



# Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender



## **Impressum**

### **Herausgeber**

Gesundheitsamt Bremen  
Horner Straße 60-70  
28203 Bremen

### **verantwortlich**

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

### **Autorin**

Felicitas Jung  
Kommunale Gesundheitsberichterstattung  
unter Mitarbeit des Referats Migration und Gesundheit

### **Kontakt**

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

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

Erscheinungsdatum: 08/2011



---

# **Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender**

**Bremen 2011**





## Inhaltsverzeichnis

1.	Kurzfassung	7
2.	Einleitung	11
3.	Zugang zum Asyl – Gesetzliche Grundlagen	13
4.	Veränderungen im Zugang zum Asyl, Veränderung von Flüchtlingsströmen – Auswirkungen auf Bremen	16
4.1.	<i>Anerkennung von Asylanträgen</i>	17
4.2.	<i>Herkunftsländer von Asylsuchenden</i>	18
4.3.	<i>Alter der Asylsuchenden</i>	18
5.	Gesundheitliche Versorgung contra Seuchenhygiene	19
6.	Das Bremer Modell der Gesundheitsversorgung Asylsuchender	21
6.1.	<i>Finanzielle Ausstattung des Gesundheitsprogramms</i>	22
6.2.	<i>Die Unterkünfte</i>	23
6.3.	<i>Zur Lebenssituation Asylsuchender</i>	25
6.4.	<i>Was leistet das Gesundheitsprogramm?</i>	29
6.5.	<i>Kooperationen bei der gesundheitlichen Versorgung</i>	35
6.6.	<i>Datenerfassung</i>	36
7.	Auswertung der Daten des Gesundheitsprogramms	37
7.1.	<i>Wen erreicht das Bremer Programm?</i>	37
7.2.	<i>Leitfragen bei der Auswertung der Daten des Bremer Gesundheitsprogramms</i>	47
7.3.	<i>Behandlungsspektrum des Gesundheitsprogramms und Gesundheitssituation der Asylsuchenden</i>	48
7.4.	<i>Häufige Behandlungsschwerpunkte</i>	49
7.5.	<i>Infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00-B99)</i>	52
7.6.	<i>Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)</i>	54
7.7.	<i>Anderenorts nicht klassifizierte Symptome (R00-R99)</i>	56
7.8.	<i>Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</i>	58
7.9.	<i>Empfehlungen, andere Facharzttrichtungen oder Kliniken aufzusuchen</i>	59
7.10.	<i>Psychische Erkrankungen (F00-F99)</i>	62
7.11.	<i>Empfehlungen für weitergehende Hilfen bei psychischen Problemen</i>	65
7.12.	<i>Bewertung</i>	68
8.	Handlungsempfehlungen	74
9.	Literatur	77
10.	Anhang	81
10.1.	<i>Daten</i>	81
10.2.	<i>Auszüge aus Gesetzestexten</i>	82
10.3.	<i>Interviewleitfäden</i>	84
10.4.	<i>Glossar</i>	86





## 1. Kurzfassung

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

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

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

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

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

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

**Frauen nutzten das Angebot** über alle Jahre deutlich **häufiger als Männer**. Während Frauen das Gesundheitsprogramm zwischen 3,6 bis zu 11 mal pro Jahr aufsuchten, schwankte die Zahl der Besuche bei Männern zwischen 2,6 bis 6,1 mal. Hierzu tragen Schwangerschaftstests bei, aber auch eher diffuse Krankheitsbilder, bei denen Blutdruckmessungen durchgeführt werden, Kopfschmerzen und solche, die als eindeutig somatoforme Störungen diagnostiziert werden. Möglicherweise muten geschlechtsspezifische Rollenverteilungen in traditionell patriarchal geprägten Kulturen Frauen besondere Belastungen in



der Lebenssituation im Asyl zu, die sich in gesundheitlichen Symptomen äußern können. Frauen sind für den Zusammenhalt und für die tägliche Versorgung der Familie zuständig. Diese Aufgaben sind in Gemeinschaftsunterkünften unter den eingeschränkten Bedingungen des Asyls besonders schwer zu bewältigen. Gleichzeitig sind ihre „Fluchtmöglichkeiten“ aus der Lebenssituation im Wohnheim geringer als die der Männer. Der Kontakt zu den Ärzten kann für sie ein Kontakt nach außen sein und damit eine wichtige Ressource, um den schwierigen Alltag zu bestehen.

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

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

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

Die dritthäufigste **Befundgruppe Z00-Z99** (14,1%) beinhaltet ein sehr breites Spektrum unterschiedlicher ärztlicher Leistungen ohne akute Krankheitssymptome: Untersuchungen ohne Befund, zu denen auch die Erstuntersuchungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes zählen – sofern diese ohne Befund bleiben, Behandlungen und Beratungen bezüglich Schwangerschaften, Beratungen bei verschiedenen Fragen zur Gesundheit und medizinische Beobachtungen bei Kontakt mit infektiösen Keimen oder Parasiten. Sie werden von 44% aller Patient/innen ein oder mehrmals in Anspruch genommen. Hier sind die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede zu finden. Ein Grund dafür sind Schwangerschaftstests (Z32, 2,5% aller Befunde bei Frauen), aber auch Blutdruckmessungen (Z01, 5,4% aller





Befunde), die bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern (Frauen 8,2%, bei Männern 3,4%) vorkommen, und die auch als Zugang zu einem Gespräch mit den Ärzten genutzt werden. Nur 18,1% aller ersten Untersuchungen (Z00) in der Aufnahmeeinrichtung blieben ohne Befund.

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

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

Bei der Versorgung körperlicher Erkrankungen hat sich das vergleichsweise kostengünstige Bremer Gesundheitsprogramm für Asylsuchende gut bewährt. Bei psychischen Erkrankungen zeigen sich **deutliche Lücken**, die jedoch keineswegs spezifisch für Bremen sind, sondern generelle Lücken im gesundheitlichen Versorgungssystem für Asylsuchende und Flüchtlinge. Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen finden wenig Beachtung, obwohl eine ausreichende gesetzliche Grundlage im EU-Recht zumindest für Traumatisierungen bereits im Jahr 2003 verankert wurde und deren fehlende Umsetzung für Deutschland bereits im Jahr 2007 von einer europäischen Kommission bemängelt wurde.

Eine solche Lücke kann nicht alleine durch das Gesundheitsprogramm behoben werden. Die Diagnose und Behandlung von psychischen Erkrankungen benötigt ausgebildetes Fachpersonal, sozialrechtlich einfachere Wege der Finanzierung und des Zugangs zu Behandlungsmöglichkeiten sowie ausreichend geeignete Behandlungsplätze. Veränderungen



können hier nur in der Kooperation zwischen Behörden, Sozialpsychiatrischen Diensten, Psychotherapeutenkammer und GKV erreicht werden. Zusätzlich bedarf es einer gesetzlichen Änderung der Leistungsansprüche von Asylsuchenden angepasst an die von Sozialhilfeempfängern. Aus präventiver Sicht sollten aber auch einfach zugängliche, Stress lindernde und Selbstwert stützende Angebote für Asylsuchende und Flüchtlinge in den Heimen gestützt und weiterentwickelt werden, um ihre Ressourcen zu stabilisieren und zu aktivieren. Auch der Zugang zu Beschäftigung kann gesundheitlich stabilisierend sein.

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

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



## 2. Einleitung

*„Im Jahre 2009 waren weltweit 43,3 Millionen Menschen auf der Flucht vor Krieg, Konflikten und Verfolgung. Das ist die höchste Zahl seit Mitte der 1990er Jahre. Gleichzeitig fiel die Zahl der Flüchtlinge, die freiwillig nach Hause zurückkehren, auf den tiefsten Stand seit 20 Jahren.“<sup>1</sup>*

Der größte Teil dieser Flüchtlinge lebte in den Heimatländern auf der Flucht. Außerhalb des Heimatlandes lebten im Jahr 2009 15,2 Millionen.<sup>2</sup> In Deutschland stellten im selben Zeitraum 27.649 Personen einen Antrag auf Asyl.<sup>3</sup> Deutschland war in dieser Zeit also nur mit zwei Promille der Flüchtlingsströme konfrontiert, die sich außerhalb ihres Landes befanden. Dennoch lag Deutschland 2009 an fünfter Stelle der Länder mit den meisten Asylgesuchen. Vor allem Menschen aus dem Irak und Iran kamen in diesem Zeitraum.<sup>4</sup>

Deutschland hat seit 1993 die Hürden für den Zugang zum Asyl deutlich angehoben, so dass die Asylgesuche drastisch zurückgingen. In den letzten Jahren zeichnet sich jedoch eine erneute Steigerung ab. Nach einem Tiefstand im Jahr 2007 von weniger als 20.000 Erstanträgen waren es 2010 wieder 41.000 Erstanträge.<sup>5</sup> Es ist also nicht davon auszugehen, dass die Aufnahme und damit die Versorgung von Flüchtlingen in absehbarer Zeit ein verschwindendes Problem sein wird, wie vielleicht manche schon gehofft hatten.

Flüchtlinge kommen aus den verschiedensten Herkunftsländern, abhängig von internationalen oder nationalen Konfliktlagen, von politischen oder wirtschaftlichen Entwicklungen in den Heimatländern oder von Naturkatastrophen. Asylsuchende bilden eine sehr heterogene Gruppe, sie haben unterschiedliche Nationalitäten, kommen aus ländlichen oder städtischen Gegenden, unterscheiden sich in Bildung und Religion. All diese Menschen benötigen neben der Versorgung alltäglicher Lebensbedürfnisse wie Wohnen, Essen, Kleidung auch eine gesundheitliche Versorgung.

Bremen begann 1993 auf der Höhe der damaligen Flüchtlingswelle mit einem spezifischen Programm der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden, indem es den Spielraum der Länder bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung für diese Zielgruppen nutzte. Das Bremer Gesundheitsprogramm unterschied sich deutlich von der damals üblichen Praxis der Verhinderung von Infektionen und der Notversorgung von akuten Erkrankungen. Ziel dieses Gesundheitsprogramms war eine adäquate und leicht zugängliche Gesundheitsversorgung. Das Programm wurde unter dem Namen „Bremer Modell“ bekannt.

Begleitend zur gesundheitlichen Versorgung wurde eine Datenbank aufgebaut, die die Inanspruchnahme und das Krankheitsspektrum der Asylsuchenden und Flüchtlinge dokumentierte. Zur Erfassung des Krankheitsspektrums wurde die ICD-10 Klassifikation genutzt.

---

<sup>1</sup> (UNHCR) 2010a, S. 3

<sup>2</sup> ebenda

<sup>3</sup> BAMF 2009, S. 9

<sup>4</sup> (UNHCR) 2010b, S. 7

<sup>5</sup> BAMF 2011, S. 3



---

Eine computergestützte Datenbank umfasst mittlerweile 10 Jahre. Unseres Wissens gibt es bundesweit keine vergleichbaren Daten.

Diese Daten aus dem Zeitraum 2001 bis 2008, ergänzt durch Experteninterviews und Jahresberichte der Arbeiterwohlfahrt (AWO), die einen Großteil der Unterkünfte von Asylsuchenden leitet, nutzten wir für eine Studie. Wir gingen den Fragen nach, ob Infektionskrankungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden ein Risiko für die einheimische Bevölkerung darstellen, ob sie gesünder oder kränker sind als die einheimische Bevölkerung oder ob ihre Lebensbedingungen mit besonderen gesundheitlichen Belastungen verbunden sind.

Für Politik und Praxis der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen leiten wir daraus konkrete Handlungsempfehlungen ab. Da die Lebenssituation von Asylsuchenden tendenziell instabil und nicht gesundheitsfördernd ist, sind wir der Ansicht, dass unter humanitären ebenso wie unter gesundheitserhaltenden Gesichtspunkten gesetzliche und politische Spielräume zur Verbesserung ihrer Lebenssituation genutzt werden sollten.



### 3. Zugang zum Asyl – Gesetzliche Grundlagen

Prinzipiell kann jeder Ausländer/jede Ausländerin in Deutschland einen Asylantrag stellen, der anschließend anhand folgender Fragestellungen geprüft wird:

- Ist eine Anerkennung nach Artikel 16a Grundgesetz (GG) gegeben?
- Bestehen Abschiebeverbote auf Grund von § 60 (1, 2,3, 5 und 7) Aufenthaltsgesetz (AufenthG)?
- Ist ein anderer Mitgliedsstaat<sup>6</sup> aus der Dublin II Verordnung (früher Schengener Übereinkommen<sup>7</sup>) für das Asylverfahren zuständig?

Der *Artikel 16a*<sup>8</sup> GG garantiert Menschen, die in ihrem Heimatland von staatlicher Seite **politisch** verfolgt werden, das Recht auf Asyl. Dieses Recht gilt auch für ihre Ehegatten und ihre minderjährigen Kinder. Voraussetzung dafür ist, dass die politische Verfolgung vom Staat ausgehen muss, oder dass dieser seine Bürger/innen nicht ausreichend vor Rechtsverletzungen schützt, die ihnen aufgrund religiöser Überzeugung oder aufgrund anderer Merkmale wie Rasse und Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen<sup>9</sup> zugefügt werden.

*"Allgemeine Notsituationen – wie Armut, Bürgerkriege, Naturkatastrophen oder Arbeitslosigkeit – sind damit als Gründe für eine Asylgewährung ausgeschlossen."*<sup>10</sup>

Asylsuchende, die auf dem Landweg über „sichere Drittstaaten“<sup>11</sup> einreisen, können in Deutschland kein Asyl beantragen, da dies bereits in diesen Staaten möglich gewesen wäre. Welcher Staat für das Asylverfahren zuständig ist, wird im Rahmen der Dublin II Verordnung geklärt.

Führt das Asylverfahren zu einer Anerkennung nach Artikel 16a GG, erhält der Asylsuchende zunächst eine auf drei Jahre befristete Aufenthaltserlaubnis und anschließend eine unbefristete Niederlassungserlaubnis<sup>12,13</sup>. Eine seit dem Jahr 2005 veränderte Rechtsspre-

---

<sup>6</sup> Zu den Mitgliedsstaaten gehören neben der Europäischen Union Norwegen und Island.

<sup>7</sup> Rechtsgrundlage waren Artikel 28ff des Schengener Durchführungsübereinkommens vom 26.03.1995, die durch das Dubliner Abkommen vom 01.09.1997 abgelöst wurden. Seit 17.03.2003 ist die Verordnung (EG) Nr. 343/2003 in Kraft (s. BAMF 2006, S. 31).

<sup>8</sup> Gültig seit 1993. In diesem Jahr wurde der Artikel 16 des GG geändert, um den Zustrom von Asylbewerbern einzudämmen.

<sup>9</sup> Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 10.07.1989. 2 BvR 502,1000,961/86

<sup>10</sup> BAMF 2006, S. 37

<sup>11</sup> hier die Europäische Union, Norwegen und die Schweiz (s. § 26a AsylVfG)

<sup>12</sup> Seit 01.01.2005 gilt das neue Zuwanderungsgesetz. Es ersetzt das bis dahin geltende Ausländergesetz. Nach alter Rechtslage war die Anerkennung bereits mit einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis verbunden.

<sup>13</sup> Prinzipiell kann auch die Niederlassungserlaubnis widerrufen werden, wenn die Gründe zur Gewährung des Schutzes im Herkunftsland wegfallen. Ob letztendlich eine Rückkehr verlangt werden kann, hängt vom "verfestigten Aufenthalt" ab.



chung ermöglicht bereits mit der Aufenthaltserlaubnis eine Erwerbstätigkeit. Allerdings unter stark eingeschränkten Bedingungen.<sup>14</sup>

Weitere Rechtsgrundlagen können entsprechend dem Asylverfahren zu einem Aufenthalt in Deutschland berechtigen. So dürfen **Flüchtlinge im Sinne der Genfer Konvention** (Konventionsflüchtlinge) nicht abgeschoben werden (§ 3 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG)). Dem wird mit § 60 Abs. 1 des AufenthGes Rechnung getragen. Hier werden staatliche und nicht-staatliche Verfolgung als Abschiebeverbot anerkannt, wenn der Staat oder auch internationale Organisationen nicht in der Lage sind, Schutz zu bieten. Besonders hervorzuheben ist die Anerkennung der Verfolgung aufgrund des Geschlechts. Das Verfahren der Anerkennung führt hier wie bei Asylberechtigten zu einer zunächst befristeten Aufenthaltserlaubnis, daran anschließend zu einer unbefristeten Niederlassungserlaubnis.

Weitere Gründe, die eine **Abschiebung** im Rahmen des Asylverfahrens **verhindern**, sind drohende Folter, Todesstrafen, unmenschliche Behandlung und andere konkrete Gefahren für Leib, Leben oder Freiheit, die dem Antragsteller im Zielland der Abschiebung drohen (§ 60 Abs. 2,3,5 und 7 AufenthG<sup>15</sup>). In § 60 Absatz 7 wird auch Kriegsgeschehen als Grund einer Flucht anerkannt. Die Anerkennung in diesem Rahmen berechtigt zunächst nur zu einer befristeten Aufenthaltserlaubnis (§ 25 Abs. 3 AufenthG) von mindestens einem Jahr. Wenn eine Abschiebung erfolgen sollte, diese aus tatsächlichen oder aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist, kann auch eine Duldung für längstens 6 Monate ausgesprochen werden (§ 60a Abs.1 AufenthG).

Prinzipiell können jedoch auch völkerrechtliche und "dringende humanitäre Gründe" außerhalb des oben beschriebenen Asylverfahrens zu einem Aufenthalt in der BRD berechtigen, vorausgesetzt das Bundesministerium für Inneres hat die Aufnahme erklärt (AufenthG § 22 und 23<sup>16</sup>). Je nach Entscheidung des Bundesministeriums kann dies mit einer Aufenthaltserlaubnis (befristet) oder Niederlassungserlaubnis (unbefristet) verbunden sein. In den vergangenen Jahren gehörten zur aufnahmeberechtigten Gruppe nur jüdische Emigranten aus der ehemaligen Sowjetunion, Ende 2008 traf das Bundesministerium für Inneres (BMI) für die Aufnahme von 2.500 Irakern eine entsprechende Entscheidung. Diese Gruppen erhalten eine Aufenthaltserlaubnis, die in eine Niederlassungserlaubnis münden kann.

Der Begriff "**Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge**" wird zum einen für die oben beschriebene Gruppe der irakischen Flüchtlinge genutzt; zum anderen konnten nach altem Recht (§ 32a AuslG) Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge außerhalb des Asylverfahrens ohne besondere individuelle Prüfung vorübergehenden Schutz erhalten. Diese Regelung galt für die Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem Kosovo, die im April und Mai 1999 aus Mazedonien evakuiert wurden. Im neuen Zuwanderungsgesetz hebt der § 24 des AufenthG diese alte Regelung auf und setzt damit gleichzeitig EU-Richtlinien um. Ein Beschluss des Rates der Europäischen Union (Richtlinie 2001/55/EG des Rates vom 20. Juli 2001) ist nun Voraussetzung für die Gewährung vorübergehenden Schutzes. Nach Artikel 4 dieser Richtlinie wird zunächst Aufenthalt für ein Jahr gewährt, der sich dann verlängern kann.

---

<sup>14</sup> AsylVfG § 61, Arbeitsgenehmigungsverordnung (ArGV) § 3, AufenthG § 39

<sup>15</sup> alte Rechtsprechung § 53 Ausländergesetz (AuslG)

<sup>16</sup> Alte Rechtsprechung Gesetz über Maßnahmen für im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen aufgenommener Flüchtlinge (HumHAG) und AuslG § 33. Es handelte sich hier um sogenannte Kontingentflüchtlinge, die sofort eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis erhielten.



---

**Spätaussiedler** sind im Rahmen der gesetzlichen Regelungen zur Flüchtlingsproblematik eine Sondergruppe, da sie vom rechtlichen Status nach Artikel 116 Abs. 1 GG Deutsche sind.<sup>17</sup> Auch für Spätaussiedler wurden die Zuzugsmöglichkeiten bereits 1993 begrenzt. Wer nach dem 31.12.1992 geboren ist, gilt nicht mehr als Spätaussiedler (§ 4 Abs. 1 Bundesvertriebenengesetz (BVFG)). Außerdem müssen Antragsteller sich ausdrücklich zum deutschen Volkstum bekennen, hierzu gehört auch die Fähigkeit ein einfaches deutsches Gespräch führen zu können (§ 6 Abs. 2 BVFG). Antragsteller, die nicht aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion kommen, müssen zudem glaubhaft machen, dass sie Benachteiligungen aufgrund der deutschen Volkszugehörigkeit erlitten haben (§ 4 Abs. 2 BVFG).

---

<sup>17</sup> Hier werden sie erwähnt, da sie – soweit sie in Wohnheimen untergebracht waren – seit 1999 vom Bremer Gesundheitsprogramm erreicht wurden.



## 4. Veränderungen im Zugang zum Asyl, Veränderung von Flüchtlingsströmen – Auswirkungen auf Bremen

Politische, wirtschaftliche, gesellschaftliche und klimatische Veränderungen in verschiedenen Ländern der Welt lösen Flüchtlingsströme aus. Die faktischen Zugangsmöglichkeiten zum Asyl und zu weiteren Aufenthaltsmöglichkeiten kanalisieren diese Ströme in den Aufnahmeländern. In Europa, in Deutschland und damit auch direkt in Bremen führten gesetzliche Änderungen und Beschränkungen seit 1993 zu einem deutlichen Rückgang der Zuwanderung von Flüchtlingen. Für Deutschland sind hier zu nennen Änderungen vom Ausländergesetz zum Ausländerrecht, Änderungen im Bundesvertriebenengesetz, für Europa die Schengenvereinbarung gefolgt vom Dubliner Übereinkommen (Dublin I und II) und die Einführung des Eurodac-Verfahrens – ein System, das Fingerabdrücke nutzt, um Missbrauch im Asylverfahren zu vermeiden (seit 15.1.2003 in Betrieb). Zudem gelten für osteuropäische Länder seit 2004 veränderte Zugangsberechtigungen zu einem Aufenthalt in Deutschland aufgrund der EU-Osterweiterung. Personen aus diesen Ländern stellen keinen Asylantrag mehr, da ihnen seither legale Aufenthaltsmöglichkeiten zustehen.

Die seit 1993 kontinuierlich rückläufige Zahl von Personen, die in Deutschland zum ersten Mal Asyl beantragen, steigt allerdings seit dem Jahr 2008 wieder an. Auf dem Höhepunkt der Flüchtlingswellen im Jahr 1992 stellten fast ein halbe Million Menschen einen Erstantrag auf Asyl, 2001 waren es weniger als 100.000 Personen, 2007 sogar nur noch knapp 20.000 Personen. Die jährlichen Antragstellungen gingen also zwischen 2001 und 2007 um fast 80% zurück. Im Jahr 2010 waren es dann wieder 41.000 Erstanträge, mehr als doppelt so viele wie 2007.<sup>18</sup> Da die Aufnahme von Asylsuchenden proportional<sup>19</sup> auf die Bundesländer verteilt wird, wirkt sich diese Entwicklung direkt auf das Land Bremen aus. 2001 waren es noch 923 Erstantragsteller/innen, die im Land Bremen aufgenommen wurden, 2006 dagegen nur noch 181, ebenfalls ein Rückgang um 80%. 2008 waren es bereits wieder 261 Aufgenommene.<sup>20</sup>

Die rückläufige Entwicklung über lange Zeit bei der Zahl von Asylsuchenden und Flüchtlingen ebenso wie die neuerdings zu beobachtenden Steigerung wirken sich selbstverständlich auch auf die Versorgungsstruktur in Bremen aus. Sie muss sich den sich verändernden Strömen an Asylsuchenden anpassen. In der Vergangenheit wurden viele Unterkünfte aufgegeben und die ärztliche Versorgung ebenso wie die sonstigen Versorgungsangebote, die das Land Bremen für diese Menschen bereit stellte, an den veränderten Bedarf angepasst. In der Regel handelte es sich dabei vor allem um einen Rückbau zur Verfügung stehender Strukturen und Angebote. Erst seit 2009 wird die Zunahme von Asylsuchenden wieder ernsthaft in den Blick genommen. Wie sich ein weiterer Anstieg zukünftig auswirken wird, bleibt noch abzuwarten. Zunächst führte er zu einer Verdichtung der Belegungszahlen in

---

<sup>18</sup> BAMF 2011, S. 3

<sup>19</sup> nach dem Königsteiner Schlüssel, der alle zwei Jahre abhängig vom Steueraufkommen und der Bevölkerungszahl der Bundesländer berechnet wird. Im Jahr 2007 betrug er für das Land Bremen 0,925%.

<sup>20</sup> Quelle: Daten des BAMF, erhalten vom Referat für Zuwandererangelegenheiten und Integrationspolitik bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Jugend und Soziales vom 26.01.2009





den noch bestehenden Unterkünften. Ein zweiter Weg ist die Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Gemeinschaftsunterkünften. Ganz aktuell wurde in Bremen der Beschluss gefasst, sie von 36 Monaten auf 12 Monate zu verkürzen.<sup>21</sup>

Um den Rahmen der Situation von Menschen im Asyl einschätzen zu können, geben wir im nächsten Abschnitt einen Überblick über die Quoten anerkannter Asylanträge in Deutschland und über die Dauer bis zur Anerkennung. Als Überblick über die Zielgruppe im Bremer Gesundheitsprogramm stellen wir in den darauf folgenden Abschnitten die Zusammensetzung der Herkunftsländer und die Veränderungen bei diesen vor sowie die Verteilung der Geschlechter und die Altersstruktur der Asylantragsteller/innen. Da für Bremen entsprechende Daten aufgrund verschiedener Datenerfassungssysteme nicht vorliegen, nutzen wir die bundesdeutschen Daten als Hintergrundinformation. Aufgrund der proportionalen Verteilung auf die Bundesländer<sup>22</sup> ist davon auszugehen, dass die Zusammensetzung Asylsuchender in Bremen in etwa der in Deutschland insgesamt entspricht. Allerdings werden Asylsuchende aus Ländern mit geringen Flüchtlingszahlen nicht auf alle Länder verteilt, so ist Bremen seit mehreren Jahren von der Aufnahmeverpflichtung von Flüchtlingen aus afrikanischen Staaten entbunden mit Ausnahme der Herkunftsländer Algerien und Somalia.

#### **4.1. Anerkennung von Asylanträgen**

Die Zahl der Anerkennung von Asylanträgen liegt stets deutlich unter der Zahl der Antragsteller/innen. Die sogenannte „Gesamtschutzquote“<sup>23</sup> schwankt abhängig von politischen Entscheidungen zur Beurteilung der Situation in den Herkunftsländern. Viele Jahre lag sie bei etwa 5%, seit 2007 zeigt sich jedoch eine deutliche Steigerung und 2009 erreichte sie mit 33,8% den höchsten Wert seit 1999.<sup>24</sup> Diese aktuelle Steigerung ist vor allem auf einen hohen Anteil irakischer Flüchtlinge zurückzuführen, die eine Aufenthaltsgewährung nach § 60 Abs.1 AufenthG im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention erhielten.<sup>25</sup>

Die Zeiträume bis zu einer Entscheidung variieren zwischen 6 Monaten und mehr als 120 Monaten. Seit 2007 werden etwas häufiger schnellere Entscheidungen getroffen. Waren es 2006 nur 32% der Verfahren, die innerhalb von 6 Monaten abgeschlossen wurden, sind dies seit 2007 deutlich über 40%. Weitere 15-20% werden innerhalb von einem Jahr entschieden. Das bedeutet aber, dass noch immer ca. 40% der Asylsuchenden länger als ein Jahr auf eine Entscheidung warten.<sup>26</sup>

---

<sup>21</sup> Entscheidung der städtischen Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration am 17. März 2011. Eine Information des Migrations- und Integrationsbeauftragten des Referats für Zuwandererangelegenheiten und Integrationspolitik bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Jugend und Soziales vom 05.04.2011

<sup>22</sup> nach dem Königsteiner Schlüssel, der alle zwei Jahre abhängig vom Steueraufkommen und der Bevölkerungszahl der Bundesländer berechnet wird. Im Jahr 2007 betrug er für das Land Bremen 0,925%.

<sup>23</sup> Die Gesamtschutzquote beinhaltet die Anerkennung als Asylberechtigte (Art. 16a GG), Flüchtlingschutz (§ 60 Abs.1 AufenthG) und Abschiebungsverbote (§ 60 Abs. 2,3,5 o.7 AufenthG) bezogen auf die Gesamtzahl der Entscheidungen pro Jahr.

<sup>24</sup> BAMF 2009, S. 48 und BAMF 2006, S. 42.

<sup>25</sup> BAMF 2007, S. 43, BAMF 2008, S. 49 und BAMF 2009, S. 49.

<sup>26</sup> BAMF 2006, S.48, BAMF 2007, S. 48, BAMF 2008, S. 54 und BAMF 2009, S. 55.



## 4.2. Herkunftsländer von Asylsuchenden

Flüchtlinge in Deutschland kommen überwiegend aus europäischen und asiatischen Staaten und zu einem geringen Teil aus afrikanischen. Wie bereits angesprochen, gibt es jedoch im Zeitverlauf deutliche Veränderungen bei den Herkunftsregionen abhängig von den dortigen Lebensbedingungen und abhängig von den Zugangschancen zum Asyl.

Bis 1994 waren vor allem Antragsteller/innen aus europäischen Ländern (Polen, Ungarn, Rumänien und Bulgarien) in der Mehrzahl, heute spielen diese Herkunftsländer als Mitglieder der Europäischen Union keine Rolle mehr. In der darauffolgenden Zeit kamen große Zahlen von Flüchtlingen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, auch 2008 und 2009 zählten Asylsuchende aus dem Kosovo wieder zu den zehn Ländern mit den größten Anteilen von Antragsteller/innen. Die Türkei zählt bereits seit 1986 zu den Ländern mit den meisten Antragsteller/innen. Menschen aus der Russischen Föderation gehören seit 2000 durchgängig zu den zehn Herkunftsländern mit den häufigsten Antragsteller/innen. Bei den afrikanischen Staaten gehören seit 1997 nur noch Nigeria und Algerien zu diesen zehn. Bei den asiatischen Staaten zählen hierzu der Irak, Iran und Afghanistan. Für Afghanistan und Iran gilt dies seit Mitte der achtziger Jahre, für den Irak ab 1995. Im Jahr 1998 kam noch Vietnam hinzu. Besondere Steigerungen von 2008 auf 2009 waren vor allem bei Antragstellern aus Afghanistan um über 400 %, aus dem Kosovo um 60% und aus dem Iran um 40% zu beobachten.<sup>27</sup>

Den Zeitraum 2001 bis 2009 zusammengefasst: Auf den ersten vier Plätzen der Erstanträge stehen in der Bundesrepublik Menschen aus dem Irak, der Türkei, den Staaten des ehemaligen Jugoslawien<sup>28</sup> und der Russischen Föderation.<sup>29</sup> Diese Reihenfolge entspricht in etwa auch der Zusammensetzung Asylsuchender in Bremen (s. Abschnitt 7.1.2).

## 4.3. Alter der Asylsuchenden

Asylsuchende sind zum überwiegenden Teil jung und männlichen Geschlechts. Wenn wir beispielsweise die Erstanträge für das Jahr 2008 betrachten, waren 60% der Antragsteller/innen unter 25 Jahre alt und 68% waren Männer.<sup>30</sup> 33% sind sogar unter 18 Jahre alt, wobei hier der Anteil der Frauen deutlich höher lag als der der Männer.<sup>31</sup> Der Anteil der über 50-Jährigen lag bei nur 3,1%. Auch hier war der Anteil der Frauen höher als der der Männer.<sup>32</sup> Diese Verteilung erstreckt sich in ähnlicher Weise über alle Jahre.<sup>33</sup> Frauen begeben sich eher im Familienverbund, als Ehefrau oder als Tochter auf die Flucht, Männer dagegen häufiger als junge Alleinstehende.

---

<sup>27</sup> BAMF 2009, S. 17 ff und BAMF 2006, S.16.

<sup>28</sup> Das ehemalige Jugoslawien umfasste Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien und Slowenien.

<sup>29</sup> Anzahl der Erstanträge in den Jahren 2001 bis 2008 zusammengefasst. Eigene Berechnung. Quelle: BAMF 2008, S. 18.

<sup>30</sup> BAMF 2008, S. 25 f.

<sup>31</sup> ebenda: 43,6% Frauen gegenüber 28,0% Männer.

<sup>32</sup> ebenda: 5,2% Frauen gegenüber 2,0% Männer.

<sup>33</sup> BAMF 2007, S. 22; BAMF 2004, S. 25 usw.



## 5. Gesundheitliche Versorgung contra Seuchenhygiene

Grundlage der gesetzlichen Regelungen<sup>34</sup> zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland ist die traditionelle "Seuchenhygiene". Ihr Leitmotiv war die uralte Angst vor Seuchen. Angenommen wurde, dass diese von Fremden eingeschleppt werden.<sup>35,36</sup> Dieser Gefahr sollte durch ein Gesundheitsscreening der Asylsuchenden entgegengewirkt werden. In den vergangenen Jahrzehnten sind die Spielräume gesundheitlicher Versorgung vor allem aus humanitären Erwägungen erweitert worden. Die Versorgung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind ebenso selbstverständlich wie Hilfen für Schwangere.<sup>37</sup> Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sind auch sogenannte „erforderliche“ Hilfen für unbegleitete Minderjährige oder für Personen zu gewähren, die besonders schwere psychische, physische oder sexuelle Gewalt erlitten haben.<sup>38</sup> In vielen Bundesländern blieben die gesetzlich angeordneten Screeningmaßnahmen dennoch Kernstück der medizinischen Leistungen für Asylsuchende und Flüchtlinge. Die umfassende gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge und Asylsuchenden wird meist nachrangig behandelt. Rehabilitationsmaßnahmen zum Erhalt oder zur Verbesserung der Gesundheit sind im Asylbewerberleistungsgesetz weitgehend ausgeklammert.

Die Länder verfügen in der Ausgestaltung der angeordneten Untersuchungen über geringe gesetzliche Spielräume.<sup>39</sup> Das Land Bremen nutzte diesen Spielraum für ein Modell der gesundheitlichen Versorgung, das die gesundheitliche Situation der Flüchtlinge zum Ausgangspunkt nahm. Dieses Modell startete 1993 auf dem Höhepunkt einer Flüchtlingswelle<sup>40</sup> und setzte damit bewusst einen Kontrapunkt zur damals öffentlich geführten Debatte, die sich vehement gegen den Zustrom von Asylsuchenden richtete und in deren Folge das Asylrecht deutlich eingeschränkt wurde.

Grundlage des Bremer Modells war eine wissenschaftliche Studie<sup>41</sup>, die nahe legte,

- dass Flüchtlinge selten infektiöse Erkrankungen aus ihrer Heimat nach Deutschland bringen,
- dass sie dagegen häufig an den Folgen von Kriegen und Folter erkranken oder
- dass die Wohn- und Lebenssituation im Aufnahmeland zu Erkrankungen führen können.<sup>42</sup>

Die Flüchtlinge hatten psychische Traumata erlitten, ihre Lebensperspektive empfanden sie als unsicher in einer fremden, oft als feindlich erlebten Umwelt. Außerdem führten auch die

---

<sup>34</sup> Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) § 62 und Infektionsschutzgesetz §36 (4)

<sup>35</sup> Nitschke-Özbay 2000, S. 118f.

<sup>36</sup> Junghanss 2000, S. 191

<sup>37</sup> Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) § 4

<sup>38</sup> AsylbLG § 6

<sup>39</sup> AsylVfG § 62 Abs. 1

<sup>40</sup> 1992 wurde mit 438.191 die bislang höchste Zahl an Asylanträgen in Deutschland erreicht (BAMF 2006, S. 9).

<sup>41</sup> Mohammadzadeh 1993

<sup>42</sup> Mohammadzadeh 1993, S. 57ff



beengten Wohnverhältnisse mit teilweise gravierenden hygienischen Mängeln und die ungewohnte Gemeinschaftsernährung zu Erkrankungen oder zu zusätzlichem psychischen Stress, der sich auch in körperlichen Symptomen äußern konnte.<sup>43</sup>

Ziel des Bremer Modells war von Beginn an eine umfassendere Gesundheitsversorgung und die Vernetzung, der an der Versorgung von Flüchtlingen beteiligten Organisationen, um die gesundheitlichen Probleme möglichst effektiv anzugehen. Die Zugangschancen zum regulären Gesundheitssystem sollten erhöht und die Wohn- und Lebensbedingungen verbessert werden.<sup>44</sup>

Bereits 1993 erarbeitete die Senatorin für Gesundheit, Jugend und Soziales mit einer behördenübergreifende Arbeitsgruppe und unter Federführung des damaligen Hauptgesundheitsamtes Standards für die Unterbringung von Zuwanderer/innen, um die Wohn- und Ernährungsbedingungen und vor allem die Hygiene zu verbessern.<sup>45</sup> Diese Standards sind bis heute Grundlage der Unterbringung. Sie weisen unter anderem auf die Problematik der Gemeinschaftsverpflegung hin und darauf, dass Selbstverpflegung unter den Bedingungen im Asyl eine der wenigen Ressourcen eigenständigen Handelns ist.<sup>46</sup>

Die Idee war, eine niedrighschwellige medizinische Grundversorgung der Flüchtlinge in den Unterkünften einzurichten, die bei weitergehendem Bedarf den Weg in das existierende Gesundheitssystem ebnen sollte. Die aus dem Programm gewonnenen medizinischen Versorgungsdaten sollten wissenschaftlich aufbereitet werden und Grundlage zukünftiger Entscheidungen sein. In der Bundesrepublik Deutschland lagen zu diesem Zeitpunkt keinerlei systematisierten epidemiologischen Daten zur allgemeinen gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden vor.<sup>47</sup>

Das Gesundheitsprogramm lehnte sich zunächst am § 62 AsylVfG an, der die Erstuntersuchung von Asylbewerber/innen fordert. Mit Bezug auf die Möglichkeit einer länderspezifischen Regelung sollte der Zugang zum Programm jedoch freiwillig erfolgen und der Umfang der Untersuchungen sollte offen ausgelegt werden. Als gesetzliche Grundlage für die erweiterte gesundheitliche Versorgung gelten die §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Im Jahr 2001 trat zudem das Infektionsschutzgesetz in Kraft, das mit § 36 den alten § 62 AsylVfG weitgehend aufgreift (s. Anhang 10.2).

---

<sup>43</sup> Mohammadzadeh 1993, S. 30ff und 39ff

<sup>44</sup> Mohammadzadeh 1993, S. 96ff

<sup>45</sup> Senator für Gesundheit Bremen 1993.

<sup>46</sup> ebenda, S. 6

<sup>47</sup> Mohammadzadeh 1993, S. 98



## 6. Das Bremer Modell der Gesundheitsversorgung Asylsuchender

Das Bremer Gesundheitsprogramm für Asylsuchende<sup>48</sup>, das mittlerweile als das "Bremer Modell" bekannt ist, nahm im Juni 1993 seine Arbeit auf. Die medizinische Betreuung startete im Oktober 1993 in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST), in der alle Asylsuchenden in Bremen aufgenommen werden, bevor sie auf andere Unterkünfte verteilt werden. Aufgrund des Erfolges wurde das Gesundheitsprogramm schrittweise auf andere Gemeinschaftsunterkünfte ausgeweitet und neben der Gruppe der Asylsuchenden erhielten andere Flüchtlingsgruppen und letztendlich auch Spätaussiedler/innen Zugang zum Programm.

Das Gesundheitsamt Bremen als maßgeblich an der Entwicklung dieses Modells beteiligte Einrichtung übernahm die Koordination und Durchführung. Ziel war – wie bereits beschrieben – ein niedrighwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende, eine adäquate Behandlung ihrer Gesundheitsprobleme und die Berücksichtigung ihrer Lebens- und Wohnverhältnisse unter gesundheitlichen Aspekten.

Das Kernstück dieses Programms war und ist die Wahrnehmung des gesetzlich verankerten Auftrags einer Erstuntersuchung auf übertragbare Erkrankungen. Seine Besonderheiten sind das freiwillige Angebot der ärztlichen Untersuchung und der Blick auf den gesamten Gesundheitszustand der Asylsuchenden. Das Gesundheitsprogramm bietet eine medizinische Grundversorgung und vermittelt bei unklaren, bei chronischen oder anderen schwerwiegenden Krankheitsbildern in das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung. Das Programm versteht sich als Bindeglied zwischen Asylsuchenden und dem bestehenden medizinischen Versorgungssystem. Selbstverständlich war daher eine enge Zusammenarbeit mit den Partner/innen im gesundheitlichen Versorgungsbereich, mit niedergelassenen Fachärzten, mit Kliniken, mit anderen Bereichen des Gesundheitsamtes aber auch mit anderen staatlichen und nichtstaatlichen Einrichtungen. Vor allem mit den Trägern der Gemeinschaftsunterkünfte bestand von Beginn an eine enge Zusammenarbeit. Hygienestandards für die einzelnen Heime wurden gemeinsam erarbeitet und die Gestaltung der Wohnverhältnisse erörtert und den Bedürfnissen der Bewohner/innen im Rahmen des Möglichen angepasst. Außerdem erhielten Mitarbeiter/innen der Träger Fortbildung und Beratung zu gesundheitlichen Themen wie Tuberkulose, HIV, Ernährungsfragen, Bekämpfung von Läuse oder zu Kinderkrankheiten. Auch bei Schwierigkeiten mit kranken oder behinderten Asylsuchenden erhielten die Träger Unterstützung. Diese Zusammenarbeit bildete die Basis der (gesundheitlichen) Versorgung der Bewohner/innen.

---

<sup>48</sup> Der Begriff Asylsuchende steht hier und im folgenden Text stellvertretend für Asylsuchende, Flüchtlinge, Spätaussiedler und jüdische Emigranten. All diese Gruppen wurden über das Programm angesprochen, sofern sie sich in der ZAST oder den Gemeinschaftsunterkünften aufhielten.



Um die gesetzten Ziele zu implementieren und um sie langfristig aufrechtzuerhalten, galten und gelten durchgängig folgende Eckpunkte:

- regelmäßige Abstimmungen mit den Trägern der Unterkünfte und bei Bedarf Fortbildung der Fachkräfte in den Einrichtungen
- Versorgung durch einen Arzt/eine Ärztin, die selbst eingewandert sind, und die aufgrund der eigenen Migrationserfahrung offen sind, sich mit den immer wieder verändernden ethnischen, kulturellen, religiösen usw. Gruppen der Asylsuchenden auseinanderzusetzen.
- Regelmäßige Sprechstunden des Arztes/der Ärztin in den Unterkünften.

### **6.1. Finanzielle Ausstattung des Gesundheitsprogramms**

Das Gesundheitsprogramm ist seit 1993 ein eigenständiger Arbeitsbereich im Gesundheitsamt, der bis 2007 mit einer 0,5 Stelle für eine wissenschaftliche Mitarbeiterin besetzt war. Diese war für die Koordination und Durchführung verantwortlich. Die medizinische Versorgung leisteten zunächst Ärzte auf Honorarbasis. Mit dem Erfolg des Programms erweiterte das Land Bremen den Finanzrahmen. Mitte 1995 konnte eine halbe Arztstelle besetzt werden und 1996 eine weitere halbe ärztliche Stelle, die beide ebenso wie die Koordinatorin eine Festanstellung im Gesundheitsamt erhielten. Diese 1,5 Stellen wurden vollständig aus Mitteln des Amtes für Soziale Dienste finanziert.

Die Kosten für Medikamente zur Behandlung, schwankten in den Jahren 2001 bis 2007 zwischen 6.800 € und 18.500 €. Im Durchschnitt der Jahre lagen sie bei 14.000 €. Mit sinkenden Zahlen der Asylsuchenden sanken auch diese Kosten.

Untersuchungs- und Beratungszimmer werden von den Trägern der Heime kostenlos bereitgestellt.

Kosten, die pro Behandlung oder pro Patient/in innerhalb des Gesundheitsprogramms über ein Jahr anfallen, lassen sich grob berechnen, auch wenn einige Posten wie Sach- und Verwaltungskosten hier nicht beziffert sind.<sup>49</sup> Nicht enthalten sind außerdem die obligatorischen Röntgenuntersuchungen, die aufgrund der Gesetzeslage in jedem Fall entstehen würden, sowie weitere Arztkontakte außerhalb des Programms, die aufgrund entsprechender Empfehlungen oder außerhalb des Untersuchungsprogramms an Wochenenden oder nachts entstehen, ebenso alle stationären Behandlungen und zahnärztlichen Leistungen.

Die Kosten wurden für das **Jahr 2005** exemplarisch berechnet. Allerdings sind in einzelnen Jahren Schwankungen nach oben oder unten möglich.

---

<sup>49</sup> Die folgenden Berechnungen sind einem Schreiben der Abteilungsleitung des Sozialmedizinischen Dienstes im Gesundheitsamt Bremen an die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 15.02.2007 entnommen.



**Tabelle 1: Kosten des Gesundheitsprogramms im Jahr 2005**

Art der Kosten	Kosten in Euro
Personalkosten (1,5 Planstellen.)	108.497,00 €
Sachkosten (Medikamente)	12.757,57 €
Gesamt	121.254,57 €

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

In diesem Zeitraum wurden bei 644 Personen 2.692 Behandlungen durchgeführt. Die in Tabelle 2 dargestellten Kosten für Behandlungen oder für Personen lassen sich daraus ableiten.

**Tabelle 2: Kosten innerhalb des Gesundheitsprogramms im Jahr 2005**

Kosten bezogen auf ...	Kosten in Euro
Kosten pro Behandlungsfall	45,04 €
Kosten pro Patient/pro Kopf	188,28 €

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes

Eine Schätzung für dasselbe Jahr, die sich auf Daten der AOK für Leistungsempfänger nach Asylbewerberleistungsgesetz § 2 und § 3 bezieht, kommt auf 120 € pro Quartal und Patient/in für hausärztliche Leistungen, die der Sozialhilfeträger übernimmt.<sup>50</sup> Insofern sind die Kosten für Patient/innen innerhalb des Gesundheitsprogramms gering. Ähnliches gilt auch, wenn wir die Kosten für das Gesundheitsprogramm in Beziehung zu den Gesamtausgaben für Leistungen im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4) setzen, die insgesamt über 4,3 Mio. € betragen.

## **6.2. Die Unterkünfte**

Auf dem Höhepunkt der Flüchtlingswelle Anfang der neunziger Jahre wurden zur Unterbringung von Asylsuchenden ausgediente Lagerhallen, Schiffe oder auch Bunker aus dem 2. Weltkrieg ohne natürliche Lichtquellen sowie Zelte und Container genutzt. Unterkünfte wie ausgediente Bunker ohne natürliches Licht und fehlende natürliche Belüftung oder ausgediente Frachtschiffe waren keineswegs zum längeren Wohnen geeignet. Erst die allmähliche Durchsetzung der Standards zur Unterbringung und der Rückgang des Stroms von Asylsuchenden führten dazu, Wohnunterkünfte auszuwählen, die für einen längerfristigen

---

<sup>50</sup> ebenda



Aufenthalt geeigneter waren und die den Bedürfnissen der Bewohner/innen mehr entgegenkamen.

Personen, die einen Asylantrag stellen, sind zunächst bis zu sechs Wochen, längstens jedoch bis zu drei Monaten, verpflichtet in einer Aufnahmeeinrichtung zu wohnen.<sup>51</sup> Daran schließt sich in der Regel der Aufenthalt in einer Gemeinschaftseinrichtung, ein sogenanntes Übergangwohnheim, an.<sup>52</sup> In Bremen konnte bis vor kurzem nach drei Jahren<sup>53</sup> eine eigene Wohnung beantragt werden, vorausgesetzt es steht keine Ausreise oder Abschiebung an, oder andere Leistungsbeschränkungen stehen dem entgegen.<sup>54</sup> In gut begründeten Einzelfällen<sup>55</sup> kann diese Dauer verkürzt werden, ein Teil der Asylsuchenden lebt allerdings auch länger als 3 Jahre in den Übergangwohnheimen. In den Jahren 2009 und 2007, für die exemplarische Daten aus 3 bzw. 5 Heimen vorlagen, waren dies 8 bzw. 13% der Asylsuchenden.<sup>56</sup>

Die Bremer Standards geben vor, dass die Unterkünfte nicht mehr als 80 bis 100 Plätze haben sollten, um eine ausreichende Betreuung und Versorgung durch Hausmeister und Sozialarbeiter/innen zu gewährleisten. Nicht alle Einrichtungen entsprechen diesem Standard. Einige Heime haben deutlich mehr als 100 Plätze. Zu überprüfen wäre, inwieweit sich dieser Standard aus guten Gründen überholt hat oder aus welchen Gründen er nicht eingehalten wird.<sup>57</sup>

Darüber hinaus geben die Standards vor, dass in den Unterkünften ausreichende und hygienisch gut nutzbare Sanitär- und Küchenanlagen vorhanden sein sollten sowie für die Gemeinschaft nutzbare Räume. Eine Gemeinschaftsverpflegung gibt es nur noch in der Aufnahmeeinrichtung (also in der Regel für eine begrenzte Zeit), während sich in den Übergangwohnheimen die Asylsuchenden selbst verpflegen können.<sup>58</sup> Asylsuchende können sich entsprechend ihren kulturellen, religiösen und herkunftsbedingten Gewohnheiten ernähren. Magen- und Darmbeschwerden konnten dadurch ebenfalls verringert werden.

Auch die Einrichtung von Kinderspielzimmern mit einer dafür geeigneten Betreuung wird in den Standards ausdrücklich gefordert.<sup>59</sup> Die Kinderbetreuung wurde in der Regel offenbar gut umgesetzt. Da jedoch immer weniger Kinder in den Unterkünften leben, wurden Ende 2008 heimeigene Kindergärten aufgelöst. Seither werden die Kinder in öffentliche Einrichtungen eingegliedert, offenbar mit positivem Effekt. Die Kinder können sich in das Schulsys-

---

<sup>51</sup> AsylVfG § 47, 1

<sup>52</sup> AsylVfG § 53

<sup>53</sup> Ein aktueller Deputationsbeschluss vom März 2011 ermöglicht es nun bereits nach 12 Monaten eine Wohnung zu beantragen. Entscheidung der städtischen Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration am 17. März 2011. Eine Information des Migrations- und Integrationsbeauftragten des Referats für Zuwandererangelegenheiten und Integrationspolitik bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Jugend und Soziales vom 05.04.2011

<sup>54</sup> Senator für Gesundheit Bremen 2008

<sup>55</sup> ebenda

<sup>56</sup> Eigene Berechnungen. Quelle: AWO Bremen 2009 und AWO Bremen 2007.

<sup>57</sup> s. AWO Bremen 2001 bis 2009.

<sup>58</sup> Für Ernährung wird eine finanzielle Pauschale ausgestellt; s. Senator für Gesundheit Bremen 2008

<sup>59</sup> Senator für Gesundheit Bremen 1993





tem besser integrieren. Zusätzliche Förderung der Kinder wird in den Unterkünften weiter beibehalten.<sup>60</sup>

Hier noch ein Auszug aus einem internen Bericht eines neu eingestellten Mitarbeiters des Gesundheitsamtes von 2003, der 20 von 23 existierenden Heimen besichtigte und der die Bausubstanz der Unterkünfte zum damaligen Zeitpunkt beschreibt:

*„Die Unterbringung erfolgt in unterschiedlichsten Wohnmöglichkeiten, der Wohnraum weist teilweise erhebliche Unterschiede in der Qualität auf und die **Bausubstanz** ist oft kaum vergleichbar. Hervor stechen m. E. die Wohncontainer, in denen es Gemeinschaftsduschen, -toiletten und -küchen gibt. Den anderen Pol bilden moderne Wohnanlagen, in denen in kleinen Wohneinheiten mit eigenem Bad und eigener kleiner Küchenzeile eine Privatsphäre deutlich leichter zu erreichen sein dürfte. Umgewidmete großbürgerliche Villen der Jahrhundertwende existieren neben ehemaligen Bürogebäuden, die nun „irgendwie“ auch bewohnt werden. Der bauliche Standard ist dementsprechend als uneinheitlich zu bezeichnen. Einige Unterkünfte haben keine Isolierfenster, in einigen bröckeln ganze Wandteile den Bewohnern entgegen, der Schimmelbefall sticht in vielen Einrichtungen direkt ins Auge, ist aber nicht ausschließlich bewohnerverursacht, sondern m. E. durch Mängel der Bausubstanz mitverursacht (besonders in Feuchträumen).“<sup>61</sup>*

Ganz offensichtlich konnten die Standards zur Unterbringung in einigen Bereichen nur langsam oder nur teilweise umgesetzt werden. Mit dem sinkenden Zustrom von Flüchtlingen bis 2007 konnten allerdings nach und nach ungeeignete Heime aufgegeben und baulich geeignete Unterkünfte bevorzugt erhalten werden. Einige Heime wurden zusätzlich baulich umgestaltet. Insgesamt wurde die Zahl der Heime stark reduziert. Existierten 1994 noch 53 Einrichtungen mit ca. 3.170 Plätzen, waren es 2001 noch 24 Heime, 2008 noch sieben und 2010 waren es sogar nur noch vier Heime (incl. der Aufnahmeeinrichtung) mit 500 Plätzen. Da die Zahl der Asylsuchenden in den vergangenen Jahren wieder etwas angestiegen ist, wurden auch die Plätze Ende 2010 wieder aufgestockt.<sup>62</sup>

### 6.3. Zur Lebenssituation Asylsuchender

Trotz der Bemühungen, die Standards bei der Unterbringung umzusetzen, bieten auch Gemeinschaftsunterkünfte in Bremen wenig Komfort. Nicht immer standen für Frauen und Männer getrennte Sanitäranlagen zur Verfügung. Eine Gemeinschaftsverpflegung gibt es zwar nur noch in der Aufnahmeeinrichtung, also in der Regel nur für eine begrenzte Zeit, in einigen Unterkünften sind oder waren jedoch Gemeinschaftsküchen zu nutzen oder Herde mit mehreren (Familien) zu teilen. Dies geht nicht immer ohne Konflikte. In zwei derzeit noch genutzten Unterkünften gibt es allerdings Zimmer mit einer jeweils dazugehörigen Küche.

---

<sup>60</sup> AWO Bremen 2009, S. 4.

<sup>61</sup> Lotze 2003

<sup>62</sup> Quelle für die Daten 2001 bis 2008: Bremische Bürgerschaft 2009. Drucksache 17/733.

Quelle für die Daten 1994 und 2010: Schriftliche Auskunft der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Referat für Zuwandererangelegenheiten und Integrationspolitik an die Autorin vom 05.11.2010



Weitere Probleme sehen die Heimleitungen der AWO, die alle seit 1994 mit Asylsuchenden arbeiten, in der Unterbringung von drei bis vier Personen in einem Zimmer.<sup>63</sup> Obwohl sie bei der Belegung Menschen aussuchen, die zusammen passen könnten, gelingt dies nicht immer. Konflikte im Zusammenleben sind dadurch vorprogrammiert. Außerdem sehen sie die Privatsphäre von Paaren, von Eltern und Kindern und von Familien als nicht ausreichend gewährleistet. Besonders nicht dort, wo Eltern und Kinder in einem Raum (Apartments mit 25qm) untergebracht sind. Die räumliche Enge führt dazu, dass Kinder oft zu spät einschlafen können, gerade wenn sie am anderen Tag wieder früh in die Schule müssen, oder dass es Eltern nicht möglich ist, sich abends zu unterhalten oder Besuch zu empfangen. Dass sich die langfristige Gemeinschaftsunterbringung Asylsuchender negativ auf die Privat- und Intimsphäre ebenso wie auf die Familienstrukturen auswirkt, bestätigt auch eine Sachverständige der freien Wohlfahrtspflege e.V. in einem Ausschuss des Bundestages für Soziales und Arbeit.<sup>64</sup> Eine Studie aus der Region Osnabrück zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden, in der ausführliche Interviews mit Asylsuchenden geführt wurden, weist ebenfalls auf Probleme hin, die aufgrund der „Zwangsgemeinschaften“ in solch räumlicher und sozialer Enge entstehen.<sup>65</sup> Die Jahresberichte der Arbeiterwohlfahrt (AWO) in Bremen zur Situation in den Wohnheimen<sup>66</sup> berichten immer wieder über Schwierigkeiten und Konflikte bis hin zu gewalttätigen Auseinandersetzungen, die aufgrund der räumlichen Enge verschiedener Ethnien oder auch aufgrund verschiedener Lebenssituationen zwischen Alleinstehenden und Familien entstehen. Auch besondere psychische Probleme einzelner Bewohner werden als Hintergrund für Konflikte benannt. Außerdem weisen sie auf die psychischen Belastungen aufgrund erlebter Verfolgung bei Bewohner/innen hin. Die Osnabrücker Forscherinnen sehen einen direkten Zusammenhang zwischen solchen Unterbringungsformen und daraus entstehenden psychischen Belastungen.<sup>67</sup>

Die Unterkünfte selbst waren und sind in der Regel weit vom Zentrum der Stadt entfernt und oft auch weit weg von den nächsten sozialen Zentren und Einkaufsmöglichkeiten. Außerdem sind sie teilweise schlecht an den öffentlichen Nahverkehr angebunden, so dass das normale Alltagsleben nicht leicht zu organisieren ist.

Obwohl seitens der Träger der Heime, von den dort beschäftigten Sozialarbeiter/innen oder von ehrenamtlichen engagierten Bürger/innen Angebote zur Freizeitbeschäftigung gemacht wurden und noch gemacht werden, ist der Tag nicht ausgefüllt. Der Tag wird überwiegend durch Essen und Schlafen strukturiert.

Hinzu kommt, dass Asylsuchende zum einen verpflichtet sind, den Bezirk oder den Landkreis der zuständigen Ausländerbehörde nicht zu verlassen. Dies schränkt den Aktionsradius stark ein und verhindert Besuche von Verwandten und Bekannten in anderen Bezirken/Bundesländern.<sup>68</sup> Zum anderen ist es Asylsuchenden frühestens ein Jahr nach An-

---

<sup>63</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.

<sup>64</sup> Deutscher Bundestag 2011. Wortprotokoll 17/47. Sitzung des Ausschusses Arbeit und Soziales.

<sup>65</sup> Behrensen und Groß 2004, S. 48ff. und S. 50ff.

<sup>66</sup> AWO Bremen 2001 bis 2009.

<sup>67</sup> Behrensen und Groß 2004, S. 48ff.

<sup>68</sup> AsyVfG § 56



---

tragsstellung erlaubt, eine Arbeit aufzunehmen. Allerdings nur dann, wenn sich für diese Arbeiten keine Arbeitskräfte aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union finden.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> AsvIVfG § 61, Arbeitsgenehmigungsverordnung (ArGV) § 3, AufenthG § 39



Zitate<sup>70</sup> der Heimleitungen zur Lebenssituation der Asylsuchenden:

*„Sie (die Asylsuchenden) werden passiv, liegen viel im Bett...Tagesrhythmus: Bett, Essen, Toilette, Bett, Essen, Toilette ...“*

*„Die Bewohner verändern sich im Laufe der Zeit. Sie kommen mit viel Hoffnung an.“*

*„Am Anfang wollen sie hier arbeiten. Irgendwann sind sie jedoch nicht mehr für den Arbeitsmarkt fit.“*

*„Leute mit beruflichen, teils hohen Qualifizierungen werden gedrückt, d.h. sie erhalten keine Anerkennung.“*

*„Das (lange) Wohnen in den Heimen macht krank.“*

Die Studie aus dem Raum Osnabrück macht deutlich, dass arbeiten zu können, ein grundsätzlicher Wunsch Asylsuchender ist. Sie zeigt auch, dass Arbeit und Beschäftigung nicht nur den Tag strukturieren, sondern eine Quelle der Wertschätzung und damit auch der psychischen Stabilität sind.<sup>71</sup>

Insgesamt stellt die Osnabrücker Studie in eindrucksvoller Weise einen Zusammenhang her zwischen der Lebenssituation Asylsuchender und einer Reihe von Faktoren, die aus ihrer Sicht „... krankmachende, krankheitserhaltende oder -verschärfende Verunsicherungen produzieren.“<sup>72</sup> Asylsuchende müssen sich vor dem Hintergrund eines rechtlichen Ausnahmezustandes mit Restriktionen der Lebens- und Wohnsituation und mit Restriktionen des Zugangs zum Arbeitsmarkt zurechtfinden, die eine aktive Gestaltung der eigenen Lebenssituation stark behindern. Sie leben in einem Schwebезustand der permanenten Angst vor einer ungewollten Rückkehr, eine soziale Integration wird aufgrund der Reglementierungen erschwert und die fehlende Beschäftigung führt zu einer Entqualifizierung vorhandener Kenntnisse und Fähigkeiten. Ungenügende Sprachkenntnisse wirken zusätzlich verunsichernd, da sie eine Orientierung in der Aufnahmegesellschaft stark beeinträchtigen. Die Autorinnen ziehen in ihrer Analyse in Anlehnung an den Gesundheitswissenschaftler Antonovsky den Schluss, dass das Zusammenwirken dieser Bedingungen das „Kohärenzgefühl“ Asylsuchender erschüttert. Für Antonovsky ist das Kohärenzgefühl eine grundlegende Lebenseinstellung, die bestimmt, wie weit das Leben aktiv und sinnstiftend wahrgenommen und gestaltet wird.<sup>73</sup> Eine Störung dieses Gefühls beeinträchtigt die Handlungs- und Planungsfähigkeit von Menschen und beeinflusst ihre psychische Gesundheit negativ. Ob dadurch auch eine höhere Anfälligkeit für Krankheiten verbunden ist, ist nicht eindeutig nachgewiesen.<sup>74</sup>

Weitere Einschränkungen bestehen für Asylsuchende in finanzieller Hinsicht. Finanzielle Leistungen für Asylsuchende richten sich während des Anerkennungsverfahrens nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Diese liegen unterhalb der Sozialhilfeleistungen, die einem Deutschen in entsprechender sozialer Lage zustehen würden. Erst mit der Aner-

---

<sup>70</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.

<sup>71</sup> Behrensen und Groß (2004), S. 63 ff.

<sup>72</sup> Behrensen und Groß (2004), S. 91

<sup>73</sup> Antonovsky 1979. S. 10 zit. nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998, S. 28f

<sup>74</sup> BZgA (1998). S. 40ff



kennung des Asylantrags<sup>75</sup> wird Zugang zu Leistungen nach dem SGB II und SGB XII gewährt. Der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung vermerkt, dass die Leistungen für Asylbewerber 14-28% unter vergleichbaren Leistungen nach SGB XII liegen.<sup>76</sup> Andere Quellen vertreten sogar die Ansicht, dass die Leistungen 35% darunter liegen.<sup>77</sup> Hinzu kommt, dass die finanziellen Leistungen grundsätzlich nicht ausgezahlt, sondern durch Sachleistungen gedeckt werden. Zur Deckung persönlicher Bedürfnisse des täglichen Lebens steht Leistungsberechtigten ab dem Alter von 14 Jahren ein monatlicher Geldbetrag von 40,90 € zu.<sup>78</sup> In Bremen kann der Haushaltsvorstand außerdem für Ernährung und andere Dinge des täglichen Gebrauchs 138,56 € erhalten und Asylsuchende ab dem Alter von 7 Jahren 125,27 €. <sup>79</sup> Offenbar stellt mittlerweile auch die Bundesregierung selbst diese Praxis in Frage, wie aus einer Antwort auf eine parlamentarische Anfrage der Fraktion der Linkspartei hervorgeht.<sup>80</sup> Die nach Kostenschätzungen ermittelten Sätze für Asylsuchende müssten nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Berechnung der Hartz-IV-Regelsätze, die als verfassungswidrig verworfen wurden, über eine transparente, nachvollziehbare Methode neu berechnet werden.

Auch wenn die Bedingungen für Asylsuchende in Bremen in einigen Bereichen wie beispielsweise bei der eigenständigen Verpflegung oder bei gesundheitlicher Versorgung günstiger sind als beispielsweise für die Region Osnabrück beschrieben, treffen wesentliche Einschränkungen – Wohn- und Beschäftigungssituation, finanzielle Lage sowie die Einschränkung der Mobilität<sup>81</sup> – auch für die Asylsuchenden in Bremen zu. Die bundesrechtliche Gesetzeslage setzt hier enge Grenzen. Eine der Heimleitungen beschrieb die Lebenssituation von Asylsuchenden folgendermaßen:

*„Ihnen wird über die Asylsituation die Würde genommen.“<sup>82</sup>*

#### **6.4. Was leistet das Gesundheitsprogramm?**

Für Asylsuchende ist der Kontakt mit dem Gesundheitsprogramm in der Regel der erste Kontakt zum deutschen Gesundheitssystem. Gesundheitssysteme in ihren Herkunftsländern unterscheiden sich häufig deutlich vom deutschen System. In manchen Ländern beschränkt sich die Gesundheitsversorgung auf die Behandlung schwerer Erkrankungen, Krankheitsfrüherkennung ist häufig völlig unbekannt. Das Bremer Modell der ärztlichen Untersuchung in Gemeinschaftsunterkünften bietet Asylsuchenden eine medizinische Grund-

---

<sup>75</sup> Die Dauer eines Asylverfahrens kann nach Angaben des BAMF bis zu 6 Monaten oder auch mehr als 10 Jahre dauern. Die durchschnittliche Dauer der Verfahren lag 2006 bei 17,9 Monaten. 56% dauerten weniger als ein Jahr und 6,0% mehr als fünf Jahre (BAMF 2007, S. 48). Die Dauer der Asylverfahren scheint sich jedoch zu beschleunigen, 2004 lag die Quote der Verfahren unter einem Jahr noch bei nur 45,4% (BAMF 2006, S. 48).

<sup>76</sup> Bundesregierung 2005, S. 168f

<sup>77</sup> Classen, G. 2008, S. 13

<sup>78</sup> AsylbLG § 3

<sup>79</sup> Senator für Gesundheit Bremen 2008

<sup>80</sup> Deutscher Bundestag 2010. Drucksache 17/3660

<sup>81</sup> AsylVfG § 56 bisher hier nicht erwähnt, während des Asylverfahrens darf ein Asylsuchender den Bezirk der für ihn zuständigen Ausländerbehörde nicht verlassen.

<sup>82</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.



versorgung bei kleineren Beschwerden und vermittelt bei weiterem Bedarf in das medizinische Regelsystem. Es übernimmt die Funktion eines „gate keepers“, es öffnet Türen ins medizinische Regelsystem und vermittelt Zugang zu Angeboten der Früherkennung. Letzteres war vor allem für die Entwicklung und Versorgung von Kindern und bei Schwangerschaften wichtig. Zusätzlich unterstützen die Ärzte des Gesundheitsprogramms Patient/innen bei Fragen zu laufenden Behandlungen bei Fachärzt/innen und motivieren sie zu einer besseren Mitwirkung (Compliance) bei Behandlungen. Insgesamt leistet das Programm einen Beitrag, um Unter-, Über- oder sogar Fehlversorgungen bei der medizinischen Behandlung von Flüchtlingen zu vermeiden.

#### 6.4.1. STRUKTURELLER RAHMEN DES GESUNDHEITSPROGRAMMS

Das Gesundheitsprogramm startete zunächst mit ärztlichen Honorarkräften nur in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST). Mit dem Erfolg des Programms wurde der Finanzrahmen erweitert, sodass im Gesundheitsamt zwei halbe Arztstellen eingerichtet und das Programm auf andere Gemeinschaftsunterkünfte erweitert werden konnte (s. Abschnitt 6.1). Die beiden halben Stellen teilen sich zwei Ärzte – ein Mann und eine Frau – mit Migrationshintergrund. Bis Ende 2008 waren es ein Arzt, der ursprünglich aus dem Iran kam, und eine Ärztin aus Rumänien. Die Nachfolge des Arztes, der 2008 in Ruhestand ging, konnte im Juli 2009 ein Arzt aus Kuba antreten. Beide Ärzte teilen sich die Besetzung der Sprechstunden in den Unterkünften paritätisch, um auch geschlechtsspezifische Bedürfnisse der Bewohner/innen abzudecken.

In der ZAST fanden über den gesamten Zeitraum kontinuierlich offene Sprechstunden statt. Alle Asylsuchenden werden dort aufgenommen, bevor sie auf andere Unterkünfte verteilt werden. Die Zahl der übrigen Gemeinschaftsunterkünfte, in denen Sprechstunden angeboten wurden, variierte über die Jahre abhängig vom Bedarf. 1995 waren es neben der ZAST insgesamt fünf weitere Heime, 1999 bis 2007 sogar sechs weitere, 2008 nur noch vier weitere und 2010 sogar nur noch drei. In der ZAST werden stets häufiger als in den Folgeunterkünften Sprechstunden angeboten. Derzeit fünfmal pro Woche, früher abhängig vom Bedarf drei bis viermal die Woche. In den anderen Unterkünften finden Sprechstunden zweimal wöchentlich statt, auch hier wird der Zeitrahmen der Sprechstunden dem Bedarf angepasst (zwischen ein und zwei Stunden).

Die Ausstattung der Sprechstundenräume des Gesundheitsprogramms beschränkt sich jeweils auf einen Raum mit einer Liege, einem Stethoskop, einem Blutdruckmessgerät und einem Blutzuckermessgerät sowie auf eine Grundausstattung an Medikamenten<sup>83</sup>. Diagnostik, die eine über die körperliche Untersuchung hinausgehende Methode erfordert, war immer nur in eingeschränktem Maß möglich.

Zu den Standards der Erstuntersuchung gehören – soweit eine Verständigung möglich ist – eine ausführliche Anamnese und eine körperliche Untersuchung. Erklärt wird außerdem die Notwendigkeit und Bedeutung der Röntgenuntersuchung. Sofern keine Kontraindikation wie beispielsweise eine Schwangerschaft vorliegt, erhalten die Asylsuchenden eine Wegbeschreibung zu dem Arzt, der die Röntgenaufnahme vornimmt. Seit Aufgabe der eigenen

---

<sup>83</sup> Die Medikamente umfassen 35-40 Wirkstoffe von Nasentropfen bis Antibiotika, die über das Amt für Soziale Dienste finanziert werden.



Röntgenabteilung wird diese auf Vertragsbasis von einem niedergelassenen Arzt durchgeführt.

Zur Abklärung weiterer Diagnosen, bei chronischen Erkrankungen und bei anderen schwerwiegenden akuten Erkrankungen vermitteln die Ärzte des Gesundheitsprogramms an Fachärzt/innen oder Kliniken des gesundheitlichen Regelsystems. Da das Gesundheitsprogramm nicht Teil der kassenärztlichen Versorgung ist, es also keine kassenärztliche Abrechnungsmöglichkeit hat, ist das Ausstellen formaler Überweisungen wie innerhalb des kassenärztlichen Systems nicht möglich. Eine Vermittlung zu einem Facharzt oder in eine Klinik ist daher nur im Sinne einer Empfehlung möglich. Diese kann selbstverständlich mit einem Begleitschreiben für den behandelnden Arzt verbunden werden.

Die beiden Ärzte unterstützen ihre Patient/innen auf sehr praktische Art und Weise, die richtigen Ansprechpartner und Wege für ihre gesundheitliche Versorgung zu finden. Im Einzelfall stellen sie direkt Kontakt zu weiterbehandelnden Ärzt/innen her, häufig geschieht dies auch in Kooperation mit den Sozialarbeiter/innen, die bei den Trägern als Heimleitungen angestellt sind. Da diese täglich vor Ort sind, ist es für sie eher möglich, konkrete Terminabsprachen zwischen Ärzt/innen oder Kliniken und den Asylsuchenden zu vereinbaren, immer vorausgesetzt die Personen benötigen Hilfe. Asylsuchende mit Verwandten in Bremen oder mit engen ethnischen Bindungen an Menschen in Bremen erhalten oft auch Hilfe von außen, so dass die Ärzte des Gesundheitsprogramms nur Anstöße geben.

Die gesundheitliche Versorgung von Kindern, für die ausgebildete Kinderärzt/innen notwendig sind, fallen aus dem direkten Leistungsspektrum des Gesundheitsprogramms weitgehend heraus, was nicht heißt, dass weniger gravierende Erkrankungen von Kindern nicht auch von den beiden Ärzten behandelt werden. Die Versorgungslücke bei Versorgung der Kinder von Asylsuchenden konnte in weiten Teilen durch Kinderärzt/innen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes gefüllt werden (s. Abschnitt 6.5) – auch hier konzipiert als erste Anlaufstelle, die bei Bedarf in das Regelsystem medizinischer Versorgung vermittelt.

#### 6.4.2. VERSTÄNDIGUNG ZWISCHEN ARZT UND PATIENT

Ein wesentlicher Teil der Arbeit der Ärzte im Gesundheitsprogramm ist, mit den Patient/innen ein gemeinsames Verständnis über Symptome und Beschwerden herzustellen. Dies gelingt nicht immer in einem einmaligen Kontakt, oft benötigt dies Zeit. Das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und von Genesung ist kulturell geprägt, ebenso wie die Beschreibung von Krankheitssymptomen. Die Ethnologin Hörbst bringt diese Problematik folgendermaßen auf den Punkt:

*„Eine zentrale Erkenntnis der Medizinsoziologie ist: gleiche körperliche oder psychische Zeichen können gänzlich anders bewertet und in Beziehung zu differierenden soziokulturellen Hintergründen und Bedeutungen gesetzt werden.“<sup>84</sup>*

Sofern nicht eindeutige körperliche Symptome eine Beschreibung erübrigen – dies ist eher selten der Fall, entscheidet die Verständigung über Symptome und deren kulturelle Prägung über die weitere Behandlung und sie beeinflusst nicht selten auch deren Erfolg. Arzt/Ärztin

---

<sup>84</sup> Hörbst 2002, S. 43



und Patient/in müssen dafür sowohl sprachliche Hürden wie auch kulturelle Unterschiede in der Beschreibung von Krankheit und Symptomen überwinden. Dieser Prozess ist oft mühsam und nicht frei von Missverständnissen. Die interkulturelle Kompetenz der Ärzte in Verbindung mit ihrem eigenen Migrationshintergrund erleichtert zwar den Kontakt, da ihnen die Auseinandersetzung mit verschiedenen Kulturen ebenso vertraut ist, wie die psychische Situation von Neuankömmlingen in unserem Land. Dennoch überbrückt dies nicht vollständig Sprach- oder Kulturdifferenzen.

Prinzipiell bestand zwar stets die Möglichkeit ausgebildete Dolmetscher/innen hinzu zu ziehen, aber sowohl finanzielle Erwägungen wie auch praktische Probleme verhinderten über lange Zeit deren Einsatz. Dolmetscherkosten sind relativ hoch. Mit der Einrichtung des Dolmetscherdienstes am Gesundheitsamt konnten die Kosten dafür zwar gesenkt werden, aber erst seit kurzem gibt es offiziell eine Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen Dolmetscher/innen zur weitergehenden Klärung oder für nachfolgende Besuche bei Fachärzten über das Amt für soziale Dienste zu finanzieren. Bei der praktischen Umsetzung, bestehen auf Seiten der Patient/innen Schwierigkeiten, da sie meist schnell eine Klärung wollen und manche aufgrund von Ängsten oder negativen Erfahrungen Dolmetscher/innen ablehnen. Die Ärzte des Gesundheitsprogramms fänden es hilfreich, Dolmetscher/innen möglichst kurzfristig telefonisch zu Gesprächen hinzuziehen zu können. Derzeit laufen dazu Verhandlungen. Sofern die Ärzte nicht selbst eine entsprechende Sprache beherrschen, sind oder waren sie entweder auf die Übersetzung anderer Asylsuchender angewiesen oder auf „Hand- und Fußsprache“, wie dies eine Heimleitung<sup>85</sup> formulierte. Bei der Auswahl von Übersetzer/innen wurde allerdings darauf geachtet, Kinder nicht als Übersetzer zu nutzen, da dies besondere Belastungen für die Beziehung zwischen Eltern und Kindern bedeuten kann.

Verständigungsprobleme zeigen sich auf vielen Ebenen. So ist beispielsweise Sinn und Zweck der obligatorischen Röntgenaufnahme oft nur schwer zu vermitteln. Eine Röntgenuntersuchung bringt für die Patient/innen keinen spürbaren Nutzen. Eine ähnliche Einschätzung kann es auch bei einer Computertomographie geben:

*„Wofür ist eine Computertomographie gut? Die Schmerzen sind immer noch da!“<sup>86</sup>*

Schmerzbeschreibungen können kulturell sehr spezifisch gebunden sein: Im Iran ist beispielsweise die Formulierung „*Meine Leber brennt!*“ kein Hinweis auf akute Probleme mit der Leber, sondern ein Ausdruck größten seelischen Schmerzes, wenn jemand gestorben ist.

Auch Verordnungen sind für die Patient/innen nicht immer einsichtig, manchmal werden sie nicht verstanden. So kann es vorkommen, dass Zäpfchen als Brotaufstrich benutzt werden. Um zu zeigen wie Zäpfchen zu nutzen sind, demonstrieren die Ärzte dies mittlerweile an einem Stofftier.

Ein Teil der Patient/innen ist auch unzufrieden mit Verordnungen, weil sie nicht sofort die gewünschte Wirkung erzielen.

---

<sup>85</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.

<sup>86</sup> Aussage eines Patienten, zit. aus einem Gespräch der Autorin mit den Ärzten im Gesundheitsprogramm vom 20.04.2009





---

*„Warum wirken die Medikamente nicht sofort? Hier ist doch der Westen, hier gibt es doch solche Medikamente.“<sup>87</sup>*

Sie gehen davon aus, dass hier im „gelobten Land“ Medikamente für ihre Beschwerden vorhanden sein müssen, die diese sofort beheben. Manchmal haben sie auch den Eindruck, dass sie hier schlechtere Medikamente als in ihrem Heimatland bekommen, beispielweise bei Antibiotika:

*„Warum erhalte ich keine stärkeren Mittel. In meinem Heimatland gab es dafür stärkere Mittel!“<sup>88</sup>*

Manche Patient/innen können nicht begreifen, dass Medikamente weiter genommen werden müssen, nachdem die Symptome abgeklungen sind:

*„Warum sollen Medikamente weiter genommen werden, wenn ich keine Beschwerden mehr habe?“<sup>89</sup>*

Sie wünschen sich manche unnötige Behandlungen wie Vitamintabletten bei einer ausgewogenen Ernährung hier, da sie diese im Heimatland erhielten, dort allerdings bei einer einseitigen Ernährung.

Manchmal ist auch der Gedanke, selbst an der Behandlung mitzuwirken, wie dies beispielsweise bei Krankengymnastik erforderlich ist, fremd.

*„Ich soll Übungen machen, aber die Rückenschmerzen sind nicht weg.“ (Ein Patient nach dem ersten Termin Krankengymnastik.)<sup>90</sup>*

Die beiden Ärzte beraten die Asylsuchenden bei solchen und anderen Fragen, die ihre Gesundheit betreffen. Sie unterstützen sie, die Behandlungserfolge angemessen einzuordnen und motivieren sie, vor allem auch an den Behandlungen durch niedergelassene Fachärzt/innen oder durch Kliniken mitzuwirken.

Die Vorteile des Gesundheitsprogramms für Asylsuchende lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Kenntnis der besonderen Lebenssituation Asylsuchender
- niedrigschwelliger Zugang
- zeitnahe medizinische Grundversorgung
- Vermittlungs- und Steuerungsfunktion in das Versorgungssystem
- Unterstützung der Compliance

Seine Herausforderung liegt darin, Menschen mit wechselnden und sehr unterschiedlichen sozialen, kulturellen und ethnischen Hintergründen gerecht zu werden. Dies gelingt in weiten Teilen, hier gibt es aber durchaus noch Unterstützungsbedarf. So formulierte einer der Ärzte:

---

<sup>87</sup> ebenda.

<sup>88</sup> ebenda.

<sup>89</sup> ebenda

<sup>90</sup> ebenda



---

*„Das größte Problem ist das der Sprachbarrieren! Diese sind durch das Hinzu-ziehen von Fachdolmetschern mit Kulturverständnis weitgehend lösbar. Die kulturellen Verständigungsschwierigkeiten könnten durch kontinuierliche Fortbildungsprogramme vermindert werden.“<sup>91</sup>*

---

<sup>91</sup> Aussage eines Arztes im Gesundheitsprogramm



## 6.5. Kooperationen bei der gesundheitlichen Versorgung

Wie oben bereits beschreiben, kooperierte die Koordinatorin des Gesundheitsprogramms für Asylsuchende und Flüchtlinge eng mit den Trägern der Unterkünfte. Um gezielt Lösungen zu entwickeln für vielfältige Probleme, die die Gesundheit Asylsuchender beeinflussen, regte sie während der gesamten Laufzeit des Programms Zusammenarbeit an, sowohl innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes wie auch außerhalb mit verschiedenen Partner/innen im Bereich der gesundheitlichen und der sozialen Versorgung. Dies führte zu Synergieeffekten mit verschiedenen Aufgabenbereichen des Gesundheitsamtes, mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege und anderen Nichtregierungsorganisationen.

Um hier nur einige Beispiele zu nennen:

Die Abteilungen Gesundheit und Umwelt des Gesundheitsamtes und der Kinder- und Jugendärztliche Dienst waren bereits bei der Entwicklung der Standards zur Unterbringung involviert. Gemeinsam mit der Abteilung Gesundheit und Umwelt wurde ein praktikabler Umgang mit der im Infektionsschutzgesetz<sup>92</sup> geforderten Röntgenuntersuchung zur Entdeckung von Tuberkulose-Infektionen erarbeitet (s. Abschnitt 6.4). Darüber hinaus beteiligte sich die Abteilung auch daran, die Standards für die Heimunterbringung beispielsweise durch Hygienepläne auf die verschiedenen Lebenssituationen in den Heimen anzupassen. Die Träger erhielten Beratung bei der Umsetzung, aber auch Beratung zum Umgang mit Einzelfällen beispielsweise bei der Bekämpfung von Parasiten.

Besonders hervorzuheben ist die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst. Dieser war ebenfalls bereits in die Entwicklung der Standards involviert und er beteiligte sich von Beginn an bei der Versorgung der Kinder und deren Familien (s. Abschnitt 6.4). Hier entstanden vielfältige Kooperationsbezüge wie

- Beratung und Fortbildung der bei den Trägern beschäftigten Mitarbeiter/innen zu Fragen der Kindergesundheit,
- für die Eltern unterstützende Angebote zur Pflege von Säuglingen und zur Erziehung der Kinder,
- Beratung und Unterstützung durch Familienhebammen im Einzelfall.

Um die ärztliche Versorgung der Kinder zu intensivieren, wurden ab 1999 schließlich in sechs Unterkünften spezielle kinderärztliche Sprechstunden angeboten. Das Augenmerk richtete sich auf die Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen sowie auf die Feststellung des Impfstatus bei Kindern mit einer entsprechenden Beratung für die Eltern. Weitere Behandlungen erfolgten wie im Gesundheitsprogramm für Erwachsene durch Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzt/innen in der Nähe der Wohnunterkünfte. Da die Zahl der Kinder mittlerweile deutlich kleiner geworden ist, ist eine dezentrale Versorgung der Kinder vor Ort nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die Eltern müssen nun mit ihren Kindern in das Gesundheitsamt kommen.

---

<sup>92</sup> IfSG § 36



Gemeinsam mit der AIDS/STD Beratung wurden Projekte zur Gesundheitsinformation für Erwachsene und jugendliche Flüchtlinge zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen entwickelt. Die Beratungsstelle stellt außerdem Asylsuchenden zur aktiven Prophylaxe kostenlos Kondome zur Verfügung.

Über die Zusammenarbeit mit Refugio Bremen e.V., dem psychosozialen und therapeutischen Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folterüberlebende, konnten traumatisierte Flüchtlinge unbürokratisch und kostenlos qualifizierte Unterstützung und Behandlung erhalten.

## 6.6. Datenerfassung

Epidemiologische Kenntnisse zum Krankheitsgeschehen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen gibt es bis heute in Deutschland nur eingeschränkt, und unseres Wissens gibt es nirgendwo eine so umfangreiche Datensammlung wie in Bremen. Veröffentlichungen zu kontinuierlich erfassten allgemeinen Gesundheitsdaten existieren einzig aus dem Bremer Untersuchungsprogramm.<sup>93</sup> Mit der Einrichtung des Bremer Modells wurde neben der konkreten Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung eine qualifizierte Erfassung und Auswertung der Daten des Gesundheitsprogramms aufgebaut. Diese Datenbasis erfasst das Leistungsspektrum des Gesundheitsprogramms und das Krankheitsspektrum der Flüchtlinge. Sie enthält:

- Namen und demographische Daten der Patient/innen (Geschlecht, Herkunft, Geburtsdatum)
- Datum und Ort der Behandlung
- Diagnosen nach dem Klassifikationssystem ICD-10
- Empfehlungen zu anderen Ärzten, Kliniken oder sonstigen Einrichtungen des medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems

Die Daten bilden die Grundlage von Entscheidungen innerhalb des Programms und sie liefern zugleich epidemiologische Kenntnisse über die gesundheitliche Lage von Flüchtlingen.

Seit Februar 2001 wurden die Daten EDV-gestützt erfasst, so dass ab diesem Zeitpunkt Auswertungen einfacher möglich wurden. Die hier vorliegende Studie stützt sich wesentlich auf diese Datenquelle und nutzte zur Auswertung vorrangig den EDV-gestützten Zeitraum von Februar 2001 bis Dezember 2008.

---

<sup>93</sup> Mohammadzadeh 1995a und Mohammadzadeh 1995b



## 7. Auswertung der Daten des Gesundheitsprogramms

Die im Bremer Gesundheitsprogramm zusammengestellten Daten sind Grundlage der folgenden Auswertung. Wir gehen dabei vorrangig den Fragen nach, in welchem Umfang das Gesundheitsprogramm genutzt wurde, welche Nationalitäten erreicht wurden und mit welchem Krankheitsspektrum die Ärzte des Programms konfrontiert waren. Ausgewertet wurden – bis auf einige ausgewählte Angaben – die Daten von Erwachsenen aus den Jahren 2001 bis 2008.<sup>94</sup> Wir beschränkten uns auf Erwachsene, da die kinderärztliche Versorgung entweder von niedergelassenen Ärzten oder wie berichtet vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes übernommen wurde, so dass die Daten für Kinder nur unvollständig in der Datensammlung des Gesundheitsprogramms erfasst waren.

Bei der Auswertung des Krankheitsspektrums, mit dem das Gesundheitsprogramm konfrontiert war, prüften wir drei Hypothesen, die ausführlich in Abschnitt 7.2 aufgeführt werden:

- Sind Flüchtlinge kränker, haben sie häufiger infektiöse Erkrankungen als die einheimische Bevölkerung?
- Sind sie gesünder als die einheimische Bevölkerung?
- Sind sie aufgrund ihrer Lebenssituation besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt?

Bei der Interpretation der Daten stützten wir uns auf die Expertise der Ärzte im Programm sowie auf zwei Interviews. Ein Interview führten wir mit drei langjährig beschäftigten Heimleitungen der AWO und eines mit zwei langjährigen Mitarbeiter/innen von Refugio e.V.. Zusätzlich nutzen wir Jahresberichte aus dem Referat Asyl/Migration der AWO aus den Jahren 2001 bis 2009.

### 7.1. Wen erreicht das Bremer Programm?

Das Bremer Gesundheitsprogramm erreicht einen großen Teil der Asylsuchenden und der Flüchtlinge. Neben Asylsuchenden im klassischen Sinne gehören zu den Patient/innen – soweit sich diese in den Übergangwohnheimen aufhalten – auch jüdische Einwander/innen und seit 1999 Spätaussiedler/innen. Diese stellen innerhalb des Programms jedoch nur einen kleinen Teil. Spätaussiedler/innen nahmen im Verhältnis zu allen übrigen Asylsuchenden einen Anteil zwischen 4% und 9% ein, mit sinkender Tendenz während der beobachteten Jahre, jüdische Migrant/innen einen Anteil von 0,5% und 6%, ebenfalls mit sinkender Tendenz. Da sie innerhalb der dokumentierten Daten im Gesundheitsprogramm nicht gesondert aufgeführt sind und ihr Anteil insgesamt gering war, unterbleibt im Folgenden eine besondere Nennung dieser Gruppen. Sie sind in der Regel unter dem allgemeinen Begriff der Asylsuchenden subsumiert.

---

<sup>94</sup> Wir haben diesen Zeitraum gewählt, da mit der Datenauswertung bereits 2009 begonnen wurde und anhand der vergleichsweise kleinen Fallzahlen in den Jahren 2009 und 2010 in Relation zum gesamten Datenbestand nicht zu erwarten war, dass sich durch das Hinzuziehen der Daten aus 2009 und 2010 wesentliche Änderungen der Aussagen ergeben würden.

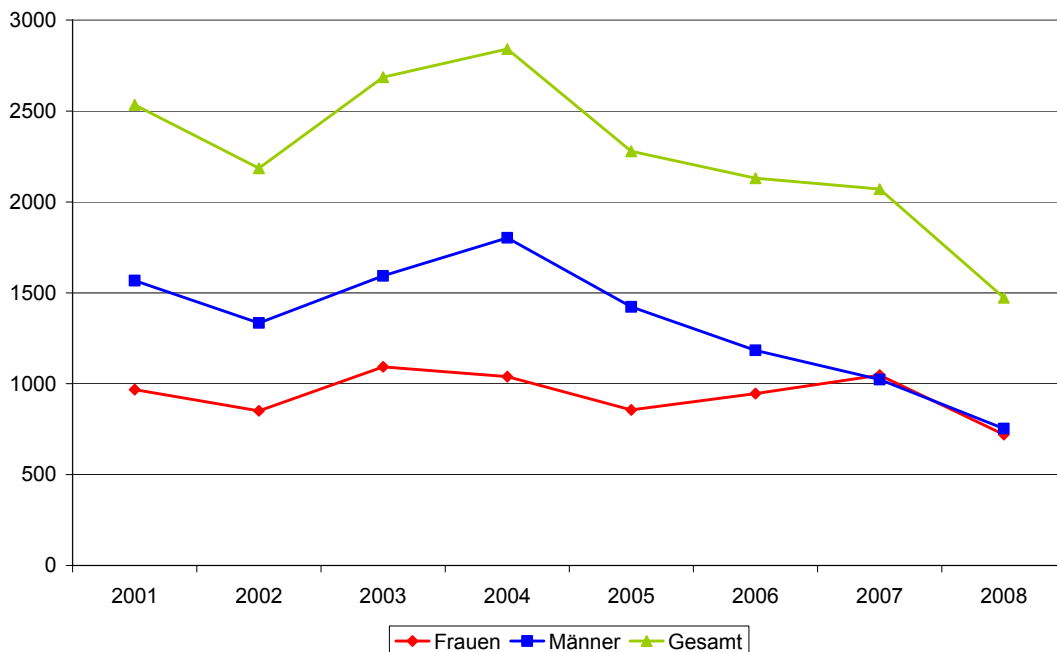


Insgesamt erreichte das Gesundheitsprogramm seit Beginn 1993 bis Ende 2008 über 10.000 Asylsuchende, Flüchtlinge und Aussiedler/innen in der Zentralen Aufnahmestelle und in den Übergangwohnheimen, mit insgesamt mehr als 40.000 Behandlungen.

Im Zeitraum zwischen 2001 und 2008 erreichte das Gesundheitsprogramm 3.380 Erwachsene und Kinder. Da im selben Zeitraum insgesamt 3.532 Personen mit Erstanträgen zum Asyl in Bremen erfasst wurden, hier ebenfalls Kinder und Erwachsene, lässt sich schätzen, dass das Gesundheitsprogramm ca. 90% aller Asylsuchenden erreichte. Da sich Asylantragsteller/innen zum einen nicht zwingend direkt nach ihrer Ankunft in Bremen beim Gesundheitsprogramm vorstellen, kann es zu zeitlichen Verzögerungen in der Inanspruchnahme kommen, zum anderen gehören auch die oben beschriebenen Gruppen ohne Asylantrag zu den Patient/innen.

Zwischen 2001 und 2008 nahmen 744 erwachsene Frauen und 1.597 erwachsene Männer<sup>95</sup> medizinische Hilfe des Gesundheitsprogramms in Anspruch. Die beiden Ärzte führten in dieser Zeit insgesamt 18.198 Behandlungen bei Erwachsenen durch und stellten 20.752 Diagnosen<sup>96</sup>. Davon entfielen 7.519 Behandlungskontakte mit 8.763 Diagnosen auf Frauen und 10.679 Behandlungskontakte mit 11.989 Diagnosen auf Männer (s. Abbildung 1).

**Abbildung 1: Anzahl aller Behandlungskontakte bei Erwachsenen pro Jahr (N=18.198)**



Quellen: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

Die Gesamtzahl der Behandlungen bei Kindern und bei Erwachsenen nahm im beschriebenen Zeitraum ab. Abhängig von der sinkenden Zahl von Asylantragsteller/innen in Deutsch-

<sup>95</sup> Erfasst jeweils am Tag der letzten Behandlung, Alter  $\geq 18$  Jahre.

<sup>96</sup> Alter hier jeweils nach dem Zeitpunkt der Behandlung berechnet.



land, sank auch in Bremen der Anteil neu unterzubringender Flüchtlinge und damit etwas zeitlich verschoben die Gesamtzahl der in Heimen untergebrachten Flüchtlinge.<sup>97</sup>

Nur die erwachsenen Heimbewohner/innen betrachtet – also Neuankömmlinge und länger dort Wohnende zusammengefasst – erreichte das Programm in den einzelnen Jahren jeweils 63-92% der Bewohner/innen mit einer steigender Tendenz in den letzten drei Jahren (s. Abbildung 2). Da das Asylverfahren in der Mehrzahl der Fälle länger als 6 Monate dauert und der Aufenthalt in den Wohnheimen abhängig von der Dauer des Asylverfahrens 36 Monate oder auch länger dauern konnte, besteht während der gesamten Zeit die Möglichkeit, das Gesundheitsprogramm in Anspruch zu nehmen.

**Abbildung 2: Anteil der erreichten erwachsenen Bewohner/innen in den Heimen (incl. ZAST) pro Jahr<sup>98</sup>**



Quellen: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen und Daten des Referats Zuwandererangelegenheiten und Integrationspolitik bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Während die absolute Zahl der Behandlungen – hier bei Erwachsenen – sinkt (s. Abbildung 1), da sich insgesamt weniger Flüchtlinge in Bremen aufhalten, steigt interessanterweise die Zahl der Behandlungen pro Person und Jahr seit 2001 kontinuierlich von 3,1 auf 7,8 Behandlungen bis zum Jahr 2007 und sinkt 2008 wieder auf 5,7 Behandlungen pro Jahr (s. Abbildung 3). Frauen nutzen das Untersuchungsangebot über alle Jahre hinweg häufiger als Männer. Während ihr Anteil in den Unterkünften über all die Jahre nur bei ca. 20-28%

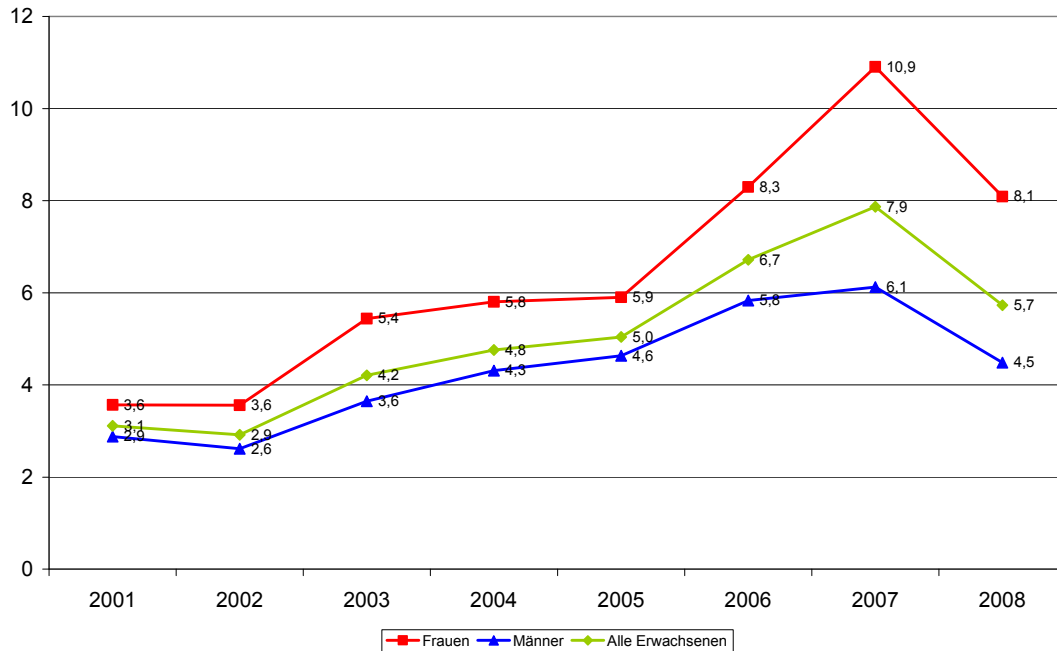
<sup>97</sup> Waren 2001 noch 2.149 Flüchtlinge in Heimen untergebracht, waren es 2008 nur noch 420 Personen (Kinder und Erwachsene). Daten des Referats Zuwandererangelegenheiten und Integrationspolitik bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

<sup>98</sup> Berechnungsgrundlage: jeweils erster Kontakt im jeweiligen Jahr ins Verhältnis gesetzt zu den erwachsenen Bewohner/innen (Stichtag 31.12. des Jahres). Der Anteil der Erwachsenen wurde teilweise geschätzt, da nicht in allen Jahren Daten zum Anteil der Kinder vorlagen.



lag, nahmen sie dennoch einen Anteil von 33% bei den Patient/innen ein und bei den Behandlungskontakten sogar bei 41%.

**Abbildung 3: Anzahl der Behandlungen pro Erwachsene<sup>99</sup>, nach Jahr und Geschlecht (Behandlungen N=18.198)**



Quellen: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

Die Frequenz der Behandlung pro Patient/in wird von vielen Faktoren beeinflusst. Neben der guten Akzeptanz der Ärzte führten vor allem kürzere Wartezeiten zu einer häufigeren Nutzung. Bei sinkenden Flüchtlingszahlen stand zudem mehr Zeit für einzelne Personen zur Verfügung. Auch die Aufenthaltsdauer der Flüchtlinge beeinflusst die Inanspruchnahme: Flüchtlinge, die nur kurze Zeit untergebracht sind, suchen offenbar verhältnismäßig seltener ärztliche Hilfe als solche, die sich lange Zeit in den Unterkünften aufhalten (müssen) aufgrund lang dauernder Anerkennungsverfahren. Beeinflussend wirken sich immer auch unterschiedliche Bedarfe einzelner Flüchtlingsgruppen aus sowie Veränderungen im Sprechstundenangebot und Schließungen von Heimen. So ist ein Teil des Anstiegs seit 2005 (s. Abbildung 3) mit der Eröffnung eines neuen Sprechstundenangebots in einem Heim mit großen Familien und besonderem gesundheitlichen Bedarf zu erklären, während der Rückgang 2008 auf die Schließung von mehreren Heimen zurückzuführen ist, in denen auch Patient/innen mit besonderem gesundheitlichen Bedarf aus der Versorgung des Gesundheitsprogramms heraus fielen.

Die häufigere Inanspruchnahme der Ärzte durch Frauen kann neben biologisch begründeten Unterschieden (s. Abschnitt 7.4 und 7.8) auch auf geschlechtsspezifische Rollenverteilung zurückzuführen sein, die gerade in traditionell patriarchal geprägten Kulturen von besonderer Bedeutung ist. Frauen suchen häufiger als Männer das Gespräch mit dem Arzt,

<sup>99</sup> letzte Behandlung pro Jahr





um Entlastung bei ihrer psychischen Situation zu bekommen und sie suchen etwas häufiger Hilfe bei psychosomatischen Beschwerden. Zudem nutzen sie Ärzte bei Fragen, die die gesundheitliche Situation ihrer Kinder betreffen. Frauen fühlen sich in der traditionellen Rolle der „Hüterin des Herdes“ vorrangig verantwortlich für den Zusammenhalt der Familie. Diese Rolle angemessen zu erfüllen, ist in der besonderen Lebenssituation in Heimen ausgesprochen schwierig. Wie bereits beschrieben (s. Abschnitt 0), hat nur ein Teil der Familien abgeschlossene Apartments, sie müssen zum Teil mit ihren Kindern ein Zimmer teilen und zum Teil stehen nur Gemeinschaftsküchen zur Verfügung. Die Wohnsituation in den Heimen bietet nur wenig Intimität. Dies belastet Frauen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben stärker als Männer. Es ist ihnen kaum möglich, eine familiäre Atmosphäre herzustellen und ihre „Fluchtmöglichkeiten“ aus dieser Situation sind – vor allem wenn Kinder da sind – deutlich eingeschränkter als die der Männer. Auch sind für Kinder sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten nur eingeschränkt vorhanden. Insgesamt sind für alle Bewohner/innen die zur Verfügung stehenden Ressourcen sehr eingeschränkt. Dies gilt, obwohl sich die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen immer auch darum gekümmert haben, entsprechend dem Bedarf der Bewohner/innen Angebote zu machen.

Die starke Inanspruchnahme spricht zum einen für eine gute Akzeptanz der ärztlichen Versorgung in den Heimen, gleichzeitig aber auch für einen großen Bedarf an ärztlicher Versorgung. Dies unverändert auch vor dem Hintergrund einer seit 2005 gültigen gesetzlichen Veränderung. Asylsuchende in Bremen erhalten auf der Basis des § 264 SGB V (s. Anhang 10.2) eine Chipkarte einer Krankenkasse.<sup>100</sup> Diese erlaubt ihnen freie Arztwahl mit dem Zugang zu medizinischer Versorgung in einem beschränkten Leistungsrahmen. Dieser ist in Bremen mit der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt. Eine Praxisgebühr wie bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen entfällt. Die Kosten der medizinischen Behandlung werden den Krankenkassen vom Sozialhilfeträger "fallgenau" erstattet. Die erbrachten medizinischen Leistungen werden für den einzelnen Fall entsprechend der Kosten abgerechnet. Asylsuchende sollten die Chipkarte innerhalb von 14 Tagen nach ihrer Anerkennung als Berechtigte zur Asylantragstellung erhalten. Im Einzelfall kann dies allerdings durchaus mehrere Wochen dauern.

#### 7.1.1. ALTER DER PERSONEN IM GESUNDHEITSPROGRAMM

Das Alter der Patientinnen und Patienten im Gesundheitsprogramm weist eine große Spannweite auf, von neu geborenen Säuglingen bis zu 94 Jahre alten Greisen.<sup>101</sup> Etwas mehr als die Hälfte aller (52%) ist unter 25 Jahren alt. Das Durchschnittsalter<sup>102</sup> aller weiblichen und aller männlichen Personen unterscheidet sich nur geringfügig (s. Tabelle 3). Bei Erwachsenen liegt das Durchschnittsalter der Frauen etwas über dem der Männer (s. Tabelle 4).

Die Altersverteilung bei Frauen und Mädchen ist breiter gestreut als bei Männern und Jungen ähnlich wie bei den bundesdeutschen Daten zu den Erstanträgen (s. Kapitel 4). Mehr

---

<sup>100</sup> Die Freie Hansestadt Bremen/Bremerhaven und die AOK Bremen/ Bremerhaven haben zu diesem Zweck eine Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V abgeschlossen. s. Amt für Soziale Dienste Bremen 2008

<sup>101</sup> Erfasst zum Zeitpunkt der ersten Behandlung.

<sup>102</sup> Median



Mädchen sind unter 18 Jahren (39,2% gegenüber 29,6% bei Jungen) und etwas mehr Frauen über 50 Jahre (8,9% gegenüber 5,1% bei Männern).

**Tabelle 3: Alter (Median) aller Personen im Gesundheitsprogramm bei Behandlungsbeginn**

Zeitraum 2001-2008	Median in Jahren	Minimum/Maximum
Alle Altersgruppen zusammengefasst	24,2	0 bis 94 Jahre
Alle weiblichen Personen	23,7	0 bis 90 Jahre
Alle männlichen Personen	24,4	0 bis 94 Jahre

Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

**Tabelle 4: Alter (Median) der Erwachsenen im Gesundheitsprogramm bei Behandlungsbeginn**

Zeitraum 2001-2008	Median in Jahren	4. Quartil
Frauen	31,7	ein Viertel aller Frauen ist 41 Jahre und älter
Männer	28,8	ein Viertel aller Männer ist 37 Jahre und älter

Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

Beim Vergleich mit der Altersverteilung der Erstanträge in Deutschland<sup>103</sup> beispielsweise aus dem Jahr 2008 fällt auf, dass Asylsuchende in Deutschland insgesamt etwas jünger sind als die Personen, die am Bremer Untersuchungsprogramm teilnehmen.<sup>104</sup> Ein Teil dieses Unterschieds kann in den nicht direkt vergleichbaren Gruppen liegen (längere Aufenthaltsdauer und ein Teil von Spätaussiedler/innen und jüdischen Migrant/innen mit höherem Alter bei den in Bremen Erfassten). Ein weiterer Grund liegt darin, dass Ältere das Gesundheitsprogramm eher nutzen. Auch bei Asylsuchenden manifestieren sich viele Krankheiten erst mit zunehmendem Alter.

#### 7.1.2. HERKUNFTSLÄNDER DER PERSONEN IM GESUNDHEITSPROGRAMM

Bei den Herkunftsländern der Patient/innen des Gesundheitsprogramms mussten wir einige Nationalitäten anders als in der Statistik des Bundesamtes für Migration und Flüchtlingen (BAMF) zusammenfassen. Die Codierung innerhalb des Bremer Programms erfolgte nach anderen Vorgaben. So haben wir die Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion als

<sup>103</sup> Dieser Vergleich kann nur grobe Anhaltspunkte geben, da es sich nicht direkt um dieselben Gruppen handelt. In die Bremer Daten gehen Menschen mit Erstanträgen und mit längeren Asylverfahren ebenso wie Spätaussiedler/innen mit ein. Direkte Bremer Vergleichsdaten liegen aufgrund unterschiedlicher Erfassungssysteme hierzu nicht vor.

<sup>104</sup> BAMF 2008, S. 26: Anteil der Frauen ab 40 Jahre 10,5%, Anteil der Männer ab 35 Jahre 12,4%.



GUS (Gemeinschaft der unabhängigen Staaten)<sup>105</sup> zusammengefasst, die heutige Russische Föderation wäre hier zuzurechnen, und wir haben die Staaten des ehemaligen Jugoslawiens zusammengefasst<sup>106</sup>.

Ein direkter Vergleich mit den Daten des BAMF zu Erstanträgen ist zum einen daher nicht möglich, zum anderen wurden – wie oben beschrieben – neben den Asylantragsteller/innen noch weitere Gruppen wie jüdische Emigranten und Spätaussiedler versorgt. Außerdem ist entscheidend, dass Zeitpunkt der Antragstellung und Nutzung des Gesundheitsprogramms nicht identisch sind und dass das Gesundheitsprogramm über mehrere Jahre mehrfach genutzt in Anspruch genommen werden kann. Dennoch ließ sich ermitteln, dass die vier häufigsten Herkunftsländer im Gesundheitsprogramm auch den Erstanträgen des BAMF für den beobachteten Zeitraum entsprechen. Es sind die ehemaligen Staaten Jugoslawiens, die der GUS, die Türkei, der Irak und der Iran (s. Abschnitt 4.2).

Bei der gemeinsamen Betrachtung von Erwachsenen und Kindern ergibt sich folgende Verteilung: Im Zeitraum 2001-2008 kam die größte Gruppe aus dem ehemaligen Jugoslawien, die zweitgrößte Gruppe aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS) und an dritter bis fünfter Stelle folgten in jeweils ähnlichem Umfang Menschen aus der Türkei, dem Irak und dem Iran. Etwas anders als in der Statistik des BAMF standen an sechster Stelle Menschen aus Syrien. Aus afrikanischen Staaten kamen – wie bereits aufgrund der Ausnahmeregelung für Bremen zu erwarten – nur wenige bis auf eine größere Gruppe aus Sierra Leone.

Zu berücksichtigen ist bei der Zusammenfassung der Herkunftsländer, dass es sich hierbei teilweise um sehr heterogene Flüchtlingsgruppen handelt. So sind in der Gruppe der Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien sowohl Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien, aus Serbien und dem Kosovo erfasst, wie auch die Gruppe der Roma, die aufgrund anhaltender massiver Diskriminierung diese Länder verlassen. Bei den Herkunftsländern der GUS sind Menschen aus der heutigen Russischen Föderation, der Ukraine, Moldawien, Weisrussland und Georgien sowie auch Aussiedler/innen erfasst. Die Volksgruppe der Kurden wiederum verteilt sich auf Menschen aus der Türkei, aus Syrien und dem Iran.

Interessant ist, dass bei der Betrachtung der Erwachsenen die Geschlechter bei der Verteilung der Nationalitäten deutlich variieren. Während fast die Hälfte der Frauen aus Staaten des ehemaligen Jugoslawien und der GUS kamen, war die Verteilung der Herkunftsländer bei den Männern breiter gestreut (s. Abbildung 4, Abbildung 5 und Anhang: Tabelle 9). Der Anteil der Frauen aus der Türkei, dem Irak und dem Iran war deutlich geringer als der der Männer.<sup>107</sup>

---

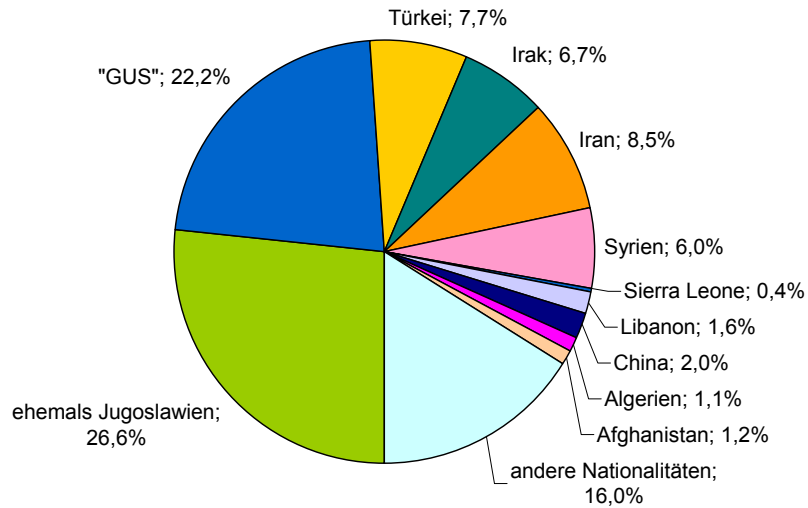
<sup>105</sup> Die GUS umfasst Armenien, Aserbeidschan, Georgien (bis 2009), Kasachstan, Kirgisien, Moldawien, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan und Weißrussland.

<sup>106</sup> Das ehemalige Jugoslawien umfasste Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien und Slowenien.

<sup>107</sup> Geschlechtsspezifische Daten nach Herkunftsländern liegen vom BAMF nicht vor.

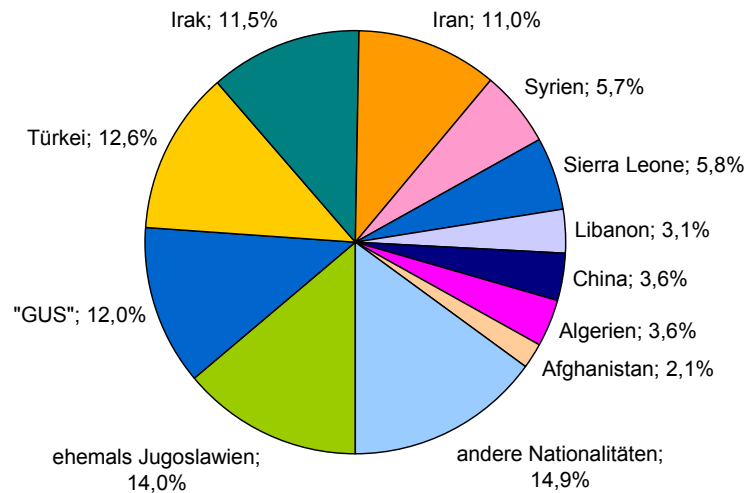


**Abbildung 4: Prozentualer Anteil der Frauen nach Nationalitäten im Bremer Gesundheitsprogramm (N=744)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

**Abbildung 5: Prozentualer Anteil der Männer nach Nationalitäten im Bremer Gesundheitsprogramm (N=1597)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

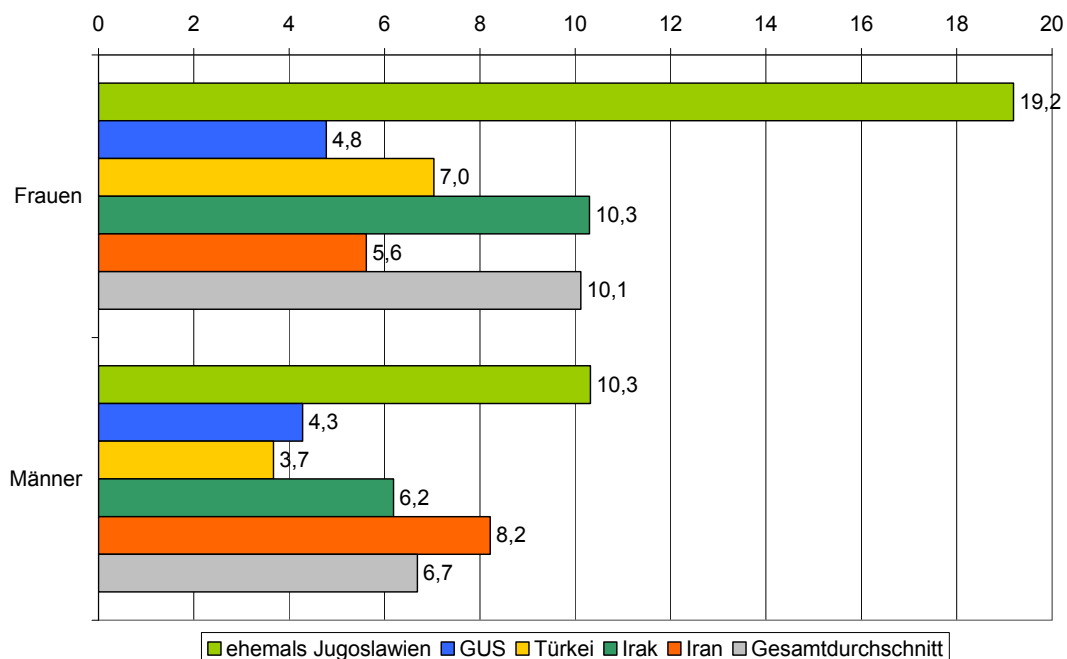


### 7.1.3. NUTZUNGSHÄUFIGKEIT DES GESUNDHEITSPROGRAMMS NACH HERKUNFTSLÄNDERN

Wenn wir die Inanspruchnahme des Gesundheitsprogramms für die fünf häufigsten Nationalitäten betrachten, fällt auf, dass vor allem Frauen, aber auch Männer aus den ehemaligen Staaten Jugoslawiens das Gesundheitsprogramm mit Abstand am häufigsten nutzten (s. Abbildung 6). Auch Männer aus dem Iran lagen etwas über dem Mittel, Frauen dieser Nationalität dagegen etwas darunter. Frauen und Männer aus den Ländern der GUS und der Türkei nutzten das Angebot eher selten. Die Unterschiede zwischen Männern verschiedener Herkunftsländer sind geringer als bei Frauen.

Im Zeitverlauf betrachtet, stiegen vor allem im Zeitraum zwischen 2005 bis 2007 die Behandlungen pro Person bei Männern und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien, 2008 sinken diese Zahlen wieder (s. Abbildung 7 und Abbildung 8). Der Anstieg sowie das Sinken dieser Behandlungszahlen erklären sich u.a. durch eine Gruppe von Roma mit besonderem gesundheitlichem Versorgungsbedarf. Auf diese Problematik wurde mit einem neuen Sprechstundenangebot in einem Heim reagiert, in dem diese Gruppe untergebracht war. 2008 wurde dieses Heim wieder geschlossen, da die betreffenden Personen eigene Wohnungen erhielten. Damit endete auch die gesundheitliche Versorgung durch das Gesundheitsprogramm.

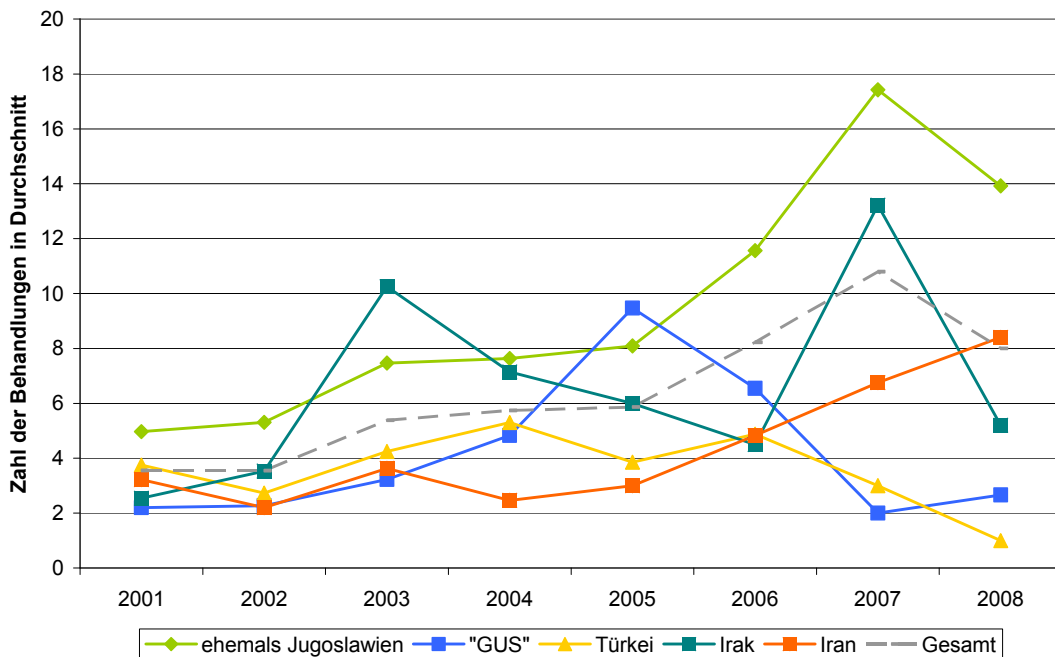
**Abbildung 6: Anzahl der Behandlungen pro Person für den Zeitraum 2001-2008 für die fünf häufigsten Herkunftsregionen (N=18.198)**



Quellen: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

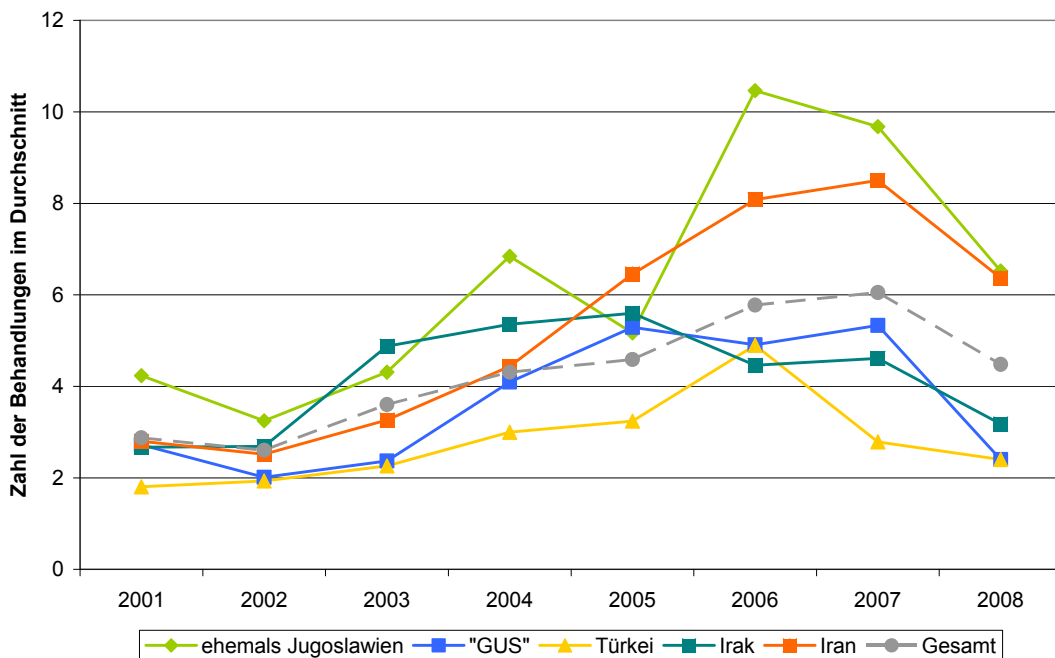


**Abbildung 7: Durchschnittliche Zahl der Behandlungen bei Frauen pro Jahr der fünf häufigsten Herkunftsländer**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

**Abbildung 8: Durchschnittliche Zahl der Behandlungen bei Männern pro Jahr der fünf häufigsten Herkunftsländer**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen



Im Zeitverlauf ist außerdem zu sehen, dass neben Frauen und Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien, Männer aus dem Irak bis 2005 überdurchschnittlichen Bedarf bei der ärztlichen Versorgung hatten und Frauen aus dem Irak bis 2004. Auffällig ist auch die überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Männern aus dem Iran im Gegensatz zur eher unterdurchschnittlichen Nutzung der Frauen. Männer und Frauen aus der Türkei lagen dagegen in allen Jahren unter dem Durchschnitt.

Gründe für die unterschiedliche Inanspruchnahme des Gesundheitsprogramms liegen nicht nur im Krankheitsspektrum der betrachteten Gruppen oder im individuellen Krankheitsgeschehen. Viele andere Faktoren können dies beeinflussen. Relativ klar ist ein Grund für die hohe Nutzung durch iranische Männer im Gegensatz zu iranischen Frauen: Iranische Männer fühlten sich stärker durch den Arzt aus ihrem Heimatland angesprochen, der ihre Kultur kannte und mit dem sie in ihrer Muttersprache sprechen konnten. Der Zugang zum Gesundheitsprogramm selbst beeinflusst außerdem die Inanspruchnahme. Heimschließungen, veränderte Sprechstunden, Wartezeiten oder die zur Verfügung stehende Zeit für den Einzelnen wirken sich aus. Zwischen 2004 und 2007 stieg insgesamt die Zahl der Untersuchungen pro Patient, da aufgrund sinkender Patientenzahlen weniger Wartezeit notwendig war und für den Einzelnen mehr Zeit zur Verfügung stand.<sup>108</sup> Zusätzlich auf die Inanspruchnahme wirkt sich auch die Vernetzung verschiedener Nationalitäten hier in Bremen aus. Eine gute Vernetzung außerhalb der Unterkünfte bedeutet Unterstützung von Verwandten, Bekannten und Freunden. Dies wiederum erleichtert es Neuankömmlingen, sich im medizinischen Versorgungsnetz außerhalb der Unterkünfte zurechtzufinden. Das könnte ein Grund sein, warum Menschen aus der Türkei oder den Ländern der GUS das Programm seltener nutzten als andere. Gerade diesen Gruppen kann die Versicherungskarte (s. Abschnitt 7.1) einen einfachen Zugang ins ärztliche Versorgungssystem ermöglichen.

Welche Krankheitssymptome Anlass der Behandlungen sind, soll im nächsten Kapitel dargestellt werden.

## **7.2. Leitfragen bei der Auswertung der Daten des Bremer Gesundheitsprogramms**

Über die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen lässt sich viel spekulieren, repräsentative Daten außer zu den Geburts- und Sterbefällen<sup>109</sup> liegen dazu bislang nicht vor.<sup>110</sup>

Prinzipiell begleiten grob skizziert zwei gegensätzliche Thesen die Diskussion:

- 1) Flüchtlinge sind kränker als die einheimische Bevölkerung: Sie haben mehr infektiöse Erkrankungen<sup>111</sup> und sie leiden aufgrund von Flucht, Verfolgung, Folter stärker an psychischen Traumata.

---

<sup>108</sup> Daten aus dem Leistungsbericht 2008 des Gesundheitsamtes Bremen: 2005: 4,8 Behandlungen pro Person, 2007: 7,1 Behandlung pro Person

<sup>109</sup> s. Ausländerzentralregister

<sup>110</sup> RKI 2008a, S. 26 ff.

<sup>111</sup> Daten des RKI zu Tuberkulose, HIV und anderen infektiösen Erkrankungen bei der ausländischen Bevölkerung. s. RKI 2008a, S. 38ff.



- 2) Flüchtlinge sind gesünder als die einheimische Bevölkerung, da nur die Gesunden in der Lage sind, den strapazenreichen Weg der Flucht auf sich zu nehmen (healthy migrant effect).

Teile der These A – der vermutete höhere Anteil an infektiösen Erkrankungen – bilden eine wesentliche gesetzliche Grundlage für das Bremer Gesundheitsprogramm. Aufgrund der Ergebnisse einer Vorstudie zum Gesundheitsprogramm<sup>112</sup> wurde eine weitere These aufgestellt:

- 3) Flüchtlinge sind aufgrund ihrer vergangenen und ihrer aktuellen Lebenssituation besonderen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die sich in gesundheitlichen Beschwerden niederschlagen können.

Interessant wird es nun sein festzustellen, welches Behandlungsspektrum es innerhalb des Programms gibt und welche Befunde überwiegen. Wir orientieren uns dafür an der Verschlüsselung von Behandlungen nach ICD-10 WHO Version 2005 (s. Glossar), die der Datenbank des Gesundheitsprogramms zu Grunde liegt. Die ICD-10 Schlüssel umfassen sowohl Krankheitsdiagnosen wie auch unter den Schlüsseln mit "Z" spezielle Untersuchung und Beratung ohne spezifische Krankheitssymptome. Im folgenden Text benutzen wir „Befund“ im Sinne eines umfassenden Begriffs für Diagnosen, Laboruntersuchungen und Beratungen. Den Begriff „Diagnose“ benutzen wir, sofern es sich direkt um Krankheitsdiagnosen handelt, außerdem benutzen wir je nach Sachverhalt die Begriffe "Beratung" und „Untersuchung“.

### **7.3. Behandlungsspektrum des Gesundheitsprogramms und Gesundheitssituation der Asylsuchenden**

Das Bremer Gesundheitsprogramm, das Flüchtlingen in der Aufnahmeeinrichtung und in Übergangwohnheimen eine medizinische Basisversorgung bietet, ist nicht mit dem einer niedergelassenen Arztpraxis zu vergleichen, da – wie oben beschrieben – die Zielsetzung eine andere ist. Die Flüchtlinge nehmen das Angebot nicht immer aus Krankheitsgründen in Anspruch, sondern auch aufgrund der Auflagen, die mit dem Asylrecht verbunden sind; und sie nutzen das Angebot auch, um sich bei bestimmten Fragen Rat und Hilfe zu holen. Dennoch kann das erfasste Krankheitsspektrum einen guten Überblick über die gesundheitliche Lage der Asylsuchenden geben, wenn auch – wie wir im Weiteren sehen werden – einige Einschränkungen bei den erfassten Befunden bestehen.

Das Behandlungsspektrum des Bremer Gesundheitsprogramms umfasst nahezu alle übergeordneten Befundgruppen nach ICD-10. Deutliche Schwerpunkte liegen auf den Kapiteln „R“ (Unspezifische Symptome), „J“ (Krankheiten des Atmungssystems) und „Z“ (Gesundheit beeinflussende Faktoren). Mit Ausnahme des Kapitels Z00-Z99 bestehen zwischen Männern und Frauen nur geringe Unterschiede, die gleichwohl statistisch signifikant sind (s. Abbildung 9).

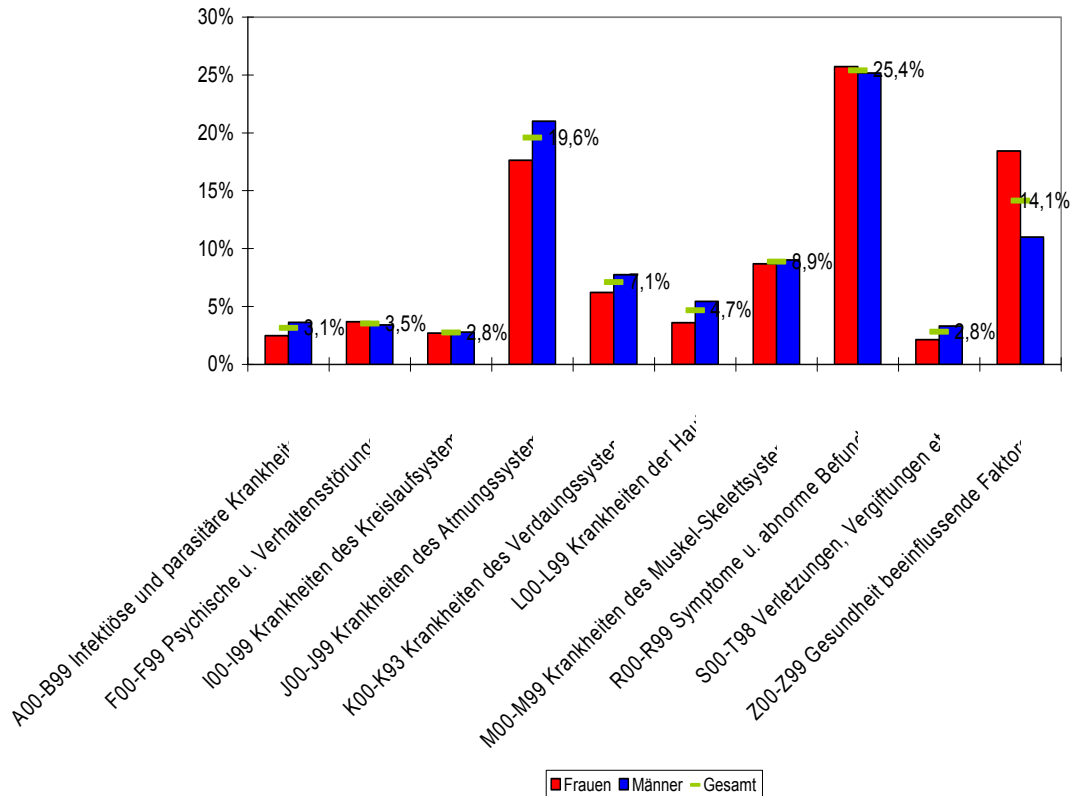
---

<sup>112</sup> Mohammadzadeh, 1993





**Abbildung 9: Befunde nach Geschlecht, nach Kapitel ICD-10-GM 2005, Auswahl häufiger Befundgruppen, Zeitraum 2001 bis 2008 (alle Befunde N=20.752, Frauen n=8.763, Männer n=11.989)**



Quellen: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

#### 7.4. Häufige Behandlungsschwerpunkte

Befunde aus dem Kapitel R00-R99 liegen an erster Stelle. Sie beziehen sich auf sogenannte „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“. Häufig sind dies unspezifische Symptome und Befunde, die zum Teil weitere Abklärung benötigen. Hier finden sich auffallend häufig Schmerzsymptome. Mit Abstand am häufigsten von allen Befunden wurde das Symptom Kopfschmerz (R51, 17,2%) aufgeführt, ebenso weitere Schmerzsymptome wie Rücken-, Bauch- und Beckenschmerzen, Hals- und Brustschmerzen sowie Sodbrennen, die alle unter den häufigsten Befunden zu finden sind (s. Abbildung 10). Sicher ist ein Teil der Diagnosen direkt auf körperliche Ursachen zurückzuführen, ein Teil von ihnen sollte aber auch im Kontext der Lebenssituation der Flüchtlinge als körperlicher Ausdruck eines seelischen Schmerzes verstanden werden, der anders keine Artikulation findet.



Die Lebenssituation von Flüchtlingen im Asyl kennzeichnet:

- Trennung von Vertrautem.
- Große Hoffnungen auf eine neue Lebensperspektive, die sich noch nicht und vielleicht nie erfüllt.
- Ein Alltag mit wenig Reizen zur Entwicklung, Veränderung oder zur Beschäftigung.
- Eine Perspektive, die häufig über Jahre unklar ist.
- Eine Perspektive, in der wenig/gar kein Einfluss auf den Verlauf des Geschehens möglich ist.

In einer solchen Situation können Körpersensationen bedeutsamer werden als in anderen selbst gestalteten oder strukturierten Lebenssituationen. Zudem kann der Körper, gerade dann wenn die Sprache fehlt, ein Instrument sein, sich auszudrücken. Dies ist mit einem Rückgriff auf regressive Mittel zu vergleichen (denen des Säuglings, der der Sprache nicht mächtig ist). Der Körper bietet eine Möglichkeit, das Leiden zum Ausdruck zu bringen, auch in der Hoffnung, damit auf Verständnis zu treffen und Hilfe zur Veränderung des Leidens zu finden.

Hinzu kommt, wie dies eine Kollegin von Refugio e.V. formulierte:

*“In vielen Kulturen werden Körper und Seele nicht so getrennt erlebt wie in unserer. Kopf-, Rücken-, Bauch-, Herzschmerzen sind häufig ein Ausdruck einer Krise und/oder einer Chronifizierung von Leiden. Oftmals können Probleme nur über die Somatik beschrieben werden.”<sup>113</sup>*

An zweiter Stelle stehen Diagnosen des Kapitels J00-J99, das Krankheiten des Atmungssystems erfassen. Zu den häufigsten Diagnosen gehören hier ausschließlich akute Infektionen wie Grippe ohne Virennachweis (J11, 5,1%) und andere akute Atemwegsinfektionen (J00, J02, J06) (s. Abbildung 10). Es handelt sich hier in aller Regel um in Deutschland erworbene Erkrankungen, die meist weniger gravierende Verläufe haben und deren Übertragung durch die Lebensverhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften begünstigt wird.

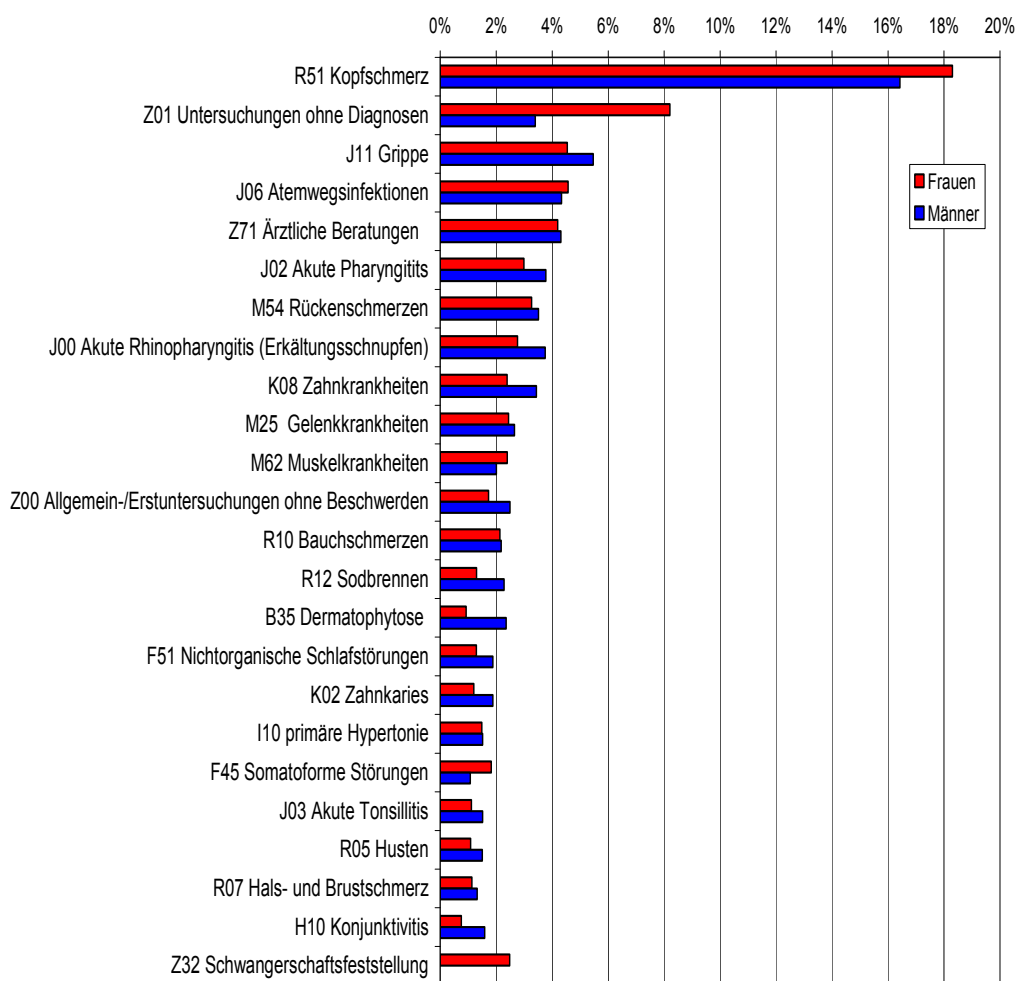
Bei der dritthäufigsten Befundgruppe des Kapitels Z00-Z99 zeigen sich die deutlichsten Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Differenz von insgesamt 7,5%) (s. Abbildung 9). Hier sind unterschiedliche ärztlicher Leistungen ohne akute Krankheitssymptome zusammengefasst: Untersuchungen ohne Befund, zu denen auch die Erstuntersuchungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes zählen – sofern sie ohne Befund bleiben, aber auch Behandlungen und Beratungen bezüglich der Reproduktion sowie Beratung bei verschiedensten Fragen der Gesundheit und medizinische Beobachtungen bei Kontakt mit infektiösen Keimen. Nicht in allen Unterklassen sind Geschlechterdifferenzen zu beobachten. Diese speisen sich vorwiegend aus Schwangerschaftstests (Z32, 2,5% aller Befunde bei Frau-

<sup>113</sup> Interview der Autorin mit Refugio e.V. am 23.11.2010



en) und aus der Gruppe Z01 „Spezielle Untersuchungen ohne Beschwerden oder Diagnosen“ (insgesamt 5,4% aller Befunde, s. Abbildung 10). Zur Feststellung von Schwangerschaften wird Asylsuchenden im Rahmen des Gesundheitsprogramms der Schwangerschaftstest als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Bei der Gruppe Z01 handelt es sich überwiegend um Blutdruckmessungen. Diese sind innerhalb des Gesundheitsprogramms unproblematisch zu leisten – wenig Aufwand und an allen Orten verfügbar – und sie sind neben der ärztlichen Diagnostik ein „schmerzloser Türöffner“ zu Gesprächen mit den Ärzten. Frauen nutzten diese Möglichkeit deutlich häufiger als Männer (Frauen 8,2%, bei Männern 3,4%).

**Abbildung 10: Die häufigsten Einzelbefunde<sup>114</sup> 2001 bis 2008 in Prozent (N=20.752, Frauen n=8.763, Männer n=11.989)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

<sup>114</sup> Erfasst sind hier alle Diagnosen, die einen Anteil von  $\geq 1\%$  am Gesamtanteil aller Diagnosen hatten.



Die Geschlechterdifferenzen innerhalb dieses Kapitels weisen auf eine teilweise unterschiedliche Nutzung des Gesundheitsprogramms hin. Der Unterschied bei Schwangerschaftstests ist selbsterklärend. Der Unterschied bei der Nutzung der Blutdruckmessung deutet auf unterschiedliche Suchstrategien bei der Bewältigung der Asylsituation hin. Frauen suchen offenbar häufiger ärztliche Hilfe oder Rat in einer für sie schwierigen Lebenssituation.

Eindeutig psychische Erkrankungen, die zum Kapitel F00-F99 gehören, wurden relativ selten diagnostiziert. Diagnosen dieser Gruppe beziehen sich vorwiegend auf somatische Zustände ohne entsprechende körperliche Befunde (s.o.). Dies entspricht nicht den Erwartungen, die eine deutsche und verschiedene internationale Studien zum Anteil traumatisierter Flüchtlinge nahelegen. Die deutsche Studie zu Asylbewerbern nennt 40% posttraumatische Belastungsstörungen, verschiedene internationale Studien bei unterschiedlichen Flüchtlingspopulationen variieren zwischen 20 und 40%, im Einzelfall gehen sie sogar bis auf über 80%.<sup>115</sup> Bei den Daten des Bremer Gesundheitsprogramms greift jedoch eine Besonderheit der Klassifizierungssystematik: Die Dokumentation der Daten orientierte sich an der Aufgabenstellung des medizinischen Gesundheitsprogramms. Dieses verstand sich immer als medizinische Erst- und Basisversorgung mit dem Schwerpunkt der Behandlung körperlicher Beschwerden. Die Ärzte dokumentieren psychische Erkrankungen daher zurückhaltend, in der Regel bezogen sie sich auf eindeutig erkennbare Symptome. Bei einem Verdacht auf psychische Erkrankung vermitteln die Ärzte eine weitere Behandlung durch Fachärzt/innen, Psychotherapeut/innen, an Kliniken oder an Refugio e.V. Bremen ähnlich wie bei anderen schwerwiegenden Krankheiten. Bei den dokumentierten psychischen Befunden ist aus diesen Gründen mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Untererfassung auszugehen (s. Abschnitt 7.10).

## **7.5. Infektiöse und parasitäre Erkrankungen (A00-B99)**

Infektiöse und parasitäre Erkrankungen nehmen mit 3,1% nur einen kleinen Teil aller Behandlungsdiagnosen ein (s. Abbildung 9), sie betreffen jedoch 15% der Männer und 11,8% der Frauen (s. Tabelle 5). An erster Stelle der Diagnosen stehen Dermatophytosen (B35) mit 1,7% aller Befunde (s. Abbildung 10 und Tabelle 5). Dies sind Pilzkrankungen, die vor allem durch engen Kontakt zu anderen Menschen übertragen werden. Ungenügende Hygiene begünstigt die Übertragung ebenso wie ein schlechter Allgemeinzustand. Hygiene meint sowohl die hygienischen Bedingungen in den Unterkünften, wie auch das hygienische Verhalten Einzelner. An zweiter und dritter Stelle stehen Läuse- und Filzlausbefall (B85) (0,4%) sowie Krätze (B86) (0,3%). Deren Übertragung ist auf ähnliche Bedingungen zurückzuführen wie Dermatophytosen. Schwerwiegende infektiöse Erkrankungen wie Virus-Hepatitis (B15-B19), Tuberkulose (A15-A19) und HIV (B20-B24) stehen am untersten Ende der Diagnosegruppen und betreffen insgesamt nur 19 Diagnosen. Bei der Erkennung von Tuberkulosefällen ist davon auszugehen, dass das Meldesystem greift, und auch, dass erkrankte Patient/innen aufgrund der engmaschigen Betreuung in den Wohnheimen schnell auffallen würden. Bei Virus-Hepatitis und HIV ist allerdings von einer gewissen Untererfassung auszugehen, da Diagnosemöglichkeiten für diese Infektionen innerhalb des Pro-

---

<sup>115</sup> Gäbel, U. u.a. 2005, S. 2 und S. 4ff



gramms nicht vorhanden waren und die Ärzte hier entweder auf Rückmeldungen anderer Ärzt/innen oder auf Informationen der Patient/innen angewiesen waren.

**Tabelle 5: Alle Personen mit Diagnosen des Kapitels A00-B99 sowie eine Auswahl einzelner Diagnosen aus dem Kapitel A00-B99 – Anteil der Personen an der Gesamtheit aller Erwachsenen (N=2.341)**

<b>Geschlecht</b>	<b>Anteil aller Personen mit Diagnosen A00-B99</b>	<b>Anteil der Personen mit Läuse- und Filzlausbefall (B85)</b>	<b>Anteil der Personen mit Dermatophyosen (B35)</b>	<b>Anteil der Personen mit schweren Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)</b>
Frauen	11,8%	4,3%	4,8%	0,8%
Männer	15,0%	0,3%	9,5%	0,5%
Gesamt	14,0%	1,6%	8,0%	0,6%

Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

Insgesamt waren von schweren Infektionskrankheiten 14 Personen (8 Männern und 6 Frauen) betroffen. D.h. wenn wir den Zeitraum von 2001 bis 2008 zusammenfassen, finden wir eine Prävalenz schwerwiegender Infektionskrankheiten von 0,8% bei den Frauen und von 0,5% bei den Männern. Oder anders ausgedrückt, bei 6 von 1.000 Asylsuchenden wurde in diesem Zeitraum eine schwerwiegende Infektionserkrankung diagnostiziert.

Insgesamt waren 6 dieser Personen (2 Frauen und 4 Männer) an Tuberkulose (A15-A16) erkrankt. Bei 6 Personen wurden Virushepatiden (B15-B19) und bei zwei HIV-Infektionen (B24) diagnostiziert. Sowohl bei TBC wie bei den Virushepatiden stammte die Hälfte der betroffenen Personen aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und jeweils zwei aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien. Die HIV-infizierten Personen stammten aus afrikanischen Ländern.

Die Prävalenz bei Tuberkulose lag in dem achtjährigen Zeitraum bei 2,65 auf 1.000 oder 265 auf 100.000. Diese Daten liegen etwas unterhalb einer Studie, die im Grenzdurchgangslager Friedland bei Spätaussiedler/innen in einem ähnlichen Rahmen – aber innerhalb kürzerer Zeit – durchgeführt wurde. Dort wurde eine Prävalenz von 302 auf 100.000 ermittelt.<sup>116</sup> Aktuelle Daten zur Prävalenz in Deutschland lagen nicht vor. Weltweit lag die Prävalenz für Tuberkulose für das Jahr 2007 schätzungsweise bei 206 auf 100.000 Personen und die Inzidenz bei 139 auf 100.000.<sup>117</sup> Zur weiteren Orientierung zum Infektionsgeschehen sind die Daten zur Inzidenz in Deutschland interessant. Diese lag im selben Jahr bei 6,1 auf

<sup>116</sup> RKI 2004, S. 100ff

<sup>117</sup> WHO 2009, S. 1



100.000 Personen, bei ausländischen Staatsbürger/innen war sie allerdings 5,4 mal höher (22,8) als bei deutschen.<sup>118</sup>

Im Gesundheitsprogramm zeigt sich bei Tuberkulose, im Vergleich mit anderen Populationen, also eine Quote im mittleren Rahmen, die aber über der weltweit geschätzten liegt. In absoluten Zahlen gesehen handelt es sich jedoch um eine sehr kleine Gruppe und innerhalb des Bremer Gesundheitsprogramms waren solche Diagnosen eher eine Ausnahme.

Auch bei HIV handelt es sich um eine sehr kleine Gruppe. Hier liegt die Prävalenz im Gesundheitsprogramm nur geringfügig über der in Deutschland (88 gegenüber 77 auf 100.000<sup>119</sup>), jedoch deutlich unter der weltweiten. Weltweit erstrecken sich die Daten zur Prävalenz von den geringen Zahlen wie in Deutschland bis auf 28.000 HIV Betroffene auf 100.000 Einwohner/innen in einigen afrikanischen Ländern. Im Gesundheitsprogramm ist allerdings aus den oben beschriebenen Gründen von einer etwas zu geringen Erfassung auszugehen.

Bei den Virushepatiden, die bei den Diagnosen im Gesundheitsprogramm sowohl Hepatitis A, B und C umfassen, liegt die Prävalenz noch unter der Deutschlands (0,27% gegenüber nur für Hepatitis B geschätzte 0,4-0,8%)<sup>120</sup> und sehr deutlich unter der weltweit geschätzten, die für Hepatitis B bei 5-6% und für Hepatitis C bei 2-3% der Weltbevölkerung liegt.<sup>121</sup> Wobei auch hier von einer Untererfassung auszugehen ist. Akute Erkrankungen würden allerdings in aller Regel dem Gesundheitsprogramm bekannt werden.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass selbst bei einer vergleichsweise hohen Prävalenz schwerwiegender Infektionskrankheiten, die wir nur bei der Tuberkulose feststellen konnten, nur eine kleine Zahl der Flüchtlinge in Bremen davon betroffen ist. Ein größeres Problem stellten dagegen Hautkrankheiten dar, von denen Männer insgesamt in größerem Maß betroffen waren. Möglicherweise spielen hier neben den Bedingungen, die für beide Geschlechter gleichermaßen ausschlaggebend sind, auch geschlechtsspezifische Faktoren eine Rolle. Männer waren deutlich häufiger von Dermatophyosen betroffen, Frauen häufiger von Läusen. Mögliche Ursache bei Männern könnte ungenügendes hygienisches Verhalten sein, bei Frauen ein engerer Kontakt mit Kindern, die wiederum aus Kindergärten und Schulen Läuse mitbringen.

## **7.6. Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)**

Die zweithäufigste Gruppe mit 19,6% aller Diagnosen (s. Abbildung 9) bezieht sich überwiegend auf akute Infekte der Atemwege (J00-J99). Bei Männern liegt der Anteil der Diagnosen über dem der Frauen. Bei diesen Erkrankungen ist aufgrund der kurzen Ansteckungszeiten und aufgrund der eher kurzen Verläufe davon auszugehen, dass sie überwiegend in Deutschland erworben wurden. Zudem handelt es sich – wie bereits oben beschrieben (s. Abschnitt 7.4 und Abbildung 10) – um weniger gravierende Erkrankungen, auch wenn gerade bei Grippe schwere Verläufe möglich sind.

---

<sup>118</sup> RKI 2009, S. 20

<sup>119</sup> RKI 2008c, Statistisches Bundesamt Deutschland 2009, eigene Berechnungen

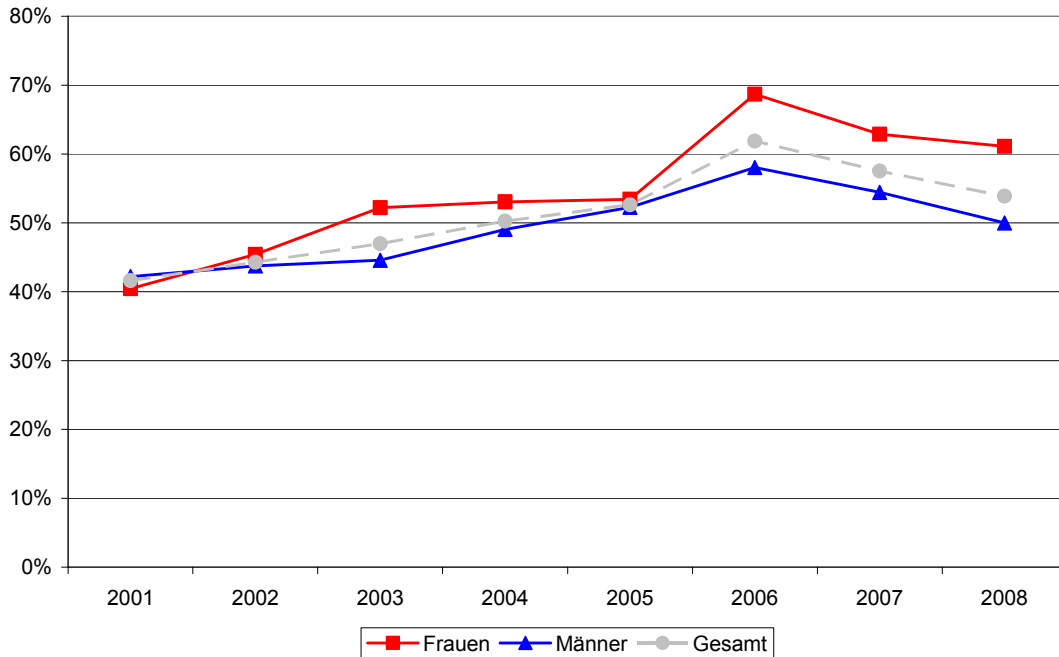
<sup>120</sup> RKI 2008b

<sup>121</sup> RKI 2008b, WHO 2008, WHO 2002



Insgesamt erhielten 50,7% aller Personen (50,6% Frauen, 50,8% Männer) im Gesundheitsprogramm ein oder mehrmals solche Diagnosen (Frauen 2,1 mal, Männer 1,6 mal). Der Anteil der jährlich von solchen Infekten betroffenen Personen war mit 42-62% relativ hoch, er lag bei Frauen etwas über dem der Männer (s. Abbildung 11). Bei der Aufgliederung nach Nationen fällt auf, dass Frauen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien die Ärzte des Gesundheitsprogramms etwas häufiger wegen entsprechender Erkrankungen aufsuchten als Frauen und Männer anderer Nationalitäten.

**Abbildung 11: Anteil der Personen pro Jahr bei Atemwegserkrankungen (J00-J99)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

Ein direkter Vergleich mit Daten der deutschen Bevölkerung ist schwierig, da diese Erkrankungen aufgrund ihres meist wenig schweren Verlaufs nicht konsistent erfasst werden. Eindeutig ist jedoch, dass diese Erkrankungen auch in der deutschen Bevölkerung zu den häufigsten Erkrankungen gehören. Grippe (Influenza) gehört weltweit zu den häufigsten Infektionserkrankungen.<sup>122</sup> Das RKI bezieht sich in seinem Bericht auf eine Schätzung der Arbeitsgruppe Influenza, die davon ausgeht, dass auf die jährlichen Grippewellen 2 bis 3 Millionen zusätzliche Arztbesuche entfallen. Auch Daten des Bundesverbandes der BKK verweisen darauf, dass Krankheiten des Atmungssystems mit 16% der Arbeitsunfähigkeitstage die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeiten ist.<sup>123</sup> Diese Arbeitsunfähigkeiten beziehen sich auf ca. 30% der pflichtversicherten Mitglieder ohne Rentner/innen.<sup>124</sup> Da nicht alle Menschen mit Atemwegsinfekten einen Arzt aufsuchen oder sich krankschreiben lassen, ist davon auszugehen, dass der Anteil der Erkrankten deutlich höher liegt.

<sup>122</sup> RKI 2006, S. 55

<sup>123</sup> BKK 2009, S. 12

<sup>124</sup> BKK 2009, S. 126



Da für die Asylsuchenden ebenfalls nicht bekannt ist, in welchem Umfang sie die Ärzte bei einer solchen Erkrankung aufsuchen, kann nicht beantwortet werden, ob diese tatsächlich häufiger einer solchen Erkrankung ausgesetzt sind als die deutsche Bevölkerung. Bei den hohen Krankheitszahlen pro Jahr ist allerdings davon auszugehen, dass die Übertragung dieser Infekte durch enge Lebensverhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften eher begünstigt wird. Zugleich kann auch der besondere Stress, unter dem Asylsuchende stehen, die Immunabwehr beeinträchtigen. Möglicherweise ist auch ein Teil der Asylsuchenden (noch) nicht auf die klimatischen Verhältnisse in Bremen eingestimmt und trägt daher keine dem Wetter angepasste Kleidung.

### **7.7. Anderenorts nicht klassifizierte Symptome (R00-R99)**

Insgesamt entfallen auf das Kapitel R00-R99 25,4% aller Befunde (s. Abbildung 9). 22,8% beziehen sich hierbei auf Schmerzzustände mit eher unspezifischen Ursachen oder solche, die weiterer Klärung bedürfen. Wie beschrieben ist Kopfschmerz (R51) mit 17,2% (40,5% aller Personen) das am häufigsten aufgeführte Symptom, zudem finden sich unter den häufigeren Bauchschmerz mit 2,2% und Hals- und Brustschmerz mit 1,2% (s. Abbildung 10). Befunde aus der Gruppe R00-R99 betreffen 52,5% aller Patient/innen, Frauen mit 56,2% etwas häufiger als Männer mit 50,8%. Nicht mitgerechnet sind hier weitere Schmerzsymptome wie Rückenschmerzen der Gruppe M54 (3,4% aller Befunde) oder Menstruationsschmerzen (N94, 1,6% der Befunde bei den Frauen).

Interessant ist, dass auch die Osnabrücker Studie zur gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden<sup>125</sup> Kopfschmerz als besonders häufiges Symptom bei Asylsuchenden nennt. Dort berichten fast alle von Kopfschmerzen, bestätigt wird dies zusätzlich von Mitarbeiter/innen aus Gesundheitseinrichtungen und den Sozialen Diensten. Die Studie weist außerdem auf weitere Schmerzzustände wie Rücken-, Nackenschmerzen oder Herzbeschwerden hin. Diese Beschwerden, die häufig erst nach der Ankunft in Deutschland auftraten, werden von befragten Asylsuchenden zumindest zum Teil auf Belastungen in der momentanen Lebenssituation zurückgeführt.

Bei den Herkunftsländern sind im Kapitel R00-R99 Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien überproportional häufig vertreten (s. Abbildung 13 und Abbildung 13), Frauen 1,4 mal häufiger als es ihrem Anteil entspräche und Männer 1,3 mal so häufig. Für Menschen aus dem Iran trifft dies anders als bei psychischen Symptomen (s. Abschnitt 7.10) nicht zu. Besonders selten waren bei diesen Befunden Männer und Frauen aus den Staaten der GUS vertreten (Männer 0,5 mal und Frauen 0,7 mal). Andere Nationen erhielten ungefähr ihren Anteilen entsprechend solche Befunde. Bei der exklusiven Betrachtung der Diagnose Kopfschmerz (R51) liegt der Anteil der Männer und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien sogar noch etwas höher: Frauen 1,5 mal häufiger als ihrem Anteil entsprechend und Männer 1,4 mal häufiger.

Ein Grund für dieses besondere Phänomen bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien könnte ein lang dauernder Duldungsstatus sein, was vor allem Roma trifft. Roma waren in dieser Herkunftsgruppe relativ häufig vertreten. Langdauernde Duldungen sind mit besonderen Unsicherheiten der Lebensperspektive verbunden: Duldungen werden meist

---

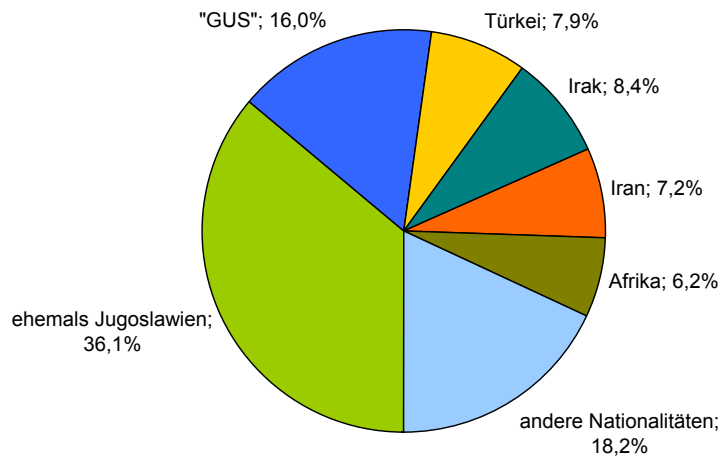
<sup>125</sup> Behrensen und Groß 2004, S. 32f





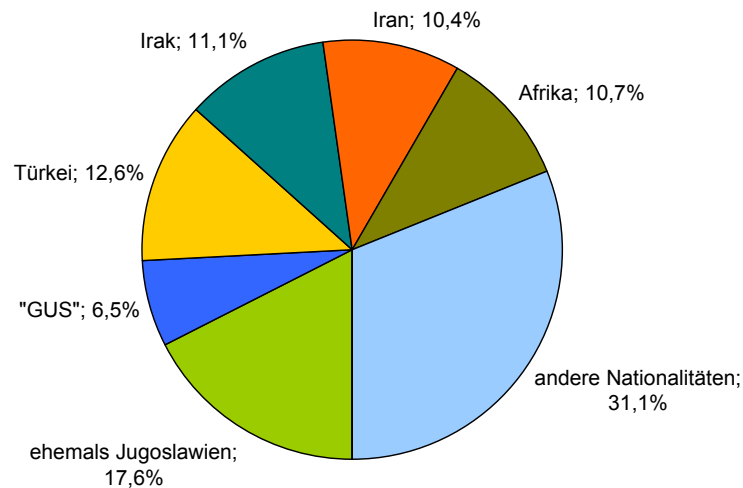
befristet auf drei oder sechs Monate ausgestellt, manchmal in noch kürzeren Abständen, so dass sich bei jedem neuen Antrag die Frage stellt, ob es zu einer Ausweisung kommt. Verbunden damit kann zusätzlich ein besonders langer Heimaufenthalt sein.

**Abbildung 12: Frauen mit Befunden R00-R99, Anteile nach Herkunftsländern (N=418)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

**Abbildung 13: Männer mit Befunden R00-R99, Anteile nach Herkunftsländern (N=811)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen



## 7.8. Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Unter dem Kapitel Z00-Z99 sind Behandlungen, Untersuchungen und Beratungen meist ohne akute Beschwerden zusammengefasst. Hierunter fallen Untersuchungen, Behandlungen und Beratungen zu Problemen der Fortpflanzung, bei Gesundheitsrisiken verschiedener Art sowie präventive Beratungen und Untersuchungen. Auch Erstuntersuchungen im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes, die eine wesentliche Grundlage des Gesundheitsprogramms sind, fallen hierunter sofern keine Symptome diagnostiziert wurden. Insgesamt entfallen 14,1% aller Befunde auf Z00-Z99 (s. Abbildung 9). Sie betreffen 44% aller Patient/innen, der Frauenanteil lag hier mit 55,8% deutlich über dem der Männer mit 38,9%.

Die spezifische Gruppe „Allgemeinuntersuchungen ohne Beschwerden oder Diagnosen“ (Z00) macht nur 2,2% aller Befunde aus (1,7% aller Frauen und 2,5% aller Männer), sie betreffen insgesamt 17,3% aller untersuchten Personen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind hierbei gering (Männer 17,0%, Frauen 18,0%). Nur 11,6% der faktischen Erstuntersuchungen sind jedoch ohne Befund. In der Aufnahmeeinrichtung, die in der Regel in den ersten sechs Wochen des Aufenthalts bewohnt werden muss, liegt der Anteil der Personen ohne Befund etwas höher bei 18,1%. Da größte Teil der Asylsuchenden durch das Programm erreicht wurde, geben diese Daten zumindest einen groben Einblick in die gesundheitliche Situation der Asylsuchenden, selbst wenn wir davon ausgehen, dass die Gesunden das Programm weniger in Anspruch nehmen als die Kranken. Der Anteil von Asylsuchenden ohne körperliche Beschwerden ist also eher gering. Dies ist bemerkenswert, da der Altersdurchschnitt dieser Menschen relativ niedrig ist, von daher eher eine geringe Krankheitshäufigkeit zu erwarten wäre.

Vergleichbare Daten liegen für die deutsche Bevölkerung nicht vor. Der Bundesgesundheitsurvey bezieht sich beim allgemeinen Gesundheitszustand auf die Frage der subjektiven Gesundheit. Diese wird von den Befragten mit ca. 70% als gut bis sehr gut angegeben. Frauen liegen etwas darunter, Männer etwas darüber.<sup>126</sup> Wie diese Antworten bei Asylsuchenden aussehen, können wir nur vermuten. Die vielfältigen diffusen Beschwerden sowie der geringe Anteil an Menschen ohne Symptome bei der ersten Untersuchung lassen aber ahnen, dass der eigene Gesundheitszustand mehrheitlich seltener als gut eingeschätzt werden würde.

Die zweithäufigste aller Maßnahmen (Z01) fällt mit 5,4% in die Gruppe Z00-Z99 und betrifft Untersuchungen ohne Beschwerden oder ohne Diagnosen (s. Abbildung 10). Hierunter verbirgt sich in der Regel eine Blutdruckmessung. Anlass ist meist ein unspezifisches Unwohlsein, das von Frauen deutlich häufiger formuliert wird. 25,1% aller Frauen, aber nur 11,5% aller Männer erhielten eine solche Untersuchung.

Weitere 4,3% aller Maßnahmen entfallen auf Erläuterungen von Untersuchungsbefunden (Z71), die sich in der Regel auf begleitende Beratungen während einer Behandlung bei anderen Ärzt/innen oder in Kliniken beziehen. Bei diesen Befunden waren Frauen und Männer wieder nahezu gleich häufig vertreten (Frauen mit 20,7% und Männer mit 18,3%).

---

<sup>126</sup> RKI 2010, S. 18



Zu den häufigsten Einzelbefunden im Gesundheitsprogramm (2,5% der Befunde bei Frauen) gehörte auch die Feststellung von Schwangerschaften (Z32) mit einem Schwangerschaftstest. Dies betraf insgesamt 18,3% aller Frauen.

Zuletzt gehören zur Kategorie Z00-Z99 noch Beobachtungen bei Kontakt mit infektiösen Krankheiten oder bei Parasiten sowie Labor- und Röntgenuntersuchungen, beispielsweise bei Verdacht auf Tuberkulose (Z20). Diese nehmen jedoch nur 0,2% aller Befunde ein. Der überwiegende Teil davon bezieht sich auf Untersuchungen aufgrund von Kontakten mit Parasiten, häufig Läusen (s. Abschnitt 7.5). Die Beobachtung anderer schwerer Infektionen wie Tuberkulose spielen im Gesamtgeschehen des Gesundheitsprogramms nur eine untergeordnete Rolle.

Bei der Aufteilung des Kapitels Z00-Z99 nach Herkunftsländern ergeben sich nur geringfügige Unterschiede. Bei der Differenzierung fällt allerdings auf, dass afrikanische Frauen die Möglichkeit eines Schwangerschaftstests besonders häufig nutzten (1,9 mal häufiger als es ihrem Anteil entspricht). Hintergrund hierfür ist unter anderem, dass afrikanische Frauen oft erst während einer Schwangerschaft aus der aufenthaltsrechtlichen Illegalität treten und dann Asyl beantragen.

### **7.9. Empfehlungen, andere Facharzttrichtungen oder Kliniken aufzusuchen**

Von den Patient/innen im Gesundheitsprogramm mit körperlichen Symptomen – ausgeschlossen sind hier alle psychischen Diagnosen (s. Abschnitt 7.11) – erhielten 49,6% Empfehlungen andere Facharzttrichtungen (auch Allgemeinmediziner/innen) und Kliniken aufzusuchen (1.149 von 2.318 Personen). Frauen waren häufiger als Männer vertreten (Frauen 56,1%, Männer 46,5%).

Die einzelnen Personen erhielten im Schnitt mehr als eine Empfehlung (1,8 mal). Diese konnten sich auf verschiedene Fachrichtungen beziehen oder mehrfach auf eine Fachrichtung. Empfehlungen können sich auf verschiedene Problemlagen beziehen, sie können in kürzeren oder längeren Zeitabständen erfolgen. Nicht in jedem Fall gelingt der Schritt, sich nach außen zu orientieren, sofort.

Am häufigsten verwiesen die Ärzte aus dem Gesundheitsprogramm zu Allgemeinmedizinern/innen und Zahnärzt/innen (s. Tabelle 6). Die Empfehlung, zur weiteren diagnostischen Abklärung eine allgemeinmedizinische Praxis aufzusuchen, verweist auf die Notwendigkeit, auch bei weniger schweren Erkrankungen in das niedergelassene System zu vermitteln, da viele Untersuchungen – selbst Blutentnahmen – nicht im Rahmen des Gesundheitsprogramms geleistet werden können. Die hier zugrunde liegenden Diagnosen sind breit gestreut. Am häufigsten sind dies Diagnosen aus dem Kapitel R00-R99 (19,7%), also eher unklare Zustände und am zweithäufigsten Krankheiten des Kreislaufsystems (13,4%). Bei der Empfehlung zur Zahnbehandlung handelt es sich mehrheitlich um nicht näher definierte Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparats (54%) und in zweiter Linie um Zahnkaries (42%). Zu vermuten ist, dass gerade Zahnerkrankungen in vielen Heimatländern nicht ausreichend behandelt wurden und dass auf dem Fluchtweg ebenfalls keine Behandlungsmöglichkeiten bestanden. Es ist davon auszugehen, dass es sich dabei tatsächlich um eine dringend notwendige Grundversorgung handelt.

Bei der Auswertung der Befunde zeichnet sich – wie zu erwarten – ab, dass vernünftigerweise eher unklare Diagnosen zur Empfehlung führen, weitere Fachärzte aufzusuchen.



**Tabelle 6: Empfohlene Fachrichtungen (enthält Mehrfachnennungen, n=1.149 Personen)**

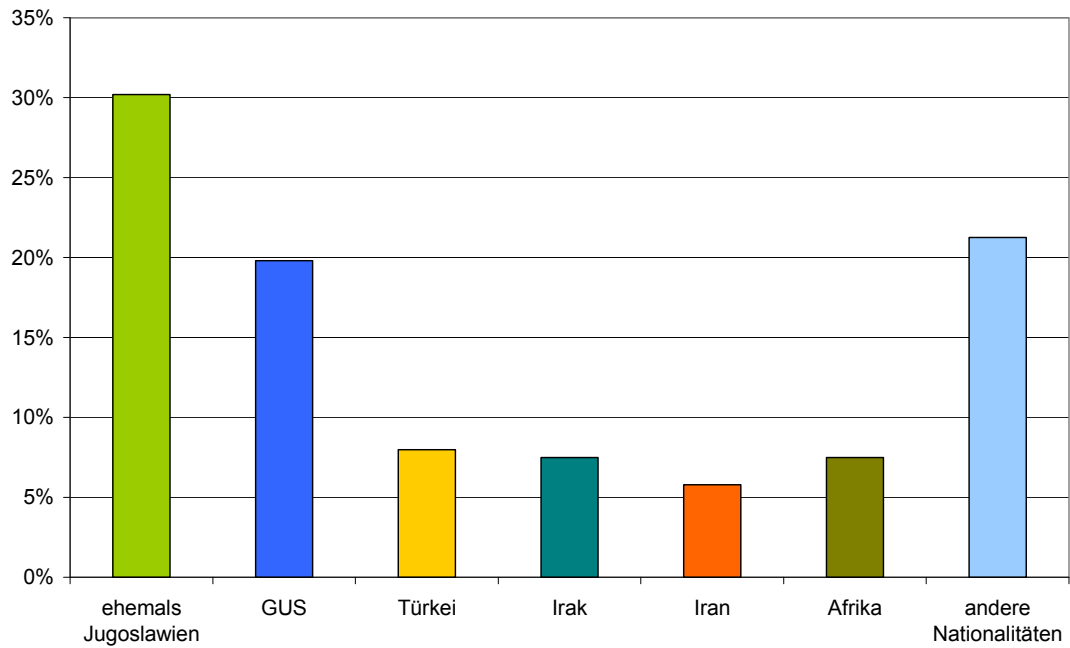
<b>Empfohlene Fachrichtungen</b>	<b>Anzahl der Empfehlungen</b>	<b>Anteil in Prozent</b>
Allgemeinmedizin	478	22,8
Zahnheilkunde	477	22,8
Gynäkologie	242	11,6
Innere Medizin	223	10,7
Hautarztpraxis	174	8,3
Orthopädie	106	5,1
Neurologie	100	4,8
Hals-Nasen-Ohren	100	4,8
Augenärztliche Praxis	63	3,0
Urologie	53	2,5
Chirurgie	45	2,2
Sonstige Fachrichtungen oder direkte Einweisungen in Kliniken	31	1,5
<b>Gesamt</b>	<b>2.092</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

Bei der Verteilung der Empfehlungen nach Nationalitäten und Geschlecht fällt wieder auf, dass sich Männer relativ gleich auf verschiedene Nationen verteilen, während bei den Frauen wieder jene aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawien hervorrangen (s. Abbildung 14 und Abbildung 15).

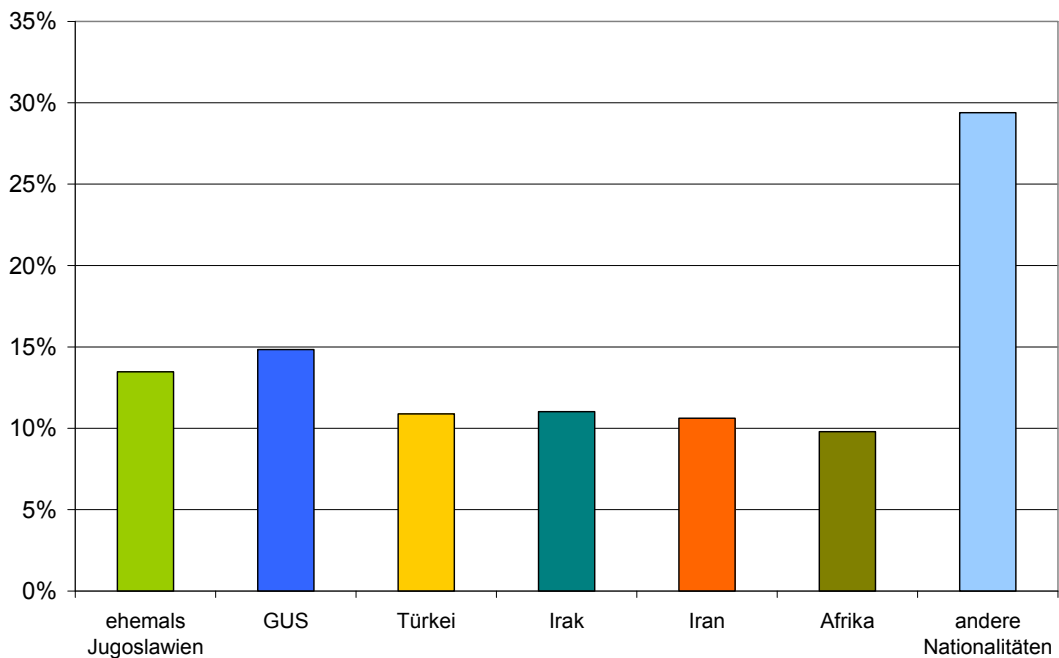


**Abbildung 14: Nationalitäten der Frauen mit einer Empfehlung (n=414)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

**Abbildung 15: Nationalitäten der Männer mit einer Empfehlung (n=735)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen



## 7.10. Psychische Erkrankungen (F00-F99)

Die Erfahrung von Folter, Kriegserlebnisse, aber auch lebensbedrohliche Lebensumstände während der Flucht sind traumatisierende Erfahrungen, die zu psychischen Erkrankungen wie zu posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) führen können. Die Lebenssituation in den Unterkünften, die ungewisse Lebensperspektive bis zur Entscheidung über den Asylwunsch, die weitgehend fehlende Möglichkeit, das Leben selbst aktiv zu gestalten, ebenso wie die Orientierung in einer neuen Kultur, führen zu zusätzlichen Verunsicherungen, die weiteren psychischen Stress verursachen können.<sup>127,128</sup>

Diese psychischen Belastungen müssten sich eigentlich auch an den Diagnosen innerhalb des Bremer Gesundheitsprogramms bemerkbar machen. Allerdings sind solche psychischen Belastungen diagnostisch nicht einfach zu erfassen, da seelische Verletzungen nicht immer mit klar erkennbaren Symptomen verbunden sind, es sei denn, körperliche Folter oder Kriegsverletzungen hinterlassen sichtbare Spuren. Hinter besonders guter Funktionsfähigkeit oder Anpassung an die Lebensumstände im Asyl können sich auch traumatische Erkrankungen verbergen. Die Betroffenen sind nicht immer in der Lage, ihre Traumatisierung in Verbindung mit ihren Empfindungen zu sehen und über ihre Erlebnisse zu sprechen. Die Erinnerung an diese Erlebnisse ist schmerzhaft, oft mit Gefühlen von Schuld und Scham verknüpft. Der Wunsch nach Normalität trägt dazu bei, solche Erlebnisse zu verdrängen.<sup>129</sup> Zudem wird die Situation im Asyl nicht immer als Schutzraum empfunden, der eine Auseinandersetzung mit der Vergangenheit erleichtert. Die unklare Lebensperspektive kann emotional als Fortsetzung der Flucht erlebt werden. Begrenzte Verständigungsmöglichkeiten erschweren die Auseinandersetzung mit solchen Erfahrungen zusätzlich.

Diagnosen bei posttraumatischen Belastungsstörungen benötigen eine ausführliche Anamnese durch dafür ausgebildete Ärzt/innen oder Psychotherapeut/innen, in der Regel unter Beteiligung von dafür ausgebildeten Dolmetscher/innen. Die Diagnose und Behandlung solcher Erkrankungen sind – wie bereits oben beschreiben – weder Auftrag des Gesundheitsprogramms, noch sind die Ärzte des Gesundheitsprogramms entsprechend ausgebildet. Zudem standen ihnen bislang in der Regel dafür keine geeigneten Dolmetscher/innen zur Verfügung. Die Ärzte des Programms diagnostizieren daher psychische Erkrankungen – hierzu zählen auch Alkohol- und andere Substanzabhängigkeiten – zurückhaltend. Sie vermitteln jedoch, wenn sie vermuten, dass eine solche Erkrankung vorliegt, an entsprechende Fachärzt/innen oder an Refugio e.V. in Bremen. Refugio ist ein psychosoziales und therapeutisches Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folterüberlebende, das unentgeltlich ambulante Beratung und psychotherapeutische Behandlung für seelisch erkrankte Flüchtlinge zur Verfügung stellen kann. Insgesamt ist jedoch innerhalb des Gesundheitsprogramms mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Untererfassung solcher Krankheitsbilder auszugehen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie der Anteil psychischer Krankheiten (F00-F99) von nur 3,5% (s. Abbildung 9) innerhalb des Behandlungsspektrums des Gesundheitspro-

---

<sup>127</sup> Fischer und Riedesser 1999, S.242f.

<sup>128</sup> Behrensen und Groß 2004, S. 54

<sup>129</sup> Penteker 2002, S. 115f.



gramms zu bewerten ist. Diese Diagnosen betreffen aber immerhin noch 16,9% aller behandelten Personen, Frauen mit 20,8% etwas häufiger als Männer mit 15,0%. Zu den häufigsten Diagnosen gehören somatoforme Störungen (F45) mit 1,4% aller Befunde. Das sind hartnäckige körperliche Symptome ohne organische Ursachen. Sie betreffen Frauen mit einem Anteil von 13,7% deutlich häufiger als Männer mit 5,8%. Nichtorganische Schlafstörungen (F51) mit 1,6% aller Befunde betreffen Frauen mit 10,1% dagegen nur geringfügig häufiger als Männer mit 9,6%. Diese beiden Diagnosen bilden vermutlich sowohl für die Betroffenen wie für die Ärzte einen „Kompromiss“, da sie sich in einem Graubereich zwischen somatischen und psychischen Diagnosen befinden. Für die Betroffenen sind sie noch gut artikulierbar ohne als „verrückt“ zu gelten. Posttraumatische Belastungsstörungen machten nur 0,2% aller Diagnosen aus. Sie betrafen 26 Personen (1,1% aller) 13 Frauen und 13 Männer ein oder mehrmals.

Zusätzlich zu diesen Diagnosen dürfte auch ein Teil der unspezifischen körperlichen Schmerzsymptome Ausdruck psychischer Belastungssituationen sein. Hierunter fallen Diagnosen aus dem Bereich der Befundgruppe R00-R99 (22,8% aller Befunde) – Kopfschmerz (R51) ist hier das am häufigsten genannte Symptom – sowie Rücken- (M54, mit 3,4% aller Befunde) oder Menstruationsschmerzen (N94, mit 1,6% der Befunde bei Frauen).

Die Osnabrücker Studie weist ebenfalls auf das häufige Vorkommen von Schlafstörungen bei Asylsuchenden, ebenso wie auf Kopfschmerzen und auf weitere Schmerzzustände hin.<sup>130</sup> Dabei macht sie sowohl auf die körperliche wie auf die psychische Dimension dieser Erscheinungen aufmerksam, aber auch auf handfeste Probleme in den Unterkünften durch nächtliche Ruhestörungen. Solche Stresssymptome scheinen mit zunehmender Größe der Einrichtungen zuzunehmen.

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass gerade (chronische) Schmerzen jeder Art, ebenso wie Schlafstörungen ein Hinweis auf posttraumatische Belastungsstörungen sein können.<sup>131, 132, 133</sup>

Auch in den Jahresberichten der AWO finden sich immer wieder Hinweise auf besondere psychische Probleme einzelner oder mehrerer Bewohner/innen.<sup>134</sup> Die Heimleitungen machten im Interview zusätzlich darauf aufmerksam, dass psychische Probleme mit zunehmender Dauer des Aufenthalts im Asyl steigen. Gleichzeitig wiesen sie darauf hin, dass Asylsuchende häufiger als früher psychische Schwierigkeiten hätten.<sup>135</sup> Ähnliches wurde auch von den Ärzten des Gesundheitsprogramms berichtet. Die Gründe dafür blieben jedoch unklar.

Wenn wir die Diagnosen nach Herkunftsländern aufschlüsseln, fällt auf, dass Frauen und Männer aus dem Iran und den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens deutlich häufiger Be-

---

<sup>130</sup> Behrensen und Groß 2004, S. 31

<sup>131</sup> Fischer und Riedesser 1999, S. 44f.

<sup>132</sup> Jordi 2009, S. 243

<sup>133</sup> Hirsch 2004, S. 51f.

<sup>134</sup> Wir verweisen auszugsweise auf folgende Stellen: AWO 2001 S. 14, S. 17f; AWO 2003 S. 21, S.23, S. 26, S. 27; AWO 2007, S. 33f; AWO 2007, S. 33f; AWO 2006, S.27f, S.30f, S.35ff, S. 43; AWO 2006, S.27f, S.30f, S.35ff, S. 43; AWO 2006, S.27f, S.30f, S.35ff, S. 43; AWO 2006, S.27f, S.30f, S.35ff, S. 43; AWO 2009, S. 11, S. 16.

<sup>135</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.



funde aufwiesen, denen psychische Krankheiten zugrunde liegen (s. Tabelle 7). Im Gegensatz zu anderen Herkunftsländern sind sie überproportional bei den Diagnosen Schlafstörungen und somatoforme Störungen vertreten. Körperliche Symptome ohne organische Ursachen zeigten Männer aus dem Iran mehr als doppelt so häufig wie es ihrem Anteil entspricht. Auch im Vergleich zu Frauen ihrer Nationalität wurden bei ihnen häufiger solche Beschwerden, die auf andere psychische Probleme hindeuten, diagnostiziert. Auch bei jugoslawischen Männern finden sich geringfügig häufiger als bei Frauen derselben Herkunft solche Symptome. Auffällig ist, dass bei Frauen und Männer aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens die geschlechtsspezifischen Unterschiede gering sind, während sie bei Menschen aus dem Iran deutlich ausgeprägt sind.

**Tabelle 7: Das Verhältnis von Personen mit den Diagnosen F45 und F51 zum Anteil von Personen aus diesen Herkunftsländern**

Diagnosen	Frauen		Männer	
	Iran	ehemals Jugoslawien	Iran	ehemals Jugoslawien
	Verhältnis	Verhältnis	Verhältnis	Verhältnis
Somatoforme Störungen (F45)	1,6	1,7	2,3	1,8
Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	1,4	1,7	1,7	1,3

Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

Erklärungen für diese Unterschiede liegen auf verschiedenen Ebenen. Für eindeutige Erklärungen fehlen jedoch innerhalb der Daten des Gesundheitsprogramms genauere Angaben wie die zum Aufenthaltsstatus, zu Fluchtgründen und so fort. Die Unterschiede der diagnostizierten psychischen Belastungen bei einzelnen Personen oder auch bei einzelnen Nationalitäten können abhängig sein von der Situation in den Herkunftsländern, den dort erfahrenen Ereignissen, von den Fluchtursachen oder den Erlebnissen auf der Flucht. Zugleich bestimmt die psychische Stabilität der einzelnen Personen oder die Unterstützung, die sie bei der Flucht und im Asyl erhalten, die Verarbeitung dieser Erfahrungen. Auch die Situation im Asyl wird unterschiedlich belastend erlebt, ebenfalls abhängig von verschiedenen Faktoren wie Erwartung, Unterstützung, familiärer Zusammenhalt und anderem.

Die Unterschiede können außerdem auf unterschiedliche kulturelle Formen des Ausdrucks von seelischem Schmerz zurückzuführen sein. Damit kann wiederum unterschiedliche Aufmerksamkeit auf Problemlagen der jeweiligen Gruppen verbunden sein. In einigen Kulturen ist es üblich, Schmerz und Leid laut von sich zu geben, in anderen wird still gelitten. Auch geschlechtsspezifische Prägungen können eine Rolle spielen. Nicht zuletzt gibt es für die Ärzte unterschiedliche Zugänge zu verschiedenen Personengruppen abhängig von Nationalität, Bildung, Sprache und Geschlecht. Hierfür spricht beispielsweise die besonders hohe Rate iranischer Männer, die besonderes Vertrauen zu einem Arzt hatten, mit dem sie ihre Sprache sprechen konnten und dem ihre Kultur vertraut war. Warum aber iranische Frauen diese Möglichkeit weniger nutzten, ist nicht klar.





Außerdem ist – wie bereits beschrieben – zu beachten, dass es sich bei den nach Herkunftsländern zusammengefassten Gruppen keineswegs immer um homogene Gruppen handelt. So sind bei den Asylsuchenden aus dem ehemaligen Jugoslawien sehr unterschiedliche Flüchtlingsgruppen wie Kriegsflüchtlinge verschiedener Ethnien oder in ihren Herkunftsländern diskriminierte Roma zusammengefasst.

Interessant ist ein Vergleich mit Daten zu psychischen Störungen bei Erwachsenen in Deutschland<sup>136</sup> aus dem Bundesgesundheitsurvey 1998/99<sup>137</sup>. Aktuellere repräsentative Daten liegen bedauerlicherweise derzeit nicht vor.<sup>138</sup> Dort kommen die Autoren bei der Betrachtung eines Zeitraums von einem Jahr (12-Monats-Prävalenz) zu einer Prävalenz von 31,1% psychischen Störungen, wobei auch hier der Anteil von Frauen mit 37,0% etwas über dem der Männer mit 25,3% liegt. Hier sind einige Symptome wie Schlafstörungen oder auch posttraumatische Belastungsstörungen nicht erfasst, so dass insgesamt noch von einer höheren Prävalenz auszugehen ist. Die Autoren weisen außerdem darauf hin, dass diese Daten noch eher niedrig angesetzt sind, da weitere 10-15% der Befragten psychische Störungen für das vorangegangene Jahr angaben.<sup>139</sup> Am ehesten zu vergleichen sind die Angaben zu somatoformen Störungen, die in beiden Studien ähnlich sind: Im Bundessurvey liegt der Anteil der Frauen bei 15% bei uns bei 13,7% und bei den Männern bei 7,1% zu 9,6%.

Soweit ein Vergleich dieser Daten angesichts unterschiedlicher Erhebungssituationen überhaupt zulässig ist, ist – auch bei einer deutlichen Unterschätzung bei den hier erhobenen Daten (16,9% Personen mit psychischen Störungen) – der Schluss naheliegend, dass bei Asylsuchenden spezifische psychische Störungen nicht zwingend häufiger zu finden sind, als in der deutschen Bevölkerung, möglicherweise sogar weniger. Unterschiedliche Prävalenzen sind sicherlich bei posttraumatischen Belastungsstörungen zu finden, die jedoch im Bundessurvey nicht erfasst wurden und die – wie beschrieben – im Gesundheitsprogramm nur sehr lückenhaft erfasst wurden. Internationale Studien legen dagegen einen hohen Anteil traumatisierter Flüchtlinge nahe (s.o.)<sup>140</sup>. Bei diesen Daten ist wiederum zu berücksichtigen, dass Anlässe einer Flucht sowie mit der Flucht verbundene Erlebnisse sehr verschieden sein können und damit auch die daraus resultierenden psychischen Folgen. Um valide Ergebnisse zur psychischen Situation von Asylsuchenden zu erhalten, müssten mehr diagnostische Möglichkeiten genutzt werden.

### **7.11. Empfehlungen für weitergehende Hilfen bei psychischen Problemen**

Trotz der Schwierigkeiten psychische Erkrankungen zu erkennen, sprachen die Ärzte bei 22,3% der Personen (29 Frauen und 59 Männer) mit psychischen Erkrankungen ausdrücklich eine Empfehlung aus, sich weitergehende Hilfen bei Refugio e.V., beim Sozialpsychiatrischen Dienst, bei einem/er Psychologe/in, einem/er Psychiater/in oder bei einer Drogenbe-

---

<sup>136</sup> Alter 18 bis 65 Jahre

<sup>137</sup> Jacobi u.a. 2004, S. 737

<sup>138</sup> RKI 2010, S. 53.

<sup>139</sup> Jacobi u.a. (2004). S. 739

<sup>140</sup> Gäbel u.a. 2005, S. 2 und S. 4ff



ratungsstelle zu holen. Einige dieser Personen erhielten Empfehlungen für mehrere Fachrichtungen (s. Tabelle 8). Mehr als die Hälfte (57%) dieser Empfehlungen entfielen auf das psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge, Refugio e.V.. Die enge Kooperation zu dieser Einrichtung ermöglichte es auch, direkt Kontakte herzustellen.

**Tabelle 8: Anzahl unterschiedlicher Empfehlungen für weitergehende Hilfen bei psychischen Problemen (enthält Mehrfachnennungen, n=88 Personen)**

Fachrichtung/Institution	Frauen	Männer	Gesamt
Refugio	32	55	87
Psychiatrie	17	13	30
Psychotherapie	5	4	9
Drogenberatung	0	7	7
Sozialpsychiatrischer Dienst	3	17	20
Gesamt	57	96	153

Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen

Hintergründe dieser Empfehlungen waren bei der Mehrzahl der Personen eindeutig diagnostizierte psychische Störungen (70 von 88 Personen), auf einige Personen entfielen mehrere Diagnosen. 17 Personen (8 Frauen und 9 Männer) zeigten eindeutige posttraumatische Belastungsstörungen (F43). Häufige psychische Diagnosen vor dem Hintergrund solcher Empfehlungen waren – wie zu erwarten – somatoforme Störungen (10 Frauen und 20 Männer) und Schlafstörungen (13 Personen). Bei 5 Personen wurden depressive Episoden (F32) diagnostiziert, bei 4 Personen Angststörungen (F41) und bei 7 Personen Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (F10, F12, F19). Unter den Diagnosen, die nicht unter die Kategorie der psychischen Störungen fielen, die aber dennoch eine entsprechende Empfehlung erhielten, waren Kopfschmerzen (R51) am häufigsten (15 Personen). Bei 5 Personen wurden ausdrückliche Spuren nach Folter in der Vergangenheit festgestellt (Y07 nach ICD-10-WHO).

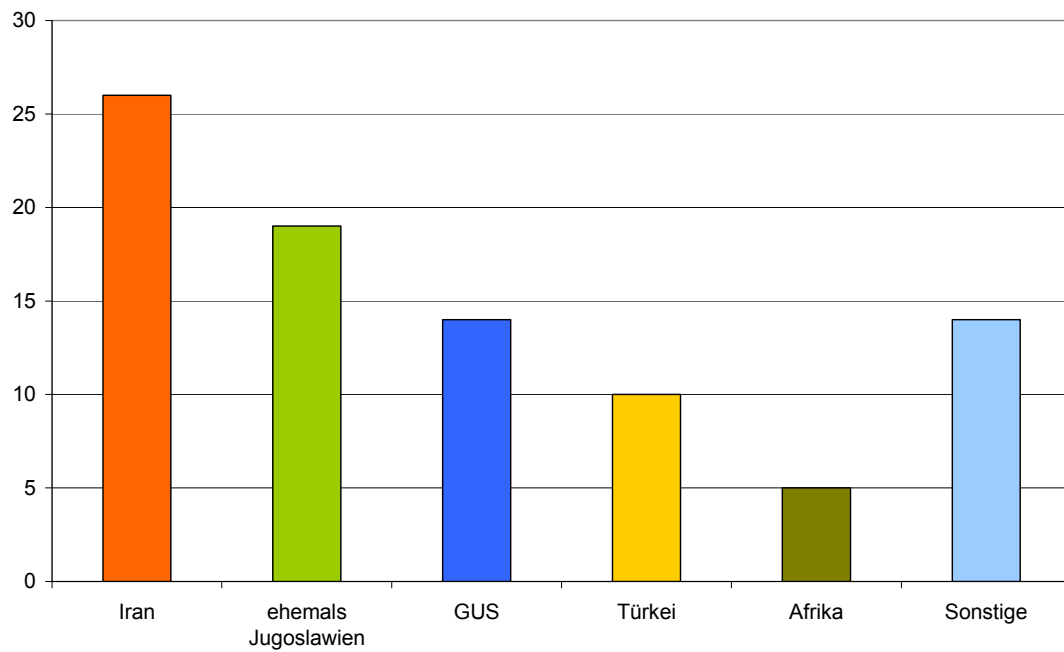
Menschen aus dem Iran, den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens und aus den Staaten der GUS erhielten am häufigsten eine Empfehlung, sich psychische Hilfen zu suchen (s. Abbildung 16).

Insgesamt zeigt sich auch bei den Empfehlungen, weitergehende fachliche Hilfe bei psychischen Beschwerden in Anspruch zu nehmen, eine gewisse Zurückhaltung. Dass Personen aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawiens und der GUS häufiger als andere vertreten sind, ist aufgrund des relativ großen Kollektivs aus diesen Regionen wenig verwunderlich. Der vergleichsweise hohe Anteil von Personen aus dem Iran spricht allerdings dafür, dass es hier aufgrund sprachlicher und kultureller Nähe am ehesten gelungen ist, einen Zugang zu den psychischen Problemen der Asylsuchenden zu bekommen. Ob weitere Gründe dafür verantwortlich waren, lässt sich hier leider nicht beantworten.

Generell bestätigt sich auch bei den Empfehlungen die Vermutung, dass ein Teil psychischer Verletzungen und Erkrankungen weder erkannt noch bei einer Diagnose im Weiteren ausreichend behandelt wurden. Der Anteil der Empfehlungen zu weiterbehandelnden Stellen von nur 3,8% aller Patient/innen bei gleichzeitig 16,9% Patient/innen, bei denen entsprechende Erkrankungen diagnostiziert wurden, lag deutlich unter den Empfehlungen bei körperlichen Erkrankungen (s. Abschnitt 7.9).



**Abbildung 16: Empfehlung für psychische Hilfe nach Herkunftsländern, Anzahl der Personen (n=88 Personen)**



Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen



## 7.12. Bewertung

Das Gesundheitsprogramm versteht sich als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem, als Lotse oder sogenannter „gate keeper“ in das deutsche Gesundheitssystem. Es bietet eine Versorgungsambulanz bei minder schweren Erkrankungen und hilft bei schwerwiegenden Erkrankungen, die richtige Facharztpraxis, Klinik oder weitere Ansprechpartner zu finden. Trotz einiger Ähnlichkeiten mit niedergelassenen allgemeinmedizinischen Praxen sind Zielsetzungen und Ausstattung des Gesundheitsprogramms nicht mit diesen zu vergleichen. Die Besonderheiten des Gesundheitsprogramms sind das kostenlose Angebot direkt in den Gemeinschaftsunterkünften, eine erste freiwillige und präventive Untersuchung auch ohne Beschwerden sowie eine Beratung bei medizinischen Fragen auch während einer laufenden Behandlung durch andere medizinische Fachrichtungen oder Versorgungseinrichtungen. Eine weitere Besonderheit ist der interkulturelle Zugang, der unter anderem durch den Migrationshintergrund der behandelnden Ärzte gestützt wird. Zudem gibt es eine enge Kooperation zwischen den Ärzten und den Trägern der Unterkünfte bzw. mit den Heimleitungen, die eine engmaschige medizinische Versorgung der Asylsuchenden gewährleistet.

Das Spektrum der Befunde bei körperlichen Erkrankungen ist innerhalb des Gesundheitsprogramms breit und die Inanspruchnahme ist gut, auch trotz der seit 2005 bestehenden Möglichkeit, sich mit einer Chipkarte der AOK direkt an das medizinische Versorgungssystem zu wenden. Dies lässt darauf schließen, dass das Gesundheitsprogramm Asylsuchenden in Bremen eine gute Versorgung bietet und dass die zur Verfügung stehenden Daten einen guten Überblick über das Krankheitsgeschehen geben. Wie beschrieben, wird diese Versorgung außerdem zu einem vergleichsweise günstigen Preis geleistet. Bei psychischen Erkrankungen müssen wir jedoch kritisch anmerken, dass diese Aussagen weniger gültig sind. Wir müssen bei diesen Erkrankungen von einer Untererfassung und letztlich auch von einer Unterversorgung ausgehen.

Interessant ist, dass sich innerhalb des Gesundheitsprogramms, das sich explizit auch an gesunde Menschen wendet, nur ein Anteil von 11,6% Patient/innen fand, der bei der ersten Untersuchung ganz ohne Symptome war. Selbst bei einer gewissen Verzerrung – es ist davon auszugehen, dass Kranke das Programm eher nutzten – sind dies relativ wenig gesunde Menschen in einer überwiegend jungen Population. Dies könnte sowohl für unsere Ausgangsthese A) „Flüchtlinge sind kränker als die einheimische Bevölkerung“, wie auch für die These C) „sie sind besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt“ sprechen. Im Folgenden werden wir dies noch weiter differenzieren.

Die medizinische Versorgung durch das Gesundheitsprogramm gelingt bei der Hälfte der behandelten Personen ohne Rückgriff auf weitere niedergelassene oder stationäre Versorgungsangebote im Gesundheitssystem. Die andere Hälfte erhielt Empfehlungen für weitergehende Hilfen im medizinischen Versorgungssystem. Berichte der Ärzte des Gesundheitsprogramms und der Heimleitungen aus den Unterkünften lassen darauf schließen, dass die gesundheitliche Versorgung und Vermittlung in der Regel – gerade in der Kooperation zwischen Ärzten und Heimleitungen – gut gelingt. Besondere Versorgungsprobleme, die über eine ärztliche Behandlung hinausgehen, sahen die Heimleitungen der AWO vor allem bei behinderten und pflegebedürftigen Personen, die nicht unverzüglich in eine eigene Woh-



nung vermittelt werden konnten.<sup>141, 142</sup> Hier handelte es sich zwar um Einzelfälle, die jedoch sehr zeitintensiv waren. Auch die Behandlung von Läusen und der Umgang mit infektiösen Erkrankungen wie Windpocken war aus Sicht der Heimleitungen mit Schwierigkeiten verbunden. Aufklärung und Behandlung dieser Erkrankungen benötigen angesichts verschiedener Kulturen und Sprachen einen sehr hohen Aufwand.<sup>143</sup> Dabei unterstützten die Mitarbeiter/innen der Heime die Ärzte des Gesundheitsprogramms mit hohem Zeitaufwand. Außerdem entstanden in den vergangenen Jahren mehrfach Schwierigkeiten, Neuankömmlinge in das medizinische Versorgungssystem zu vermitteln, da sie ihre Krankenversicherungskarte nicht rechtzeitig erhielten. Das Verfahren bis zum Erhalt der Versicherungskarte dauerte oft mehrere Wochen.<sup>144, 145</sup> Diese Lücke kann mittlerweile durch einen vorläufigen Krankenschein behoben werden, den die Ärzte des Gesundheitsprogramms für niedergelassene Arztpraxen ausstellen können.

Weniger günstig sieht die Situation bei der Versorgung psychischer Erkrankungen aus. Hier ist eine Unterversorgung sowohl in der Diagnostik wie auch in der weiteren Vermittlung an Spezialisten anzunehmen. Bei insgesamt 16,9% diagnostizierten Personen mit psychischen Erkrankungen wurde nur bei 3,8% aller behandelten Personen eine Empfehlung dokumentiert, weitergehende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Auch wenn wir im Vergleich zum Bundesgesundheitsurvey bei ausgewählten psychischen Befunden ähnliche oder geringere Anteile wie in der deutschen Bevölkerung fanden, ist anzunehmen, dass aufgrund post-traumatischer Erkrankungen, die dort ausgeklammert waren, der Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen über dem der deutschen Bevölkerung liegt. Hinzu kommen die Lebensbedingungen in den Gemeinschaftsunterkünften und eine ungewisse Lebensperspektive mit weitgehend unstrukturierter Zeit als Faktoren anhaltender psychischer Belastungen.

Der Bereich psychischer Krankheiten war kein definierter Auftrag des Gesundheitsprogramms, seine Zielsetzung war die körperliche Versorgung. Hier zeigt sich eine generelle Lücke im gesundheitlichen Versorgungssystem für Asylsuchende. Diese Lücke ist keineswegs spezifisch für Bremen, sondern typisch für viele Aufnahmeländer von Asylsuchenden. Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen von Asylsuchenden finden wenig Beachtung, obwohl eine ausreichende gesetzliche Grundlage „im Bedarfsfall“ zumindest für die Versorgung traumatischer Verletzungen von Asylsuchenden im Jahr 2003 im EU-Recht<sup>146</sup> verankert wurde. Deutschland hat auf die damit gesetzte Mindestnorm mit einer Veränderung des Asylbewerberleistungsgesetzes § 6<sup>147</sup> im Jahr 2005 zwar formal reagiert, aber den Weg zur Gewährleistung einer entsprechenden Behandlung offen gelassen. Ausreichende Regelungen, wie traumatisierte oder anderweitig psychisch erkrankte Asylsuchende diagnostiziert und behandelt werden können, fehlen. Diese Umsetzungslücke bemängelt auch der Bericht der Kommission an das Europäische Parlament aus dem Jahr 2007:

---

<sup>141</sup> AWO 2001, S. 14 und S. 16

<sup>142</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.

<sup>143</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.

<sup>144</sup> AWO 2009, S. 12 und S. 21f.

<sup>145</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.

<sup>146</sup> Europäische Union 2003, s. Anhang 10.2

<sup>147</sup> s. Anhang 10.2



*„Darüber hinaus besteht in einigen Mitgliedstaaten (UK, DE, AT, BE, LU, EL, IT, SK, SI) gar kein Verfahren zu ihrer Ermittlung. Die Verpflichtung steht zwar nicht schwarz auf weiß geschrieben, doch besteht berechtigter Zweifel daran, ob und wie besonders bedürftige Personen in Mitgliedstaaten, die über ein solches Instrument nicht verfügen, eigentlich ermittelt werden.*

***Die Identifizierung besonders schutzbedürftiger Asylbewerber ist ein Kernelement, ohne das die auf die besondere Behandlung dieser Menschen abhebenden Bestimmungen der Richtlinie ins Leere laufen.***<sup>148</sup>

Auch wenn tatsächlich ein Bedarf festgestellt wird, bleibt der Zugang zu einer entsprechenden Behandlung sehr aufwändig. G. Classen, Mitarbeiter des Flüchtlingsrats Berlin, der sich seit langen Jahren mit dem Flüchtlingsrecht beschäftigt, beschreibt ausführlich die Hürden bei der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen.<sup>149</sup> Beginnend mit dem Finden eines geeigneten Therapieplatzes – entsprechende Versorgungsangebote sind nur eingeschränkt vorhanden – bis hin zur Finanzierung der meist notwendigen Dolmetscher/in.

Auch zukünftig ist nicht davon auszugehen, dass diese Lücke allein vom Gesundheitsprogramm geschlossen werden kann. Um die diagnostischen Lücken bei psychischen Erkrankungen im Bremer Gesundheitsprogramm zumindest zu minimieren, nahmen die Ärzte des Gesundheitsprogramms bereits im vergangenen Jahr an einer Fortbildung von Refugio e.V. zu Psychotraumatologie teil. Damit wird noch keine ausreichende Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen gewährleistet. Aber eine solche Fortbildung sensibilisiert für die entsprechenden Erkrankungen, um im Einzelfall eine ausführlichere Diagnostik in die Wege zu leiten. Nicht gelöst ist insgesamt das Problem der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen. In Bremen wie in anderen Bundesländern sind entsprechende Therapieplätze – wie oben von Classen beschrieben – ebenfalls ausgesprochen rar. Refugio e.V. kann nur eine begrenzte Zahl von Flüchtlingen versorgen.

Nicht vergessen werden sollten außerdem andere psychische Erkrankungen neben den posttraumatischen Belastungsstörungen, die Asylsuchende und Flüchtlinge aufgrund ihrer Lebenssituation mit besonderen psychischen Belastungen ebenso betreffen können. Hier könnten allerdings auch präventiv orientierte Gruppenangebote in den Heimen zur Stressreduzierung und zur Stützung des Selbstwertgefühls Entlastung schaffen. Auch die Ermöglichung von Beschäftigung, solange der legale Zugang zu Arbeit verwehrt ist, könnte stützend wirken. Darauf weisen Behrensen und Groß<sup>150</sup> in ihrer Studie hin.

Bei somatischen Erkrankungen wurde deutlich, dass Asylsuchende nur sehr selten schwerwiegende Infektionskrankheiten (A00-B99) hatten, selbst wenn bei HIV und den Hepatitiden – anders als bei Tuberkulose – von einer gewissen Untererfassung auszugehen ist. Auch bei Tuberkulose, bei der wir eine relativ hohe Prävalenz feststellten, handelte es sich nur um wenige Personen. Dies ist bemerkenswert, da die genannten Krankheiten in vielen Kontinenten der Welt – mit besonderen Schwerpunkten auf Afrika und Asien – das Krankheitsgeschehen deutlich bestimmen. Im Gesundheitsprogramm stammten die Betroffenen dage-

---

<sup>148</sup> Europäische Kommission 2007, Fettdruck aus dem Originaltext übernommen.

<sup>149</sup> Classen, G. 2010

<sup>150</sup> Behrensen und Groß 2004, S. 64f



gen vorwiegend aus den zahlenmäßig größten Flüchtlingsgruppen in Bremen, die aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und des ehemaligen Jugoslawiens kamen.

Die drei häufigsten infektiösen und parasitären Erkrankungen (A00-B99) im Gesundheitsprogramm – Dermaphytosen, Läuse und Krätze – waren mit 2,4% nur ein sehr begrenzter Teil des gesamten Behandlungsspektrums. Zudem handelt es sich dabei keineswegs um schwerwiegende Erkrankungen. In der Regel sind dies keine „eingeschleppten“ Erkrankungen, sondern erworbene. Ungenügendes Wissen über hygienisches Verhalten dürfte die Ansteckung und Verbreitung ebenso begünstigen wie Lebens- und Versorgungsbedingungen während der Flucht oder die engen Wohnverhältnisse mit einem geringen Hygienestandard wie in einigen Unterkünften. In der Behandlung können sie für die Ärzte und besonders für die Mitarbeiter/innen der Heime mit einem erheblichen Aufwand verbunden sein.<sup>151</sup> Die Bewohner/innen der Einrichtungen benötigen Aufklärung und konkrete Anleitung zur Bekämpfung. Dabei sind immer auch spezifische kulturelle Besonderheiten zu berücksichtigen. Sinnvoll wäre dabei auch eine aktive Einbindung der Asylsuchenden selbst im Sinne von Multiplikator/innen.

Aus epidemiologischer Sicht macht es selbstverständlich Sinn, weiterhin das Augenmerk auch auf das Vorkommen von TBC zu richten. Wichtig ist jedoch, dass es in einem angemessenen Rahmen geschieht. Das Konzept des Bremer Gesundheitsprogramms ist hierfür besonders geeignet, da es sich neben der Entdeckung der Infektion durch eine engmaschige Betreuung der Asylsuchenden vor Ort auch auf die Versorgung der Erkrankten und auf die Aufklärung und Verhinderung weiterer Infektionen konzentriert. Standardisierte Untersuchungen alleine – wie die gesetzlich vorgeschriebenen Röntgenuntersuchungen – tragen zur Entdeckung nicht ausreichend bei. Für HIV und die Hepatitiden sollten neben der notwendigen medizinischen und psychosozialen Versorgung betroffener Personen vor allem Präventionsmöglichkeiten genutzt werden. Dazu gehört es, sexuell aktive Menschen, zu denen Asylsuchenden schon alleine aufgrund ihres überwiegend jungen Altersdurchschnitts zu rechnen sind, über entsprechende Risiken aufzuklären und ihnen präventive Mittel wie Kondome zur Verfügung zu stellen. In Bremen wird dies in der Kooperation mit der AIDS/STD Beratung im Gesundheitsamt gewährleistet. Darüber hinaus wäre es durchaus sinnvoll, Asylsuchenden eine Hepatitis-B Impfung anzubieten, sofern sie nicht schon immunisiert sind. Risiken der Ansteckung bestehen für sie angesichts enger Wohnverhältnisse und selbstverständlich auch bei entsprechenden Kontakten mit der deutschen Bevölkerung.

Die zweithäufigste Diagnosegruppe, die Atemwegserkrankungen (J00-J99), zu denen Grippe und Erkältungen gehören, zählen in der deutschen Bevölkerung ebenso wie weltweit zu den häufigsten Erkrankungen. In der Regel handelt es sich dabei um Erkrankungen mit kurzer Dauer und mit weniger schweren Verläufen. Auch ist der Zeitraum von der Ansteckung bis zum Ausbruch kurz, so dass davon auszugehen ist, dass diese Erkrankungen meist in Deutschland erworben werden. Auch hier begünstigen enge Wohnverhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften eine Verbreitung. Psychische Belastungen können zusätzlich zu einer höheren Infektanfälligkeit beitragen, da anhaltender psychischer Stress die Immunabwehr beeinträchtigen kann. Hinzu kommt, dass ein Teil der Asylsuchenden (noch) nicht in der Lage ist, sich entsprechend der klimatischen Verhältnisse in Bremen zu kleiden.

---

<sup>151</sup> Interview der Autorin mit den Heimleitungen der AWO vom 09.04.2010.



Die häufigsten Diagnosen entfallen auf die eher unspezifischen Befunde R00-R99, sie betreffen über die Hälfte aller Patient/innen des Gesundheitsprogramms. Diese Häufung ist zum Teil der Konstruktion des Gesundheitsprogramms zuzurechnen, da ein Teil der gestellten Diagnosen einer weiteren Klärung bedarf, zum Teil zeigen sich aber auch in der Häufung von Schmerzzuständen körperliche Reaktionen auf die schwierige Lebenssituation in einem sehr begrenzt beeinflussbaren Lebensraum. Ein Teil der Symptome kann außerdem ein Hinweis auf psychische Erkrankungen oder sogar auf schwere psychische Traumata sein, die nicht erkannt werden.

Wenn wir jetzt vor dem Hintergrund der hier vorgestellten Ergebnisse unsere Ausgangsthese nochmals prüfen, bestätigt sich damit vor allem These C „Flüchtlinge sind aufgrund ihrer vergangenen und ihrer aktuellen Lebenssituation besonderen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die sich in gesundheitlichen Beschwerden niederschlagen können.“ Neben den gesundheitlichen Risiken, die mit einer Flucht verbunden waren, bestätigt sich an vielen Stellen, dass die Lebens- und Wohnbedingungen Asylsuchender psychisch stark belastend sind. Die Lebensbedingungen begünstigen zudem die Übertragung bestimmter infektiöser Erkrankungen wie Hautkrankheiten oder Atemwegserkrankungen. Dies bestätigen neben unseren Daten andere Studien zur Situation von Asylsuchenden wie auch die Aussagen der Expert/innen in Bremen.

Betrachten wir zusätzlich unsere beiden gegenläufigen Thesen A) „Flüchtlinge sind kränker als die einheimische Bevölkerung, sie haben mehr infektiöse Erkrankungen“ und B) „Flüchtlinge sind gesünder als die einheimische Bevölkerung, da nur die Gesunden den Weg der Flucht nehmen können“ sollten wir differenzieren. Die vorliegenden Daten zum Erkrankungsgeschehen zeigten – soweit entsprechende Vergleichsdaten vorliegen – weder eine klare Bestätigung für These A noch für B: Asylsuchende weisen keine besonderen Auffälligkeiten bei schwerwiegenden Infektionserkrankungen auf mit Ausnahme der Tuberkulose, dafür hatten sie häufig Atemwegsinfektionen. Auch bei psychischen Erkrankungen zeigten sich keine Auffälligkeiten. Allerdings ist hier von einer diagnostischen Lücke auszugehen. Dennoch können Asylsuchende nicht als besonders gesund bezeichnet werden. Unsere Patient/innen weisen tendenziell eine relativ hohe Krankheitslast auf, wenn auch mit überwiegend weniger schweren Erkrankungen bzw. mit unklarer Symptomatik wie bei den Befunden R00-R99. Zusätzlich fiel auf, dass trotz des relativ niedrigen Altersdurchschnitts der Asylsuchenden nur ein kleinerer Teil bei der ersten Untersuchung ohne Befund war.

Es mag sein, dass die von These B behaupteten positiven gesundheitlichen Effekte „Nur die Gesunden können sich auf den Weg der Flucht machen“, aufgezehrt werden durch die Flucht selbst und durch die Asylsituation. Andererseits müssen wir auch berücksichtigen, dass der Gesundheitszustand der Asylsuchenden nicht nur durch individuelle Faktoren bestimmt ist, sondern auch durch die Zugangsbedingungen zum Asyl. Die strengen Reglementierungen setzen bei einigen Flüchtlingsgruppen als Zugang zum Asyl gerade besondere Härten voraus, zu denen auch gesundheitliche Belastungen gehören können. Wir können daher davon ausgehen, dass die Zugangsbedingungen zum Asylverfahren die Stimmigkeit der These A oder B beeinflussen. Flüchtlinge mit einem geregelten Weg zum Asylverfahren wie dies beispielsweise für Angehörige der Staaten des ehemaligen Jugoslawien möglich war oder für einen Teil der Iraker möglich ist, haben eher Chancen, sich mit körperlichen Einschränkungen oder trotz höheren Alters auf den Weg zu begeben und in Deutschland Asyl zu erhalten. Angehörige vieler anderer Nationalitäten haben oft wenig Chancen, eine Flucht nach Europa und insbesondere nach Deutschland umzusetzen und kaum eine Chance auf Anerkennung als Asylsuchende. Seit dem Schengener Abkommen von 1995 haben Asylsuchende, die auf dem Landweg einreisen, in der Regel keine Möglichkeit, hier





---

Asyl zu beantragen.<sup>152</sup> Diesen Weg dennoch erfolgreich zu beschreiten, ist eher gesunden Menschen ohne körperliche Einschränkungen und auch ohne starke psychische Beeinträchtigungen möglich. Daher ist die Wahrscheinlichkeit, kranke Menschen aus Afrika und Asien hier anzutreffen, eher gering.

---

<sup>152</sup> Artikel 28ff des Schengener Durchführungsübereinkommens vom 26.03.1995, durch das Dubliner Abkommen vom 01.09.1997 abgelöst. Seit 18.02.2003 ist die Verordnung (EG) Nr. 343/2003 in Kraft s. BAMF 2006, S. 31.



## 8. Handlungsempfehlungen

Asylsuchende kommen in der Regel nach Deutschland, da ihre Existenz in ihrer Heimat bedroht war. In Deutschland sind zwar ihre grundlegenden Lebensbedürfnisse wie Wohnen, Essen und medizinische Grundversorgung abgedeckt, ihre Lebensperspektive bleibt jedoch bis zur Anerkennung des Asylantrages ungewiss. In Deutschland müssen sie sich orientieren, integrieren, eine neue Sprache lernen und vieles mehr. Eine Mitarbeiterin des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes formulierte dies so:

*„Neu Aufgenommene müssen (hier) neu leben lernen.“<sup>153</sup>*

Auch wenn sie dabei Hilfe erhalten, bleibt die Hauptlast bei den Asylsuchenden selbst. Ein Baustein beim „Hier-Leben-Lernen“ ist das Gesundheitsprogramm. Weitere Bausteine stellen die Mitarbeiter/innen der Heime, Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes, des Amtes für Soziale Dienste, Ärzt/innen, Kindergärtner/innen, Lehrer/innen und viele andere Fachleute und auch Ehrenamtliche zur Verfügung.

Dennoch wurde auch in der hier vorliegenden Studie deutlich, dass die Wohn- und Lebensbedingungen von Asylsuchenden gesundheitlich belastend sind, sowohl auf der psychischen Ebene wie auch auf der körperlichen. Dies gilt auch, wenn die Unterkünfte „Bremer Standards“ genügen und diese teilweise über denen anderer deutscher Standorte liegen.

Prinzipiell gäbe es unter humanitären Gesichtspunkten viel zu verändern, um die Lebensbedingungen von Asylsuchenden zu verbessern. Generell sollte alles getan werden, um ihnen hier ihr Leben in einer neuen und fremden Umgebung zu erleichtern. Die in den Europäischen Mindestnormen<sup>154</sup> festgelegten gesetzlichen Rahmenbedingungen bieten hier größeren Spielraum als bisher genutzt und auch der Bericht der Europäischen Kommission an das Europäische Parlament aus dem Jahr 2007<sup>155</sup> enthält dezidierte Kritik an der Umsetzung in Deutschland sowie Anregungen zur Verbesserung der Lebenssituation von Asylsuchenden. Obwohl das Bremer Gesundheitsprogramm vor diesem Hintergrund durchaus als positives Beispiel angesehen werden kann, bestehen – wie wir beschrieben haben – selbst in der gesundheitlichen Versorgung Lücken. Da unsere Aufgabe vorrangig die gesundheitliche Versorgung Asylsuchender ist, wollen wir hier pragmatische Handlungsansätze benennen, die wir aus dem bestehenden Programm ableiten können.

Als deutlich hilfreich für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung hat sich das gesamte Programm in seiner besonderen Konstruktion bewährt: niedrighschwellig, vor Ort, Behandlung durch Ärzte mit interkultureller Kompetenz und mit Migrationshintergrund, enge Kooperation mit den Trägern der Einrichtungen und den Heimleitungen. Fast alle Asylsuchenden konnten über das Programm erreicht werden, und bei Bedarf konnten sie in das allgemeine gesundheitliche Versorgungssystem übergeleitet und begleitet werden. Die Versichertenkarten, die seit einigen Jahren an die Asylsuchenden ausgegeben werden und die ihnen einen direkten Zugang in das gesundheitliche Versorgungssystem ermöglichen, haben deren

---

<sup>153</sup> Mitarbeiterin des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes am 08.12.2008

<sup>154</sup> Europäische Union 2003

<sup>155</sup> Europäische Kommission 2007



Wahlmöglichkeit gestärkt. Ob sie insgesamt zu einer Reduzierung von Arztbesuchen im Gesundheitsprogramm geführt hat, lässt sich nicht eindeutig beantworten.

Da es sich bei den Flüchtlingsströmen um stetig wechselnde Herkunftsländer, Nationalitäten und Ethnien handelt, sind auftretende Sprachprobleme trotz dessen Mehrsprachigkeit nicht allein über das ärztliche Personal zu beheben. Daher sollte der Einsatz von Dolmetscher/innen gerade bei gesundheitlichen Fragen selbstverständlich sein. Finanzielle Ressourcen sind dafür nötig und teilweise auch besondere organisatorische Bedingungen, da Dolmetscher/innen manchmal ad hoc benötigt werden. Ein telefonischer Einsatz wäre hierfür geeignet. Im Bremer Gesundheitsprogramm begann dazu in den letzten Jahren ein Umdenken. Ein Dolmetscherpool ist zwar im Gesundheitsamt vorhanden, er wurde vom Gesundheitsprogramm aber bis vor kurzem kaum genutzt. Seit kurzem besteht zudem die Möglichkeit bei Arztbesuchen außerhalb des Gesundheitsprogramms in begründeten Einzelfällen Dolmetscher/innen über das Amt für Soziale Dienste zu finanzieren. Der Einsatz von Dolmetscher/innen kann Kosten sparen, da eine gute Diagnostik wie auch eine erfolgreiche Behandlung zwingend auf eine ausreichende Verständigung mit dem Patienten angewiesen sind.

Als unzureichend hat sich die Diagnostik und Versorgung psychischer Erkrankungen herausgestellt. Dieser Bereich, der nicht als konzeptioneller Teil des Gesundheitsprogramms angesehen wurde, weist auf eine generelle Versorgungslücke bei Asylsuchenden hin. In Deutschland und damit auch in Bremen gibt es keine Perspektive, wie psychisch erkrankte Asylsuchende zu behandeln sind. Ausreichende Regelungen, wie traumatisierten Asylsuchenden der Zugang zu Diagnostik und Versorgung gewährt werden kann, fehlen. Und das, obwohl die EU-Richtlinie für Mindestnormen bei der Aufnahme von Asylsuchenden ebenso wie der § 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes dafür einen Rahmen bieten. Da diese Umsetzungslücke bereits im Bericht der Kommission an das Europäische Parlament im Jahr 2007 bemängelt wurde, wäre es an der Zeit, sich diesem Problem zu widmen. Das Gesundheitsprogramm allein kann diese Lücke nicht füllen. Inwieweit bundesweite Kooperationen hierfür geeignet sind, wäre zu klären. Eine verbesserte Versorgung psychischer Erkrankungen sollte gemeinsam mit den zuständigen Behörden, den Sozialpsychiatrischen Diensten, der Psychotherapeutenkammer und der GKV angegangen werden. Refugio e. V. könnte aufgrund seiner jahrelangen Erfahrung beratend hinzugezogen werden. Informationen für Asylsuchende über ihre Rechte und Möglichkeiten im Falle einer psychischen Erkrankung könnten ein Schritt in diese Richtung sein, ein weiterer ein Screening für psychische Erkrankungen und für posttraumatische Belastungsstörungen durch dafür ausgebildete Ärzt/innen. Notwendig sind jedoch sowohl veränderte Zugangsbedingungen zu Psychotherapieplätzen durch eine gesetzliche Anpassung des Leistungsanspruchs von Asylsuchenden an diejenigen von Sozialhilfeempfängern, die Finanzierung von Dolmetscherkosten sowie der Ausbau von Versorgungsangeboten.

Im Blick behalten werden sollte jedoch auch, dass ein Teil psychischer oder psychosomatischer Beschwerden nicht auf posttraumatische Erfahrungen zurückzuführen ist, sondern auf die psychisch belastende Situation im Asyl. Hier könnten aus präventiver Sicht einfach zugängliche, Stress lindernde und Selbstwert stützende Gruppenangebote für Asylsuchende und Flüchtlinge in den Heimen Entlastung schaffen und deren Ressourcen stützen und aktivieren. Denkbar sind hier Entspannungsangebote oder Musikgruppen, aber auch Sportgruppen – die es in der Vergangenheit auch schon gab – können einen solchen Effekt haben. Außerdem kann ein Zugang zu Beschäftigung und zu Arbeit gesundheitlich stabilisierend sein.



Ein letzter Aspekt aus dem medizinischen Bereich: Da Hepatitis B auch in Deutschland zu den relevanten Infektionskrankheiten zählt, wäre es sicher sinnvoll, Personen, die noch keine Antikörper besitzen, entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) für die deutsche Bevölkerung (bis zum Alter von 18 Jahren und bei häufig wechselnden Sexualpartner/innen) aktiv zu impfen. Ob dazu ein Screening auf Antikörper sinnvoll und kostengünstiger ist als eine direkte Impfung, bleibt offen. Da davon auszugehen ist, dass aufgrund hoher Prävalenzen in einigen Herkunftsländern ein Teil bereits immunisiert ist, könnte dies u.U. tatsächlich kostengünstiger sein. Im Weiteren wäre es außerdem sinnvoll alle übrigen von der STIKO empfohlenen Impfungen Asylsuchenden zu gewähren.

Über den engen medizinischen Bereich hinausgehend, wäre es wünschenswert, die Wohndauer in Gemeinschaftseinrichtungen möglichst kurz zu halten. Damit könnte ein Teil der Konfliktpotentiale und des Stresses von Asylsuchenden reduziert und ihre Lebensbedingungen verbessert werden. In Bremen wurde angesichts steigender Zahlen von Asylsuchenden kürzlich die Verkürzung der Wohndauer von 36 auf 12 Monate entschieden. Wichtig wären außerdem abgeschlossene Apartments für Familien, die getrennte Schlafmöglichkeiten für Erwachsene und Kinder erlauben, so dass die Erwachsenen auch unabhängiger von den Bedürfnissen der Kinder soziale Kontakte pflegen können. Generell sollten nicht mehr als zwei Einzelpersonen in einem Raum wohnen.

Insbesondere wäre es auch angeraten, die Standards von 1993 für die Heimunterbringung neu zu bearbeiten und sie den heutigen Verhältnissen und Erkenntnissen anzupassen.

Über diese konkreten Handlungsempfehlungen hinaus, können gesellschaftspolitische Diskussionen und Veränderungen, wie die um die Angemessenheit besonders geringer finanzieller Leistungen für Asylsuchende nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die Diskussion um die Aufhebung der Residenzpflicht oder ein erleichterter Zugang zum Arbeitsmarkt die Lage von Asylsuchenden entspannen.



## 9. Literatur

**Amt für Soziale Dienste Bremen** (2008). *Fachliche Weisung zu § 4 AsylbLG*. Aktenplan-Nr. 450-239-00/4 (06.03.08)

**Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bremen** – Referat Asyl/Migration (2001). *Jahresbericht 2001*. Bremen.

**Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bremen** – Referat Asyl/Migration (2003). *Jahresbericht 2003*. Bremen.

**Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bremen** – Referat Asyl/Migration (2006). *Jahresbericht 2003*. Bremen.

**Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bremen** – Referat Asyl/Migration (2007). *Jahresbericht 2007*. Bremen.

**Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bremen** – Referat Asyl/Migration (2008). *Jahresbericht 2008*. Bremen.

**Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bremen** – Referat Asyl/Migration (2009). *Jahresbericht 2009*. Bremen.

**Behrensen, B. und Groß, V.** (2004). *Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück*. Osnabrück.

**BKK Bundesverband** (2009). *BKK Gesundheitsreport 2009. Gesundheit in Zeiten der Krise*. Berlin.

**Bremische Bürgerschaft** (2009). Drucksache 17/733. *Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linken zu Asyl in Bremen* vom 17.02.2009.

**Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2004). *Migration und Asyl in Zahlen*. Nürnberg.

**Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2006). *Asyl in Zahlen*. (Stand 31.12.2006). Nürnberg.

**Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2007). *Asyl in Zahlen 2007*. (Stand 31.12.2007). Nürnberg.

**Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2008). *Aktuelle Zahlen zu Asyl*. Erscheinungsdatum 15.07.2008. <http://www.bamf.de> Download 05.08.2008  
[http://www.bamf.de/clin\\_101/nn\\_442496/SharedDocs/Anlagen/DE/DasBAMF/Downloads/Statistik/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf](http://www.bamf.de/clin_101/nn_442496/SharedDocs/Anlagen/DE/DasBAMF/Downloads/Statistik/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf)

**Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2009). *Asyl in Zahlen 2009*. (Stand 31.12.2009).Nürnberg.

**Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2011). *Aktuelle Zahlen zu Asyl*. Ausgabe Februar 2011 (Stand 12.04.2011). Nürnberg.  
[http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile)



**Bundesregierung** (2005). *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** (Hrsg.) (1998). *Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln.

**Classen, G.** (2008). *Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Handbuch für die Praxis*. Karlsruhe.

**Classen, G.** (2010). *Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge. Flüchtlingsrat Berlin*. 9. Oktober 2010.

[http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie\\_fuer\\_Fluechtlinge.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf)

(Stand 0.8.03.2011)

**Deutscher Bundestag** (2010). Drucksache 17/3660. *Verfassungsrechtliche Aspekte und Anwendungspraxis des Asylbewerberleistungsgesetzes. Antwort der Bundesregierung*.

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/036/1703660.pdf> (Stand 08.03.2011)

**Deutscher Bundestag** (2011) 17. Wahlperiode. Protokoll 17/47. *Wortprotokoll der 47. Sitzung des Ausschusses Arbeit und Soziales*. 07.02.2011. Berlin.

**Europäische Kommission** (2007). *Bericht der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über die Anwendung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten*. (KOM/2007/0745). Brüssel.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52007DC0745:DE:NOT>

(Stand 25.01.2009)

**Europäische Union** (2003). *Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten*.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:031:0018:0025:DE:PDF>

(Stand 25.01.2009)

**Fischer, G. und Riedesser, P.** (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Basel.

**Gäbel, U. u.a.** (2005). *Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Asylbewerbern in Deutschland und Versuch der Erfassung der Störung im Rahmen der Asylverfahrenspraxis*. Bisher unveröffentlichtes Manuskript der Psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge Konstanz, Universität Konstanz und vivo. Konstanz

<http://www.proasyl.info/texte/mappe/2005/101/18.pdf> (Stand 07.12.2010)

**Hirsch, M.** (2004). *Psychoanalytische Traumatologie. Das Trauma in der Familie*. Stuttgart, New York.

**Hörbst, V.** (2002). Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld der Kulturen. In: *Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen*. Sonderheft 89/90 Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge. 1. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. S. 40-57. Hildesheim.

**Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.-U.** (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. Heft 8. S. 736-744.



- Jordi, A.** (2009). IBT mit Folter- und Kriegsopfer. In: M.J. Waibel und C. Jakob-Krieger. *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart, New York.
- Junghanss, T.** (2000). Migration und Screening. In: Gardemann, J., Müller, W., Remmers, A. (Hrsg.) (2000). *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen*. Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf. S. 191-194.
- Lotze, E.** (2003). *Die Betreuungssituation in den Bremer Asylbewerberheimen – Erfahrungen, Bewertungen und Vorschläge aus pflegerischer Perspektive*. Nicht veröffentlichter Bericht des Gesundheitsamtes Bremen.
- Mohammadzadeh, Z.** (1993). *Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen*. Frankfurt.
- Mohammadzadeh, Z.** (1995a). Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende (I). *Das Gesundheitswesen* 57 (8-9): 457-461.
- Mohammadzadeh, Z.** (1995b). Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende (II). *Das Gesundheitswesen* 57 (8-9): 462-466.
- Nitschke-Özbay, H.** (2000). Sexuell übertragbare Infektionen im Einwanderungsland Deutschland. In: Gardemann, J., Müller, W., Remmers, A. (Hrsg.) (2000). *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen*. Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf. S. 118-125.
- Penteker, G.** (2002). Traumatisierung von Flüchtlingen. In: *Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen*. Sonderheft 89/90 Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge. 1. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. S. 111-120. Hildesheim.
- Robert Koch Institut (RKI)** (2004). Tuberkulose-Screening bei Aussiedlern im Grenzdurchgangslager Friedland – Ergebnisse. *Epidemiologisches Bulletin Nr. 12*. S. 100-101.
- Robert Koch Institut (RKI)** (2006). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland*. Berlin.
- Robert Koch Institut (RKI)** (2008a). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin.
- Robert Koch Institut (RKI)** (2008b). Virushepatiden B,C, und D im Jahr 2007. Berlin. *Epidemiologisches Bulletin Nr. 46*. S. 395-408.
- Robert Koch Institut (RKI)** (2008c). *HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten 2008*. Stand Ende 2008.
- Robert Koch Institut (RKI)** (2009). *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2007*. Berlin.
- Robert Koch Institut (RKI)** (2010). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«*. Berlin.
- Senator für Gesundheit Bremen** (1993). *Standardpapier "Unterbringung von Zuwanderern in Bremen"*. März 1993. Akten des Gesundheitsamtes Bremen.



---

**Senator für Gesundheit Bremen** (2008). *Fachliche Weisung zu § 3 AsylbLG*. Aktenplan-Nr. 450-239-00/3. (01.05.08). Bremen.

**Statistisches Bundesamt Deutschland** (2009). *Bevölkerungsstand 2008*.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.psm>

**United Nations High Commissioner for Refugees** (UNHCR) (2010a). *2009 Global Trends. Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons*. Geneva, Switzerland. [www.unhcr.de](http://www.unhcr.de) (Stand 3.11.2010)

**United Nations High Commissioner for Refugees** (UNHCR) (2010b). *Asylum Levels and Trends in Industrialized Countries 2009*. Geneva, Switzerland. [www.unhcr.de](http://www.unhcr.de) (Stand 3.11.2010)

**World Health Organization** (2002). *Hepatitis C*.

<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo2003/en/print.html>

**World Health Organization** (2008). *Fact sheet N 204. Hepatitis B*. Revised August 2008.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html> (Stand 09.12.2008)

**World Health Organization** (2009). *WHO report 2009 - Global tuberculosis control. Epidemiology, Strategy, Financing. Key Points*.

[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2009/key\\_points/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/key_points/en/index.html) (Stand 02.11.2009)





## 10. Anhang

### 10.1. Daten

**Tabelle 9: Die häufigsten Herkunftsländer im Gesundheitsprogramm 2001 bis 2008**

Zeitraum 2001 bis 2008 im Bremer Gesundheitsprogramm						
Herkunftsland	Alle Erwachsene	Anteil nach Herkunft	erwachsene Frauen	Anteil Frauen nach Herkunft	erwachsene Männer	Anteil Männer nach Herkunft
ehemals Jugoslawien	422	18,0%	198	26,6%	224	14,0%
GUS	357	15,2%	165	22,2%	192	12,0%
Türkei	259	11,1%	57	7,7%	202	12,6%
Irak	233	10,0%	50	6,7%	183	11,5%
Iran	239	10,2%	63	8,5%	176	11,0%
Syrien	136	5,8%	45	6,0%	91	5,7%
Sierra Leone	95	4,1%	3	0,4%	92	5,8%
Libanon	62	2,6%	12	1,6%	50	3,1%
China	73	3,1%	15	2,0%	58	3,6%
Algerien	66	2,8%	8	1,1%	58	3,6%
Afghanistan	42	1,8%	9	1,2%	33	2,1%
andere Nationalitäten	357	15,2%	119	16,0%	238	14,9%
Asylsuchende, Flüchtlinge und Aussiedler/innen insgesamt im Gesundheitsprogramm	2.341	100,0%	744	100,0%	1.597	100,0%

Quelle: Daten des Gesundheitsprogramms Bremen 2001 bis 2008



## 10.2. Auszüge aus Gesetzestexten

### **Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) § 62 Gesundheitsuntersuchung**

"(1) Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung durchführt."

"(2) Das Ergebnis der Untersuchung ist der für die Unterbringung zuständigen Behörde mitzuteilen."

### **Infektionsschutzgesetz § 36**

"(1) ... Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge ... legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt."

"(4) Personen, die in ... eine Gemeinschaftsunterkunft für ... Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft ... muss sich das Zeugnis bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, auf eine im Geltungsbereich dieses Gesetzes erstellte Röntgenaufnahme stützen. ..."

### **§ 264 SGB V**

"(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten und Fünften bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. ..."

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. ....

(4) ... Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. ...

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe vierteljährlich erstattet. ..."



#### **Asylbewerberleistungsgesetz § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt**

"(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. 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 ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. 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 Abs.2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. ..."

#### **Asylbewerberleistungsgesetz § 6 Sonstige Leistungen**

"(2) Personen, die ... besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, soll die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt werden."

#### **RICHTLINIE 2003/9/EG DES RATES vom 27. Januar 2003**

##### **Artikel 17**

###### Allgemeiner Grundsatz

(1) Die Mitgliedstaaten berücksichtigen in den nationalen Rechtsvorschriften zur Durchführung des Kapitels II betreffend die materiellen Aufnahmebedingungen sowie die medizinische Versorgung die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

(2) Absatz 1 gilt ausschließlich für Personen, die nach einer Einzelprüfung ihrer Situation als besonders hilfebedürftig anerkannt werden.

##### **Artikel 20**

###### Opfer von Folter und Gewalt

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist.



### 10.3. Interviewleitfäden

A) Leitfragen für das Interview des Gesundheitsamtes mit den Heimleitungen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bremen

- 1) Was sind Ihre Aufgaben im Heim (bezogen auf die Gesundheit der Bewohner/innen)?
- 2) Wie ist Ihre berufliche Qualifikation?
- 3) Wie weit sind Sie mit gesundheitlichen Problemen der einzelnen Asylsuchenden beschäftigt?
- 4) Organisieren Sie manches für Ihre Bewohner/innen, das gesundheitliche Fragen betrifft?
- 5) Welche gesundheitlichen Probleme treten aus Ihrer Sicht häufig auf?
- 6) Mit welchen gesundheitlichen Problemen ist besonders schwer umzugehen?
- 7) Wenn Sie mit gesundheitlichen Fragen der Bewohner/innen konfrontiert sind, überlegen Sie bereits im Vorfeld, wen Sie empfehlen?

Wenn ja, wen empfehlen Sie bei welchen Problemen.

- 8) Sie sehen jeden Tag die Lebensbedingungen der Asylsuchenden. Würden Sie sagen, dass diese positive oder negative Auswirkungen auf deren Gesundheit haben. Würden Sie sagen, dass die Kooperation mit dem GA hieran etwas verändert hat?
- 9) Hat sich aus Ihrer Sicht in der Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden etwas verändert, seit Einführung der Gesundheitskarte (AOK-Karte)?  
Wissen Sie, nach welcher Zeit die Asylsuchenden diese erhalten?  
Wirkt sich dies aus Ihrer Sicht auf die Inanspruchnahme der ärztlichen Sprechstunde aus?
- 10) Wie schätzen Sie die Kooperation mit dem Gesundheitsamt ein (Häufigkeit, Qualität, Veränderungen)?
- 11) Wie schätzen Sie die Kooperation mit den Ärzten des Gesundheitsamtes ein (Häufigkeit, Qualität, Veränderungen)?
- 12) Gibt es Bedarf, Wünsche oder Kritik an das Untersuchungsprogramm oder an das Gesundheitsamt?



---

B) Leitfragen für das Interview des Gesundheitsamtes mit Refugio e.V.

- 1) Wie häufig haben Sie pro Jahr mit Asylbewerbern zu tun (Anzahl/Kontakte) (Zeitraum 2001 bis 2009)?
- 2) Wie läuft die Finanzierung von Beratung und Therapien?
- 3) Kommt es vor, dass Menschen sich über die Diagnose „Traumatisierung“ einen Zugang zum Asyl erschleichen wollen?
- 4) Wie wird mit den sprachlichen Problemen umgegangen (Muttersprachlicher Therapeut, geschulte Dolmetscher)?
- 5) Gibt es ein ausreichendes Angebot in Bremen an geeigneten Psychotherapieplätzen?
- 6) Was kann das ärztliche Untersuchungsprogramm tun, um die Diagnostik zu verbessern, den Zugang zu Refugio zu verbessern/zu erleichtern?
- 7) Sind Traumatisierungen zu erkennen?
- 8) Wie ordnen Sie Symptome wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen etc. ein, die häufig im Untersuchungsprogramm diagnostiziert werden?



## 10.4. Glossar

### Prävalenz

Epidemiologisches Maß für die Häufigkeit einer Krankheit. Die Prävalenz gibt an, wie viele Personen in einer definierten Bevölkerungsgruppe (Population) zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb eines Zeitraums (Periodenprävalenz) an einer bestimmten Krankheit leiden.

### Inzidenz

Epidemiologisches Maß für die Anzahl der Neuerkrankungen bei einer bestimmten Krankheit, in einem bestimmten Zeitraum (in der Regel innerhalb eines Jahres) und innerhalb einer definierten Bevölkerungsgruppe (in der Regel 100.000 Einwohner) betrachtet.

### Signifikanz

Werden Unterschiede zwischen Mittelwerten oder Anteilen als statistisch signifikant bezeichnet, ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Unterschiede zufällig zustande gekommen sind, gering.

### Screening

dient der Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung von definierten Krankheiten ohne dass Krankheitssymptome vorliegen. Es wird als Reihenuntersuchung – die bekannteste war früher die Reihenuntersuchung auf Tuberkulose, heute ist es das Mammascreeing zur frühzeitigen Entdeckung von Brustkrebs – bei möglichst vielen Menschen eingesetzt. Ein Screening erlaubt außerdem relativ gute Aussagen zur Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung.

Die Einführung eines Screening setzt voraus, dass der Nutzen höher ist als die möglichen Risiken

### ICD-10 WHO

Die "**Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme**" (**ICD-10**) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche: Verschlüsselung von Diagnosen und Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung: ICD-10-GM 10 und die Verschlüsselung von Todesursachen: ICD-10-WHO (Quelle: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm> Stand 13.10.2010)