren Engagement diese Studie erst möglich gemacht hat. Für die finanzielle Unterstützung danken wir der Rosa Luxemburg Stiftung und der Stiftung :do. Außerdem sei allen gedankt, die verschiedene Versionen des Manuskriptes kritisch kommentiert haben.

## **Ziel des Berichtes**

Dieser Bericht soll Lücken in der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden untersuchen und aufzeigen, wo Schwächen der derzeitigen Strukturen liegen. Daher fokussiert er eher auf die Probleme und Hürden, und nicht auf die funktionierenden Abläufe. Sollte dadurch der Eindruck entstehen, dass wir das große Engagement vieler hauptberuflich oder ehrenamtlich in diesem Bereich Tätiger nicht genügend würdigen, möchten wir dies hiermit entkräften:

Es gibt viele Menschen in Sachsen-Anhalt, die gewährleisten möchten, dass auch Asylsuchende von ihrem Grundrecht auf Gesundheitsversorgung Gebrauch machen können. Diese Akteure, denen wir während unserer Forschung zahlreich begegnet sind, leisten mit ihrer täglichen Arbeit Enormes und verdienen großen Respekt.

## **Hinweise zum Text**

Zum Schutz unserer Informanten haben wir ihre Person betreffende Details teilweise verändert. Dies betrifft neben dem Herkunftsland (im Fall von Asylsuchenden) zuweilen auch das Geschlecht.

Um Personengruppen zu bezeichnen, verwenden wir teils das generische Maskulinum, teils das generische Femininum. In beiden Fällen sind Personen beider Geschlechter inbegriffen.

## Inhalt

Kurzfassung	2 - 3
Einleitung	4 - 7
Methodik	9 - 13
Epidemiologische Methodik	10 - 11
Ethnologische Methodik	12 - 13
Ergebnisse	15 - 33
Erkrankungen & Impfstatus	15 - 18
Patientennavigation	19 - 33
Fallgeschichte	20
Problemfelder	21 - 33
Zusammenfassung	33
Schlussfolgerungen	35 - 41
Quellen	43 - 45



# Kurzfassung

Diese Studie untersucht die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden. Vor dem Hintergrund der aktuell zunehmenden Immigration nach Deutschland stellen wir die Frage, welche gesundheitlichen Probleme unter Asylsuchenden in Halle (Saale) häufig sind und wie deren medizinische Versorgung funktioniert.

Diesen Fragen wurde mit einem interdisziplinären Studiendesign nachgegangen. Zunächst wurde anhand einer zufälligen Stichprobe von 214 in Gemeinschaftsunterkünften wohnenden Asylsuchenden erfasst, welche Krankheiten häufig auftreten und wie der Impfstatus der Asylsuchenden beschaffen ist. Dafür fand ein standardisierter Fragebogen Anwendung, der den Befragten in ihrer jeweiligen Landessprache vorgelegt wurde.

Zur Kontextualisierung dieser Daten, und um die Interaktion zwischen Asylsuchenden und Akteuren der Gesundheitsversorgung näher zu beleuchten, schloss sich daran eine sozialwissenschaftliche Untersuchung an. In dieser wurde erschlossen, welche Schnittstellen es zwischen den verschiedenen in die medizinische Versorgung von Asylsuchenden eingebundenen Akteuren gibt und wo in der Interaktion Probleme auftreten.

Der epidemiologische Teil unserer Studie zeigte, dass psychische Erkrankungen und Schmerzen die mit Abstand häufigsten Beschwerden darstellten. Der Impfstatus war ungenügend – weniger als ein Drittel aller Befragten waren z. B. gegen Masern oder Tetanus geimpft.

Im sozialwissenschaftlichen Teil der Studie wurde deutlich, dass der Großteil der Schwierigkeiten in der Versorgung von Asylsuchenden in Halle nicht durch Mängel im Gesundheitssystem entsteht, sondern dass die Anbindung an das Gesundheitssystem oft nicht gelingt. Probleme in der Anbindung entstehen durch: Sprachbarrieren, Informationsdefizite bei Asylsuchenden und Ärzten, Alltagsrassismus, optimierungsbedürftige Abläufe in den Unterkünften der Asylsuchenden sowie die ungenügende Koordination von zivilgesellschaftlichen Angeboten mit den Bedürfnissen der Asylsuchenden. Darüber hinaus ist im Bereich der psychotherapeutischen Infrastruktur eine deutliche Unterversorgung zu konstatieren.

Auf Basis dieser Daten empfehlen wir folgende Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden.

## Maßnahmen

- ▶ Erweiterung der Erstaufnahmeuntersuchung um eine gründliche Anamnese und eine leitliniengerechte Immunisierung sowie strukturierte Sicherstellung der Weiterbehandlung diagnostizierter Erkrankungen.
- ▶ Routinemäßiger Einsatz ausgebildeter Dolmetscher und Etablierung von telefonischen Dolmetscherdiensten, wo dies nicht möglich ist. Einführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung für nicht-professionelle Übersetzer (z. B. Sozialhelfer oder Ehrenamtliche).
- ▶ Qualifizierte Betreuung durch eine ausreichende Anzahl von Sozialarbeiterinnen in den *Gemeinschaftsunterkünften (GUs)*.
- ▶ Verwendung eines zweisprachigen Gesundheitsheftes für Asylsuchende.
- ▶ Einrichtung von migrantenmedizinischen Schwerpunktpraxen und Ausbau der Infrastruktur zur psychotherapeutischen Versorgung für Migranten bei besserer Finanzierung für bereits bestehende Einrichtungen.
- ▶ Erhöhung der Sensibilität von Ärzten für die besondere Lebenssituation von Asylsuchenden und die damit einhergehenden medizinischen Erfordernisse durch stärkere Einbindung migrantenmedizinischer Themen in das Medizinstudium und in die ärztliche Fortbildung.
- ▶ Sicherstellung einer besseren Information der Asylsuchenden über die Funktionsweisen des deutschen Gesundheitssystems.
- ▶ Strukturierte Aufarbeitung alltagsrassistischer Hürden im klinischen Alltag.
- ▶ Intensivierung des Kontaktes zwischen Asylsuchenden und Zivilgesellschaft und Einführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung ehrenamtlicher Arbeit.



# Einleitung

## Einführende Gedanken zu Migration

Migration und Flucht sind Teil einer globalisierten Welt. So wie die grenzüberschreitende Zirkulation von Waren, Kapital und Technologien ein grundlegender Bestandteil der Globalisierung ist, so stellt auch die Mobilität von Menschen einen integralen Bestandteil der globalisierten Welt dar. Nur zum Teil sind dafür Ausnahmestände wie Kriege und Katastrophen verantwortlich. Vielmehr sind es die kontinuierlich transformierenden Kräfte der Globalisierung, die Migration zur Normalität machen: Durch die Globalisierung ist ein imaginärer Raum entstanden, in dem Werbung und Konsum, Medien und Bilder zirkulieren, die Menschen überall auf der Welt erreichen, sie zum Träumen veranlassen und zum hoffnungsvollen Aufbrechen aus prekären Situationen bewegen. Mobilität, bisher hauptsächlich ein Privileg der Reichen, wird zunehmend auch von den weniger Privilegierten beansprucht.

In den finanzstarken, sich als Zentren empfindenden Regionen dieser Welt wird die Mobilität wirtschaftlich Schwächerer häufig nicht als Normalität empfunden. Um über sie zu sprechen, werden Begriffe von Krise und Notstand verwendet, womit außergewöhnliche, ausschließende Praktiken gerechtfertigt werden sollen, die der Migration ihre Legitimität absprechen. Begriffe wie Flüchtlingskrise, oder gar Flüchtlingswelle, haben dabei eine paradoxe Doppelfunktion: Einerseits sensationalisieren sie die beschriebenen Phänomene, indem sie ihre räumliche und zeitliche Einzigartigkeit und Begrenztheit betonen und die dauerhaften globalen Ungleichheiten, die internationale Migrationsbewegungen lenken, verschleiern. Andererseits blenden sie die Einzelschicksale der eigentlichen Opfer (diejenigen, die ihre Heimat verlassen müssen) aus und ermöglichen, dass sich die in ihrer Routine gestörten globalen Eliten<sup>1</sup> als Opfer inszenieren können, die sich plötzlich mit einer „Krise“ konfrontiert sehen.

Globalisierung ist in diesem Zusammenhang durch das Wechselspiel verbindender und ausschließender Prozesse und Praktiken charakterisiert, durch die neue Eliten und eine breite Masse ausgegrenzter Menschen produziert werden. Innerhalb der EU gehören zu diesen Ausgegrenzten besonders häufig Asylsuchende. In zunehmendem Maß versucht die EU, Migration zu lenken und sie zu begrenzen. Die Einflussnahme auf Migration orientiert sich dabei an den Interessen der globalen Eliten, was sich auf verschiedenen Ebenen die Lebenswelt der Asylsuchenden präkarisiert: Im Kontrast zum punktuellen Abbau von Einschränkungen im Bereich von Sozialleistungen, Residenzpflicht etc. zeigt sich eine zunehmende Ausgrenzung von Gruppen, denen ein legitimes Anrecht auf Asylansprüche abgesprochen wird.

Diese prekäre Situation wurde bisher vor allem auf dem Mittelmeer und in den Mittelmeerländern deutlich, seit Sommer 2015 aber auch auf der sogenannten Balkan-Route und in Deutschland. Mit der dadurch angestoßenen Entstehung von Flüchtlingslagern und Notunterkünften findet der bisher vor allem auf Entwicklungsländer Bezug nehmende Diskurs über humanitäre Hilfe einen neuen Schauplatz im Zentrum Europas: Aus einer Dresdner Erstaufnahmeeinrichtung zum Beispiel berichteten zwei Ärzte im Sommer 2015 von einer „humanitären Katastrophe“ und davon, dass die Mindeststandards der WHO für Flüchtlingslager nicht eingehalten werden, obwohl Dresden eine exzellente medizinische Infrastruktur besitzt (I).

Wie ist es möglich, dass in einem Land, dessen biomedizinisches Know-how in Form humanitärer Einsätze in viele Länder des globalen Südens exportiert wird, eine Bevölkerungsgruppe keine (oder keine adäquate) Behandlung erhält?

## 4 EINLEITUNG

<sup>1</sup> Die rhetorisch zugespitzte Vereinfachung der europäischen Bevölkerung als „globale Elite“ dient hier der übersichtsmäßigen Darstellung. Das Argument einer „globalen Elite“ soll nicht implizieren, dass nicht auch innerhalb Europas eine zunehmende ökonomische Stratifizierung stattfindet.

## Rechtlicher Kontext

Der gesetzliche Rahmen zum Umgang mit Asylsuchenden wird in Deutschland von drei Gesetzen abgesteckt:<sup>2</sup> Asylgesetz, Aufenthaltsgesetz und Asylbewerberleistungsgesetz (**AsylbLG**). Im Kontext unserer Studie war vor allem das AsylbLG relevant, da hier der Anspruch von Asylsuchenden auf Leistungen inkl. Leistungen zur Krankenhilfe geregelt wird. Mit der im AsylbLG festgeschriebenen Ausgliederung von Asylsuchenden aus der medizinischen Regelversorgung geht Deutschland einen Sonderweg: Die Mehrzahl der EU-Staaten sieht eine solche Differenzierung von Patienten nicht vor bzw. legt deutlich weniger strikte Einschränkungen fest.<sup>3</sup>

Das AsylbLG legt fest, dass die Kosten für die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände vom Sozialamt übernommen werden, ebenso wie Impfungen und Maßnahmen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Darüber hinaus stellt das AsylbLG die Gewährung zusätzlicher medizinischer Maßnahmen in das Ermessen des zuständigen Sozialamtes. Dies führt zu einer Vielfalt lokaler Ausgestaltungen des Gesetzes und daraus resultierend deutlich unterschiedlichen Versorgungssituationen von Asylsuchenden in Abhängigkeit ihres Wohnortes.

Die Praxis des Sozialamts Halle ist dabei als insgesamt sehr patientenfreundlich zu bezeichnen: Asylsuchende können hier jeweils zum Quartalsanfang unabhängig von einer akuten Erkrankung einen das ganze Quartal gültigen Behandlungsschein abholen. Dieser Behandlungsschein erlaubt Asylsuchenden die Konsultation eines Hausarztes ihrer Wahl, der sie, in der Regel ohne vorherige Rücksprache mit dem Sozialamt, in fachärztliche Weiterbehandlung überweisen kann. ▶

## Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

### § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft & Geburt

**(1)** Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. 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 Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sicher. Sie stellt auch sicher, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Absatz 2 und § 132e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

### § 6 Sonstige Leistungen

**(1)** Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

**(2)** Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

<sup>2</sup> Der Großteil unserer Daten wurde vor der Verabschiedung des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes erhoben.

<sup>3</sup> Diese Politik wird zum Beispiel von der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer scharf kritisiert (II).

► Auch in Fragen der Bewilligung von über § 4 AsylbLG hinausgehenden Leistungen zeigt das Sozialamt Halle im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen eine am Patientenwohl orientierte Ausrichtung.

Damit unterscheidet sich die Situation in Halle, wo unsere Daten erhoben wurden, von der in anderen Gegenden Sachsen-Anhalts, in denen die medizinische Versorgung von Asylsuchenden mitunter durch die rigide Praxis der Sozialämter unnötig erschwert wird.

Da der Fokus unserer Untersuchung auf Halle beschränkt war, gehen wir im Weiteren auf die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in anderen Landkreisen nicht ein. Es zeichnet sich jedoch ab, dass der dort vielerorts zu verzeichnende schlechtere Zugang zu medizinischer Versorgung die Gesundheit von Asylsuchenden beeinträchtigt.

Obwohl unsere Studie zeigt, dass die rechtlichen Regelungen des AsylbLG in Halle nicht zu den Haupthindernissen im Zugang zu medizinischer Versorgung zählen, halten wir die dem Gesetz zugrundeliegende Diskriminierung von Asylsuchenden für unbegründbar und inakzeptabel.

Mit diesem Bericht sind eine grundsätzliche Forderung nach der rechtlichen Gleichstellung von Asylsuchenden sowie eine Kritik an der jüngsten Verschärfung des Asylrechts verbunden. Diese Kritik beruht auch auf dem *Public-Health-Grundsatz*<sup>4</sup>, dass marginalisierte Gruppen in der Planung von Gesundheitssystemen grundsätzlich bevorzugt behandelt werden müssen, um anderweitige strukturelle Benachteiligungen zu kompensieren.

## Fragestellung

Wie bisher ausgeführt, stellen Asylsuchende eine Gruppe dar, deren gesundheitlicher Zustand durch besondere Belastungen beeinträchtigt wird, während ihr Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems beschränkt ist. Welche Konsequenzen sich aus dieser Doppelbelastung ergeben, ist bisher nicht strukturiert evaluiert worden.

*Wir bearbeiten dieses überspannende Thema anhand der folgenden Teilfragen:*

- *Welche gesundheitlichen Probleme haben Asylsuchende in Halle?  
Wie ist ihr Impfstatus?*
- *Wie nehmen Asylsuchende in Halle das Gesundheitssystem in Anspruch?  
Was kennzeichnet ihre Navigation und auf welchen Wegen bekommen sie Zugang zu medizinischer Versorgung?  
Wie sehen andere Akteure den Zugang zum Gesundheitssystem?*
- *Ist eine adäquate Versorgung von Asylsuchenden sichergestellt?  
Gibt es Barrieren, die den Zugang erschweren?  
Wie können diese Barrieren beseitigt werden?*



## Ausblick und Einstieg

Durch die oben geschilderte Sozialamtspraxis in Halle sind der rechtliche Rahmen und seine Implikationen für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in unserer Studie in den Hintergrund gerückt. Stattdessen sind in der Betrachtung der verschiedenen Schnittstellen und der dort stattfindenden Interaktionen die verschiedenen Akteure<sup>5</sup> und ihre Handlungen, und das diesen Handlungen zugrundeliegende Wissen über die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in den Blick gerückt. Dabei hat sich gezeigt, dass dieses Wissen (bei allen Gruppen von Akteuren) oft eher vage ist und auf Annahmen, Hörensagen und Teilwissen beruht. Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass die Kommunikation zwischen und innerhalb der verschiedenen Gruppen von Akteuren oft nicht funktioniert.

Den Ort der Kommunikation und Interaktion nennen wir im Folgenden *Schnittstelle*. Zur Verdeutlichung der Relevanz der Interaktion an Schnittstellen für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden möchten wir hier bereits der Präsentation der Ergebnisse vorgreifen und beschreiben, wie sich die Kombination aus Teilwissen und schlechter Kommunikation an den Schnittstellen auswirkt: **Patienten verschwinden**.

Dass **Verschwinden** hier nicht nur eine Metapher für das Scheitern der Anbindung an das Gesundheitssystem ist, sondern auch ein reales Abhandenkommen von Patienten beschreibt, zeigt die folgende Fallgeschichte:

Eine Patientin kommt mit seit mehreren Monaten vorbestehenden Oberbauchschmerzen in eine Krankenhausambulanz. Der behandelnde Arzt geht von einer Übersäuerung des Magens aus und verschreibt ihr einen Säurehemmer. Diesen soll sie eine Woche lang einnehmen und sich dann in der Ambulanz wieder vorstellen. Da in dem Gespräch kein Dolmetscher involviert war, hat die Patientin nicht verstanden, was sie mit ihrem Rezept machen soll. Sie hebt es gut auf und bringt es uneingelöst eine Woche später wieder mit zu ihrem Termin. Anstatt erneut einen therapeutischen Versuch mit dem Säurehemmer zu probieren, und diesmal einen Dolmetscher einzubinden, leitet der verantwortliche Arzt nun eine Reihe diagnostischer Maßnahmen ein, die zwar ohne Sprache funktionieren (verschiedene bildgebende Verfahren und Labortests), jedoch zu diesem Zeitpunkt eigentlich nicht indiziert sind und eine Überdiagnostik darstellen. Der Patientin wird der diesen Maßnahmen zugrundeliegende Plan nicht verständlich erklärt. Daher geht sie, ohne die Ergebnisse der Untersuchungen abzuwarten, nach Hause und ist nicht mehr erreichbar. **Verloren im Räderwerk**.



# METHODIK

---

Die nun folgende, kurze Erläuterung zur wissenschaftlichen Methodik unserer Studie soll dem interessierten Leser helfen, die Mechanismen nachzuvollziehen, durch die die im Folgenden präsentierten Daten zustande gekommen sind. Wir sind dabei bemüht, unnötigen Fachjargon zu vermeiden und einen von fachspezifischem Vorwissen unabhängigen Zugang zu ermöglichen. Leser, denen an einer strenger wissenschaftlichen Aufbereitung der Methodik gelegen ist, seien auf die diesbezüglichen, in Kürze erscheinenden Fachartikel verwiesen.





# Epidemiologische Methodik

*Im August 2015 lebten 1098 Asylsuchende in Halle (Stand 3. August 2015). Ein großer Teil davon war in Gemeinschaftsunterkünften<sup>6</sup> untergebracht. Da die städtische Statistik nicht nach Art der Unterbringung stratifiziert, kann dieser Anteil jedoch nicht genau benannt werden. Die Gemeinschaftsunterkünfte umfassten zwischen 39 und 360 Bewohner. Hierbei wohnten zwischen vier und sechs Asylsuchende, in der Regel gleicher Nationalität, in einer Wohneinheit. Zum Zeitpunkt der Studie existierten in Halle sechs solcher Unterkünfte, von denen fünf in der epidemiologischen Erhebung erfasst wurden. Die sechste Unterkunft konnte aus logistischen Gründen nicht berücksichtigt werden.*

## Studiendesign und Sampling der Studienbevölkerung

Die epidemiologische Erhebung wurde als Querschnittsstudie durchgeführt: Anhand eines standardisierten Fragebogens, auf den weiter unten eingegangen wird, wurden der Gesundheitszustand und der Impfstatus zum Zeitpunkt der Befragung (3. bis 11. August 2015) erhoben. Da der Fragebogen in der jeweiligen Landessprache der Asylsuchenden ausgefüllt werden sollte, beschränkten wir die Erhebung auf jene Asylsuchende, die älter als 15 Jahre waren und eine der fünf Sprachen sprechen, die nach städtischer Statistik unter Asylsuchenden in Halle am häufigsten vertreten sind: Arabisch, Farsi/Dari, Französisch, Hindi und Englisch. Da keine Möglichkeit bestand, die dezentral untergebrachten Asylsuchenden zu kontaktieren, wurden nur Asylsuchende, die in einer der Gemeinschaftsunterkünfte wohnhaft waren, erfasst. Der Anteil der dezentral untergebrachten Asylsuchenden, sowie die Anzahl derer, die jünger als 15 Jahre sind, werden in offiziellen Statistiken nicht erfasst. Daher ist die tatsächliche Größe unserer Zielgruppe unklar. Es ist dementsprechend davon auszugehen, dass die tatsächliche Teilnahmerate höher ist als **38%**. Nachdem die Studie eine Woche zuvor mit Aushängen und Flyern in den genannten Sprachen in den Gemeinschaftsunter-

künften angekündigt, sowie der Zweck und die Umstände der Befragung erklärt worden waren, ging unser Team am Tag der Befragung von Tür zu Tür und bat die Einschlusskriterien erfüllende Asylsuchende um ihre Teilnahme an der Erhebung. Hierbei wurde das Ziel der Studie in der jeweiligen Muttersprache noch einmal mündlich erläutert und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme, die vertrauliche und anonyme Handhabung aller Daten sowie die Unabhängigkeit der Studie von staatlichen Stellen hingewiesen. Außerdem wurde darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Studie keinen Einfluss auf das Asylverfahren hat. Asylsuchende, die einer Teilnahme an der Studie zustimmten, bekamen einen Fragebogen ausgehändigt und wurden gebeten, diesen selbstständig auszufüllen. Für eventuelle Rückfragen blieb ein Mitglied unseres Teams vor Ort. In wenigen Fällen, in denen die Befragten den Fragebogen nicht selbstständig ausfüllen konnten (z. B. aufgrund von Analphabetismus), wurden die Daten als Interview erhoben. Für Mitbewohner der Befragten, die ebenfalls die Einschlusskriterien erfüllten, aber zum Zeitpunkt der Umfrage nicht in der Unterkunft waren, wurden Fragebögen zurückgelassen und am nächsten Tag eingesammelt.

## Fragebogen

Es fand ein strukturierter, aus fünf Teilen bestehender Fragebogen Anwendung: Der erste Teil des Fragebogens erfasste demographische Informationen inklusive Familienstand, Herkunftsland, Aufenthaltsdauer in Deutschland und Beruf im Herkunftsland. Der zweite Teil fragte nach Kontakten zu verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem (Hausärzte, Fachärzte, Notaufnahmen etc.) und nach aktuell eingenommenen Medikamenten. Der dritte Teil fragte nach dem Vorliegen eines Impfpasses und erhob den Impfstatus des Befragten. Für den Fall, dass Kinder der Befragten auch in Deutschland leben, wurde auch deren Impfstatus erhoben. Im vierten Teil wurde dann nach vorbestehenden chronischen Erkrankungen gefragt. Hierbei wurden zunächst grobe Kategorien angeboten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemorgane, Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, neurologische/psychiatrische Erkrankungen, Neoplasien, wiederkehrendes Fieber, gynäkologische/geburtshilfliche Beschwerden, andere), gefolgt von der Möglichkeit, die Art der Erkrankung in einem Freitext weiter zu spezifizieren. Außerdem erfasste der vierte Teil das Auftreten von Schmerzen, sowie deren Intensität und Häufigkeit.

Im letzten Teil des Fragebogens fanden zwei psychometrische Tests zum Screening auf Depression und Angststörung (*Hopkins Symptom Checklist-25*, *HSCL-25*) und Posttraumatische Belastungsstörung (*vierter Teil des Harvard Trauma Questionnaire*, *HTQ*) Anwendung. Bei der *HSCL-25* handelt es sich um ein Screening-Instrument (IV), welches 1987 für die Anwendung unter indochinesischen Flüchtlingen validiert (V), und danach in vielen verschiedenen Flüchtlingspopulationen angewendet wurde (VI). Anhand der Antworten auf 25 Fragen zu bei Depression und Angststörung auftretenden Symptomen wird ein Score errechnet, der ab einem Schwellenwert  $>1,75$  als auf eine Depression hinweisend gilt. Der *HTQ* wurde explizit für die Anwendung unter Flüchtlingen entwickelt (VII). Wie bei der *HSCL-25* wird anhand der 30 Fragen ein Score errechnet; hier gilt ein Schwellenwert von  $>2,5$  als hinweisend auf eine Posttraumatische Belastungsstörung.

Der Fragebogen wurde in die fünf oben genannten Sprachen übersetzt und dann von einem unabhängigen zweiten Übersetzer wieder ins Deutsche rückübersetzt. Die Ausgangsversion und die Rückübersetzung wurden verglichen und Abweichungen mit den Übersetzern diskutiert.

## Statistische Methoden

Die statistische Datenanalyse erfolgte in Epi Info. Wir geben Prozente und 95% Konfidenzintervalle (95% KI) unter Verwendung der Binomialverteilung an.

## Ethik

Vor Beginn der Datenerhebung wurde ein Votum der zuständigen Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eingeholt.



# Ethnologische Methodik

*Um die epidemiologischen Ergebnisse zu kontextualisieren, haben wir über die Umfrage hinaus im Rahmen einer ethnologischen Feldforschung weitere empirische Daten gesammelt. Dieser Teil unserer Forschung hatte zum Ziel, die soziale Dimension des Krankseins und der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung bzw. die zugrundeliegenden sozialen Praktiken zu betrachten. Neben dem durch die epidemiologische Erhebung ermittelten Bedarf sollten so ergänzend Daten zum Umgang von Asylsuchenden mit Erkrankungen und den von ihnen unternommenen Schritten zur Heilung ermittelt werden. Im Fokus standen aber nicht nur Asylsuchende, sondern auch medizinische Akteure in Arztpraxen und Krankenhäusern, sowie Behörden und zivilgesellschaftliche Akteure. Um die die medizinische Versorgung von Asylsuchenden betreffenden Alltagspraktiken dieser Akteure unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Kommunikationsformen und Handlungsmuster zu untersuchen, und ihre wechselseitigen Interaktionen zu erschließen, bietet sich die ethnologische Methodik an.*

## Ethnographie

Eine Feldforschung im ethnologischen Sinne ist als ein Forschungsprozess zu verstehen, der verschiedene qualitative Methoden umfasst. Dazu gehört die Teilnehmende Beobachtung, die sich weit über die Fachgrenzen der Ethnologie als empirische Methode etabliert hat und dem Interesse der Ethnologie am Alltäglichen entspringt. Die Teilnehmende Beobachtung im Sinne Bronislaw Malinowskis, der sie zum wichtigsten Forschungsinstrumentarium der Ethnologie erhob, umfasst einen mehrjährigen Aufenthalt am Ort der Forschung und die soziale Teilnahme an dem, was dort geschieht. In dieser Zeit taucht der Forschende in ein anderes Leben ein, er teilt mit den untersuchten Menschen den Alltag, knüpft Beziehungen, lernt ihre Sprache, erwirbt soziale Kompetenzen und Umgangsweisen und erlernt auf diese Weise grundlegende explizite und implizite gesellschaftliche Regeln und Strukturen (VIII, IX). Durch Nähe und Dialog entsteht wissenschaftliche Erkenntnis.

Dieses Leitbild einer Feldforschung gilt heute nur noch teilweise, denn unter dem Einfluss von Globalisierung, Postmoderne und Postkolonialismus haben sich die Themen und Methoden der Ethnologie gewandelt. Die untersuchten Felder sind komplexer geworden, die Anzahl an Akteuren hat sich vergrößert, die Mobilität aller Beteiligten hat zugenommen. Im Zuge dessen hat die Ethnologie ihr Interesse am „Fremden“ auch auf die eigenen Kulturen ausgeweitet, indem sie z. B. auch Wissenschaftskulturen, Wirtschaftskulturen und große Institutionen und Organisationen betrachtet (X).

Während sie dabei nach wie vor auf Nähe zum Untersuchungsgegenstand setzen, erfordern die ethnologischen Methoden ebenfalls, dass der Beobachter nie vollständig zum Teilnehmer wird, sondern eine Distanzierung zum Untersuchungsgegenstand methodisch ebenso wichtig bleibt. Die Differenz zwischen

Teilnehmer- und Beobacherverstehen (XI) ist auch deswegen von Bedeutung, da mit der Teilnehmenden Beobachtung die Idee verbunden ist, die Selbstaussagen der untersuchten Menschen, die diese in Interviews und direkt gefragt geben, damit abzugleichen, wie sie handeln (XII). Eine Feldforschung umfasst also neben der Teilnehmenden Beobachtung als weitere maßgebliche Methoden qualitative Interviews sowie das Sammeln eines umfangreichen Datensatzes bestehend z. B. aus Dokumenten und Schriftstücken aus dem Feld, die helfen, Beobachtungen weiter zu validieren.

Den verschiedenen Techniken und Methoden der Ethnographie liegt eine methodische Haltung zugrunde, die sie von anderen empirischen Methoden unterscheidet:

Das Entdecken des Unbekannten (XI). Dies geht einher mit einem methodisch gewollten Verzicht auf Kontrolle und Standardisierung des Forschungsgegenstandes und seiner Umgebung. Es kommt daher bei ethnologischen Forschungen häufig vor, dass der Forschende im Feld auf Dinge stößt, die ihm bei Beginn der Forschung und vor allem beim Entwerfen des Forschungsdesigns noch völlig unbekannt waren. Das Entdecken ist also zugleich Ziel und Erkenntnisweise. Die Ethnographie ist demzufolge eine Methode, für die Veränderungen während des Forschungsprozesses integraler Bestandteil sind. So werden die Forschungsfragen während des Forschungsprozesses immer wieder anhand des gewonnen Wissens überarbeitet und verfeinert.

## Unser Feld

Zu Beginn unserer Forschung haben wir mit der Teilnehmenden Beobachtung relevante Akteure in der medizinischen Versorgung identifiziert und erste Erkenntnisse über das Gesundheitshandeln von Asylsuchenden gesammelt. Nach diesem ersten Überblick haben wir unseren Fokus auf die Schnittstellen gelegt, an denen es zu einer Interaktion und Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren kommt, die an der Veranlassung, Durchführung und Fortsetzung einer Behandlung – einer Anbindung von Asylsuchenden an das Gesundheitssystem – beteiligt sind. Folgende Fragen waren uns dabei wichtig: Wie funktionieren die Schnittstellen? Wer sitzt an den Schnittstellen? Wann wird welche Schnittstelle in Anspruch genommen? Wissen die Akteure, welche Schnittstelle gut funktioniert und welche nicht?

Schnittstellen, die sich für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als problematisch erwiesen haben, führen wir ab **Seite 21** als *Problemfelder* weiter aus.





# ERGEBNISSE: ERKRANKUNGEN & IMPFSTATUS

---





# Erkrankungen & Impfstatus

Von ungefähr 560 Asylsuchenden, die die Einschlusskriterien erfüllten, beteiligten sich 214 (38%) an der Erhebung. Während nur wenige die Teilnahme aktiv verweigerten, war der Großteil der nicht erfassten 62% im Zeitraum der Erhebung nicht in der jeweiligen Unterkunft anzutreffen. Über die nicht an der Erhebung Teilnehmenden liegen uns keine weiteren Informationen vor. Die Zusammensetzung der Studienbevölkerung ist in Tabelle 1 dargestellt.

## Morbidität

Schmerzen und psychische Erkrankungen sind die häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der Studienbevölkerung (Tabelle 2). **37,8%** ( $n=81$ ; 95% KI 31,3-44,3%) der Befragten leiden unter Schmerzen. Von diesen wiederum geben **44%** ( $n=36$ ) an, „oft“, „meistens“ oder „immer“ Schmerzen zu haben. **41,9%** ( $n=34$ ) schätzen auf einer Likert-Skala von 1 bis 10 (mit 10 als „maximale Schmerzen“) ihre Schmerzen als 5 oder mehr ein. Schmerzmittel sind dementsprechend die häufigste Medikamentengruppe (**34,7%** aller in den zwei Wochen vor der Erhebung eingenommenen Medikamente;  $n=26$ ).

Der Anteil positiv auf Depression gescreener Personen lag bei **54,7%** ( $n=117$ ; 95% KI 48,0-61,3%), mit einem durchschnittlichen Score von **1,98**. Auf eine Angststörung hinweisende Werte lagen bei **40,2%** ( $n=86$ ; 95% KI 36,6-46,8%) der Befragten vor. Der durchschnittliche Score lag hier bei **1,75**.

**5,6%** der Befragten berichteten davon, in der vergangenen Woche unter Selbstmordgedanken gelitten zu haben. Eine PTBS nahelegende Werte wurden bei **18,2%** ( $n=39$ ; 95% KI 13,1-22,4%) der Befragten ermittelt.

Die Überschneidung zwischen den drei psychischen Erkrankungen war beträchtlich: während 45 (**35,7%**) der 126 Befragten, die im fünften Teil des Fragebogens pathologische Werte erreichten, unter einer einzigen Krankheit litten, wurden 46 (**36,5%**) positiv für zwei und 35 (**27,7%**) positiv für drei Krankheiten gescreent. Dabei war die Kombination von Depression und Angststörung am häufigsten ( $n=41$ ).

Mit der Ausnahme gynäkologischer Beschwerden ( $n=6$ ; 25%, 95% KI 8,4%-42,0%), zeigte sich für chronische somatische Erkrankungen eine vergleichsweise niedrige Prävalenz.

## Impfstatus

Nur **5,6%** aller Befragten waren im Besitz eines Impfpasses. Obwohl nach den Empfehlungen der *Ständigen Impfkommission (STIKO)* bei Nichtvorliegen eines Impfpasses davon ausgegangen werden soll, dass die entsprechende Person nicht geimpft ist und demnach Nachimpfungen indiziert sind (XIII), hatte der überwiegende Teil der Befragten keinen ausreichenden Impfschutz: Nur **28%** ( $n=60$ ) der Befragten hatten in den letzten zehn Jahren eine Tetanus-Impfung erhalten und nur **21,1%** ( $n=58$ ) waren gegen Masern immunisiert (definiert als mindestens zwei verabreichte Impfdosen). Bei den in Deutschland lebenden Kindern der Befragten war die Durchimpfungsrate geringfügig höher, aber immer noch unzureichend: **40,7%** ( $n=11$ ) waren gegen Tetanus und **33,3%** ( $n=9$ ) gegen Masern geimpft.

Tabelle 1

**Demographische Charakteristika der Studienbevölkerung (N=214)  
in Halle (Saale), Deutschland, 2015**

	Anzahl	%	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Alter (Jahre)</b>			29.16	8.79
15-24	60	28.0		
25-34	100	46.7		
35-44	27	12.6		
≥ 45	14	6.5		
unbekannt	13	6.0		
<b>Geschlecht</b>				
männlich	182	85.0		
weiblich	24	11.2		
unbekannt	8	3.7		
<b>Familienstand</b>				
verheiratet	92	42.9		
ledig	115	53.7		
geschieden	2	0.9		
verwitet	2	0.9		
unbekannt	3	1.4		
<b>Kinder</b>				
ja	77	35.9		
nein	120	56.0		
unbekannt	17	7.9		
<b>Herkunftsland</b>			<b>Aufenthaltsdauer in Deutschland in Monaten</b>	
Syrien	145	67.7	4.8	3.3
Afghanistan	28	13.0	7.0	8.4
Benin	11	5.1	1.6	1.2
Iran	10	4.6	7.6	3.5
Indien	5	2.3	5.2	4.0
Eritrea	1	0.4	7	-
andere	14	6.5	3.8	1.7
<b>Beruf im Heimatland</b>				
arbeitslos	12	5.6		
ungelernte Tätigkeit	21	9.8		
Ausbildungsberuf	89	41.5		
Hochschulabschluss	73	34.1		
unbekannt	19	8.8		

Tabelle 2

Krankheitsspektrum von 214 Asylsuchenden  
in Halle (Saale), Deutschland, 2015

Erkrankungen oder Beschwerden	Anzahl	%	95% Konfidenzintervall
Depression <sup>a</sup>	117	54.7	48.0 – 61.3
Angststörung <sup>a</sup>	86	40.2	33.6 – 46.8
Schmerzen <sup>b</sup>	81	37.9	31.4 – 44.3
Gynäkologische/geburtshilfliche Beschwerden <sup>cd</sup>	6	25.0	8.4 – 42.0
Posttraumatische Belastungsstörung <sup>e</sup>	39	18.2	13.1 – 22.4
Psychiatrische/neurologische Erkrankung <sup>d</sup>	31	14.5	9.8 – 19.2
Herz-Kreislauf-Erkrankung <sup>d</sup>	19	8.9	5.1 – 12.7
Magen-Darm-Erkrankung <sup>d</sup>	17	7.9	4.3 – 11.6
Lungenerkrankung <sup>d</sup>	13	6.1	2.8 – 9.3
Wiederkehrendes Fieber <sup>d</sup>	7	3.3	0.9 – 5.7
Neoplasie <sup>d</sup>	1	0.5	0 – 1.4
andere <sup>d</sup>	17	7.9	4.3 – 11.6

<sup>a</sup> Depression und Angststörung wurden anhand der *Hopkins Symptom Checklist-25* ermittelt. Scores **>1,75** wurden als auf die jeweilige Erkrankung hinweisend angenommen.

<sup>b</sup> Dies umfasst alle Befragten, die angaben, unter Schmerzen zu leiden, unabhängig von der Stärke und Häufigkeit der Schmerzen.

<sup>c</sup> Die Frage nach frauenheilkundlichen Beschwerden wurde nur von weiblichen Befragten beantwortet ( $n=24$ ).

<sup>d</sup> Die Prävalenzen dieser Erkrankungen basieren auf der Selbstauskunft der Befragten: Der Fragebogen erfragte Vorerkrankungen zunächst anhand grober Gruppen von Krankheiten/Beschwerden und bot dann die Möglichkeit, die Krankheit/Beschwerden weiter zu spezifizieren. Da nur wenige der Befragten ihre Erkrankung weiter spezifizierten, präsentieren wir die Häufigkeiten der groben Kategorien.

<sup>e</sup> Posttraumatischer Stress wurde anhand des *vierten Teils des Harvard Trauma Questionnaires* ermittelt. Ein Score **>2,5** wurde als hinweisend auf eine Posttraumatische Belastungsstörung angenommen.

# ERGEBNISSE: PATIENTEN- NAVIGATION\*

---

\* Wir verwenden den Begriff der Navigation hier, um deutlich zu machen, dass die medizinische Versorgung von Asylsuchenden keinem geradlinigen, vorhersagbaren und standardisierten Ablauf folgt, sondern ein Prozess ist, der ständigen Neuausrichtungen, Anpassungen und Kursänderungen unterworfen ist. Siehe dazu auch (XIV).



Wie bereits erläutert, unterscheidet sich der rechtlich garantierte Anspruch auf Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden von dem der regulär krankenversicherten Bevölkerung. Eingangs haben wir bereits ausgeführt, dass diese Sonderstellung in jedem Fall medizinethisch problematisch ist. Wie sie sich konkret im Alltag auswirkt, hängt jedoch stark von der Praxis des zuständigen Sozialamtes ab. Die auf **Seite 5** ausgeführte Handhabung der rechtlichen Regelungen durch das Sozialamt Halle ist, im Gegensatz zu der Handhabung vieler anderer Sozialämter in Sachsen-Anhalt, patientenfreundlich ausgerichtet und konstituiert für die meisten Asylsuchenden kein Hindernis im Zugang zu medizinischer Versorgung. Die Gründe dafür, dass viele Asylsuchende trotzdem einen erschwerten Zugang zu medizinischen Leistungen haben und Therapien oft unnötig verzögert werden oder ausbleiben, lassen sich bei einer näheren Betrachtung der Patientennavigation identifizieren: Oft gelingt es Asylsuchenden nicht, den richtigen Ansprechpartner zu finden und ihre Beschwerden in einer Weise zu kommunizieren, welche die entsprechend Verantwortlichen veranlasst, die nötigen Schritte einzuleiten.



## Fallgeschichte

Anhand der im Folgenden geschilderten Fallgeschichte soll exemplarisch illustriert werden, vor welchen Problemen erkrankte Asylsuchende stehen. Es wird deutlich, dass die Asylsuchenden zur Verfügung stehende medizinische Infrastruktur zwar eine gute medizinische Versorgung leisten könnte. Die ihre Anbindung an das Gesundheitssystem sicherstellende navigatorische Infrastruktur ist aber unterentwickelt. Dadurch ist nicht gewährleistet, dass Asylsuchende die medizinische Infrastruktur auch wirklich nutzen können und eine Anbindung an das Gesundheitssystem routinemäßig gelingt. In diesem, wie in vielen anderen Fällen, war es letztlich der zufällige Kontakt zu zivilgesellschaftlichen Akteuren, der den Zugang zur gesetzlich garantierten medizinischen Versorgung erst ermöglicht hat:

Herr A. ist ein junger Mann aus Pakistan. Seit seiner Kindheit leidet er an einer psychiatrischen Erkrankung, die sich durch traumatische Erlebnisse in seiner Heimat weiter verschlimmert hat. Im Rahmen dieser Erkrankung erleidet er regelmäßig Zusammenbrüche, bei denen er ohnmächtig wird und stürzt. Unmittelbar nach seiner Ankunft in Deutschland erleidet er einen solchen Zusammenbruch, was zu einer stationären Aufnahme via Rettungswagen führt. Herr A. spricht sehr gut Englisch und berichtet den ihn versorgenden Ärzten bereits zu diesem Zeitpunkt von seiner Erkrankung, und dass er Medikamente benötigt. Bevor eine Behandlung im Krankenhaus eingeleitet werden kann, holt ihn jedoch nachts die vom Krankenhaus informierte Polizei ab, um ihn ermittlungsdienstlich zu erfassen, da er zu diesem Zeitpunkt noch keinen Asylantrag gestellt hat. Auf einer Odyssee durch verschiedene Sammelstellen gelangt er schließlich in die *Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber (ZAsT)* Halberstadt. Bevor er dort ankommt, wird durch einen weiteren Zusammenbruch ein zweiter Rettungseinsatz nötig. In der Erstaufnahmeuntersuchung berichtet er dem verantwortlichen Arzt

erneut von seiner Erkrankung, wird jedoch lediglich darauf verwiesen, dass er sich damit an einen niedergelassenen Arzt in der Stadt wenden soll. Während der Suche nach diesem Arzt erleidet er einen weiteren Zusammenbruch, bei dem er stürzt und sich den Arm bricht. Bei dem resultierenden Krankenhausaufenthalt wird sein Arm versorgt, für die psychischen Probleme findet er erneut keinen Ansprechpartner. Nachdem er aus dem Krankenhaus entlassen ist, wendet er sich erneut an die Ärzte in der ZAST, bekommt einen Stadtplan ausgehändigt und findet schließlich die ihm bereits zuvor empfohlene Arztpraxis. Hier wird er jedoch, ohne die Gründe zu verstehen und ohne Konsultation, weggeschickt. Auf dem Rückweg in die ZAST erleidet er erneut einen Zusammenbruch, der ihn wieder mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus führt. Nachdem Kreislaufbeschwerden und eine Epilepsie ausgeschlossen wurden, wird er wieder entlassen. Durch die Vermittlung einer in Halberstadt ansässigen NGO gelingt es ihm schließlich, einen Arzttermin zu bekommen und einer Ärztin seine Beschwerden zu schildern. Diese ist jedoch der Meinung, dass sie ihm aufgrund des im Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkten Leistungskanons nicht helfen kann und empfiehlt ihm, sich nach Abschluss des Asylverfahrens um eine Behandlung zu bemühen. Im Anschluss an diese Konsultation erleidet Herr A. einen weiteren Zusammenbruch. Der Rettungswagen bringt ihn in ein anderes Krankenhaus, wo er mehrere Tage bleibt und erneut somatische Ursachen seiner Zusammenbrüche ausgeschlossen werden. Als Herr A. schließlich in eine Gemeinschaftsunterkunft in Halle verlegt wird, informiert er hier die zuständigen Sozialarbeiter über seine Probleme und bekommt den Rat, sich einen Hausarzt zu suchen, der ihn dann zum Psychiater überweisen kann. Weitere Hilfestellungen bekommt er nicht. Nachdem er in seiner Wohnung einen weiteren Zusammenbruch hatte (der wieder zu einem Rettungseinsatz geführt hat), bekommt er von einem seiner Mitbewohner den Hinweis, sich im Psychosozialen Zentrum für Migrant\*innen vorzustellen. Dort wird ihm eine ambulante Psychotherapie ermöglicht. Außerdem wird für ihn eine ambulante psychiatrische Behandlung organisiert und er an einen Hausarzt vermittelt.

Nach sechs Rettungsdienst-Einsätzen, der Erstaufnahmeuntersuchung und einer weiteren Konsultation in der ZAST, einer Vorstellung bei einer niedergelassenen Ärztin und einem Gespräch mit den zuständigen Sozialarbeitern sind es schließlich der Hinweis eines Mitbewohners und das Engagement des Psychosozialen Zentrums, die Herrn A.s Anbindung an das Gesundheitssystem initiieren.



## Problemfelder

Diese Fallgeschichte illustriert viele Grundprobleme, mit denen chronisch kranke Asylsuchende konfrontiert sind, und ist in vieler Hinsicht repräsentativ. In zwei Aspekten jedoch ist Herr A. gegenüber anderen Asylsuchenden sogar privilegiert: Er spricht sehr gut Englisch und kann seine Beschwerden einem entsprechend sprachkompetenten Gegenüber differenziert erläutern, und er kennt bereits seine Diagnosen. Dass er dennoch viele Monate lang durch das Raster der Versorgungsstrukturen fällt, ist ein Hinweis auf spezifische Mängel des deutschen Gesundheitssystems, auf die im Folgenden im Detail und allgemeiner eingegangen werden soll.

## Umgang mit Patienten ohne Papiere

Herr A. erleidet seinen ersten Zusammenbruch in Deutschland, bevor er einen Asylantrag stellen kann. Aus juristischer Sicht gehört er zu diesem Zeitpunkt also in die Gruppe der „irregulär eingereisten Personen“<sup>7</sup>. Im Krankenhaus kann er daher kein Versicherungsdokument und keinen Nachweis einer Kostenübernahme (z. B. durch das Sozialamt) vorlegen. Dennoch hat er natürlich ein Recht auf Behandlung, zumal es sich hier um eine Notfallsituation handelt – er wird mit dem Rettungswagen und einer unklaren Diagnose eingeliefert. Trotzdem nimmt das Krankenhaus seinen unversicherten Status zum Anlass, ihn (mit vorhersehbaren Folgen) an die Polizei weiter zu melden. Ohne eine seine Beschwerden klärende Diagnostik abzuwarten, wird er in der Nacht von der Polizei aus dem

Krankenhaus geholt. Mit seiner Meldung an die Polizei verletzt das Krankenhaus nicht nur die ärztliche Schweigepflicht<sup>8</sup>, sondern priorisiert den Verwaltungsvorgang der Erfassung durch die Polizei gegenüber dem Patientenwohl, was inakzeptabel ist und entweder auf ein umfassendes Informationsdefizit oder aber eine ausgesprochen defizitäre Auseinandersetzung mit Fragen ärztlicher Ethik hinweist.<sup>9</sup>

Die Fallgeschichte illustriert, dass die medizinische Versorgung solcher illegalisierter Patienten eine große Herausforderung darstellt und bisher im medizinischen Diskurs wie im Klinikalltag viel zu wenig beachtet wird. Da dieser Themenkomplex aber außerhalb der Fragestellung unserer Studie lag, gehen wir trotz ihrer großen Relevanz auf die damit verbundenen Fragen hier nicht weiter ein.

## Kontextwissen der Ärzte

In den ersten Monaten seines Aufenthaltes in Deutschland führt Herrn A.s Erkrankung zu sechs rettungsdienstlichen Einsätzen, die teilweise mehrtägige stationäre Aufenthalte mit sich bringen. Dennoch resultiert aus keinem dieser Kontakte zum Gesundheitssystem eine Anbindung an die für eine Diagnose und Therapie seiner Erkrankung nötigen Strukturen: Weder wird er während seiner Krankenhausaufenthalte einer psychiatrischen Diagnostik zugeführt, noch wird eine derartige ambulante psychiatrische oder auch nur hausärztliche Anbindung hergestellt. Die

mittlerweile in jedem Krankenhaus etablierten Sozialdienste bleiben in seinem Fall untätig, wodurch die Chance verpasst wird, Herrn A. frühzeitig in die Versorgungsstrukturen zu integrieren. Dies führt nicht nur dazu, dass seine Erkrankung lange unbehandelt bleibt, sondern hat auch die Entstehung unnötiger Kosten durch wiederholte Rettungsdiensteinsätze zur Folge.

Ein Grund dafür ist in auf Seiten des medizinischen Personals bestehenden Wissenslücken zu sehen: Aufgrund der Vernachlässigung migrantenmedizinischer Fragestellungen in den

<sup>7</sup> Da derzeit in Ermangelung zugänglicher „regulärer“ Einreisemodi viele Asylsuchende zunächst (bis zur Stellung des Asylantrages) in diese Kategorie fallen und der Begriff damit wenig trennscharf ist, bevorzugen wir für Menschen, die dauerhaft ohne Aufenthaltstitel in Deutschland leben, den Sammelbegriff „Illegalisierte“.

<sup>8</sup> Wie für alle anderen Patienten, gilt für die ärztliche Behandlung Illegalisierter der Grundsatz, dass die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber staatlichen Organen nicht gebrochen werden darf. Ein Bruch der Schweigepflicht darf erwogen werden, wenn der Arzt Kenntnis einer bevorstehenden Straftat erlangt, deren Verhinderung als gegenüber dem Schutzgut der Schweigepflicht höherwertig erachtet werden muss. Im klinischen Alltag ist dies nur selten, und nie bei Verstößen gegen Visabestimmungen der Fall. Eine Pflicht zum Bruch der Schweigepflicht ergibt sich nur bei den in Paragraph 138 StGB genannten Verbrechen, wie der Vorbereitung eines Angriffskrieges, Völkermord oder Hochverrat. Selbst hier kommt eine Offenbarungspflicht durch (unter anderem) Ärzte nach der einschränkenden Vorschrift des § 139 Abs. 3 StGB nur bei ausgewählten Schwerstdelikten in Betracht.

<sup>9</sup> Da Herr A. ohnehin Asyl in Deutschland beantragen wollte, hatte die Meldung an die Polizei (außer auf seine Krankengeschichte) keine größeren Folgen. Anders verhält es sich bei Patienten, die z. B. seit einem abgelehnten Asylantrag ohne Papiere in Deutschland leben: Für sie bedeutet eine Meldung an die Polizei im schlimmsten Fall die Abschiebung.



meisten universitären Kurrikula und der bis vor kurzem geringen Exposition der ostdeutschen Ärzteschaft gegenüber dieser Patientengruppe, fehlt es bisher im klinischen Alltag an Routine in der Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse dieses Patientenkollektives. Dies wird auf mehreren Ebenen bemerkbar:

Zunächst verfügen viele Ärztinnen und Ärzte nicht über das spezielle Hintergrundwissen, um die gesundheitlichen Probleme von Flüchtlingen in einer Weise zu kontextualisieren, wie sie es für ihre anderen Patienten intuitiv tun können. Weder sind sie mit der epidemiologischen Situation vertraut<sup>10</sup>, noch verfügen sie über notwendige Kenntnisse den rechtlichen Status von Asylsuchenden betreffend. Hinzu kommt ein Mangel an Sensibilität für die lebensweltlichen Herausforderungen von Asylsuchenden in Deutschland und die sich daraus ergebenden Implikationen für die medizinische Versorgung.

Keine der von uns befragten Ärztinnen und Ärzte kannte oder nutzte Fachliteratur, die sich mit der Versorgung von Asylsuchenden auseinandersetzt. In unseren Gesprächen mit medizinischem Personal und in Teilnehmenden

Beobachtungen wurde zudem deutlich, dass es große Unklarheiten gibt, wie Dolmetscherdienste in den klinischen Alltag eingebunden werden können und wie diese abzurechnen sind. Darüber hinaus zeigte sich, dass in der dolmetschervermittelten Gesprächsführung wenig Routine besteht und dass die dieser Situation inhärenten Besonderheiten nicht adäquat berücksichtigt werden. Wie im hier geschilderten Fall hat dies zusammen genommen oft zur Folge, dass Arztbesuche nicht der erste Schritt zu einer kontinuierlichen Integration in die Versorgungsstrukturen sind, sondern ohne Konsequenz bleiben und gefolgt sind von weiteren Arztbesuchen, die auch ohne Konsequenz bleiben: Selbst nachdem es Herrn A. mit der Hilfe einer lokalen NGO gelungen ist, einen Arzttermin in einer Halberstädter Praxis zu bekommen, stellt sich dieser als Sackgasse dar, da die konsultierte Ärztin der Meinung ist, Herrn A. aufgrund der rechtlichen Einschränkungen nicht behandeln zu können. Derartige Fehlinformationen kommen häufig vor und konstituieren ein massives Hindernis für die Integration von Asylsuchenden ins Gesundheitssystem. ▶

Ein junger Mann aus Afghanistan hat eine angeborene Fehlbildung mehrerer Organe und benötigt dringend eine Operation. Er geht deswegen in Halberstadt in ein Krankenhaus, wo er auf einen Arzt mit Migrationshintergrund trifft, dem er sein Problem in seiner Muttersprache schildern kann. Dieser Arzt ist jedoch der Meinung, dass die benötigte Operation „zu groß“ sei, um sie bei einem Asylsuchenden durchzuführen. Er vertröstet seinen Patienten mit den empathischen, aber fehlinformierten Worten: *„Sie benötigen eine sehr große und sehr teure Operation. Im Moment kann ich Ihnen da nicht helfen. Sie müssen abwarten, bis Sie einen Aufenthaltstitel haben, dann können Sie sich operieren lassen.“* Als der Patient später bei einem Hausarzt und mehreren Krankenhäusern in Halle vorstellig wird, erhält er dieselbe Auskunft: *„Diese Operation ist sehr teuer, damit müssen Sie warten, bis Sie einen Aufenthaltstitel haben.“* Erst als der Patient zufällig, durch den Hinweis eines Mitbewohners, die Unterstützung einer ehrenamtlichen Sozialarbeiterin einer NGO gewinnt und mit ihr gemeinsam erneut im Krankenhaus sein Problem schildert, wird seine Versorgung in die Wege geleitet. Innerhalb kurzer Zeit bekommt er einen OP-Termin. Da die Operation medizinisch indiziert ist und dem Patienten ohne diese Operation eine Verschlechterung seines Zustandes droht, übernimmt das Sozialamt ohne Probleme alle Kosten.

► Da Asylsuchende keine strukturierte Aufklärung über die Abläufe im deutschen Gesundheitssystem bekommen und in der Regel nicht wissen, wo sie welche Ansprüche geltend machen können, sind ihre Möglichkeiten, auf Fehlinformation beruhenden Entscheidungen ihrer Ärzte entgegen zu wirken, begrenzt.

Durch die sich aus der Abrechnung über vom Sozialamt ausgegebene Behandlungsscheine ergebenden Besonderheiten im Zugang zum Gesundheitssystem wird die Bedeutung der Hausärzte als *Gatekeeper* für erkrankte Asylsuchende deutlich verstärkt, sodass fehlinformierte Entscheidungen hier gravierende Folgen haben: Anders als gesetzlich Krankenversicherte, können Asylsuchende mit ihrem

Behandlungsschein nur zum Hausarzt gehen. Weiterführende Behandlung durch andere Fachärzte ist nur nach einer Überweisung durch den Hausarzt möglich (und in manchen Landkreisen Sachsen-Anhalts selbst dann nur nach vorheriger Genehmigung durch das Sozialamt).

Wenn daher der Hausarzt in der irrtümlichen Annahme, eine Krankheit könne erst nach Erhalt des Aufenthaltsstatus behandelt werden, eine weitere Abklärung ablehnt oder der Meinung ist, Impfen gehörte nicht in den Leistungskanon nach **AsylbLG**, wird dem Patienten damit der Zugang zum Gesundheitssystem verwehrt, seinen gesetzlich geregelten Ansprüchen zum Trotz.

Eine Allgemeinärztin, die ihre Praxis in der Nähe einer Gemeinschaftsunterkunft hat und daher viele Asylsuchende behandelt, berichtet davon, dass viele dieser Patienten durch den Fußmarsch nach Deutschland oder durch Verletzungen im Krieg Gelenkschäden erlitten haben. Da zu erwarten ist, dass diese sich unbehandelt verschlimmern und zu zunehmender Beeinträchtigung führen, fällt ihre Behandlung in den Kanon der vom Sozialamt übernommenen Leistungen. Die Hausärztin geht aber davon aus, dass dies nicht so ist und vertröstet ihre Patienten (mit dem Hinweis darauf, dass sie diese Praxis für verwerflich hält) auf die Zeit nach Abschluss des Asylverfahrens. Sie sagt: *„Diese lange Wartezeit ist natürlich schade für die jungen Menschen. Die meisten von denen, davon gehe ich aus, werden hier bleiben. Sie möchten hier arbeiten, und mit kaputten Gelenken und kaputtem Körper können sie das nicht. Dann sind sie eine Belastung für den Staat, und keine Hilfe. Trotzdem muss ich ihnen sagen: Sie sind nur notfallversichert; Kopfschmerzen, starke Schmerzen, akute Sachen, das bezahlt das Sozialamt. Ich kann Sie aber nicht wegen einer Knie-OP zum Chirurgen überweisen. Kann ich nicht.“*

Ein anderer Allgemeinarzt ist sich ebenfalls unsicher hinsichtlich der vom Sozialamt erstatteten Leistungen: *„Ich glaube, Impfungen sind zum Beispiel nicht dabei, also geimpft habe ich noch keinen. Naja, das fängt ja schon an, er kann mir nicht sagen, ist er schon mal geimpft, ich weiß nicht, ist es in dem Land üblich, regelmäßig Leute zu impfen oder muss man das kaufen.“*

Viele Asylsuchende wissen nur ungefähr und vom Hörensagen, welche Ansprüche sie geltend machen können. Die meisten von ihnen bekommen zu keinem Zeitpunkt strukturierte

Informationen über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems. Daher können sie selbst oft keinen Widerspruch gegen derartige Entscheidungen formulieren.

## Wissensstand der Asylsuchenden

Das mangelhafte Wissen von Asylsuchenden über die Funktionsmechanismen des Gesundheitssystems erschwert ihre Navigation und verzögert die Anbindung an die für die jeweiligen Probleme zuständigen Stellen. Das deutsche Gesundheitssystem (insbesondere in seiner sich für Asylsuchende ergebenden Spielart eines Hausarzt-systems<sup>11</sup>) ist vielen Asylsuchenden in seinen Abläufen fremd und erschließt sich nicht von selbst. Die Notwendigkeit, vorab Termine auszumachen und (teils nach langen Wartezeiten) wahrzunehmen, ist kein universelles Phänomen und bedarf der – oft fehlenden – Erläuterung. Viele Asylsuchende wissen zudem nicht, dass die rechtlichen Einschränkungen in der medizinischen Versorgung zeitlich begrenzt sind, und dass das deutsche Gesundheitssystem nach Ablauf

einer gewissen Frist dann durchaus die Möglichkeit bietet, z. B. einen Zahnersatz anfertigen zu lassen.<sup>12</sup>

Das wiederholte, unerklärte Scheitern bei dem Versuch, Zugang zu medizinischen Leistungen zu bekommen, führt jedoch früh zu Frustration und suggeriert, dass das deutsche Gesundheitssystem für Migranten nicht offen sei. Statt zunehmender Integration kommt es so zu zunehmender Entfremdung vom Gesundheitssystem und seinen Akteuren. Die Erfahrung, von dafür als zuständig empfundenen Stellen (Sozialarbeiter, Hausarzt, Notaufnahme) keine Hilfe zu bekommen, veranlasst viele Asylsuchende, ihre Beschwerden mit Selbstmedikation zu ertragen, was unter Umständen Krankheitsverläufe verschlimmert oder chronifiziert.

Ein junger Mann aus dem Irak leidet unter Zahnschmerzen und Zahnfleischbluten. Mit einem Zahnbehandlungsschein des Sozialamtes geht er damit in eine Zahnklinik. Dort wurde jedoch kurz zuvor die Regelung eingeführt, dass Asylsuchende nur noch nach Vorlage eines Nachweises über ihren HIV-Status, sowie ein stattgehabtes Tuberkulose- und Hepatitis-Screening behandelt werden.<sup>13</sup> Dieser Regelung entsprechend wird der Patient von der Sprechstundenhilfe wieder weggeschickt. Er erhält ein an das Sozialamt adressiertes Schreiben, in dem die neue Regelung ausgeführt wird. Da er nicht gut genug deutsch lesen kann, versteht er den Inhalt des Briefes nicht und interpretiert seine Abweisung als dadurch begründet, dass er noch keinen Aufenthaltsstatus hat. In der Folge fasst er den Entschluss, seine Zahnschmerzen mit Schmerztabletten selbst zu behandeln und abzuwarten, bis sein Asylverfahren (voraussichtlich in mehreren Monaten) abgeschlossen ist.

Viele Asylsuchende haben zudem keinen Überblick über die einzelnen Instanzen, die dem deutschen Gesundheitssystem seine differenzielle Funktionalität verleihen. Da die arbeitsteilige Organisation in anderen Gesundheitssystemen anders gelagert ist, nehmen Asylsuchende die ihnen aus ihrer Heimat bekannten Anlaufstellen auch in Deutschland

bevorzugt in Anspruch. Dies führt zum Beispiel dazu, dass die kassenärztlichen Bereitschaftsdienste kaum genutzt werden. Stattdessen werden auch für allgemeinärztlich zu versorgende Probleme die Notaufnahmen in Anspruch genommen. Viele Asylsuchende sehen in der Notaufnahme sogar den ersten Ansprechpartner bei medizinischen Problemen. ▶

<sup>11</sup> Wie gesetzlich Krankenversicherte zu Zeiten der Praxisgebühr, müssen Asylsuchende immer zuerst einen Allgemeinarzt konsultieren und können nicht direkt zu Fachärzten gehen.

<sup>12</sup> Asylsuchende erhalten nach maximal 15 Monaten oder nach Anerkennung ihres Flüchtlingsstatus Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung.

<sup>13</sup> Diese Regelung war nur für wenige Wochen wirksam und entspricht nach Aussage der entsprechenden Zahnklinik nicht der Klinikpolitik.

► Während Asylsuchende in der Regel erst in der Gemeinschaftsunterkunft (und auch hier nicht in allen Einrichtungen) Informationen über Möglichkeiten medizinischer Versorgung erhalten, wird auch hier das Ziel einer strukturierten und alltagsnahen Aufklärung oft verfehlt, da in den dafür verwendeten Informationsbroschüren relevante Informationen fehlen<sup>14</sup>, die Informationen veraltet sind, oder die Broschüre eine andere Zielgruppe anspricht.<sup>15</sup>

Viele Asylsuchende erlangen ihr Wissen über das deutsche Gesundheitssystem daher entweder nach dem Prinzip von *trial and error* durch ihre eigenen Versuche, Zugang zu Behandlung zu bekommen, oder erfahren von anderen Asylsuchenden, welche Navigationsstrategien bei ihnen erfolgreich waren. In beiden Möglichkeiten ist die Informationsübermittlung unzuverlässig und von Zufällen geprägt. Während gut vernetzte Asylsuchende zuwei-

len mit einer Vielzahl von Krankengeschichten und möglichen Zugangswegen zum Gesundheitssystem vertraut sind, gibt es andererseits Asylsuchende, deren Sprache nur von wenigen anderen Asylsuchenden gesprochen wird und deren Möglichkeiten, die Erfahrung anderer zu konsultieren, sehr begrenzt sind.

Der große Stellenwert informeller Informationskanäle für die Entwicklung von Navigationsstrategien führt dazu, dass das unter Asylsuchenden zirkulierende Wissen über das deutsche Gesundheitssystem anfällig für Gerüchte und Fehlinformationen ist. Dies gipfelt zuweilen darin, dass einzelne Akteure oder sogar das Gesundheitssystem als Ganzes als intransparent und zwielichtig wahrgenommen werden. Eine Integration ins Gesundheitssystem wird so deutlich erschwert. Es entstehen zusätzliche Hürden im Zugang zu medizinischen Leistungen

Der bereits erwähnte junge Patient aus Afghanistan, der dringend eine Operation braucht, wird von seinem Hausarzt darauf vertröstet, dass diese OP möglich ist, sobald er eine Aufenthaltsgenehmigung hat. Im Nachhinein erklärt der Patient sich dieses Verhalten so: *„Mir hat jemand erzählt, dass mein Hausarzt kein Geld ... nur ganz wenig Geld bekommt, wenn er mich für die OP überweist, bevor ich eine Aufenthaltsgenehmigung habe. Aber wenn ich die Genehmigung habe und er überweist mich, dann bekommt er sehr viel Geld. Ich weiß nicht ob das stimmt, aber mir hat das jemand erzählt.“* „Sie denken also, dass Ihr Hausarzt von der OP abgeraten hat, weil er damit ein Riesengeschäft macht?“ *„Ja, das denke ich.“*

## Sprache

Obwohl Herr A. sehr gut Englisch spricht, erlebt er massive Kommunikationsschwierigkeiten. Der Mangel an Sprachkompetenz bei medizinischem Personal führt dabei nicht nur dazu, dass seine Schilderung der Beschwerden nicht verstanden wird. Er hat auch zur Folge, dass Herr A. die Ergebnisse diagnostischer Maßnahmen nicht erfährt. Entsprechend kann er bei nachfolgenden Krankenhausaufenthalten darüber keine Auskunft geben.

So werden Untersuchungen mehrfach durchgeführt und bereits ausgeschlossene Differentialdiagnosen immer wieder neu abgeklärt. Damit werden nicht nur Diagnosestellung und Therapiebeginn verzögert, es entstehen auch unnötige Kosten für das Sozialsystem. Diese Art von sprachlicher Zugangsbarriere findet sich in fast allen Krankengeschichten. Dadurch werden vermeintliche Routineprozeduren verkompliziert,

<sup>14</sup> Es gibt bereits GUs, in denen entsprechende sehr gute Broschüren verwendet werden, die auf den lokalen Kontext bezogen die wichtigsten Informationen enthalten. Allerdings sind diese bisher nur in wenigen Sprachen verfügbar.

## 26 ERGEBNISSE | Patientennavigation

<sup>15</sup> Das in manchen GUs verwendete Buch des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge „Willkommen in Deutschland“ (XV) klärt zum Beispiel über das Anfallen einer Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal auf (die bereits 2012 abgeschafft wurde), erwähnt dafür aber die Notwendigkeit von Behandlungsscheinen und das Asylbewerberleistungsgesetz mit keinem Wort.

vom Vereinbaren eines Termins bis hin zur Aufklärung vor Operationen oder Impfungen. Während insbesondere das Problem der Aufklärung vor einem medizinischen und rechtlichen Hintergrund bedacht werden sollte, spielt der sprachlich bedingte Informationsverlust in der Arzt-Patienten-Kommunikation für alltagspraktische Fragen eine große Rolle, und zwar in beide Richtungen: Die behandelnde Ärztin steht vor dem Problem, einen Patienten behandeln zu wollen, dessen Beschwerden sie möglicherweise nur unvollkommen und mit von Unsicherheit behafteten Methoden nonverbaler Kommunikation eruieren kann. Vorerkrankungen, Allergien, Medikamenteneinnahme etc. sind oft nicht zu erheben. Insbesondere die Berücksichtigung psychischer Überlagerungen somatischer Beschwerden ist auf diese Weise schwierig, wäre in Anbetracht der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen aber zur Vermeidung von Überdiagnostik und Fehltherapien wichtig.

Der Patient steht vor demselben Problem. Eine erste Hürde ist hier die Kommunikation mit dem Praxispersonal, welches häufig nur Deutsch spricht; bereits hier scheitern viele Asylsuchende bei ihrem Bemühen um medizinische Hilfe. Scheinbar triviale Erfordernisse, wie die Notwendigkeit, einen gültigen Behandlungsschein vorzulegen oder einen Termin zu vereinbaren, werden zu unüberwindbaren Hindernissen, wenn sie dem Patienten nicht verständlich erläutert werden. Viele Asylsuchende berichten davon, ohne ersichtlichen Grund aus

Arztpraxen wieder weggeschickt worden zu sein und interpretieren dies als diskriminierende xenophobe Praxis.<sup>16</sup>

Weitere Komplikationen ergeben sich, wenn ärztliche Empfehlungen (zur Einnahme von Medikamenten etwa) nicht genau verstanden werden, oder wenn die Patienten den Therapieplan nicht verstehen. Oft verlassen Asylsuchende die Sprechstunde oder das Krankenhaus mit dem Eindruck, dass nichts für sie getan wird, weil ihnen die geplanten Schritte zur diagnostischen Abklärung ihrer Beschwerden nicht verständlich erklärt wurden. Dies führt nicht nur zu weiteren Sorgen in einem ohnehin von Unwägbarkeiten geprägten Alltag, sondern wirkt sich auch negativ auf die Adhärenz<sup>17</sup> aus.

Damit wird der Erfolg einer gelungenen Anbindung an das Gesundheitssystem durch das Ausbleiben von Erklärungen zur Art und Ausgestaltung der Anbindung gefährdet und in manchen Fällen sabotiert, da Asylsuchende sich in Unkenntnis ihrer eigentlich funktionierenden Versorgung genötigt sehen, alternative Strategien der Inanspruchnahme zu verfolgen. Solche alternativen Strategien können ein Arztwechsel oder das Aufsuchen der Notaufnahme sein, aber auch die Konsultation von Beratungsstellen und anderen zivilgesellschaftlichen Angeboten. Im hier genannten Beispiel der somalischen Frau ist die alternative Strategie, die bereits bestehende Therapie abzubrechen.

Eine alleinerziehende Mutter aus Somalia ist mit ihren zwei Kindern in Halle, von denen das Jüngere unter einer körperlichen Behinderung leidet. Die die Familie betreuenden Sozialarbeiter haben sofort nach der Ankunft der Familie großen Aufwand betrieben, um für das Kind eine ambulante Betreuung durch ein spezialisiertes Zentrum zu organisieren. Dort bekommt das Kind eine dem neuesten Forschungsstand entsprechende, multidisziplinäre Therapie. Da der Mutter jedoch nicht hinreichend erklärt wurde, dass ihr Kind hier eine auf seine Einschränkungen zugeschnittene Behandlung erhält, ist sie der Meinung, die Behandlungssitzungen dort seien eine Art Kinderbetreuung und nicht ernstzunehmende Therapie. Da das Sozialamt ihre Anträge auf ambulante Facharztbehandlung mit der Begründung ablehnt, dass das Kind ja bereits in ▶

<sup>16</sup> Wir sind geneigt, hier eher ein Kommunikationsproblem zu vermuten.

<sup>17</sup> Adhärenz beschreibt, wie sehr sich der Patient nach ärztlichen Empfehlungen richtet, z. B. in der korrekten Einnahme von Medikamenten.

► bestmöglicher Therapie sei, ist die Mutter verzweifelt und versucht, über zivilgesellschaftliche Akteure doch noch eine Therapie zu bekommen. Sie spielt zu diesem Zeitpunkt sogar mit dem Gedanken, die spezialisierte Therapie ihres Kindes abubrechen, um endlich eine Physiotherapie für das Kind genehmigt zu bekommen.

► Bisher gab es in Halle (auch über medizinische Fragen hinaus) kein System zur strukturierten Sicherstellung professioneller Übersetzung für Asylsuchende.<sup>18</sup> Während Ärzte oft auf Google-Translator oder andere internetbasierte Übersetzungsmaschinen zurückgreifen, um mit ihren Patienten zu kommunizieren, werden in den Gemeinschaftsunterkünften aus den Reihen der Asylsuchenden „Sozialhelfer“ rekrutiert, die den Sozialarbeitern helfen sollen und andere Asylsuchende zum Beispiel bei Behördengängen oder Arztbesuchen begleiten.

Obwohl diese Idee im Allgemeinen sehr zu begrüßen ist, entstehen durch die Ausgestaltung dieser Praxis einige nicht zu vernachlässigende Probleme: Da die Sozialhelfer weder für ihre Aufgaben geschult, noch über die Implikationen ihrer Tätigkeit aufgeklärt werden, und insbesondere keinen Hinweis auf die sich aus ihrer Tätigkeit ergebende Verpflichtung zur Verschwiegenheit erhalten, birgt ihr Einsatz eine potentielle Gefahr für die von ihnen betreuten Asylsuchenden.

In Ermangelung von alternativen Strategien sehen diese sich genötigt, unter Umständen intime Details gegenüber einem ihrer Mitbewohner zu offenbaren, ohne dass dessen Verschwiegenheit sichergestellt ist oder vorausgesetzt werden kann. Ärzte leiten aus der Inanspruchnahme eines Dolmetschers in der Regel ein implizites Einverständnis des Patienten dafür ab, dass der Dolmetscher in die Krankengeschichte eingeweiht werden darf. Diese Annahme ist in mancher Hinsicht schwierig, da der von der Hilfe eines Dolmetschers abhängige Patient ja gar keine Möglichkeit hat, am Dolmetscher vorbei nach einem anderen Dolmetscher (der in der Regel ohnehin nicht verfügbar ist) zu fragen.

Problematisch ist außerdem, dass die Sozialhelfer nicht als Dolmetscher ausgebildet sind und die Qualität ihrer Übersetzung nicht abzuschätzen ist. Dass sie keine Aufklärung erhalten, z. B. über die Pflicht, wortgetreu und unzensuriert zu übersetzen, erhöht die Gefahr einer schlechten Übersetzung zusätzlich.

Ein Mann aus Syrien wurde dort in einem Gefängnis der Regierung monatelang gefoltert und leidet nun unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Wegen akuter Selbstmordgefahr wird er notfallmäßig in der Psychiatrie vorstellig. Der Sozialhelfer seiner Gemeinschaftsunterkunft begleitet ihn als Dolmetscher. Bereits beim Ausfüllen des (deutschen) Selbstauskunftsbogens über die aktuellen Beschwerden zeigt sich der Sozialhelfer überrascht und angewidert davon, dass der Patient bei fast allen abgefragten Beschwerden mit ja antwortet und lässt einige der Beschwerden absichtlich aus, da er das Beschwerdebild des Patienten unglaubwürdig findet. Diese Haltung zeigt er auch in der Übersetzung des Arzt-Patienten-Gesprächs, wo er teilweise Fragen beantwortet, ohne sie für den Patienten zuvor zu übersetzen, und die drastischeren Schilderungen des Patienten nur in abgemilderter Form wiedergibt. Auf die Frage des Psychiaters, ob der Patient versprechen kann, sich nicht umzubringen, antwortet dieser mit „Vielleicht.“ Der Sozialhelfer übersetzt: „Ja.“ Daraufhin wird der Patient, obwohl er dies dringend wünscht, nicht stationär aufgenommen.

Bei weiterhin bestehender Suizidalität wird der Patient zwei Tage später wieder in der Psychiatrie vorstellig, diesmal mit einem anderen Dolmetscher. Dieser neue Dolmetscher ist mit der Problematik psychischer Erkrankungen vertraut und übersetzt empathisch und wortgetreu. Daraufhin wird der Patient sofort auf die geschützte Station aufgenommen und dort für mehrere Wochen behandelt.

Durch das Fehlen einer offiziellen Infrastruktur für Übersetzungen ist in Halle ein inoffizieller Markt für Dolmetschen und Navigationshilfen entstanden. So bieten bereits länger in Halle lebende Migranten gegen Bezahlung an, bei Arztbesuchen, Behördengängen oder auszufüllenden Formularen zu assistieren.

Damit werden so zentrale Tätigkeiten wie Beratern und Dolmetschen nicht nur kommerzialisiert und damit für Asylsuchende ohne finanzielle Rücklagen unter Umständen unzugänglich, sondern durch die Entstehung von Schwarzmarktstrukturen auch jeder Qualitätskontrolle entzogen.

## Alltagsrassismus

Dass Alltagsrassismus durch medizinisches Personal ein Hindernis für den Zugang zu medizinischer Versorgung darstellt, ist ein Ergebnis unserer Studie, welches uns überrascht. Vor Beginn der Datenerhebung haben wir mit einer Reihe von Arbeitshypothesen operiert, von denen keine xenophobe Haltungen thematisiert hat. Im Verlauf unserer Studie jedoch hat sich dieses Thema uns geradezu aufgedrängt.

Unsere Informanten berichten davon, dass fremdenfeindliche Haltungen unter medizinischem Personal in Halle nicht nur häufig anzutreffen sind, sondern auch am Arbeitsplatz offensiv geäußert werden. Die dabei vertretenen Positionen fordern, dass man eine deutschen Standards entsprechende medizinische Versorgung von Asylsuchenden nicht „einreißen lassen darf“, und dass verhindert werden muss, dass „Wirtschaftsflüchtlinge unser Gesundheitssystem ausnutzen“. Die solidarische Grundstruktur unseres Gesundheitssystems ignorierend, wird behauptet, dass Deutsche ein Recht auf bevorzugte Behandlung hätten, da sie ja „in die Kasse eingezahlt“

hätten.<sup>19</sup> In solchen Aussagen tritt die Absicht zu Tage, entgegen den expliziten ethischen und rechtlichen Grundsätzen unseres Gesundheitssystems die Versorgung willkürlich gewählter Bevölkerungsgruppen zu beschneiden.<sup>20</sup>

Inwiefern durch solche Haltungen Behandlungen tatsächlich verhindert werden, können wir anhand unserer Daten nicht ausmachen. Da uns aber immer wieder von rassistischen Äußerungen am Arbeitsplatz berichtet wurde, möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass auch Sprache eine soziale Wirklichkeit herstellt und gestaltet, und rassistische Äußerungen daher, selbst wenn es nur bei den Äußerungen bleibt, sehr ernst zu nehmen sind.

<sup>19</sup> Dieser Standpunkt ignoriert nicht nur, dass das Recht auf medizinische Behandlung ein Grundrecht ist. Er übersieht auch, dass viele Deutsche ebenfalls nicht ins Solidarsystem einzahlen, aber trotzdem behandelt werden.

<sup>20</sup> Das Genfer Ärztegelöbnis formuliert: „Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.“

## Psychosoziale Betreuung

Eingangs haben wir bereits geschildert, dass die medizinische Infrastruktur im engeren Sinn nicht für die zentralen Probleme in der Versorgung von Asylsuchenden verantwortlich ist, sondern diese ohne weiteres integrieren könnte. Dafür ist jedoch eine die Anbindung an das Gesundheitssystem sicherstellende, die Navigation erleichternde Infrastruktur nötig, die bisher noch nicht ausreichend vorhanden ist.

Diese Aussage können wir aufgrund der räumlichen Beschränktheit unserer Daten nur für Halle treffen, wo die medizinische Infrastruktur sich deutlich von der in anderen Landkreisen Sachsen-Anhalts unterscheidet.

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung scheint uns in dieser Hinsicht jedoch eine Ausnahme zu sein, da es hier eine infrastrukturell bedingte Unterversorgung auch in Halle gibt. Die Schwierigkeit für Asylsuchende, Zugang zu psychotherapeu-

tischer Behandlung zu bekommen, zeigt sich in vieler Hinsicht analog zu den Problemen der Mehrheitsbevölkerung, die ebenso mit mehrmonatig langen Wartezeiten konfrontiert ist.

Eine zusätzliche Schwierigkeit für Asylsuchende (wie für andere Migranten) ist jedoch, dass ihr Zugang zu adäquater Versorgung durch die im psychotherapeutischen Behandlungsalltag große Bedeutung von Sprache und differenzierter Übersetzungsleistung weiter erschwert wird. Die Psychosozialen Zentren für Migranten (die auf die Therapie unter solchen erschwerten Bedingungen spezialisiert sind) sind bereits seit längerer Zeit unterfinanziert und haben derzeit ebenfalls längere Wartelisten. Neben der geringen Anzahl<sup>21</sup> solcher Einrichtungen und den dementsprechend großen Einzugsgebieten stellt insbesondere der niedrige Anteil an im Lauf der Behandlung in die Regelversorgung vermittelten Patienten ein Problem dar.

## Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber

Die für Asylsuchende in Deutschland obligatorische Erstaufnahmeuntersuchung ist eine Maßnahme, die sicherstellen soll, dass die neu eingereisten Personen keine ansteckenden Krankheiten importieren. Zum Zeitpunkt unserer Studie bestand die Erstaufnahmeuntersuchung aus einer kursorischen körperlichen Untersuchung und der Anfertigung eines Röntgenbildes der Lunge. Eine strukturierte Erhebung der Krankengeschichte oder

ein Ausschluss der häufigsten nicht ansteckenden Krankheiten (z. B. psychiatrischer Erkrankungen oder Schmerzen) fand, ebenso wie die Sicherstellung leitliniengerechter Impfungen, nicht statt.<sup>22</sup> Damit wurde die Chance vergeben, besonders behandlungsbedürftige Asylsuchende wie Herrn A. frühzeitig zu identifizieren und niederschwellig ans Gesundheitssystem anzubinden.

Auf die Frage, ob er dem Arzt in der Erstaufnahmeuntersuchung von seinen Problemen erzählt hat, antwortet der bereits zitierte junge Mann aus Afghanistan, dessen Organfehlbildung eine Operation erforderlich werden ließ: „Ja, ich habe ihm das gesagt. Ich habe ihm gesagt, dass ich ein großes Problem habe und dringend Hilfe brauche. Er hat nur gesagt: ‚Gehen Sie damit zum Krankenhaus oder einem Arzt in der Stadt‘. Ansonsten hat er mit in keiner Weise geholfen.“

<sup>21</sup> In Sachsen-Anhalt gibt es zwei solcher Einrichtungen, je eine in Halle und Magdeburg. Für weiterführende Informationen zu deren Arbeitsweise siehe (VXI).

<sup>22</sup> Augenblicklich gibt es in Sachsen-Anhalt Bemühungen, die Erstaufnahmeuntersuchung um die individuelle Gesundheit der Asylsuchenden mehr in den Vordergrund stellende Aspekte zu erweitern.



Ähnliches berichtet eine Frau aus Eritrea, die an Krebs erkrankt ist: „In der [Erstaufnahme-] Untersuchung hat der Arzt festgestellt, dass etwas mit meiner Lunge nicht stimmt. Ich habe gesagt: Nein, ich habe Krebs. Zehn Tage lang ist dann gar nichts passiert. Dann haben sie mich in das Krankenhaus gebracht, wo ich Schmerzmittel verschrieben bekommen habe. [...] Durch die Krebserkrankung stimmt auch etwas mit meinem Blutdruck nicht; mal ist er hoch und mal sehr niedrig. Oft bekomme ich Nasenbluten. Dann wird mir wieder schwindelig und ich muss mich übergeben. Ich kann kaum stehen vor Schwäche. Jeden Tag bin ich in Halberstadt zu dem Sozialarbeiter gegangen, aber er hat nur gesagt: ‚Sie müssen noch warten.‘ “ Insgesamt ist diese Frau sieben Wochen lang in Halberstadt, ohne dass eine Therapie für sie geplant wird. Erst die Sozialarbeiter in Halle leiten dann die notwendigen Schritte ein.

Die bisherige Ausrichtung der Erstaufnahmeuntersuchung, die die Bedürfnisse der Asylsuchenden nicht berücksichtigt hat, ist besonders bedauerlich, da es sich bei der ZAST um eine zentrale, mit dem ersten Kontakt der Asylsuchende zu deutschen Behörden und zum deutschen Gesundheitssystem betraute Einrichtung handelt. Die spätere Eingliederung der Asylsuchenden könnte hier bereits gebahnt werden.

Während es z. B. für niedergelassene Ärzte, die unregelmäßig und relativ selten von Asylsuchenden konsultiert werden, logistisch

schwierig ist, eine adäquate Übersetzung des Arzt-Patienten-Gesprächs sicher zu stellen, könnte eine Dolmetschervermittelte und gründliche, sinnvoll dokumentierte Erstaufnahmeuntersuchung die Arbeit weiterbehandelnder Ärzte, die nicht hauptsächlich Asylsuchende behandeln, deutlich erleichtern. Die Mechanismen, um erkrankte Asylsuchende in der Erstaufnahmeuntersuchung zu identifizieren und ihre Weiterbetreuung in der Regelversorgung sicherzustellen, sind im Augenblick allerdings noch deutlich unterentwickelt.

## Sozialarbeit in den Gemeinschaftsunterkünften

Nach der Verteilung auf die Landkreise leben die meisten Asylsuchenden zunächst nicht in eigenen Wohnungen, sondern in Gemeinschaftsunterkünften<sup>23</sup>. Hier werden sie von Sozialarbeiterinnen unterstützt, die ihnen bei den ersten Behördengängen, aber auch bei der Organisation z. B. von Arztterminen helfen sollen.

In Abhängigkeit von dem jeweiligen Betreuungsschlüssel variiert der Umfang an Unterstützung und Betreuung innerhalb von Halle allerdings stark. Während in einigen Gemeinschaftsunterkünften mit gutem Betreuungsschlüssel die Asylsuchenden kurz nach ihrer Ankunft umfassende Informationen über ihre

Rechte und Pflichten in Deutschland (unter anderem auch in Form von Broschüren in ihrer jeweiligen Muttersprache) erhalten und später zu Arztterminen begleitet werden, müssen die meisten Asylsuchenden ihren Alltag im Wesentlichen ohne professionelle Hilfe bewältigen. Wie im Fall von Herrn A. bekommen sie bestenfalls grundlegende Hinweise, welche Schritte sie gehen müssen, um eine Behandlung zu bekommen (im Beispiel: vom Sozialamt einen Behandlungsschein holen; einen Hausarzt finden und dort einen Termin ausmachen; den Hausarzt überzeugen, eine Überweisung zum Psychiater zu schreiben; einen Psychiater finden und dort einen Termin ausmachen). ▶

<sup>23</sup> An dieser Stelle sei noch einmal darauf verwiesen, dass wir auch die Einrichtungen der „dezentralen Unterbringung“, in denen mehrere Asylsuchende sich eine Wohneinheit teilen, mit Blick auf die soziale Praxis zu den Gemeinschaftsunterkünften zählen.

► Gerade für chronisch Kranke stellt dies jedoch eine Herausforderung dar, die oft nicht zu bewältigen ist: Nicht nur fällt es ihnen schwer, den Sinn der verschiedenen Schritte nachzuvollziehen, oft sind die damit verbundenen Wege auch krankheitsbedingt nicht zu

schaffen. Gerade vielen unter Depression leidenden Patienten fehlt durch ihre Krankheit der Antrieb, die einer Behandlung im Weg stehenden logistischen Hürden zu nehmen. Hinzu kommt bei jedem Schritt das schon erwähnte Problem von Sprachschwierigkeiten.

Die schon erwähnte Krebspatientin beschreibt ihre Schwierigkeiten, die Wege zum Krankenhaus zurückzulegen, so: *„Ich hatte große Probleme, zum Krankenhaus zu kommen. Ich kann nur schlecht laufen. Ständig ist mir schwindelig, ja, und keiner hilft mir. Die Sozialarbeiter helfen mir, wenn sie Zeit haben, aber das ist nicht so oft.“* Als sie massive Nebenwirkungen der Therapie erleidet, über die sie zuvor nicht aufgeklärt wurde, weiß sie sich nicht anders zu helfen, als einen Monat lang auf den nächsten in ihrem Behandlungsschema vorgesehenen Termin zu warten. Auf die Frage, weshalb sie nicht zu einem Hausarzt in der Nachbarschaft gegangen ist, antwortet sie: *„Ich war allein und müde.“*

## Ehrenamtliche Arbeit

In Halle gibt es eine Vielzahl von zivilgesellschaftlichen Akteuren, die Asylsuchenden Hilfe und Beratung anbieten. Damit unterscheidet sich der Kontext unserer Studie von ländlicheren Kommunen Sachsen-Anhalts, wo zivilgesellschaftliche Strukturen deutlich schwächer ausgeprägt sind.

Obwohl es im vorgestellten Fall Herrn A.s und anderen schlaglichtartig vorgestellten Krankengeschichten zivilgesellschaftliche Strukturen sind, die letztlich eine medizinische Versorgung initiieren, ist auch der Kontakt zu diesen Strukturen häufig von Zufällen geprägt. Viele Asylsuchende wissen nicht, welche zivilgesellschaftlichen Angebote sich an sie richten und können diese kaum strategisch in ihre Navigation einbinden. Asylsuchende wissen oft nicht, wo sie sich über an sie gerichtete Angebote informieren können.

Während die Vernetzung zivilgesellschaftlicher Akteure untereinander eine oft mit großem Zeitaufwand betriebene Aktivität ist, scheint der Kontakt zu Asylsuchenden ein zentrales Problem für das Funktionieren ehren-

amtlicher Initiativen zu sein. Uns scheint, dass der Kontakt zwischen Zivilgesellschaft und Asylsuchenden im Augenblick noch nicht fest etabliert ist, und dass dieser Schnittstelle deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

Über den Zugang zur Zielgruppe hinaus problematisiert unsere Studie auch das Spektrum der ehrenamtlich bewältigten Aufgaben. Das große Engagement und die massive Hilfsbereitschaft, die sich in Halle zeigen, sind ohne Einschränkung begrüßenswert. In unseren Teilnehmenden Beobachtungen bei zivilgesellschaftlichen Initiativen konnten wir jedoch feststellen, dass ehrenamtliche Tätigkeit nicht nur große Chancen eröffnet, sondern auch an Grenzen gerät.

So fällt es Ehrenamtlichen oft schwer, die lebensweltlich komplexe Situation von Asylsuchenden zu überblicken. Asylsuchende sind mit rechtlichen und bürokratischen Fragestellungen konfrontiert, denen Deutsche in der Regel nicht begegnen und in denen sie, allein auf ihr Alltagswissen zurückgreifend, nicht weiter-

helfen können. Von ehrenamtlichen Akteuren geleistete Beratung ist daher oft in einem ähnlichen Maß von Gerüchten und Halbwissen durchzogen, wie eingangs für die Asylsuchenden selbst und viele Ärztinnen und Ärzte beschrieben.

Darüber hinaus beobachten wir die Tendenz, dass durch die große Hilfsbereitschaft auf Seiten der Zivilgesellschaft staatliche Aufgaben von Ehrenamtlichen übernommen werden. Da zu befürchten ist, dass auf diese Weise langfristig keine adäquate Infrastruktur in gesicherter Qualität vorgehalten werden kann, sehen wir dies kritisch.



## Zusammenfassung

Erkrankte Asylsuchende stehen bei ihrer Suche nach medizinischer Versorgung vor Problemen, die andere Patientengruppen nicht bewältigen müssen. Dadurch stellen sie das deutsche Gesundheitssystem vor spezifische Herausforderungen, die teilweise neu sind und für deren Bewältigung vielfach nicht auf Standardlösungen zurückgegriffen werden kann. Unter diesen Voraussetzungen überrascht es nicht, dass strukturierte Antworten an vielen Stellen noch fehlen. Wir haben in verschiedenen Bereichen Probleme identifiziert. Letztlich betreffen diese Schwierigkeiten alle ein Kernproblem: **Die Anbindung an das Gesundheitssystem.**

Unter Anbindung verstehen wir hierbei mehr als nur Zugang. Anbindung beschreibt eine Art des Zugangs, die auf langfristige und kontinuierliche Nutzung abzielt und auf zunehmende Integration hinsteuert. Über den rechtlich geregelten Zugang zum Gesundheitssystem hinaus erfordert Anbindung daher zusätzlich zur medizinischen Infrastruktur im engeren Sinne eine integrative Infrastruktur und muss durch navigatorische Hilfestellungen ergänzt werden.

Da Asylsuchende gerade in der ersten Zeit ihres Aufenthaltes in Deutschland jedoch eine sehr mobile Bevölkerung darstellen, bedarf es über Navigationshilfen hinausgehender Maßnahmen, die sicherstellen, dass eine einmal gelungene Anbindung nicht durch jeden Arzt- oder Ortswechsel zunichte gemacht wird. Dafür müssen Mechanismen etabliert werden, die den Informationsfluss nicht nur zwischen Arzt und Patient, sondern auch zwischen denselben Patienten behandelnden Ärzten sowie Ärzten und Sozialarbeitern verbessern und dabei die Privatsphäre des Patienten respektieren.

Mögliche Wege, dies zu erreichen, werden im nächsten Kapitel ausführlich diskutiert.



# SCHLUSS- FOLGERUNGEN

---





# Schlussfolgerungen

*Im Folgenden möchten wir einige praxisbezogene Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen unserer Studie ableiten. Die von uns vorgeschlagenen Maßnahmen greifen dabei teilweise bereits existierende oder sich in der Planungsphase befindende Interventionen auf. Unsere Empfehlungen ergeben sich hierbei aus der Analyse unserer Daten in Zusammenschau mit der bereits existierenden (wissenschaftlichen) Literatur.*

*Die von uns formulierten Empfehlungen sind keineswegs erschöpfend. Wir möchten die Leser darüber hinaus dazu auffordern, auf ihre eigenen Erfahrungen zurückzugreifen und weitere Lösungen für die von uns geschilderten Probleme zu erarbeiten.*

## Kontextwissen der Ärzte

Unsere Daten zeigen, dass es auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte Unsicherheiten im Umgang mit Asylsuchenden gibt. Viele dieser Unsicherheiten entstehen, weil es bisher weitgehend der Initiative des einzelnen Arztes überlassen ist, sich Verständnis für die komplexe Lebenswelt der Asylsuchenden zu erarbeiten.

Wir empfehlen daher, migrantenmedizinische Themen bereits während des Medizinstudiums stärker zu berücksichtigen. Eine curriculäre Verankerung im Rahmen von Lehrveranstaltungen der Fächer Allgemeinmedizin oder Sozialmedizin wäre hier zum Beispiel denkbar. Der Erwerb praktischer Erfahrungen könnte Studierenden im Rahmen von Famulaturen oder Praktika in Migrationsambulanzen oder bei der medizinischen Erstversorgung in

den Erstaufnahmeeinrichtungen angeboten werden. Insbesondere die Einbindung von Studierenden mit Fremdsprachenkenntnissen könnte hier als Nebeneffekt helfen, Sprachbarrieren zu mindern.

Darüber hinaus empfehlen wir, die medizinische Versorgung von Asylsuchenden durch stärkere Berücksichtigung migrantenmedizinischer Themen in Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte weiter stetig zu verbessern.

Diese Bemühungen könnten erleichtert werden, wenn an zentraler Stelle (z. B. auf der Internetseite der Landesärztekammer) Informationsmaterialien, mehrsprachige Anamnesebögen und andere, den Arbeitsalltag erleichternde Dokumente, gebündelt der Ärzteschaft zur Verfügung gestellt würden.

- ▶ **Einbindung migrantenmedizinischer Themen in das Medizinstudium**
- ▶ **Einbindung migrantenmedizinischer Themen in die ärztliche Fortbildung**
- ▶ **Gebündelte Bereitstellung hilfreicher Dokumente an zentraler Stelle**

## Wissensstand der Asylsuchenden

Die Navigation von Asylsuchenden im Gesundheitssystem wird dadurch erschwert, dass sie mit den Arbeitsabläufen und administrativen Erfordernissen zumeist nicht vertraut sind und oft nicht wissen, an welche Ansprechpartner sie sich wenden können. Es ist daher anzustreben, Asylsuchende möglichst frühzeitig und umfassend über das deutsche Gesundheitssystem, seine Akteure und Abläufe, und ihre Rechte als Patienten zu informieren. Diese Informationen sollten in der jeweiligen Muttersprache der Asylsuchenden vorliegen und außerdem praktische Anleitungen enthalten, was konkret im Krankheitsfall zu tun ist.

Ein augenblicklich in der Entwicklung begriffenes Gesundheitsheft für Asylsuchende (auf das weiter unten noch eingegangen wird) wird diesbezügliche allgemeine Informationen in komprimierter Form enthalten. Dieses Gesundheitsheft soll im Rahmen der Erstaufnahmeuntersuchung an die Asylsuchenden ausgegeben werden.

Da neben dem allgemeinen Verständnis für die Funktionsweisen und Konventionen des deutschen Gesundheitssystems auch ortsspezifische Informationen für eine erfolg-

reiche Navigation unabdinglich sind, empfehlen wir, dass jede Gemeinschaftsunterkunft ihren Bewohnern eine Informationsbroschüre zur Verfügung stellt, die über die allgemeinen Informationen hinaus auch die jeweils vor Ort relevanten Adressen von Behörden, medizinischen Anlaufstellen, Beratungsstellen etc. enthält. Die Bereitstellung einer solchen Broschüre in verschiedenen Sprachen ist unter Umständen mit beträchtlichem logistischem Aufwand verbunden. Wir möchten daher anregen, dass eine zentrale Stelle (zum Beispiel des Landes) die Übersetzungen einer Standard-Vorlage sicherstellt, die dann ortsspezifisch (mit den jeweiligen Adressen etc.) modifiziert werden kann.

Neben diesen technischen Interventionen sollte nicht in den Hintergrund geraten, dass die Beratung und Betreuung von Asylsuchenden durch eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Sozialarbeiterinnen und solide finanzierte Beratungsstellen die wichtigsten Maßnahmen sind, um nicht nur eine gute medizinische Versorgung, sondern auch eine Integration in die deutsche Gesellschaft zu bahnen.

- ▶ **qualifizierte Betreuung durch eine ausreichende Anzahl von Sozialarbeiterinnen**
- ▶ **Gesundheitsheft für Asylsuchende**
- ▶ **ortsbezogene Informationsbroschüren**

Der Umgang mit Sprachproblemen ist in allen Bereichen des Alltages von Asylsuchenden präsent: Behörden, Ärzte, Beratungsstellen, Sozialarbeiter und andere stehen hier vor identischen Herausforderungen. Wir gehen davon aus, dass unsere Empfehlungen dementsprechend auch über medizinische Fragen hinaus gelten.

Wir haben darauf hingewiesen, dass der Einsatz von nicht dafür ausgebildeten Dolmetschern eine Reihe von Gefahren birgt, die im Einzelfall gravierende Auswirkungen haben können. Die wissenschaftliche Literatur zeigt darüber hinaus, dass der Behandlungserfolg durch den Einsatz unausgebildeter Dolmetscher messbar und signifikant beeinträchtigt wird, verglichen mit dem Einsatz professioneller Dolmetscher (XVII, XVIII).

Wir empfehlen daher dringend, dass alle regelhaft in die medizinische Versorgung von Asylsuchenden eingebundenen Stellen für die häufigsten Sprachen zu diesem Zweck ausgebildete Dolmetscher bereit stellen. Dies gilt insbesondere für die Erstaufnahmeuntersuchung, migrantenmedizinische Schwerpunktpraxen oder –ambulanzen und die Sozialarbeit in den Gemeinschaftsunterkünften. Allen anderen Akteuren, deren Interaktionen mit Asylsuchenden nicht vorhersehbar stattfinden, sollte erleichtert werden, einen ausgebildeten Dolmetscher hinzuzuziehen, gegebenenfalls auch per

Telefon.<sup>24</sup> Dafür muss sichergestellt werden, dass Ärztinnen und Ärzte wissen, wie sie einen Dolmetscher organisieren und die dadurch entstehenden Kosten abrechnen können, und wie telefonische Übersetzung funktioniert. Auf politischer Ebene sollte die Kostenübernahme von durch Übersetzung entstandenen Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung für bereits dort versicherte Patienten mit geringen Deutschkenntnissen durchgesetzt werden.

Bisher gibt es keinen etablierten Standard für die Ausbildung von nicht-professionellen Dolmetschern im medizinischen Bereich.<sup>25</sup> Wahrscheinlich sind nicht in jedem Kontext vereidigte Dolmetscher nötig. Als Mindeststandard schlagen wir vor, dass im medizinischen Kontext eingesetzte Dolmetscher eine umfassende Aufklärung über ihre Verpflichtungen erhalten sollten und eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnen. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Übersetzer ein Grundverständnis für medizinische Fragen haben und in beiden Sprachen über die notwendige Terminologie verfügen.

Um zu vermeiden, dass Asylsuchende, für deren Sprachen es bisher nur wenige Dolmetscher gibt, benachteiligt werden, empfehlen wir, zumindest in Form von Telefon-Übersetzern auch für seltenere Sprachen wie Somali oder Tigrinya adäquate Hilfe bei Sprachproblemen sicher zu stellen.

- ▶ **routinemäßiger Einsatz ausgebildeter Dolmetscher**
- ▶ **Verbesserung des Zugangs zu ausgebildeten Dolmetschern, z. B. durch Telefonübersetzer**
- ▶ **Sicherstellung qualitativ hochwertiger Dolmetscherdienste durch strukturierte Ausbildung z. B. für Sozialhelfer**

<sup>24</sup> Mehrere Studien konnten zeigen, dass die Übersetzung via Telefon der Übersetzung durch Laien deutlich überlegen ist (XVII).

<sup>25</sup> Langjährige Erfahrung in der strukturierten Einweisung von Dolmetschern hat z. B. das Psychosoziale Zentrum für Migranten Halle.



## Alltagsrassismus

Hierbei handelt es sich um einen Komplex, der ein gesamtgesellschaftliches Problem darstellt, welches schwerlich durch isolierte Maßnahmen im Gesundheitsbereich gelöst werden kann. Es scheint uns schwierig, hier allgemeine Empfehlungen zu geben. Wir möchten aber grundlegend dazu aufrufen, Gewohnheiten im Umgang mit Patienten und

den Sprachgebrauch auf alltagsrassistische Inhalte zu untersuchen.<sup>26</sup> Wir empfehlen daher, dass im Rahmen des allgemeinen Qualitätsmanagements sichergestellt werden sollte, dass alltagsrassistische Haltungen medizinischen Personals keine Auswirkungen auf die Versorgungspraxis haben dürfen.

### ► Berücksichtigung alltagsrassistischer Hürden im Rahmen des Qualitätsmanagements

## Migrantenmedizinische Schwerpunktpraxen und psychosoziale Betreuung

Für Regionen, in denen die Arztdichte ohnehin niedrig ist, bedeutet die Zuwanderung vieler Menschen in kurzer Zeit möglicherweise eine Überforderung. Auch in Regionen, wo dies nicht der Fall ist (wie zum Beispiel Halle zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung) spricht dennoch viel für die von der Leopoldina vorgeschlagene Einrichtung von Schwerpunktpraxen für Asylsuchende (XX). Diese Schwerpunktpraxen (oder –ambulanzen) können eigens für die Behandlung von Asylsuchenden eingerichtete Einrichtungen sein, oder aber Einrichtungen der Regelversorgung, die einen Teil ihrer Kapazitäten für die Versorgung von Asylsuchenden freistellen, z. B. indem ein Block der Sprechzeit für diese Patientengruppe reserviert wird. Dadurch kann eine Reihe logistischer Hürden gemindert werden: Dolmetscher können leichter in den Praxisalltag eingebunden werden, wenn Asylsuchende zu extra für sie reservierten Zeiten in die Sprechstunde kommen; für Asylsuchende wird die Navigation erleichtert, wenn es auf ihre Bedürfnisse eingestellte Anlaufstellen gibt; bilinguales Praxispersonal kann die Abläufe im Umgang mit Asylsuchenden weiter vereinfachen; durch die höhere Frequenz von Kontakten mit Asyl-

suchenden kommt es in Schwerpunktpraxen zu einer schnelleren Akkumulation von migrantenmedizinischer Expertise.

Die auch für die Allgemeinbevölkerung problematische Versorgungslage im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich macht sich ebenso unter Asylsuchenden bemerkbar. Da Asylsuchende hier überproportional stark betroffen sind, während andererseits ihre Behandlung durch Sprachbarrieren besonders erschwert ist, empfehlen wir dringend einen Ausbau der diesbezüglichen Infrastruktur. Denkbar wäre hier die Einrichtung von weiteren auf die Versorgung von Flüchtlingen spezialisierten Praxen, oder aber eine Verteilung von Asylsuchenden über alle Praxen. In beiden Fällen scheint uns nötig, die Anzahl der psychiatrischen und psychotherapeutischen KV-Sitze deutlich zu vergrößern. Die von uns erhobenen Prävalenzen können dabei zur Abschätzung des zukünftig durch Asylsuchende entstehenden Mehrbedarfs herangezogen werden. Den bereits bestehenden Psychosozialen Zentren für Migranten sollte darüber hinaus durch langfristige solide Finanzierung eine größere Planungssicherheit ermöglicht werden.

- Einrichtung von migrantenmedizinischen Schwerpunktpraxen
- Ausbau der Infrastruktur psychosozialer Versorgung für Migranten
- bessere Finanzierung für bereits bestehende Einrichtungen

<sup>26</sup> Hierbei verweisen wir auf die umfangreiche Literatur zum Thema Sprache und Rassismus. Einen guten Überblick über Rassismen in der Alltagssprache bietet der Sammelband „Rassismus auf gut Deutsch“ (XIX).

## Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber/ Landesaufnahmeeinrichtungen

Die für Asylsuchende obligatorische Erstaufnahmeuntersuchung in der ZAST ist eine einmalige Chance für die frühzeitige und niederschwellige Anbindung von Asylsuchenden an das deutsche Gesundheitssystem. Um diese Gelegenheit optimal zu nutzen, empfehlen wir dringend, die Erstaufnahmeuntersuchung um eine gründliche und dolmetschervermittelte Anamnese zu erweitern. Besonderes Augenmerk sollte hierbei auf der Diagnostik akut behandlungsbedürftiger Erkrankungen liegen, insbesondere der in dieser Patientenpopulation häufigen psychischen Erkrankungen und Schmerzen. Außerdem sollte eine Impfanamnese erfolgen und bei fehlendem Impfpass eine den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission entsprechende Immunisierung begonnen werden. Die Untersuchung (inkl. der Röntgenuntersuchung der Lunge) wie die Impfung sollten sorgfältig dokumentiert und im Gesundheitsheft des Patienten abgeheftet werden.

Zur Erleichterung der Anamnese insbesondere für Asylsuchende, für deren Sprache

keine flächendeckenden Dolmetscherdienste zur Verfügung stehen, enthält das bereits erwähnte Gesundheitsheft zweisprachige Anamnesebögen (deutsch und die jeweilige Muttersprache), in denen die wichtigsten Vorerkrankungen und aktuellen Beschwerden strukturiert erhoben werden. Dieses Gesundheitsheft (welches beim Patienten verbleibt und ihn auf seinen zu Beginn des Asylverfahrens häufigen Ortswechseln begleitet) stellt darüber hinaus sicher, dass die während der Erstaufnahmeuntersuchung erhobenen Befunde auch später behandelnden Ärzten zugänglich sind.

Innerhalb der ZAST sollte darüber hinaus ein Standardablauf festgelegt werden, wie mit in der Erstaufnahmeuntersuchung diagnostizierten Erkrankungen umgegangen wird. Falls nötig, sollte bereits von der ZAST aus eine ambulante Weiterbehandlung der Patienten eingeleitet werden oder eine Anbindung an ein Krankenhaus erfolgen. In jedem Fall sollte sichergestellt werden, dass diagnostische Erkenntnisse eine therapeutische Konsequenz haben.

- ▶ **Erweiterung der Erstaufnahmeuntersuchung um eine gründliche Anamnese**
- ▶ **Sicherstellung einer leitliniengerechten Immunisierung**
- ▶ **Verwendung zweisprachiger Anamnesebögen**
- ▶ **Dokumentation aller Befunde im Gesundheitsheft**
- ▶ **Sicherstellung adäquater Reaktionen auf diagnostizierte Erkrankungen**

## Sozialarbeit in den Gemeinschaftsunterkünften

Neben der strukturierten Früherkennung von gesundheitlichen Problemen in der ZAST ist die Sozialarbeit in den Gemeinschaftsunterkünften ein weiterer Schlüsselbereich für die Integration der Asylsuchenden in das Gesundheitssystem und die deutsche Gesellschaft. Diese anspruchsvolle Aufgabe kann nur gelin-

gen, wenn eine ausreichende Anzahl von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern für diese Arbeit zur Verfügung steht. Wir empfehlen daher dringend, in allen Gemeinschaftsunterkünften zumindest den in der Unterbringungsrichtlinie des Landes vorgeschriebenen Betreuungsschlüssel einzuhalten.

- ▶ **bessere personelle Ausstattung der Sozialarbeit in den GUs**

## Ehrenamtliche Arbeit

Unsere Studie konnte zeigen, dass zivilgesellschaftliche Organisationen für die Navigation vieler Asylsuchender eine große Rolle spielen und oft die einzige Instanz darstellen, die genug Zeit und Aufwand zu investieren bereit ist, um Asylsuchenden die Nutzung der medizinischen Infrastruktur zu ermöglichen. Wie bereits erläutert, sind die Kontakte zwischen Zivilgesellschaft und Asylsuchenden dennoch in der Regel zufälliger Natur und unzuverlässig.

Aufgrund der großen Vielfalt der zivilgesellschaftlichen Landschaft fällt es jedoch schwer, allgemeine Empfehlungen zu formulieren, wie der Kontakt zwischen Asylsuchenden und zivilgesellschaftlichen Akteuren intensiviert werden kann. Wir möchten daher anregen, dass zivilgesellschaftliche Akteure an

ihre organisationellen und örtlichen Bedingungen angepasste Maßnahmen überlegen, einerseits den lebensweltlichen Herausforderungen der Asylsuchenden in ihren Hilfsangeboten stärker Rechnung zu tragen und andererseits ihre Angebote unter Asylsuchenden umfassender bekannt zu machen.

Weitere uns wichtig erscheinende Maßnahmen betreffen die Qualitätssicherung ehrenamtlicher Arbeit. Organisationen, die ehrenamtlich oder mit Ehrenamtlichen arbeiten, sollten eine angemessene Einführung ihrer Mitarbeiter in die mit ihrer Tätigkeit zusammenhängenden Themen sicherstellen (z. B. die Verpflichtung zur Verschwiegenheit bei Arztbegleitungen). Weiterhin sollten alle ehrenamtlich Tätigen regelmäßig Supervision und Weiterbildungen angeboten bekommen.

- ▶ **Intensivierung des Kontaktes zwischen Asylsuchenden und Zivilgesellschaft**
- ▶ **Qualitätssicherung ehrenamtlicher Arbeit**

## Zweisprachiges Gesundheitsheft

Ein sich aktuell in der Entwicklung befindliches zweisprachiges Gesundheitsheft soll helfen, den Informationsfluss unter Ärzten, und zwischen Ärzten und Sozialarbeitern und Beratungsstellen zu verbessern. Dieses Gesundheitsheft beinhaltet einen Informationstext, der Asylsuchende über das deutsche Gesundheitssystem aufklärt und erläutert, wie sie Zugang zu der ihnen zustehenden medizinischen Versorgung bekommen können. Des Weiteren enthält das Gesundheitsheft zweisprachige Anamnesebögen (jeweils in Deutsch

und der Muttersprache des Patienten), die in der Erstaufnahmeuntersuchung und bei weiteren Arztbesuchen die Anamneseerhebung erleichtern. Neben einer provisorischen Impfdokumentation sind außerdem auch noch Vorlagen für Kurzarztbriefe enthalten, die es den behandelnden Ärzten erleichtern sollen, die Ergebnisse der Konsultation in einer Weise zu dokumentieren, dass sie den Asylsuchenden auch nach eventuellen Ortswechseln weiter vorliegen.

- ▶ **zweisprachiges Gesundheitsheft**



# QUELLEN

---





## Quellen

(I) ZEIT ONLINE, Hamburg, Germany. Zeltstadt Dresden: “Im Camp wird unser Grundgesetz nicht eingehalten” | ZEIT ONLINE; 2015 [cited 2015 Dec 7]. Available from: URL: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2015-08/dresden-zeltstadt-fluechtlinge-medizinische-versorgung>.

(II) Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund. Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(18):899–903.

(III) Farmer P, Kim JY, Kleinman A, Basilio M. Reimagining global health: An introduction. Berkeley: University of California Press; 2013.

(IV) Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. Syst. Res. 1974; 19(1):1–15.

(V) Mollica RF, Wyshak G, Marneffe D de, Khuon F, Lavelle J. Indochinese Versions of Hopkins Symptom Checklist 25: A Screening Instrument for the Psychiatric Care of Refugees. American Journal of Psychiatry 1987; 144(4):497–500.

(VI) Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J et al. Measuring Trauma and Health Status in Refugees. JAMA 2002; 288(5):611–21.

(VII) Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and post-traumatic stress disorder in indochinese refugees. The Journal of Nervous and Mental Disease 1992; 180(2):111–6.

(VIII) Hahn HP. Ethnologie: Eine Einführung. Orig.-Ausg. Berlin: Suhrkamp; 2013.

(IX) Malinowski B. Argonauten des westlichen Pazifik: Ein Bericht über Unternehmungen und Abenteuer der Eingeborenen in den Inselwelten von Melanesisch-Neuguinea. 2., unveränd. Aufl. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz; 2001.

(X) Hess S, editor. Europäisch-ethnologisches Forschen: Neue Methoden und Konzepte. Berlin: Reimer; 2012.

- (XI) Hirschauer S, Amann K. Die Befremdung der eigenen Kultur: Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1997.
- (XII) van de Graaf, José Mulder, Rottenburg R. Feldforschung in Unternehmen: Ethnografische Explorationen in der eigenen Gesellschaft. In: Aster R, Merckens H, Repp M, editors. Teilnehmende Beobachtung: Werkstattberichte und methodologische Reflexionen. Frankfurt/New York: Campus Verlag; 1989. p. 19–34 .
- (XIII) Ständige Impfkommision (STIKO). Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts (RKI) Ausgabe 30/2012.
- (XIV) Green G, Davison C, Bradby H, Krause K, Mejías FM, Alex G. Pathways to care: how super-diversity shapes the need for navigational assistance. *Sociology of health & illness* 2014; 36(8):1205–19.
- (XV) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Willkommen in Deutschland: Informationen für Zuwanderer. Berlin; Februar 2012.
- (XVI) Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.). Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt.: Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen; Februar 2014.
- (XVII) Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review* 2005; 62(3):255–99.
- (XVIII) Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health services research* 2007; 42(2):727–54.
- (XIX) Nduka-Agwu A, editor. Rassismus auf gut Deutsch: Ein kritisches Nachschlagewerk zu rassistischen Sprachhandlungen. 1. Aufl. Frankfurt, M.: Brandes & Apsel; 2010.
- (XX) Leopoldina. Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden: Kurz-Stellungnahme; 2015 Oct 15.

**Eine Publikation von**

Amand Führer und Friederike Eichner

**Download unter**

[www.medinetz-halle.de/forschung/](http://www.medinetz-halle.de/forschung/)

**Mit finanzieller Unterstützung von:**



**ROSA  
LUXEMBURG  
STIFTUNG**

**:do**  
Stiftung