

„Armut macht krank und Krankheit macht arm“

Foto: privat/Illustration: Adobe Stock/Toxa2x2



Im Winter verteilt Dr. Gerhard Trabert in Mainz Isomatten und Schlafsäcke an Obdachlose.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind im Jahre 2022 17,3 Millionen Menschen in Deutschland von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht gewesen. Sozial- und naturwissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass es einen Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit gibt. Dr. Gerhard Trabert engagiert sich unter anderem mit dem Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland“ für arme und notleidende Menschen. Welche Erfahrungen er bei seiner Arbeit gemacht hat und wie Menschen ohne Krankenversicherung wieder in das System integriert werden können.

Mittlerweile gilt jeder Fünfte in Deutschland als arm. Inwiefern macht Armut krank?

Armut ist häufig über das Einkommen definiert, da die finanziellen Ressourcen maßgeblich für gesellschaftliche Partizipationsmöglichkeiten sind. Bei Kindern gibt es Hinweise auf einen Kausationseffekt. Das bedeutet, wer in Armut aufwächst, hat als Kind und später auch als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit. Wir wissen zum Beispiel von der KiGGS-Studie, dass arme Kinder höhere Krankheitsprävalenzen haben in Bezug auf Infektionskrankheiten und psychische Erkrankungen wie Angstzustände und Depressionen. Der Zahnstatus ist schlechter, aber auch Verletzungen durch Unfälle kommen häufiger vor. Die Kinder sind beispielsweise

beim Rollschuhfahren oder Surfskaten nicht ungeschickter, sondern viele können sich die teuren Protektoren nicht leisten.

Wie kann Krankheit zu Armut führen?

Bei den Erwachsenen sprechen wir vom Selektionseffekt, also dass Krankheit zu Armut führt. Bei von Armut betroffenen Menschen treten alle Erkrankungen häufiger auf, angefangen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, psychischen Erkrankungen, Hauterkrankungen und weiteren. Hierbei ist es zu kritisieren, dass viele Gesundheitsleistungen in unserem Gesundheitssystem privatisiert werden. Dazu zählt die ein- bis zweiprozentige Eigenleistung, wenn es zum Beispiel um Rezeptgebühren geht. Die IGEL-Entwicklung empfinde ich als sehr problematisch. Bei Patienten mit einer Krebserkrankung, die berufstätig sind, ist dies häufig während der Therapie und der Rekonvaleszenz mit erheblichen Einkommensverlusten verbunden. Das hat sehr schnell ökonomische Auswirkungen. Armut ist mittlerweile der dritthäufigste Grund für eine Verschuldung. Das Robert-Koch-Institut hat das ärmste und das reichste Viertel in unserer Gesellschaft verglichen: Dabei sterben aus dem armen Viertel Frauen 4,4 und Männer 8,6 Jahre früher. Arm zu sein bedeutet, früher krank zu werden und auch früher zu sterben.



Foto: Michaela Kabon

Die Innenräume der Ambulanz ohne Grenzen (Zitadelle 1F Mainz) sind einladend gestaltet.

Besonders schwierig ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung. Warum sind trotz Pflicht so viele Menschen nicht versichert?

Die Gründe für die Versicherungslosigkeit sind multikausal. Betroffen sind besonders papierlose, arbeitssuchende Menschen aus dem EU-Ausland sowie Saison- und sogenannte Schwarzarbeiter. So ist es auch eine zentrale Forderung unseres Vereins, mehr gegen Schwarzarbeit, gegen diese Form der Arbeitskraftausbeutung, vorzugehen. Eine problematische Versicherungsphase gibt es auch für ehemalige Häftlinge kurz nach der Entlassung aus dem Gefängnis. In der Regel dauert es vier bis sechs Wochen nach der Beantragung bei der Krankenkasse bis die Krankenkassenkarte eintrifft. Ich würde mir wünschen, dass der Antrag schon im Gefängnis abgegeben und der ehemalige Häftling mit der Krankenkassenkarte entlassen wird. Besonders für chronisch Kranke ist diese Übergangsphase eine große Herausforderung. Asylbewerber haben nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch der sich auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Da fordern wir alle Ärztinnen und Ärzte auf, sich dem Anspruch der ärztlichen Ethik entsprechend zu verhalten und diese Leistungseinschränkungen nicht zu akzeptieren.

„Arm zu sein bedeutet, früher krank zu werden und auch früher zu sterben.“

Der vermeintliche Verlust vom Versicherungsschutz betrifft auch viele Privatversicherte...

Ja, viele Privatversicherte verlieren ihre Versicherung, weil sie Beitragsschulden haben, da der eigene Betrieb in die Insolvenz geraten ist, oder die Einkommenssituation sich verschlechtert hat. Das muss nicht sein: Gerade für Privatversicherte gibt es die Möglichkeit in den Basistarif zu wechseln. Dieser ist abhängig von der wirtschaftlichen Situation des Versicherten. Damit bleibt man privatversichert, hat aber nur noch den Anspruch wie ein gesetzlich Versicherter. Wir erleben es immer wieder, dass private Kassen ganz schnell über den Notlagentarif, der bei etwa 150 Euro liegt, informieren. Damit hat man wie Asylbewerber aber nur einen Anspruch in Notlagen. Für oft nur 70 Euro mehr gibt es aber schon den Basistarif mit einem Leistungsanspruch wie es ein gesetz-

lich Versicherter hat. Über soziale Transferleistungen werden auch private Krankenkassenbeiträge übernommen. Das wissen viele nicht, zahlen einfach keine Beiträge mehr und kommen dann mit zum Teil erheblichen Beitragsschulden zu uns. Aber das ist kein Grund, nicht versichert zu sein. In so einem Fall muss man mit der Krankenkasse eine Rückzahlung der Schulden vereinbaren, entsprechend der individuellen wirtschaftlichen Situation beispielsweise mit einem Betrag von 50 Euro im Monat. Hier müssten eigentlich die Krankenkassen beraten und proaktiv Möglichkeiten aufzeigen. Genau diese Beratungstätigkeit übernehmen aktuell die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Vereins.

Wie können Menschen ohne Krankenversicherung trotzdem an der Gesundheitsversorgung teilhaben?

Unser Verein „Armut und Gesundheit“ bietet mit unserer „Poliklinik ohne Grenzen“, eine fast ausschließlich spendenfinanzierte Anlaufstelle, in der jeder behandelt wird. Unsere sogenannte Clearingstelle, finanziert durch das Land Rheinland-Pfalz, ist ein Beratungsangebot zur Überprüfung und Vermittlung von scheinbar oder tatsächlich Nichtversicherten in die Regelversorgung. Wir wollen aber nicht „die Tafeln“ der Gesundheitsversorgung sein. Es ist immer unser Ziel, die Menschen ins System zu reintegrieren. Es gibt aber Patienten wie Papierlose oder EU-Bürger ohne sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse, bei denen das Versorgungssystem nicht greift. Für stationäre dringend notwendige Behandlungen entstehen den Kliniken Millionen von Defiziten. In manchen Bundesländern und Städten gibt es dafür einen Behandlungsfonds. Diesen fordern wir in Höhe von mindestens 250.000 Euro von der Landesregierung hier in Rheinland-Pfalz und auch, mit einem geringeren Budget ausgestattet, von der Stadt Mainz. Durch eine größere Spende und die Unterstützung von den Medi-Netzen Mainz und Koblenz konnten wir bereits einen eigenen Fonds mit 70.000 Euro auflegen. Wir haben das nun fast ein Jahr lang dokumentiert und ausgewertet, in welchen Fällen der Fonds in Anspruch genommen wird. Das haben wir auch dem Sozialdezernat vorgelegt und hoffen, dass die Stadt Mainz, entsprechend unseren Daten, einen eigenen Fonds finanziert.

Welche Möglichkeit hat der Arzt, wenn ein unversicherter oder armer Patient Hilfe braucht?

Die Mitarbeiter der Clearingstelle stehen auch bei Fragen von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung und können dabei unterstützend beraten. Generell würde ich mir wünschen, dass sich das Bewusstsein und die Sensibilität der Ärzteschaft für diese Personengruppe noch mehr erhöht. Im Alltag einer Praxis kann man sich natürlich nicht mit jedem Patienten so zeitintensiv beschäftigen. Doch es gibt ein paar Möglichkeiten: Ärzte könnten beispielsweise bei der Anamnese neutral, also nicht bewertend, nach der ökonomischen Situation fragen um zu erfahren, ob sich der Patient beispielsweise die Kosten für ein Rezept leisten kann. Wenn



Dr. Sebastian Schink versorgt einen Patienten in der Ambulanz ohne Grenzen.

Foto: Michaela Kabon

nicht, könnte der Arzt beispielsweise mit einem Medikamentenmuster aushelfen. Was Kinder angeht würden wir uns Freifahrten zum Kinderarzt wünschen. Viele können sich die Bahn- oder Busfahrt nicht leisten. Bei Asylsuchenden haben wir das Dilemma mit dem Asylbewerberleistungsgesetz, das große Gesundheitsversorgungsdefizite aufweist und in vielen Teilen nicht menschenrechtskonform ist. Wichtige Voraussetzung für eine Behandlung ist in diesem Fall die muttersprachliche Kommunikation, zum Beispiel über einen Dolmetscher. Es darf nicht sein, dass Tochter oder Sohn, aber auch Ehemann oder Freunde dolmetschen. Das kann zu fatalen Folgen führen, wenn falsch übersetzt oder absichtlich Informationen ausgespart werden. Gerade wenn es um psychische Erkrankungen geht, sollten keine Familienangehörigen dolmetschen. Es gilt immer noch eine Patient-Arzt-Beziehung zu wahren. Wir Ärztinnen und Ärzte haben in meinen Augen aber auch eine besondere Verpflichtung uns für arme, sozial benachteiligte Menschen einzusetzen. Daher würde ich mir wünschen, dass Ärztinnen und Ärzte und speziell auch die Standesorganisationen sich für eine bessere Gesundheitsversorgung einsetzen. Zum Beispiel müsste eine Sehhilfe weiterhin eine Regel-Gesundheitsleistung der Krankenkassen ohne Eigenbeteiligung sein. Oder das Budget im Bürgergeldsatz für die Ernährung müsste deutlich erhöht werden. Für zum Beispiel 3,50 Euro pro Tag kann ich kein fünfjähriges Kind gesund ernähren.

Bei Ihrer Arbeit mit dem Arztmobil haben Sie regelmäßig mit Obdachlosen und Suchtabhängigen zu tun. In welchem Zustand sind die Patienten häufig anzutreffen?

Wir sind viermal in der Woche mit dem Arztmobil auf unserer, für die Betroffenen, bekannten Tour durch Mainz unterwegs. Stationen auf unserer Arztmobilroute sind unter anderem die Obdachlosenunterkunft Egli-Heim, der sogenannte Nachtraum, die PLH-Teestube, die Anlaufstelle der Mission Leben, die Unterkunft Housing Area und an vielen anderen Plätzen in der Innenstadt, zum Beispiel am Domplatz. Wir reagieren aber auch auf Hinweise aus der Bevölkerung.

Wichtig ist nur, dass wir kein Notdienst sind. Wenn Bürger einen lebensbedrohlichen Zustand eines Obdachlosen bemerken oder vermuten, bitte immer den Notdienst, die 112 informieren.

In Mainz haben wir etwa 300 wohnungslose Menschen, die zum Teil in Einrichtungen wie dem Egli-Haus, dem Thaddäusheim oder dem Wendepunkt, eine Unterkunft für wohnungslose Frauen, untergebracht sind. Manche haben dort feste Plätze, andere sind nur zur Übernachtung da und müssen jeden Morgen wieder die Einrichtung verlassen. Auf der Straße lebende Menschen gibt es in Mainz etwa 50 bis 100. Der Zustand dieser Menschen ist dann natürlich häufig nicht so gut. Das ist auch abhängig von der Jahreszeit: Im Winter dominieren beispielsweise Lungenentzündungen, Erfrierungen, aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Was immer mehr zum Problem wird, ist der Sommer. Obdachlose sind häufig dehydriert, bekommen einen Hitzeschlag oder massive Sonnenbrände. Das Leben auf der Straße ist gefährlich und man kann davon ausgehen, dass die Lebenserwartung rund 20 bis 25 Jahre geringer ist, als in der Normalbevölkerung.

Wir versuchen dann immer die Betroffenen zu motivieren, in eine Einrichtung zu gehen oder zu unserer Ambulanz zu kommen. Im Thaddäusheim können beispielsweise auch Menschen, die nicht dort wohnen, gebadet und eingekleidet werden. Im Winter verteilen wir dann auch Isomatten und Schlafsäcke. Im Sommer verteilen wir Wasser, Mützen und Sonnencreme. Es müsste generell mehr öffentlichen Raum geben, wo sich obdachlose Menschen aufhalten können, geschützt vor Wind, Regen oder Schnee aber auch vor Hitze und direkter Sonnenstrahlung mit der Möglichkeit eines Zugangs zu Trinkwasser.

Was kann die Bevölkerung tun?

Die Mainzer Bevölkerung ist sehr aufgeschlossen und fürsorglich, da bemerke ich viel Solidarität und Sensibilität. Generell werden mir immer wieder zwei Unsicherheiten kommuniziert. Zum einen: soll ich Geld geben? Ja, aber dann sollte derjenige selbst entscheiden dürfen, wofür er das Geld ausgibt. Zum anderen, kann man aber auch etwas anbieten: darf ich Ihnen etwas zu trinken holen? Hier ist es besser, erst nachzufragen und nicht einfach einen Kaffee oder eine Brezel zu kaufen. Wasser in Plastikflaschen kann man natürlich immer verschenken, vor allem im Sommer. Es gibt auch sogenannte Druckerbanden – die Menschen werden instrumentalisiert und sind häufig selbst Opfer dieser

Geldeintreibungsmethode. Verschenkt man etwas zum Essen oder/und zum Trinken hat diese Person wenigstens etwas davon. Wenn man einen Obdachlosen sieht, finde ich es schön, wenn man im Zeichen der Wahrnehmung und Wertschätzung auch ein paar Worte spricht. Natürlich muss man damit rechnen, dass es den einen oder anderen gibt der kein Gespräch möchte. Meistens sind die Betroffenen, für diese Form der Begegnung, aber sehr dankbar.

Inwieweit kann der Zugang zur Gesundheitsversorgung die Menschen wieder aus ihren prekären Lebensverhältnissen holen?

Gesundheit ist das höchste Gut. Für eine Reintegration ist es entscheidend, dass jemand psychisch und physisch stabilisiert ist. Wir wollen die Menschen wieder befähigen, eigenständig und selbstbestimmt zu leben. Da ist Gesundheit von zentraler Bedeutung.

Das Interview führte Michaela Kabon

ZUR PERSON

Prof. a.D. Dr. med. Dipl. Soz.-päd. Gerhard Trabert hat zunächst als Sozialpädagoge gearbeitet. Danach begann er ein Medizinstudium an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz und erlangte die Facharztqualifikation für Allgemeinmedizin und Notfallmedizin. Nach seinem Studium war er für zehn Jahre in verschiedenen Krankenhäusern tätig. Von 1999 bis 2009 lehrte er als Professor für Medizin und Sozialmedizin an der Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg. Seit 2009 ist er Professor für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Hochschule Rhein-Main in Wiesbaden. Als Initiator ist er seit 1994 im sogenannten Mainzer Modell tätig, einer niedrigschwelligen medizinischen Versorgungseinrichtung von wohnungslosen Menschen (Arztmobil). 2013 hat er die „Ambulanz ohne Grenzen“, eine Poliklinik für nicht krankenversicherte Menschen in Mainz gegründet und aufgebaut. 1997 gründete er den Verein Armut und Gesundheit in Deutschland und ist seitdem Vorsitzender. Von 2005 bis 2013 war er europäischer Delegierter der Nationalen Armutskonferenz (NAK) und ist derzeit Leiter der AG „Armut und Gesundheit“ innerhalb der NAK. Und zudem einer der beiden Sprecher der Landesarmutskonferenz Rheinland-Pfalz.



Prof. Dr. Dipl. Soz.-päd. Gerhard Trabert ist seit 30 Jahren mit dem Arztmobil in Mainz unterwegs.

Foto: privat

DER VEREIN

Der Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland“ ist ein gemeinnütziger Verein, der sich seit 1997 mit verschiedenen Hilfsprojekten für arme und notleidende Menschen engagiert. So bietet die „Medizinische Ambulanz ohne Grenzen“ in Mainz medizinische Sprechstunden für Menschen in prekären Lebenslagen an. Eine Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen hat sich in Mainz mit dem Arztmobil etabliert, bei dem die Patienten auf der Straße aufgesucht werden. Angeschlossen an den Verein ist auch die Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Diese berät Menschen ohne Papiere, Personen aus Drittstaaten und Nicht-Krankenversicherte, um sie in die Regelversorgung zu integrieren. Rund 30 Ärztinnen und Ärzte arbeiten ehrenamtlich im Verein mit, darunter Allgemeinmediziner, Zahnärzte, Psychiater und Chirurgen. Ein Dermatologe und ein Orthopäde werden noch gesucht.

Schwangere ohne Krankenversicherung in Rheinland-Pfalz



Illustration: semardesign

Mehr als 60.000 Menschen in Deutschland sind laut statistischem Bundesamt nicht krankenversichert. Die Dunkelziffer wird deutlich höher sein, denn besonders häufig betroffene Gruppen tauchen in diese Statistik nicht auf - so zum Beispiel wohnungslose Menschen oder Menschen ohne geregelten Aufenthalt. Hinzu kommen Menschen, die zwar eine Krankenversicherung haben, deren Leistungen aber ruhen, weil Beitragsrückstände bestehen.

Durch zivilgesellschaftliches Engagement wächst die Zahl der Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung immer weiter. Seit vielen Jahren organisieren gemeinnützige Initiativen in Rheinland-Pfalz medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung. Dazu gehören die Medinetze in Mainz und Koblenz, der Street Doc in Ludwigshafen, der Gesundheitsladen in Worms, die Pflasterstube in Kaiserslautern, die Wohnungslosenambulanz in Trier und die Medizinische Ambulanz ohne Grenzen in Mainz.

In diesem Rahmen findet häufig auch die Versorgung nicht krankenversicherter Schwangerer statt. Die Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz existiert seit 2019 und hat als Kernaufgabe die Beratung von Menschen ohne Absicherung und die Vermittlung in eine Regelversorgung. Unseren Rat suchen Personen der verschiedensten Hintergründe, zum Beispiel Menschen ohne festen Wohnsitz, zugewanderte Menschen aus EU- und Drittstaaten, aber auch solche, die Schulden bei ihrer Krankenversicherung haben.

Unter den Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die bei Beratungsstellen oder medizinischen Anlaufstellen Hilfe suchen, gehören Schwangere wohl zu den verletzlichsten. Offenbar nehmen sie ihre Situation auch selbst als sehr prekär wahr. Mehr als jede zehnte Person, die die Beratung der Clearingstelle in Anspruch nimmt, ist zu diesem Zeitpunkt schwanger.

Von dem Problem betroffen sind vor allem Schwangere

- aus EU-Staaten, die nicht krankenversichert sind
- ohne geregelten Aufenthalt
- deren Krankenversicherung Vor- und Nachsorge sowie Entbindung nicht abdeckt (zum Beispiel Studierende aus Drittstaaten mit einer privaten Auslandskrankenversicherung)

Die Betroffenen müssten für Vorsorgeuntersuchungen, Geburt, und Nachsorge eigentlich selbst aufkommen. Häufig fehlen ihnen dafür die finanziellen Mittel. Wenn keine Vorsorgeuntersuchungen stattfinden, kann das für Mutter und Kind lebensgefährlich sein, zum Beispiel, weil eine Risikoschwangerschaft nicht rechtzeitig erkannt wurde.

Schwangere ohne Krankenversicherung nehmen häufig keine Vorsorgeuntersuchungen wahr

Leider ist folgendes Szenario nicht ungewöhnlich: Eine Schwangere nimmt keine Vorsorgeuntersuchung wahr. Sie meldet sich akut bei einer Klinik, die Entbindung wird durchgeführt – bestenfalls komplikationslos. Mutter und Kind werden nach kurzer Zeit aus der Klinik entlassen. Eine weitere Nachsorge bleibt aus. Das neugeborene Kind ist nicht krankenversichert. In akuten Notfällen sind Ärztinnen und Ärzte und Kliniken verpflichtet zu helfen. Das stellt für Kliniken eine finanzielle Belastung dar. Nach der Entbindung bleibt ihnen meist nichts anderes übrig, als eine private Rechnung zu stellen, die in vielen Fällen nicht beglichen werden kann.

Für Schwangere aus Drittstaaten, denen der Weg in die Krankenversicherung verschlossen bleibt, ist das Sozialamt als Kostenträger zuständig. Jedoch sind Sozialämter nach § 87 des Aufenthaltsgesetzes verpflichtet, jede Person ohne geregelten Aufenthaltsstatus der zuständigen Ausländerbehörde zu melden. Die Regierungsparteien auf Bundesebene haben sich im aktuellen Koalitionsvertrag vorgenommen, den § 87 Aufenthaltsgesetz zu überarbeiten, damit der Zugang zu Krankenbehandlung für alle Menschen ohne Angst vor Abschiebung möglich ist.

In Rheinland-Pfalz bisher keine einheitliche Regelung

Für den Fall, dass eine Krankenversicherung nicht oder nicht sofort möglich ist, bräuchte es dringend eine Lösung von staatlicher Seite. Schwangere und Mütter sollten unter keinen Umständen in die Situation kommen, dass sie aus finanziellen Gründen ihre Gesundheit und die ihrer Kinder gefährden. Auch in Rheinland-Pfalz gibt es dafür bisher keine einheitliche Regelung, obwohl auch hier laut Koalitionsvertrag eine Lösung für die Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung geprüft werden sollte. Weder auf Bundes- noch auf Landesebene wurden bisher entsprechende Vorhaben umgesetzt.



Foto: Andreas Reeg

Die Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz berät unter anderem Menschen ohne festen Wohnsitz, zugewanderte Menschen aus EU- und Drittstaaten, aber auch Schwangere und Mütter ohne Krankenversicherung.

Seit Gründung der Clearingstelle im September 2019 bis Ende 2023 wandten sich insgesamt 168 Schwangere an die Clearingstelle. Die größten Gruppen sind EU-Bürgerinnen (61) und Schwangere ohne geregelten Aufenthalt (24).

Ein erfolgreiches Clearing und Ermittlung von Leistungsträgern konnte bei 61 Frauen erreicht werden. 28 Schwangere konnten in eine gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden. 11 Schwangere wurden über das Asylbewerberleistungsgesetz abgesichert. Bei 32 Frauen, ein relativ hoher Anteil, konnte keine Lösung erzielt werden.

Medinetz Mainz e.V., MediNetz Koblenz e.V. und Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. konnten in den vergangenen Jahren Einzellösungen mit den Geburtskliniken in Koblenz und Mainz erarbeiten: Die Kliniken berechnen für Geburten eine deutlich verringerte Pauschale. Die Familien tragen die reduzierten Kosten. Die Absprachen beruhen auf der Vereinbarung, dass die Vorsorgeuntersuchungen durch die Medinetze und Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. organisiert und abgedeckt werden, um so das Risiko von Komplikationen zu verringern.

Seit 2022 wurde in Mainz zusätzlich die Regelung erreicht, dass die verringerten Geburtskosten sowie eine Vor- und Nachsorge durch Hebammen durch Mittel der Stadt finanziert werden. Das ist sehr zu begrüßen. Allerdings werden regionale Sonderregelungen der Tragweite des Problems nicht gerecht. Es müssten dringend auf Landes- und Bundesebene Maßnahmen ergriffen werden, um dieser vulnerablen Personengruppe einen sicheren Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen.

Eine vergleichbare Lösung ist aber nicht nur in Mainz nötig, denn auch aus anderen Teilen von Rheinland-Pfalz erreichen uns zahlreiche Anfragen. Clearingstellen und die Bereitstellung von Geldmitteln sind geeignete Mittel zur Unterstützung Betroffener, bis durch gesetzliche Maßnahmen ein diskri-

minierungsfreier und barrierefreier Zugang zum regulären Gesundheitsversorgungssystem für alle in Deutschland lebenden Menschen sichergestellt ist. In jedem Fall darf diese Aufgabe nicht an gemeinnützigen Organisationen hängen bleiben oder bei den Kliniken offene Rechnungen hinterlassen.

Literatur bei den Autoren.



*Nele Wilk
Clearingstelle Krankenversicherung RLP
Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.*



*Johannes Lauxen
Clearingstelle Krankenversicherung RLP
Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.*

Fotos: Michelle Schönbein

Versorgungsangebote für Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz – eine Bestandsaufnahme

Im deutschen Gesundheitssystem ist der reguläre Zugang zur medizinischen Versorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen erheblich erschwert. Mit dem Forschungsprojekt an der Hochschule Fulda, das sich diesen Zugangsbarrieren widmet, wurde eine bundesweite Befragung von zivilgesellschaftlichen Einrichtungen durchgeführt, die Leistungen für diese Zielgruppen anbieten.

Besonders für Drittstaatsangehörige ohne regulären Aufenthaltsstatus manifestieren sich diese Barrieren deutlich. Obwohl ihnen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 1 Abs. 1 AsylbLG) gewisse Sozialleistungen zustehen, ist ihre Möglichkeit, auf reguläre Gesundheitsleistungen zuzugreifen, stark eingeschränkt. Ein wesentlicher Grund dafür ist Paragraph 87 des Aufenthaltsgesetzes, der die Übermittlungspflicht regelt: Öffentliche Stellen, einschließlich der Sozialämter, sind verpflichtet, der Ausländerbehörde zu melden, wenn bei ihnen Menschen ohne rechtmäßigen Aufenthalt vorstellig werden. Diese Meldepflicht erzeugt bei Menschen in prekären aufenthaltsrechtlichen Lagen eine erhebliche Hemmschwelle, notwendige medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Von der Meldepflicht ausgenommen sind Notfallbehandlungen im Krankenhaus aufgrund des „Not-
helferparagraphen“ (§ 6a AsylbLG) und der ärztlichen Schweigepflicht. Dennoch gestaltet sich auch der Zugang zu Notfallbehandlungen schwierig. In der Praxis kommt es vor, dass Sozialämter Anträge auf Kostenübernahme für Notfallbehandlungen ablehnen, was wiederum dazu führt, dass Krankenhäuser die notwendige und planbare Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten ohne klare Kostendeckung ablehnen.

Angst oder Unkenntnis hält davon ab, Rechte in Anspruch zu nehmen

Drittstaatsangehörige, die in einem anderen EU-Land einen legalen Aufenthaltsstatus haben, sind in Deutschland mit eingeschränkten Ansprüchen auf soziale Leistungen und Gesundheitsversorgung konfrontiert. Asylbewerberinnen und Asylbewerber in den ersten 36 Monaten sowie Personen in Duldung sind nur begrenzt krankenversichert, hauptsächlich bei akuten Schmerzen und Erkrankungen, Schwangerschaft und Geburt. Das Antragsprozedere ist in diesen Fällen komplex. Die Ausstellung eines Krankenbehandlungsscheins kann mehrere Wochen in Anspruch nehmen.

Aufgrund langwieriger administrativer Prozesse und Auflagen entstehen auch bei frisch aus der Haft Entlassenen oft Versorgungslücken.

Ebenfalls mit Barrieren konfrontiert sind EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die nicht in einem sozialversicherungspflichtigen

Arbeitsverhältnis stehen und in finanzieller Armut leben. Seit der Novellierung des Sozialgesetzbuches 2016 und der Einführung des „Gesetzes zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeit-suchende“ sind sie von wesentlichen Leistungen nach dem SGB Zwölf und damit von einem Zugang zum Krankenversicherungssystem ausgeschlossen. Beantragen Unionsbürgerinnen und Unionsbürger Sozialleistungen, kann dies zu einer Einschränkung des Freizügigkeitsrechts führen, was viele aus Angst oder Unkenntnis davon abhält, ihre Rechte in Anspruch zu nehmen.

Ein Sechstel der wohnungslosen Menschen ist nicht krankenversichert

Wohnungslosigkeit stellt eine weitere wesentliche Hürde dar. Ein erheblicher Teil der wohnungslosen Menschen verfügt über keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz. Nach dem Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe waren im Jahr 2021 etwa ein Sechstel der wohnungslosen Menschen nicht krankenversichert.

Foto: Adobe Stock/MV Productions



Ferner befinden sich auch Menschen, die nicht in der Lage sind, ihre Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen, in einer prekären Situation in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung. In der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung kann die Nichtzahlung von Beiträgen zu einem eingeschränkten Leistungsanspruch führen. Privatversicherte sind dann im Notlagentarif versichert und bei gesetzlich Versicherten ruhen die Leistungen. Im Jahr 2021 galt der Notlagentarif für rund 83.500 PKV-Versicherte. 2022 ruhten die Leistungen bei rund 700.000 GKV-Versicherten, die sich laut Gesetz nur noch bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen behandeln lassen können.

Die Gesamtzahl der Menschen, die in Deutschland von einem regulären Zugang zum Gesundheitssystem ausgeschlossen sind, wird auf mehr als eine Million geschätzt.

Größte Teil der Anlaufstellen für Gesundheitsleistungen ist freifinanziert

Gegen die bestehenden Zugangsbarrieren setzen sich viele zivilgesellschaftliche Organisationen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände und Aktivistinnen und Aktivisten ein. Bundesweit gibt es mehr als 140 Anlaufstellen, die Menschen ohne ausreichenden Versicherungsschutz einen kostenlosen und niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglichen.

Diese Einrichtungen unterscheiden sich in ihrem Angebotspektrum, der Art der Leistungserbringung, der Organisationsstruktur, den Finanzierungsmodellen und dem politischen Selbstverständnis. Nur ein kleiner Teil der Angebote wird direkt von Kommunen bereitgestellt, wobei die Kooperation zwischen zivilgesellschaftlichen Organisationen und kommunalen Ämtern zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Wie ist die Lage in Rheinland-Pfalz?

Die zivilgesellschaftlichen Akteure in Rheinland-Pfalz gehen für ihr Bundesland von 20.000 Betroffenen aus, die keinen oder nur einen eingeschränkten Versicherungsschutz haben. Dieser Wert spiegelt die bundesweite Schätzung realistisch wider. Durch das oben genannte Forschungsprojekt

wurden in Rheinland-Pfalz acht Einrichtungen identifiziert, die diese Betroffenen betreuen. Eine davon ist die sogenannte Clearingstelle, eine Anlaufstelle für Menschen ohne Krankenversicherung mit jeweils fünf Beraterinnen und Beratern an unterschiedlichen Standorten, die im Einzelfall prüfen, ob nicht doch ein Zugang zur Regelversicherung möglich sein könnte.

Zudem haben Städte in Rheinland-Pfalz mit einer Bevölkerungszahl von über 80.000 mindestens eine Einrichtung, die unmittelbar Gesundheitsleistungen für die prekären Zielgruppen anbietet. Zwei sind es in Mainz, jeweils eine in Koblenz, Kaiserslautern, Ludwigshafen, Worms und Trier. In kleineren Städten, darunter auch solche mit einer Bevölkerung von mehr als 50.000 wie Neuwied, Neustadt an der Weinstraße, Bad Kreuznach und Speyer, fehlen Angebote dieser Art.

Einrichtungen bieten nicht nur medizinische Vermittlung

Zwei dieser Einrichtungen – eine seit 2006 in Mainz und eine seit 2016 in Koblenz – sind Teil des Medinetz-Netzwerkes, das bundesweit an 40 Standorten vertreten ist. Diese Netzwerke bieten anonyme und kostenlose medizinische Vermittlung für Menschen in prekären aufenthaltsrechtlichen Lagen und Menschen ohne Krankenversicherung. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vermitteln Patientinnen und Patienten an Arztpraxen, Hebammen und bei Bedarf an Kliniken. Die von sozialen Bewegungen getragenen Medinetze haben den Anspruch, mehr als nur praktische Hilfe zu leisten. Sie positionieren sich explizit als politische Akteure, die sich mit den Betroffenen solidarisieren und sich gegen die Ausgrenzung aus der regulären Gesundheitsversorgung einsetzen.

Fünf weitere Einrichtungen in Rheinland-Pfalz bieten überwiegend offene Sprechstunden bei ehrenamtlich tätigen Ärztinnen und Ärzten an. Bei spezialisiertem Behandlungsbedarf werden die Patientinnen und Patienten an Fachärztinnen und Fachärzte verwiesen, die entweder kostenlos, auf Spendenbasis oder zu einem einfachen Satz gemäß der Gebührenordnung behandeln.

Der Street Doc in Ludwigshafen bietet wöchentlich kostenlose Sprechstunden und zahnärztliche Behandlung an drei Standorten sowie soziale Beratung an. Die Pflasterstube in Kaiserslautern hat den Fokus auf die Versorgung wohnungsloser Menschen einschließlich derer ohne Krankenversicherung gelegt. Auch der Gesundheitsladen in Worms bietet wöchentliche Sprechstunden für Menschen ohne Krankenversicherung an. Das karitative Projekt Ärztliche Ambulanz in der Villa St. Vinzenz am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier bietet eine medizinische Erstversorgung für wohnungslose Menschen an.

Der Verein Armut und Gesundheit in Deutschland, der mit zwei Angeboten in Mainz aktiv ist, ist eine bedeutende Einrichtung in Rheinland-Pfalz. Sie ist die einzige Einrichtung in Rheinland-Pfalz, in der neben ehrenamtlichen auch fest angestellte Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal arbeiten. Das Arztmobil sucht wohnungslose Menschen in Mainz und Umgebung auf und bietet niedrigschwellige ambulante medizinische Behandlung. Die Medizinische Ambulanz ohne Grenzen stellt kostenlose stationäre fachärztliche Behandlung zur Verfügung. Die Sprechstunden richten sich an Menschen in prekären Lebenslagen.

2023: Sieben rheinland-pfälzische Hilfeeinrichtungen leisten etwa 5000 Behandlungen

Diese sieben Einrichtungen leisten ihre Dienste größtenteils auf Basis von ehrenamtlicher Arbeit und Spenden, teilweise sind es auch Eigenmittel. Nur zwei Einrichtungen erhalten in geringem Umfang staatliche Unterstützung. Die anderen fünf nehmen keine öffentliche Förderungen in Anspruch. Allesamt arbeiten sie eng mit kirchlichen, karitativen und/oder sozialen Bewegungen zusammen und schaffen ein paralleles Versorgungssystem mit anonymer Beratung und Basisversorgung für Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz.

Nach Angaben der Einrichtungen wurden im Jahr 2023 rund 5000 Behandlungen für etwa 1800 Patientinnen und Patienten durchgeführt. Dabei ist die Bandbreite groß. Während eine Einrichtung im Jahr 2023 insgesamt 37 Menschen unterstützen konnte, wurden in einer anderen im selben Jahr 526 Menschen behandelt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen zeichnen sich durch ein starkes Bewusstsein bezüglich der Lebensrealität von Menschen ohne Krankenversicherung aus. Um Zugangsbarrieren möglichst gering zu halten und Ängste bei den Patientinnen und Patienten abzubauen, werden durchwegs offene Sprechstunden angeboten, in denen die Behandlung vertraulich stattfinden kann. Um möglichst adäquat auf den Behandlungsbedarf der Betroffenen reagieren zu können, findet ein reger Austausch zwischen den lokalen Anlaufstellen statt. Kooperationen mit einem breiteren Netzwerk von Fachärztinnen und Fachärzten, Krankenhäusern, Laboren, Therapieeinrichtungen und Apotheken sind dabei von großer Bedeutung. Auch die Entwicklung gemeinsamer politischer Strategien ist ein wichtiges Mittel, um Lösungen zu erarbeiten und durch Öffentlichkeits- und Bündnisarbeit auf Landes- und Bundesebene strukturelle Veränderungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung benachteiligter Gruppen zu bewirken.



Illustration: Adobe Stock/Genestro

Finanzierung langfristiger oder kostenintensiver Behandlungen bleibt schwierig

Allerdings stoßen die genannten Hilfsangebote schnell an Grenzen, zum Beispiel bei stationärem Behandlungsbedarf, Dauermedikation bei chronischen oder psychiatrischen Erkrankungen, erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen oder Pflegebedürftigkeit. Nicht alle Anlaufstellen können nachhaltige Lösungen anbieten. Angesichts der Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Arbeit ist die Finanzierung langfristiger oder kostenintensiver Behandlungen umso schwieriger. Zudem erfordern Spendenakquise und Netzwerkpflege einen hohen und kontinuierlichen Koordinationsaufwand. Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten aus den betroffenen Gruppen häufig erst Hilfe suchen, wenn ihre Krankheit bereits weit fortgeschritten ist. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sich dieser strukturellen Problematiken ihres Engagements bewusst und betonen die Wichtigkeit nachhaltiger Strukturen.

Die von der Landesregierung in Rheinland-Pfalz unterstützte Clearingstelle bietet einen Ansatz zur Lösung dieser Problematik. Neben der Anlaufstelle in Mainz gibt es weitere Standorte in Koblenz, Ludwigshafen, Worms und Kaiserslautern. An diesen Standorten wird durch Beratung die gesundheitliche, soziale und rechtliche Situation der Ratsuchenden verbessert mit dem Ziel, bestehende Ansprüche auf Krankenversicherung und soziale Leistungen zu realisieren und eine Integration in das reguläre Gesundheitssystem zu erreichen. In den vergangenen fünf Jahren haben sich rund 1.500 Menschen an die Clearingstelle Rheinland-Pfalz gewandt, von denen circa 60 Prozent wieder in die Krankenversicherung integriert werden konnten. Häufig arbeiten die Clearingstellen mit den oben beschriebenen Einrichtungen eng zusammen. Da es bisher keinen von der Landesregierung geforderten Behandlungsfonds gibt, ist diese Zusammenarbeit unerlässlich, um kurzfristige Lösungen für akute Krankheitsfälle zu finden.

Literatur beim Autor



Prof. Dr. habil. Ilker Ataç
Politologe,
FB Sozialwesen,
Hochschule Fulda

Foto: Andreas Schlote

Migrantenmedizin: Kulturelle Vielfalt und Kommunikation

In unserer kulturell vielfältigen Gesellschaft erfordert die medizinische Versorgung nicht nur sprachliche und kommunikative Fähigkeiten, sondern auch ein tiefes Verständnis für die soziokulturellen und religiösen Vorstellungen von Migrantinnen und Migranten. Strukturelle Veränderungen, ein effizienterer Ressourceneinsatz sowie die stärkere Einbindung von Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund sind notwendig, um transkulturelle Kompetenzen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zu etablieren. Eine geschulte und kultursensible Kommunikation in der Migrantenmedizin kann die Autonomie der Patientinnen und Patienten fördern, Fehler reduzieren und Kosten senken.

Menschen mit Migrationshintergrund bringen häufig ein anderes Verständnis von Krankheit mit, haben andere Erwartungen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und benötigen teilweise unterschiedliche Dosierungen von Medikamenten. Hinzu kommen häufige Antibiotika-Resistenzen und eine andere regionale Verbreitung von Erkrankungen. Diese Faktoren im Hinterkopf zu behalten, kann „Überdiagnostik“ und „Übertherapie“ minimieren und somit Zeit und Ressourcen schonen. Dabei sollte jedoch stets berücksichtigt werden, dass es nicht „die eine Kultur“ gibt; jede Patientin und jeder Patient muss als individuelle Person mit eigenen Besonderheiten behandelt werden. Die genannten Beispiele sollen als Denkanstöße für ein differenziertes ärztliches Handeln dienen. Eine kultursensible Sprache und Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung verleihen uns die Sicherheit, Menschen fachlich kompetent zu helfen.



Foto: Adobe Stock/AlGen generiert mit KI

Gesundheitssysteme sind unterschiedlich

Flüchtlinge und Menschen mit Migrationshintergrund hatten in ihren Herkunftsländern oft nur eingeschränkten Zugang zu Gesundheitssystemen, insbesondere in der Unterschicht und der unteren Mittelschicht. Präventive Maßnahmen waren meist kaum verfügbar. Wenn es überhaupt zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem kam, war dieser häufig von kurzer Dauer und konzentrierte sich auf das Wesentliche – Vorschriften, Medikamente und Infusionen. Aufklärung, Nachsorge, ambulante und stationäre Terminorganisation sowie Erfahrung im Umgang mit chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus waren oft nicht vorhanden. Einige Menschen aus abgelegenen Regionen sehen in Deutschland möglicherweise zum ersten Mal in ihrem Leben einen Arzt.

Diese Umstände führen oft zu einem hohen Respekt vor Ärztinnen und Ärzten, verbunden mit einem teilweise passiven Verhalten der Patientinnen und Patienten. Eine vorausgehende Patientenschulung durch die Krankenkassen wäre hier sinnvoll und könnte langfristig Kosten sparen. Unterschiedliche Erwartungen und ein anderes Krankheitsverständnis verursachen zusätzliche Kosten, wenn sie in der medizinischen Versorgung nicht richtig berücksichtigt werden.

„Alles tut weh“: Ein anderes Verständnis von Krankheit

Menschen mit Migrationshintergrund haben oft ein anderes Verständnis von Krankheit und suchen deshalb häufiger die Notfallmedizin auf, da sie akuten Schmerz als Bedrohung wahrnehmen. Zudem neigen sie bei psychischer Belastung oft zu somati-



schen Beschwerden. In verschiedenen Kulturen werden sozialpsychologische Konflikte und Belastungen in unterschiedlichen Organen verortet, was die Diagnostik erschweren kann. So ist im Iran die Leber das Organ, das bei Stress, Trauer oder Verlust „brennt“. Die amerikanische Medizinjaurnalistin Lynn Payer stellte fest, dass Deutsche im Vergleich zu Briten und Franzosen vier- bis sechsmal häufiger Herzmedikamente verschrieben bekommen, da sie ihre Trauer im Herzen tragen – dem Ort der Liebe. Freud und Leid, Trauer, Partnerverlust und Einsamkeit können Angina pectoris-ähnliche Beschwerden hervorrufen. Hier ist weitere kulturübergreifende Forschung notwendig.

In kollektivistischen Familiengesellschaften betrachten Menschen ihren Körper ganzheitlich („alles tut weh“), was die Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung erschwert. Sie fühlen sich krank und erwarten Zuwendung und Fürsorge von der Familie und den Ärztinnen und Ärzten. Nicht selten werden Infusionen, Schmerzmittel und Antibiotika erwartet, selbst bei leichten Erkältungen. Nach einer Untersuchung und einem aufklärenden Gespräch fragen sie häufig nach Medikamenten. Ärztinnen und Ärzte sollten deshalb stets untersuchen und beruhigen: „Ihre Vitalparameter, Herz und Lungen sind gesund. Ein Medikament würde Ihnen in dieser Situation eher schaden. Lieber inhalieren und einen Kräutertee mit Honig trinken, um Nebenwirkungen zu vermeiden.“ Nach einem empathischen Gespräch ist die Erwartungshaltung oft geringer.

Während der Krankheitsphase wird der Patient oder die Patientin oft von Familienmitgliedern und Freunden besucht. In der deutschen Kultur zieht man sich als Kranker eher zurück, um Ruhe zu finden. Die Betonung auf das Leiden ist auch der Wunsch, ernstgenommen zu werden und Unterstützung zu erhalten, da in den Herkunftsländern oft die Versorgungsstrukturen und finanziellen Mittel fehlen. Deshalb sollte jede Patientin und jeder Patient ernstgenom-



Illustration: Adobe Stock/melita

men, untersucht und die positiven Befunde sowie vorhandenen Ressourcen wie Nichtrauchen oder wenig Alkoholkonsum positiv kommuniziert werden.

Regionale Häufigkeiten von Erkrankungen

Das Wissen über regionale Häufigkeiten von Erkrankungen kann helfen, schneller zu einer Diagnose zu gelangen. Beispielsweise kann Laktosetoleranz, die bei jüngeren Menschen aus dem Mittelmeerraum häufiger vorkommt (70 Prozent im Vergleich zu 13-14 Prozent in Deutschland), typische Beschwerden verursachen, die zu Überdiagnostik wie einer Gastroskopie führen können. Weitere Beispiele sind Mittelmeerfieber, Thalassämie minor in Asien und Zentralafrika, Glaukom in Zentralafrika oder Hüftdysplasien bei Kindern aus der Türkei aufgrund bestimmter Wickeltechniken. Bei beschnittenen Frauen können Spätfolgen wie wiederkehrende Harnwegsinfektionen und Schmerzen auftreten.

Muslime in der Versorgung

Bei muslimischen Patientinnen und Patienten, die nach den „fünf Säulen“ des Islams leben, ist das jährliche Fasten zu beachten. Besondere Vorsicht ist bei bestimmten Erkrankungen und Situationen geboten, wie bei Gastritis, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Schwangerschaft, Reisen, älteren Menschen und Kindern. Gemäß ihrem Glauben dürfen sie weder sich selbst noch anderen schaden, ähnlich wie beim Verzicht auf Alkohol und Drogen.

Manchmal äußern muslimische Patientinnen und Patienten den Wunsch, nur von einem Mann oder einer Frau behandelt zu werden. Dies lässt sich oft durch ein kurzes Gespräch klären, etwa mit dem Hinweis, dass das Personal knapp bemessen ist.

Beziehungsaufbau als Grundlage für kultursensible Kommunikation

Für ein erfolgreiches Arzt-Patienten-Gespräch ist eine vertrauensvolle Beziehungsebene entscheidend. Ein Beispiel aus der Praxis: Begrüßen Sie den Patienten freundlich und bitten Sie ihn, Platz zu nehmen (zwei Worte in der Muttersprache des Patienten können die Atmosphäre auflockern und Vertrauen schaffen). Stellen Sie Blickkontakt her und stellen Sie eine geschlossene Frage, wie zum Beispiel: „Geht es der Familie gut?“ Zeigen Sie Verständnis und Mitgefühl; es geht zunächst nicht um Pathologie oder Medizin, sondern um die Wahrnehmung des Menschen. Auf dieser positiven Beziehungsebene kann das Gespräch auf die Sachebene übergehen. Fragen Sie den Patienten: „Was ist heute Ihr Hauptanliegen?“ Lassen Sie den Patienten drei Minuten lang erzählen und zeigen Sie Verständnis. Erfassen Sie, worum es geht: Körper, Psyche, beides, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder etwas anderes? Geben Sie dann den Ablauf der Sitzung vor, untersuchen Sie den Patienten je nach Verdachtsdiagnose kurz und erläutern Sie den nächsten Schritt. Verabschieden Sie sich verbal freundlich. Studien haben gezeigt, dass eine empathische Sprache nicht

ZUR PERSON

Im Jahr 1978 verließ Dr. agr. Dr. med. Rahim Schmidt den Iran, um in Deutschland zu studieren. Seit 2020 arbeitet er als Facharzt für Allgemeinmedizin und Stellvertretender Leiter bei Allgemeinarztpraxis am Campus im Universitätsklinikum Mainz. Er lehrt als Dozent an Universitätsklinik in Marburg. Auch politisch war Schmidt aktiv: Zwischen 2011 und 2016 war er Mitglied des rheinland-pfälzischen Landtags – als erster Landtagsabgeordneter mit Migrationshintergrund in Rheinland-Pfalz. Dort war er als Gesundheits- und Forschungspolitischer Sprecher, Obmann für Medizin im Sozialausschuss und Initiator der Gründung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz als erstes Bundesland in Deutschland. In seinem Buch „Interkulturelle Medizin, Kommunikation und Transkulturelle Kompetenz“ regt er zum Nachdenken über Vorurteile und Werte an und zeigt auf, wie Sprache und Kommunikation bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund professionell eingesetzt werden können. Bundesweit bietet er für das Thema als Experte Vorträge und Seminar an.

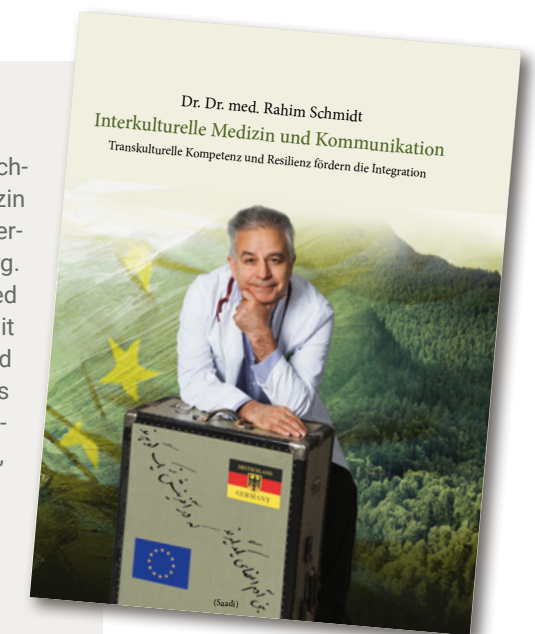


Foto: Thomas Böhm

nur die Motivation, das Vertrauen und die Compliance fördert, sondern auch Fehler und Kosten senken kann.

Kommunikationsschwierigkeiten überwinden

Unzureichende Kommunikation sowie zunehmende Sprachbarrieren (auch bei Hygienepersonal im Krankenhaus) gefährden die Patientensicherheit. Patientenkommunikation und Patientensicherheit sind eng miteinander verknüpft und bilden das Fundament für Qualitätsmanagement und Arzneimittelsicherheit in der medizinischen Versorgung. Nicht nur die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten, sondern auch die Kommunikation innerhalb des Teams ist wichtig. Häufige Fehler treten oft bei Übergängen auf, wie zum Beispiel bei Entlassungen, die sich auf die anschließende ambulante Medikation und die weitere Versorgung auswirken.

Kommunikation in der Migrantenmedizin ist eine Übersetzungsarbeit, die Zeit und Geduld erfordert – eine Herausforderung, der sich unsere Kolleginnen und Kollegen sowie das medizinische Personal jeden Tag mit großer Leidenschaft und Engagement stellen.

Gespräche und menschliche Beziehungen können wie Medizin wirken und sind ein Dialog zwischen unterschiedlichen kulturellen Perspektiven.

Die Sprache ist oft zweideutig, indirekt, verallgemeinernd und in Form von Anekdoten, was die Anamnese erschweren kann. Damit möchte der Patient eine direkte Ablehnung vermeiden. Auch unter ärztlichen Kollegen mit Migrationshintergrund ist eine direkte Kritik Tabu. Für eine erfolgreiche Weiterentwicklung sollte an erster Stelle eine beziehungsfördernde Intervention stehen, dann die Kritik unter vier Augen.

Bei Sprachbarrieren, die über das kulturelle Verständnis hinausgehen (wenn der Patient weder Deutsch noch Englisch spricht), ist der Einsatz eines Dolmetschers zu empfehlen. Sprachbarrieren sind eine tägliche Herausforderung in der medizinischen Versorgung, insbesondere bei Anamnese und Aufklärung (es gibt jedoch Formulare in verschiedenen Sprachen). Diese Herausforderungen betreffen die Sicherheit, rechtliche und ethische Aspekte sowie den Datenschutz. Unterstützung bieten Angehörige, ein mehrsprachiges Team, professionelle Dolmetscher und technische Hilfsmittel. Im Verein

Armut und Gesundheit in Deutschland arbeiten wir mit dem Anbieter Triaphon zusammen.

Was kann uns praktisch entlasten und was brauchen wir?

Neben strukturellen Veränderungen, wie der Einrichtung eines Instituts für Migrantenmedizin, sollten flächendeckende Patientenschulungen durch Krankenkassen, Gesundheitsbildung, Informationen über die Funktion von Versorgungssystemen sowie Flyer in Praxen, Krankenhäusern und Notaufnahmen gefördert werden. Diese Materialien sollten Hinweise geben wie: Geduld haben, Respekt zeigen, nur einen Übersetzer mitbringen, sich auf Dringlichkeit einstellen, auf Rückfragen verzichten, Bescheid geben, wenn der falsche Name aufgerufen wird, Handhygiene beachten und die Entlassung organisieren. Patientinnen und Patienten sollten sich auf das Arztgespräch vorbereiten und Befunde mitbringen.

Literatur beim Autor

Dr. agr. Dr. med. Rahim Schmidt
Zweiter Vorsitzender Verein
„Armut und Gesundheit in Deutschland“
Botschafter der Stiftung „Lebensspur“
Kontakt: rahim.schmidt@gmx.de

Reden ist Silber, Sprachmittlung ist Gold



Illustrationen: Adobe Stock/Max

Längst gehört die Versorgung von Menschen, die gar kein oder (noch) nicht ausreichend Deutsch verstehen beziehungsweise sprechen zum Alltag, ob im Öffentlichen Gesundheitsdienst, bei Niedergelassenen oder im Krankenhaus. Die Notwendigkeit von funktionierender Kommunikation mit Patienten liegt auf der Hand, um eine fundierte Anamnese durchführen, Ein-/Verständnis sichern, Ängsten und Sorgen begegnen, Präventionsangebote machen und Therapiemöglichkeiten erklären zu können. Aber wie lassen sich beide Aspekte kombinieren? Wie funktioniert „shared decision making“, wenn man keine Sprache miteinander teilt?

Es gibt viele unterschiedliche Optionen, wie man versuchen kann, miteinander zu kommunizieren, wenn man keine gemeinsame Sprache hat: gebrochenes Deutsch, mit Einsprengeln einer vor langer Zeit oder im Urlaub erlernten Sprache, mit Händen und Füßen. Durch Abziehen überlasteter MFA, Pflegekräfte oder anderer Angestellten mit (vermuteten) Sprachkenntnissen gegebenenfalls aufgrund von eigener Migrationserfahrung. Über Angehörige der Patienten. Oder andere, die zufällig im Wartezimmer sitzen und plötzlich dolmetschen sollen. Am Ende bleiben Fragezeichen. Vielleicht ein komisches Bauchgefühl. Vielleicht auch Ohnmacht, Wut, Verzweiflung. Und der Blick auf die Uhr und das Budget. Sicher ist nur, dass die Versorgung qualitativ eine andere – und effizientere – wäre, hätte man sich doch nur verständigen können.

Dabei könnte es eigentlich einfach sein: Bei der Online-Terminbuchung gibt es ein Feld zum Ankreuzen „Dolmetscher erforderlich“, daneben ein Dropdown-Menü zur Sprachauswahl, und automatisch werden längere Zeitslots zur Auswahl angeboten (dolmetschgestützte Gespräche dauern im Schnitt dreimal so lange wie einsprachige). Die Sprache der Patienten ist auch auf der Gesundheitskarte hinterlegt, falls es dringender ist. Aus einer Datenbank werden qualifizierte Dolmetscher angefragt, die als zertifizierte Leistungserbringer ein Institutionskennzeichen haben. Sollte für eine seltene Sprache niemand in der Nähe verfügbar sein oder es sich um einen Notfall handeln, nehmen diese Dolmetscher über eine Online-Videoverbindung an dem Gespräch beziehungsweise der Untersuchung teil, wie bei der Telemedizin über eine sichere Leitung. Dies gilt auch bei „Anrufen“ in der Praxis – bei der Bitte um Akuttermine wird ja schon nach Dringlichkeit eingestuft, Symptombeschreibungen, aber auch Rezeptvorbestellungen müssen eindeutig sein. Solange der OPS-Code hinterlegt ist, rechnen die Dolmetscher direkt mit der Krankenkasse ab. Und mehr Zeit für das Gespräch wird auch vergütet.

Warum es ein System zu qualifizierter Sprachmittlung im Gesundheitswesen braucht

Fantasterei? So und so ähnlich gibt es das bereits – in eigentlich allen „klassischen“ Einwanderungsländern, auch in solchen mit Englisch als Amtssprache. Und in Deutschland gibt es für eine Gruppe von Dolmetschern auch schon ein längst erprobtes und eingespieltes System, nämlich für diejenigen, die mit deutscher Gebärdensprache arbeiten. Für andere Gebärdensprachen gibt es keinen Rechtsanspruch, und daher auch kein System zur Zulassung, Beauftragung, Abrechnung und Qualitätssicherung von Dolmetschern und Übersetzern. Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag Abhilfe versprochen, denn in der Zwischenzeit ist ein Flickenteppich an Notkonstrukten entstanden, mal kommunal, mal durch EU-geförderte NGO-Projekte, finanziert mit zu prekären Bedingungen tätigen Mitarbeitern. Die Dolmetscher mit unterschiedlichsten Bezeichnungen – von Lotsen über MiMis (Mit Migranten für Migranten) bis zu Kulturmittlern – fast immer ohne fundierte Dolmetschausbildung oder auch nur nachgewiesene Sprachkenntnisse, aber ohnehin ehrenamtlich oder zu „Dumpinghonoraren“, die auch keinen Anreiz für Qualifizierung bieten. In Krankenhäusern manchmal auch über bezahlte Dienstleister, mehr oder weniger qualitativ gesichert, abgezweigt aus unterschiedlichen Töpfen, vielleicht nur für ausgewählte Stationen. Wo bleibt da die sonst selbstverständliche Qualitätssicherung?

Viele Studien, meist aus anderen Ländern, zeigen eine entsprechende Evidenz für die Notwendigkeit der Kostenübernahme für qualifizierte Sprachmittlung. In diesen Studien aus vielen medizinischen Disziplinen, aus der Psychologie, Soziologie und der Translationswissenschaft sind unterschiedlichste Aspekte untersucht worden: Auswirkungen auf Patienten, Schwangere und Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte, aber auch auf Infrastruktur und Kosten für das Gesundheitswesen. Eine Auswahl: Wenn die Kommunikation nicht richtig funktioniert, beginnen die Schwierigkeiten bei



der Anamnese, die auch durch vermehrte Bildgebung teurer wird. Entsprechend stimmt die Diagnose nicht immer, in der Folge kommt es zu Unter-/Über-/Fehlbehandlung und -medikation, Drehtüreffekten und Arzthopping (wieder Zeit, Labor und Bildgebung). Auch werden Präventionsangebote von Zugewanderten seltener angenommen. Das Ergebnis ist also eine schlechtere Versorgung bei höheren Kosten. Es kommt häufiger zu Notfällen, gleichzeitig werden Notaufnahmen häufiger bei Bagatellen aufgesucht – denn dort ist die Wahrscheinlichkeit höher, von jemandem (sic!) verstanden zu werden. Patientensteuerung sieht anders aus. Und dass zudem Sorgen, Ängste und auch Diskriminierung Heilung verzögern oder verhindern, ist belegt.

Warum Kommunikation mit medizinischen Fachkräften von Experten gedolmetscht werden muss

Bei medizinischen Gesprächen – sei es mit Ärzten, Therapeuten oder Pflegekräften – handelt es sich immer um Fachgespräche. Auch wenn patientengerecht formuliert wird, sind die Zusammenhänge komplex, es fallen auch Fachbegriffe. Also müssen für eine fachlich fundierte, empathische und rechtssichere Kommunikation auch Experten für die Verdolmetschung beauftragt werden, die fachlich und fachsprachlich so ausgebildet sind, dass sie ohne Ergänzung oder Auslassung und ohne inhaltliche Veränderung, aber dennoch verständlich von einer Sprache in eine andere übertragen können. Dazu braucht es neben Sprach-, Kultur- und Fachkompetenz auch Dolmetschkompetenz, -strategien und -techniken.

Dolmetschlaien – und dazu zählen auch Angehörige der Gesundheitsberufe – dolmetschen un-/bewusst nicht alles oder verzerrt: Um den Patienten zu schonen; weil sie etwas für nicht relevant halten; weil für sie Wissensbestände selbstverständlich sind. Auch entstehen Fehler, weil sie selbst nicht alles richtig verstehen beziehungsweise in der anderen Sprache ausdrücken können: So wird aus dem Oberbauch der Magen oder aus der Gebärmutter der Bauch. Tabus und Scham spielen natürlich ebenso eine Rolle. Wer nimmt freiwillig den Nachbarn mit zur Darmkrebsvorsorge? Gespräche über Körper, Gesundheit und Krankheit, Herangehensweise wie patientenzentrierte Medizin, Prozesse, Strukturen und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen sind sprach-, wissens- beziehungsweise kulturgebunden. Es gibt keine sprachliche Äußerung ohne kulturelle Einbettung. Angehörige sind zusätzlich schnell emotional betroffen: Es geht nicht um einen Patienten oder um einen Diabetesfall, es geht um den Bekannten oder die Mutter. Wenn minderjährige

Kinder dolmetschen müssen, gilt dies in verschärfter Form. Abgesehen von dem Verstoß gegen die UN-Kinderrechtskonvention besteht das Risiko nachhaltender Belastung. Zusätzlich werden manche Inhalte mit Rücksicht auf das Kind nicht gefragt oder nicht ausgesprochen – die Kommunikation funktioniert noch weniger.

Warum die aktuelle Situation unbedingt einer Veränderung bedarf

Dolmetschen und Übersetzen sind zwar auch freie Berufe, allerdings in keiner Weise geschützt – jeder kann sich einfach Dolmetscher für eine Sprache der Wahl nennen. In einem auf Qualität und Sicherheit fokussierten Gesundheitswesen braucht es also auch Qualitätsnachweise und -sicherung beim Dolmetschen.

Gründe, warum Patienten nicht (ausreichend) Deutsch für ein Gespräch in Praxis oder Krankenhaus beherrschen, gibt es viele: Der Aufenthalt in Deutschland ist nur kurz oder der Patient lernt noch nicht oder erst seit relativ kurzer Zeit Deutsch. Oder lebt schon länger hier, kommuniziert in Alltag und Beruf auf Deutsch, aber eben nicht bei „neuen“ Themen- und damit Vokabelfeldern. Das Verständnis in einer Fremdsprache ist zudem bei mangelnder Konzentration erschwert – bei Stress bis zu emotionalen Ausnahmesituationen, wenn man selbst oder das eigene Kind krank ist. Und es gibt noch viele weitere Gründe.

Für viele war und ist die Nichtverständigung ein Problem der „anderen“. In den Fokus einer größeren Gruppe ist dieser strukturelle Mangel eigentlich erst um 2015 gerückt. Wenn nun wieder systematisch ausländische Arbeits- und Fachkräfte angeworben werden – klappt es dieses Mal besser als bei den sogenannten Gastarbeitern ab 1955?

Autorin



Foto: Eva Häberle

*Dipl.-Dolm. Elvira Iannone
Freiberufliche Dolmetscherin,
Dolmetschtrainerin und
Practisearcher
Politische Geschäftsführerin des
Bundesverbandes der Dolmet-
scher und Übersetzer e.V. (BDÜ)*

Website des BDÜ:
<https://bdue.de>

Medizinischer Untersuchungsumfang zum Aufnahmescreening bei Asylbewerbern

Was haben Auswirkungen der weltweiten Krisenherde, Konflikte und schwierige wirtschaftliche Situationen mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Rheinland-Pfalz zu tun? In der Charta der Grundrechte der EU ist die Verpflichtung verankert, Schutzbedürftigen zu helfen. Dieser Grundsatz wird in Deutschland umgesetzt durch die Zusicherung auf ein individuelles Asylrecht bei politisch Verfolgten. Innerhalb Deutschlands werden die Asylbegehrenden dann anhand spezieller Kriterien, zum Beispiel auch angelehnt an den Königsteiner Schlüssel, auf die Bundesländer verteilt. Hier findet sich dann im Zusammenhang mit Asylbegehrenden eine Rolle des ÖGD in RLP:

Alle Personen, die nach Beantragung eines Asylverfahrens perspektivisch in einer Gemeinschaftseinrichtung untergebracht werden sollen, durchlaufen grundsätzlich innerhalb von drei Tagen eine Screeninguntersuchung. In Rheinland-Pfalz finden normalerweise diese Untersuchungen historisch bedingt im Landkreis Trier-Saarburg (circa 80 Prozent aus RLP) und im Rhein-Pfalz-Kreis, hier vorwiegend in der

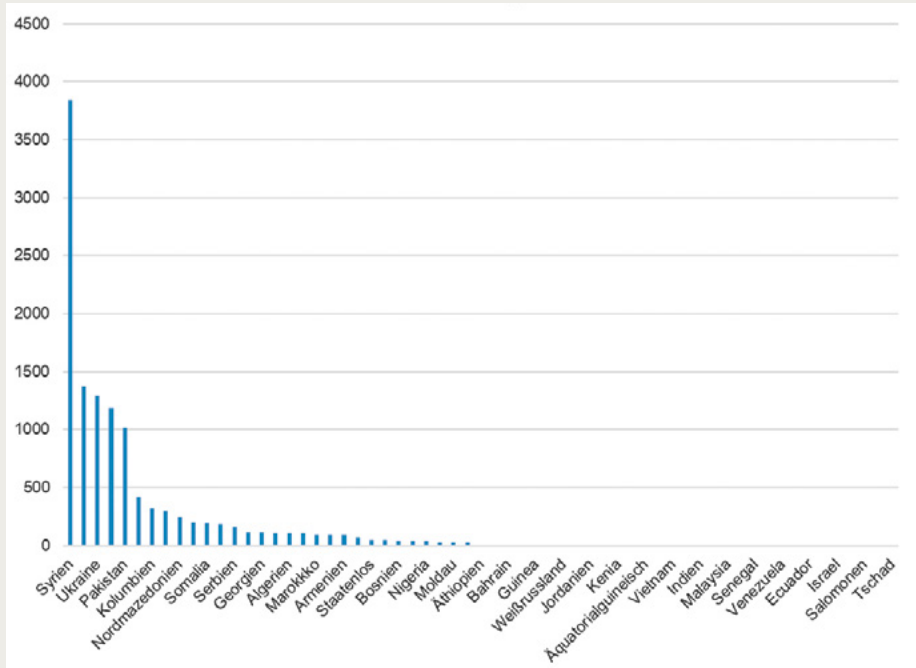
Stadt Speyer statt. Während der großen Flüchtlingswelle in den Jahren 2015/2016 haben die Kapazitäten in den beiden vorgenannten Landkreisen nicht ausgereicht, um die sehr hohe Anzahl Asylbegehrender entsprechend zu screenen. Hier wurde vorübergehend auf die Unterstützung in anderen Landkreisen zurückgegriffen. Der Fokus der medizinischen Diagnostik und des Screenings differiert je nach Personenkreis und Aufnahmesituation, zum Beispiel bei Unbegleiteten Minderjährigen Ausländern (UMAs) oder bei Schwangeren.

Im Gesundheitsamt Trier-Saarburg hat sich so ein langjährig bewährtes Konzept in Zusammenarbeit mit der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion und vielen weiteren Akteuren auf der Gesetzesgrundlage des Asylgesetzes, Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und weiterer Grundlagen etabliert. Die übergeordneten Ziele bestehen einerseits in der Umsetzung des IfSG zur Erkennung von ansteckenden Erkrankungen, zum Beispiel TBC und der Unterbrechung von Infektionsketten und andererseits individualmedizinisch in der Erkennung von akut-behandlungsbedürftigen Situationen.



Den Gesundheitspass bekommen die Asylbegehrenden in der AFA nach der Screening-Untersuchung ausgehändigt. Dort sind alle Ergebnisse dokumentiert.

Länderverteilung 2023



Quelle: Gesundheitsamt Trier-Saarburg

Erwachsene und Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr

Es wird unabhängig vom Herkunftsstaat und vom Fluchtweg ein Röntgen-Thorax angefertigt. Zudem findet eine Blutuntersuchung statt. Dabei steht ein Hepatitis-B-Infektions-Screening, die Titer-Bestimmung hinsichtlich des Masernschutzes und der Nachweis einer gegebenenfalls vorliegenden Lues-Infektion im Vordergrund. Zusätzlich bei Herkunft aus afrikanischen Ländern gehört das Screening des Varizellen-Schutzes dazu. Die Untersuchungen dieser impfpräventablen Erkrankungen dienen aus infektionshygienischer Sicht der besseren Einordnung bei Ausbrüchen in Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende (AFA).

Individualmedizinisch wird das weitere Impfmanagement der asylbegehrenden Personen erleichtert. Zusätzlich gibt es orientierende, körperliche Untersuchung, je nach Fluchtweg/Herkunftsland mit besonderem Augenmerk auf Vorhandensein von Ektoparasiten. Durch intensivierte Wundsurveillance und durchgeführte Wundabstriche konnten in den vergangenen Jahren mehrere Fälle von Hautdiphtherie identifiziert und entsprechende infektionshygienische Maßnahmen direkt eingeleitet werden. Bei Herkunftsländern mit Hochrisikoprävalenz Tuberkulose erfolgt zusätzlich zur Thorax-Aufnahme ein Interferon Gamma Release Assay (IGRA). Dieser erhöht den Screening-Erfolg hinsichtlich der Detektion einer aktiven, ansteckungsfähigen Lungentuberkulose.



Foto: Gesundheitsamt Trier-Saarburg

Es wird unabhängig vom Herkunftsstaat und vom Fluchtweg ein Röntgen-Thorax angefertigt.

Bei schwangeren Asylbegehrenden gilt das gleiche Vorgehen. Es wird allerdings keine Röntgen-Thorax Untersuchung gemacht, stattdessen ein IGRA.

Kinder zwischen dem sechsten und 16. Lebensjahr

Bei Kindern werden keine Röntgenaufnahmen und keine Blutuntersuchungen gemacht. Bei Herkunft aus Hochrisikoländern für TBC-Prävalenz wird stattdessen ein Tuberkulin-

Hauttest durchgeführt. Die Ablesung findet in den Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende statt. Falls Kontaktpersonen von Kindern als hochgradig verdächtig auf eine ansteckungsfähige Tuberkulose identifiziert werden, wird bei diesen Kindern ebenfalls ein Tuberkulin-Hauttest durchgeführt.

Kinder zwischen dem ersten und sechsten Lebensjahr

Auch bei Kleinkindern wird bei Kontakt zu engen Kontaktpersonen im familiären Umfeld mit Tuberkulose ein Tuberkulin-Hauttest durchgeführt.

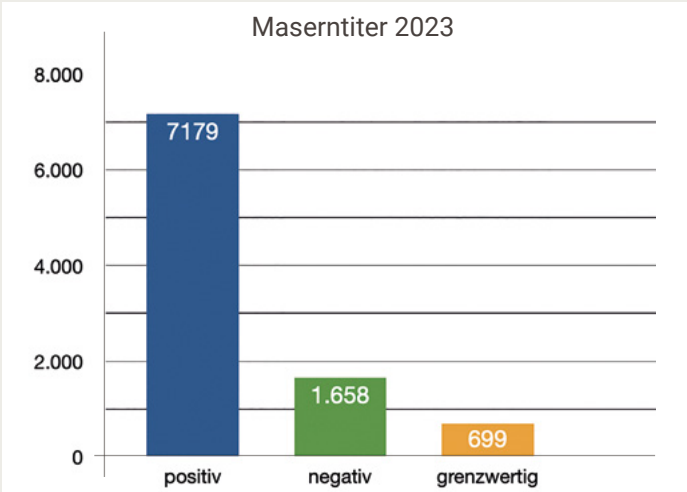
Aufgrund der im niedrigen dezimalen Prozentbereich liegenden pathologischen Befunde bei den Stuhluntersuchungen wurde auf ein Sentinel-Screening-Verfahren umgestellt. Aktuell läuft dieses Sentinel-Verfahren noch im Gesundheitsamt Trier-Saarburg.

Untersuchungsumfang bei Unbegleiteten Minderjährigen Ausländern (UMAs):

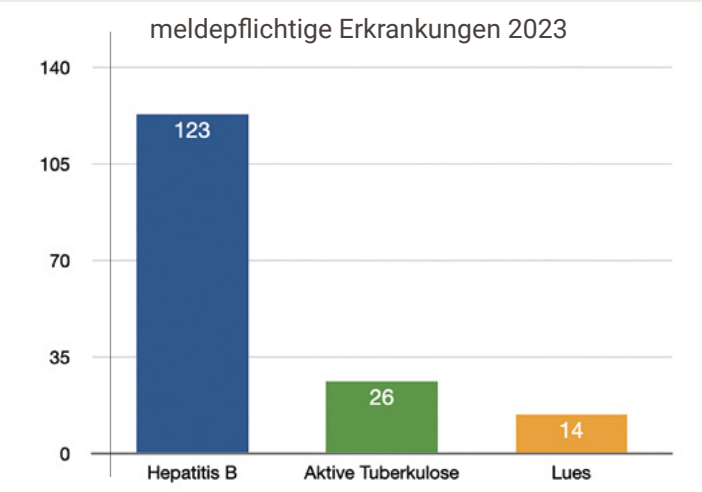
Die besonders schützenswerte Personengruppe der UMAs wird intensiver und umfassender betreut und untersucht mit dem Hintergrund, dass die Anamnese oft nicht durch begleitende Familienangehörige unterstützend ausgeführt werden kann und medizinisch erforderliche Diagnostik oder Therapien schnellstmöglich in Zusammenarbeit mit der betreuenden Jugendhilfe in die Wege geleitet werden können. Aufgrund dieser Konstellationen finden die Untersuchungen der UMAs auch immer in Begleitung der betreuenden Person der Jugendhilfe und eines muttersprachlichen Dolmetschers statt. So werden die Anliegen und Persönlichkeitsrechte der UMAs bestmöglich unterstützt.

Dazu gehört die ausführliche Anamneseerhebung. Falls sich hieraus bereits die Notwendigkeit weiterführender Diagnostik oder Therapien ergibt, wird diese seitens des Gesundheitsamtes in Rücksprache mit der Jugendhilfe in die Wege geleitet und entsprechende Informationen an die zukünftig betreuende medizinische Institution weitergegeben. Zusätzlich gibt es eine ausführliche, körperliche Untersuchung inklusive Wundscreenings und Untersuchung auf Vorhandensein von Ektoparasiten. Zusätzlich wird ein Seh- und Hörtest durchgeführt, um Beeinträchtigungen der Sinne frühzeitig herauszufiltern und die Teilhabe an der Gesellschaft zu gewährleisten.

Eine Blutuntersuchung wird wie oben beschrieben durchgeführt. Zusätzlich gibt es ein Stuhl- und Urinscreening. Bei allen UMAs gibt es ein Screening auf ansteckungsfähige Tuberkulose mittels IGRA. Bei über 15-Jährigen gibt es zusätzlich eine Röntgen-Thorax-Aufnahme. Vorhandene Impfdokumente werden kontrolliert und Empfehlungen zur Ergänzung ausgesprochen. Standard-Impfungen nach STIKO werden direkt im Gesundheitsamt durchgeführt. Weiterhin werden Impfeempfehlungen zur Vervollständigung von Immunisierungen dokumentiert und mitgegeben.



Quelle: Gesundheitsamt Trier-Saarburg



Vorgehensweise bei auffälligen Befunden

Beim Erstaufnahmescreening für Gemeinschaftsunterkünfte findet sich am häufigsten ein auffälliger Röntgen-Thorax Befund. Je nach Verdachtsdiagnose werden direkt im Gesundheitsamt erweiterte Laboruntersuchungen inklusive erster Sputum-Abnahme zur Tuberkulose-Diagnostik vorgenommen. Bei hochgradigem Verdacht auf eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose, zum Beispiel bei entsprechendem Befund und Herkunft aus einem Hochrisikoland, wird eine erweiterte Anamnese erhoben und eine stationäre Abklärung in einem der beiden Krankenhäuser der Maximalversorgung in der Stadt Trier in die Wege geleitet. Hier hat sich über die Jahre eine enge, gute und zielführende Zusammenarbeit etabliert, so dass die Versorgung der Patienten nahtlos an das Erstaufnahmescreening stattfinden kann. Auch während beziehungsweise nach der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt wird in Koordination mit der AFA, dem behandelnden Krankenhaus und der Fachstelle Asyl des Gesundheitsamtes die weitere Vorgehensweise festgelegt und überwacht. Andere abklärungsbedürftige Befunde werden der medizinischen Abteilung der AFA mitgeteilt und in enger Kommunikation die weitere Vorgehensweise abgestimmt. Falls Absonderungsmaßnahmen in der AFA eingeleitet werden müssen, werden diese ebenfalls in abgestimmter Vorgehensweise initiiert.

Bei UMAs erfolgt analog zur beschriebenen Vorgehensweise die Informationsweitergabe und die Koordination der weiterführenden ambulanten/ stationären Behandlungen mit der niedergelassenen Ärzteschaft.

Nach der Aufnahme in eine AFA wird die medizinische Versorgung in Organisation der ADD durch Fachpersonal übernommen, oft mit vertragsärztlicher Unterstützung. Besonders Augenmerk liegt auf der Versorgung akuter Erkrankungen, der schnellstmöglichen Fortführung der Immunisierung mittels Impfangeboten und Fortführung von dringend erforderlichen Therapien und Diagnostik bei chronischen Erkrankungen. Auch hier erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit

den medizinischen Abteilungen der AFAs im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamts Trier-Saarburg.

Im Laufe des Asylverfahrens werden die Asylbegehrenden auf einzelne Kommunen verteilt. Nach Weiterverteilung der Asylbegehrenden erfolgt die Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft. Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat auch in dieser Phase des Asylverfahrens noch Berührungspunkte mit der medizinischen Versorgung der Asylbegehrenden: Für die Dauer der ersten 36 Monaten besteht Anspruch auf medizinische Leistungen nach den Paragraphen vier und sechs des Asylbewerberleistungsgesetzes. Im Normalfall erfolgt diese Sachbearbeitung bei den zuständigen Sozialämtern, bei besonderen oder komplexen medizinischen Sachverhalten wird die ärztliche Expertise des ÖGD zur Gutachtenerstellung angefragt zur Klärung von offenen Fragen. Bei allen oben beschriebenen Kontakten mit den Asylbegehrenden wird großer Wert auf die Berücksichtigung der besonderen Situation gelegt, in der sich die Menschen befinden und ein bestmöglicher kultursensibler Umgang gepflegt. Trotz aller Erfahrung bleiben Herausforderungen, zum Beispiel Materialien in seltenen afrikanischen Sprachen oder Analphabetismus, weiterbestehen.

Autorin



Sabine Becker
Gesundheitsamtsleiterin
Trier-Saarburg

Foto: privat