

Guten Tag liebe Frau Senatorin Prof. Dr. Quante Brandt,
liebe Frau Senatorin Stahmann,
liebe Abgeordnete,
liebe Gäste,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren,



Bild1: Die Bremer Stadtmuikanten

ich begrüße Sie alle herzlich zu unserer Jubiläumveranstaltung und heiße Sie Willkommen.

Wenn man auf ein Vierteljahrhundert gemeinsamer Arbeit zurückblickt, geht einem vieles durch den Kopf. Was war das damals für ein Jahr, 1993?

Was waren die Schlagzeilen?

- US Präsident Bill Clinton löste George W. Bush ab.
- Die Europäische Union wurde Realität durch den Maastrichter Vertrag.
- Der Krieg in Jugoslawien brachte Massaker und Völkermord.
- Das UN-Kriegsverbrechertribunal in Den Haag wurde gegründet.
- Werder Bremen wurde deutsche Meister.
- Solingen, Mölln und keine Ende: 300 ausländerfeindliche Anschläge! - Die Zeit schrieb damals: "Schwerer Druck lastet auf den Politikern."
"Rechtsextreme Parteien wittern Morgenluft" und "Die Überfälle auf Ausländer haben Deutschlands Gesicht verdunkel."
- Im Bundestag wurde eine neuerliche Verschärfung des Asylrechts beschlossen: die Drittstaatenregelung!

Heute, 25 Jahre später und 85 Jahre nach Beginn des NS-Terrors, wird wieder der Hitler-Gruß auf Deutschlands Straßen ungestraft gezeigt. Es scheint, als habe sich seit Mölln und Solingen wenig geändert.

Aber damals wie heute gab und gibt es auch Zeichen für ein anderes Deutschland. Es gab Menschenketten, Kirchenasyl, Hunderte von Bürgerinitiativen für eine bessere Flüchtlings- und Migrationspolitik.

Und es gab in Bremen den Anfang des Bremer Modells.

Politik und Verwaltung setzten mit dem Ziel einer Gesundheitsversorgung nach dem WHO-Motto "Gesundheit für Alle" ebenfalls ein solches Zeichen der Menschlichkeit.

Am Anfang stand die Auseinandersetzung mit der alten seuchenhygienischen Herangehensweise an Migration und Gesundheit.

Die meisten Gesundheitsämter gingen davon aus, dass wesentliche, mit der Einwanderung verbundene, Problem für die öffentliche Gesundheit sei die Einschleppung von Seuchen wie Tropenkrankheiten oder Tuberkulose.

Deshalb wurden ankommende Asylsuchende und Flüchtlinge obligatorischen Screening-Verfahren unterzogen. Dazu gehörten Untersuchungen wie Röntgenaufnahmen oder AIDS-Tests und andere Untersuchungen auf ansteckende Krankheiten, oft ohne Aufklärung und Beratung!

Wir, im damaligen Hauptgesundheitsamt Bremens, wollten das anders, besser machen. Eine Studie hatte 1992¹ ergeben, dass Infektionskrankheiten das geringste Gesundheitsproblem der Asylsuchenden darstellten.

Zum einen waren die als Notunterkunft bekanten Unterbringungsbedingungen eine Quelle vieler Gesundheitsbelastungen.

Heruntergekommene Wohnungen, Hotels, Pensionen, Bunker und Schiffe (Embrica Marcel); als Gemeinschaftsunterkünfte genühten keinem menschenwürdigen Standard.

Die Gemeinschaftsverpflegung nahm weder auf Gesundheitserwägungen, noch auf kulturelle Essgewohnheiten Rücksicht. Psychische Belastungen des Asylprozesses, aber auch durch Traumatisierung infolge von Flucht und Migration wurden kaum wahrgenommen.

All dies waren Gründe für eine relativ hohe Erkrankungsrate in Teilen der Flüchtlingsgruppen.

Das hieß also: pathogen waren nicht in erster Linie mitgebrachte Krankheitsursachen.

Pathogen waren vor allem auch die hier vorgefundenen Lebensbedingungen.

Wenn es Infektionskrankheiten gab, waren es weniger die gefürchteten Tropenseuchen, sondern Erkrankungen aufgrund der mangelhaften Hygiene in den Unterkünften und der beengten Wohnverhältnisse.

Aus dieser Bewertung der Sachlage entstand das Bremer Modell. Von Anfang an wurde dabei die Rechtslage beachtet. Sie erlaubte auf Länderebene den Handlungsspielraum, durch eine differenzierte, empirisch fundierte Problemanalyse den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Asylsuchenden/ Flüchtlinge zu definieren. Und darauf im Rahmen der vorhandenen Ressourcen zu reagieren.

Wir formulierten ein auf Verbindlichkeit und Freiwilligkeit basierendes Gesundheitsangebot. Das schloss auch die Überprüfung auf das Vorliegen ansteckender Krankheiten wie TB ein. Vor allem aber eine ganzheitliche Einschätzung des Gesundheitstatus und – bei Erkennen gesundheitlicher Probleme – die Möglichkeit einer Basisversorgung. Sowie die Vermittlung an niedergelassene Fachärzte und stationäre Einrichtungen zur weiteren Diagnose und Behandlung.

Das Bremer Modell versteht sich als niedrigschwelliges Angebot. Aufgrund der Bindung der Flüchtlinge an die zugewiesene Unterkunft sind die Flüchtlinge für das Regelsystem besonders in der Anfangsphase schwer erreichbar. Ihre Lebensumstände sind deshalb ein klassischer Fall für ein aufsuchendes Angebot, also eine Sprechstunde in den Unterkünften.

Von Anfang an ermöglichte die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Gesundheitsprogramms, Daten über die Zielgruppe und die vorhandenen Krankheiten zu gewinnen.

¹ Mohammadzadeh 1992.

So wurde die empirische Grundlage für Aussagen über den Gesundheitszustand der Flüchtlinge immer solider. Sie ließ zu, sich glaubwürdig am bundesweiten und europäischen Diskurs über Migration und Gesundheit zu beteiligen.

Lange wurde das ärztliche Sprechstundenangebot in den Unterkünften durch wechselnde Standorte erschwert.

Der Umbau der ehemaligen Bremer Vulkan-Werft als Zentrale Aufnahmestelle seit 2016 war auch für uns ein Schritt nach vorn. Der frühere Fabrikkomplex reicht aus, um selbst einem großen Anstieg von neuen ankommenden Flüchtlingen gerecht zu werden. Darüber hinaus erlaubt er erstmals die Zentralisierung der medizinischen Versorgung der Flüchtlinge.

Das Gesundheitsamt verfügt jetzt über gut ausgestattete Räumlichkeiten für die Sprechstunden.

Seit der Verlegung der Sprechstunde dorthin wird das Videodolmetschen für die Kommunikation mit den Flüchtlingen konsequent eingesetzt.

Ich will Ihnen mit den folgenden Folien kurz nur einige Einblicke in die Daten des Gesundheitsprogramms ermöglichen.

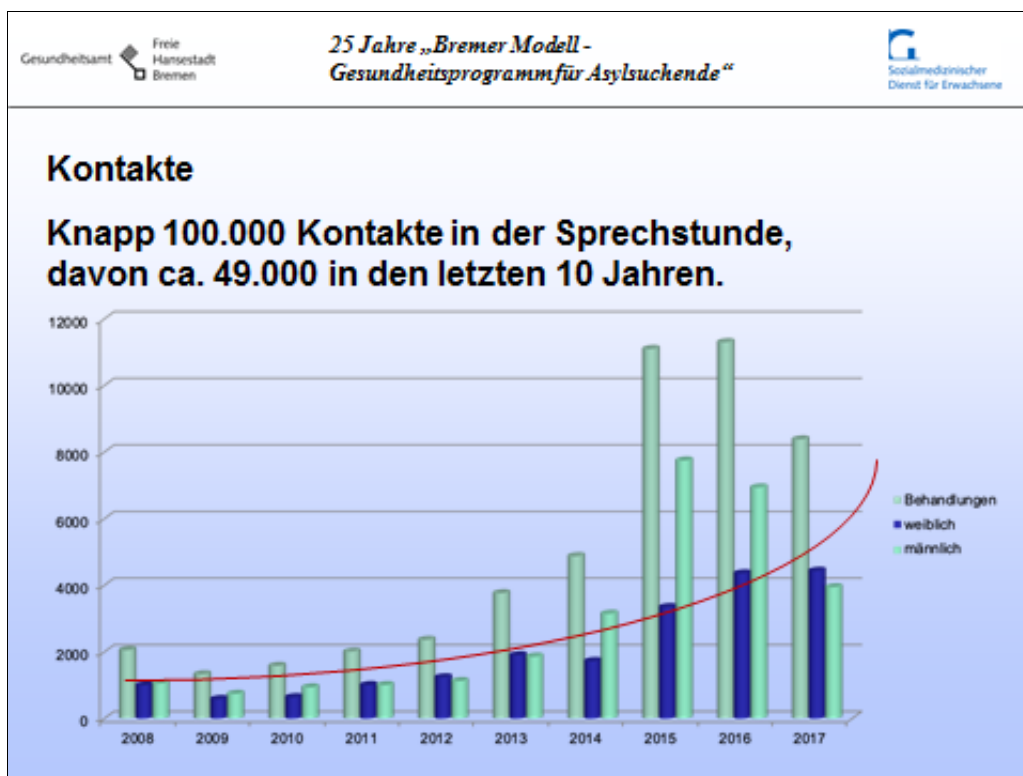


Bild 2: Behandlungskontakte in den Sprechstunden 2008 - 2017

Das Bremer Modell kann sich auf eine immer breiter werdende empirische Basis stützen. Von 1993 bis 2017 hatten wir 100.000 Kontakte in der Sprechstunde, davon circa 49.000 in den letzten 10 Jahren. Überwiegende Teil der Kontakte sind seit 2013. Spitzenwerte sowohl bei Erwachsenen wie auch bei Kindern und Jugendlichen wurden in den letzten Jahren erreicht.

**Circa 33.000 Personen,
davon in den Jahren 2008-2017 ca. 23.500 Menschen.**

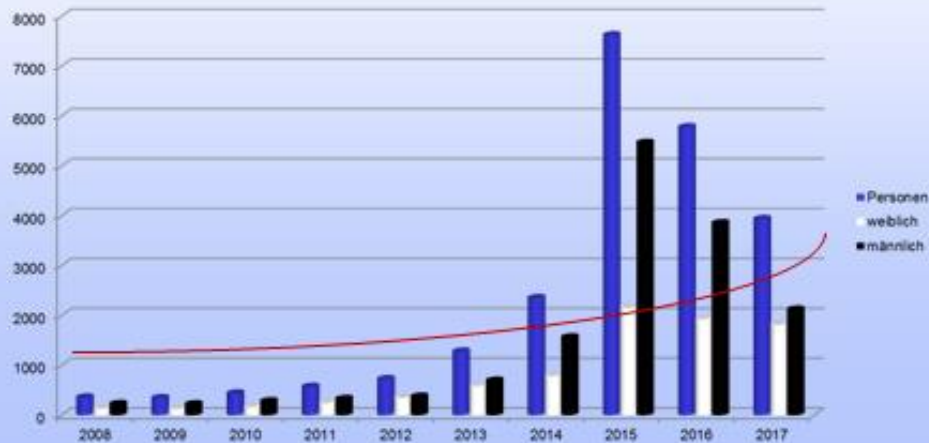


Bild 3: Patientenkontakte 2008 - 2017

In diesen 25 Jahren durchliefen mehr als 33 000 Personen die Sprechstunde. Davon 2008 bis 2017 etwa 23 500.

Der Anteil männlicher Flüchtlinge blieb im Berichtszeitraum stets höher als der Anteil weiblicher Untersuchter.

Insgesamt wurden 2008 bis 2017 8.276 Frauen und Mädchen sowie 15.156 Männer und Jungen untersucht.

In den 90er Jahren waren es vor allem alleinstehende junge Männer, heute kommen nahe 35% Familien mit Kindern.

So war das Geschlechterverhältnis 2008 bis 2017 mit etwa 60 zu 40 relativ konstant.

Ausnahme 2015/2016, da war es 70 zu 30.

Durchschnittliche Kontaktzahl zu der Sprechstunde war 2 x, wobei die weiblichen öfter als männliche Untersuchte die Sprechstunde besuchten.

Von 2008 bis 2017 fanden also bei 23.500 Personen insgesamt 48.787 ehandlungskontakte statt.

Seit 2014 werden die UMA (unbegleitete minderjährige Ausländer) getrennt erfasst, weil sie dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zugeordnet werden. Von 2014 bis Ende 2017 sind ca. 4.000 UMA nach Bremen gekommen.

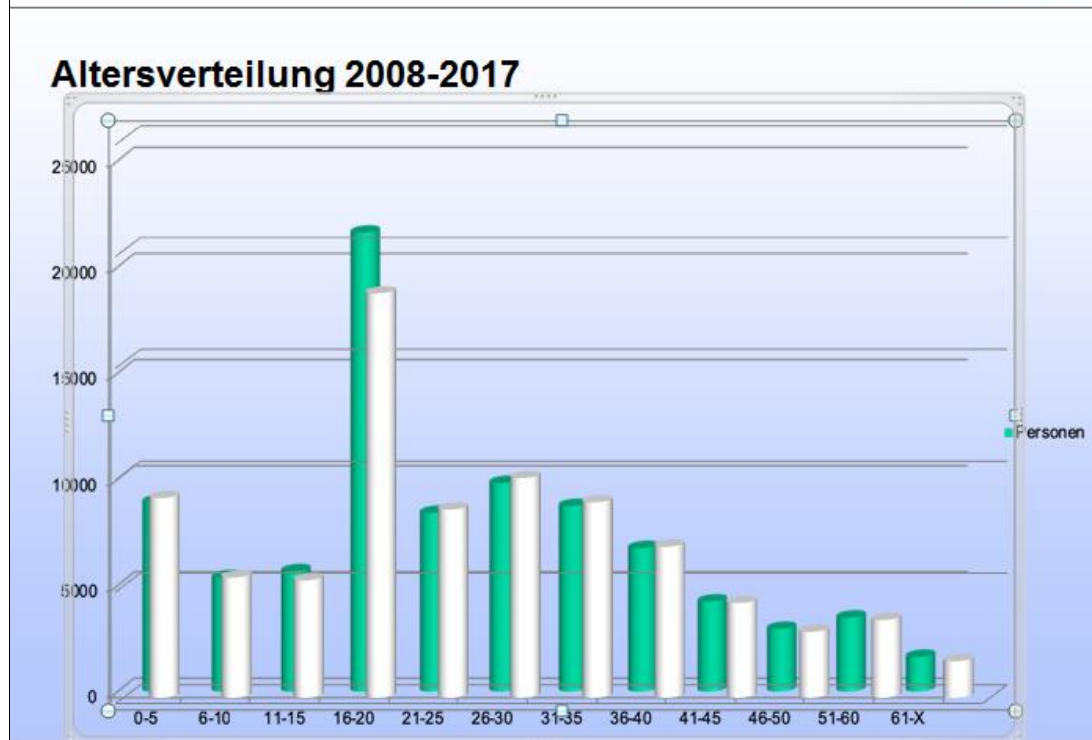


Bild: 4: Untersuchte nach Altersgruppen

Die größte Altersgruppe sind Menschen zwischen 16 und 30 Jahren (3 Säulen), gefolgt von denen zwischen 31 und 40 Jahren.

Kinder/ Säuglinge nehmen ebenfalls einen erheblichen Anteil ein.

Dabei ist auch ein kleiner Anteil hier geborene Babys.

Die grüne Säule unter 16-20 Jährigen zeigt den Anteil der UMA.

Herkunft



Bild 5: Untersuchte nach Herkunftsländern

In der Sprechstunde sind ca. 80 verschiedene Herkunftsländer vertreten. Wie Sie an der grünen Säule sehen, stammten die Menschen durchgängig aus dem asiatischen Bereich, wobei die Länder des nahen und mittleren Ostens hier dazu gerechnet wurden.

Unterscheidet man nach Ländern, sind Menschen aus Syrien mit über 35 % seit mehreren Jahren die größte Gruppe.

Die zweitgrößte Gruppe bilden Menschen aus den verschiedensten afrikanischen Ländern (insgesamt 20%), mit Ghana und Nigeria an der Spitze.

Die nächststarke Gruppe sind Personen aus Afghanistan mit 14%.

Eine weitere große Gruppe sind Personen, die aus Ländern des ehemaligen Jugoslawien kommen (insgesamt 11%). An erster Stelle steht dabei Serbien.

Auch der Anteil von Flüchtlingen aus dem Iran und Irak ist relativ hoch.

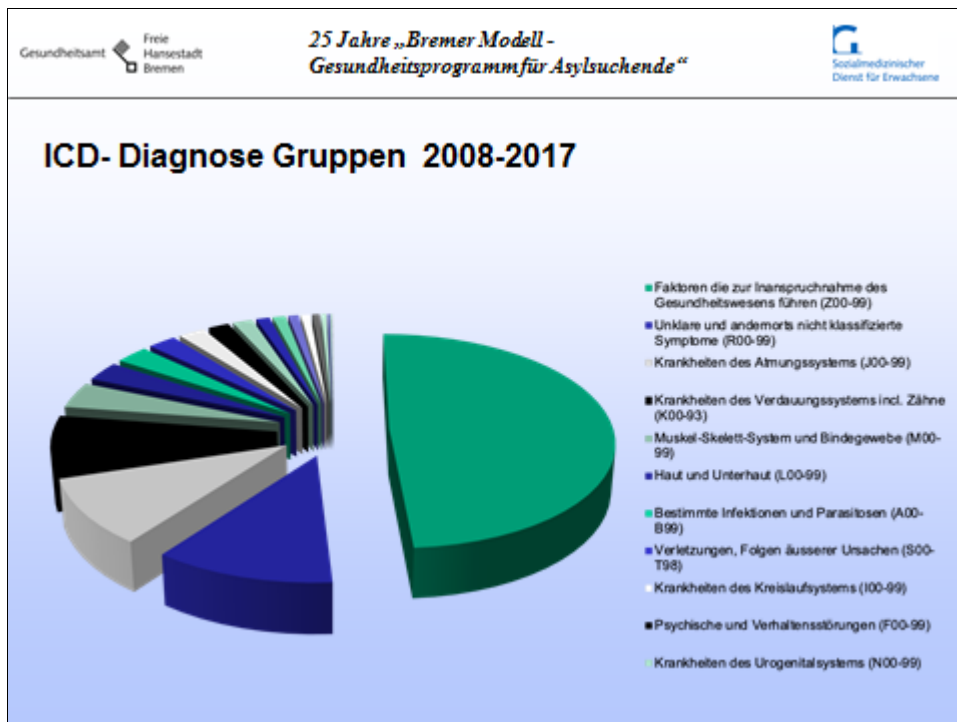


Bild 6: Untersuchte nach Diagnosen

Der größte Anteil der Diagnosen (49,3 %) entfällt auf die ICD-Kategorie Z00-Z99, also allgemeine Faktoren für den Kontakt.

Dazu gehören alle Erstuntersuchungen ohne Befund, aber auch Impfungen oder Vorliegen einer Schwangerschaft, ebenso Blutdruckmessungen und allgemeine Check-ups. Dazu ärztliche Beratungen zu gesundheitlichen Fragen sowie die medizinische Nachsorge bei einigen Erkrankungen.

Von ca. 70.000 Diagnosen fallen 49% in diese Kategorie.

Bei mehr als 1400 Frauen wurden in den vergangenen 10 Jahren Schwangerschaften festgestellt.

Schwangerschaften, Geburt und die Versorgung von Säuglingen stellen in der Erstaufnahme Einrichtung/Vulkan für die Frauen, aber auch für die Gesundheitspersonal und Einrichtungsmitarbeiter, eine besondere Herausforderung dar. Versorgung erfolgt in der Regel in den Bremer Kliniken, bei gynäkologischen Praxen und bei Kinderarztpraxen. Die Einbindung/Integration der Frauen/Mütter in den niedergelassenen Bereich ist von großer Bedeutung.

Es gibt aber Probleme wegen Aufnahmestopp, Terminabsprache!

Die nächste große ICD-Gruppe ist der hohe Anteil unklarer Symptome zum Teil mit unspezifische Symptome, zum Beispiel Schmerzzustände wie Kopfschmerzen. Häufig sind solche Symptome eher nicht somatisch bedingt, sondern als Ausdruck psychischer Stresssituationen einzuordnen.

Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungssystems einschließlich der Zähne, Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, und Haut und Unterhaut, haben im Krankheitsspektrum ebenfalls ein deutliches Übergewicht.

Top 15 ICD-Diagnosen 2008-2017

Nr	ICD10	Diagnose	ICD-Gruppe
1	J11.1	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, Viren nicht nachgewiesen	Krankheiten des Atmungssystems (J00-99)
2	R51	Kopfschmerz (auch Gesichtsschmerz, o.n.A.)	Unklare und andernorts nicht klassifizierte Symptome (R00-99)
3	K02.9	Zahnkaries , n.n.b.	Krankheiten des Verdauungssystems incl. Zähne (K00-93)
4	K08.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparats, Zahnschmerz o.n.A.	Krankheiten des Verdauungssystems incl. Zähne (K00-93)
5	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, n.n.b. (Grippaler Infekt)	Krankheiten des Atmungssystems (J00-99)
6	R05	Husten	Unklare und andernorts nicht klassifizierte Symptome (R00-99)
7	M54.9	Rückenschmerzen , nicht näher bezeichnet	Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (M00-99)
8	J00	Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen), Rhinitis	Krankheiten des Atmungssystems (J00-99)
9	R07.0	Halsschmerzen	Unklare und andernorts nicht klassifizierte Symptome (R00-99)
10	M25.5	Gelenkschmerz	Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (M00-99)
11	I10	Essentielle Hypertonie (Bluthochdruck)	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-99)
12	R10.4	Sonstige und n.n.b. Bauchschmerzen	Unklare und andernorts nicht klassifizierte Symptome (R00-99)
13	L29.9	Pruritus (Juckreiz)	Haut und Unterhaut (L00-99)
14	J03.9	Akute Tonsillitis, n.n.b. (Mandelentzündung)	Krankheiten des Atmungssystems (J00-99)
15	T78.4	Allergie, o.n.A. (Allergische Reaktion)	Verletzungen, Folgen äusserer Ursachen (S00-T98)

Bild 7: Diagnosen nach ICD

Infektionen Akute Infektionen insbesondere der Atemwege – vorrangig Grippe – stellen die häufigsten Erkrankungen dar.

Es folgt der Kopfschmerz, wie oben beschrieben oft als somatische Reaktion auf schwierige Lebensumstände. Auch andere unspezifische Schmerzzustände wie Rückenschmerzen sind dazuzurechnen.

Der dritte große Bereich betrifft Zahnerkrankungen.

Andere nennen:

Grippale Infekte 5%, Husten, Rückenschmerzen, Halsschmerzen, Gelenkschmerzen usw.

Traumatisierungen können wir nicht innerhalb des Sprechstundenangebotes auf Grund der fehlenden psychologischen und therapeutischen Möglichkeit bearbeiten. In diesem Bereich arbeiten wir erfolgreich mit Refugio, mit Beratungsstellen in freier Trägerschaft zusammen, im Einzelfall auch mit niedergelassenen Psychotherapeuten.

Von besonderem Interesse für den Infektionsschutz sind ausgewählte Diagnosen wie z.B. TBC.

Solche sind jedoch eher selten.

In den beobachteten 10 Jahren wurden im Rahmen der Sprechstunde 31 vorläufige Diagnosen im Zusammenhang mit Tuberkulose festgestellt.

Davon 17 bestätigte Tb-Fälle, darunter 8 Fälle TB der Atmungsorgane.

Der Rest waren Knochentuberkulose, Gelenktuberkulose. Das entspricht 3 von 1.000 untersuchten Personen.

Zusammengefasst bestätigen die Resultate der Untersuchungen auch nach 25 Jahren die Kritik an dem Primat der Seuchenhygiene.

Das Krankheitsprofil weicht zwar von dem der einheimischen Bevölkerung in gewissem Maße ab, weist aber andererseits keine krassen, grundsätzlichen Unterschiede dazu auf.

Noch einmal deutlich: Das Spektrum ist zwar in spezifischer Weise zusammengesetzt, aber es gibt so gut wie keine radikal anderen Krankheiten. Was radikal anders ist, sind die Lebensumstände mit ihren Krankheit verursachenden Faktoren.

Das Bremer Modell ist nicht bei dem Sprechstundenangebot stehen geblieben. Schon seit 2005 wurde es aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Sozialsenatorischen Behörde und der AOK erweitert. Nach einer Anfangsphase erhalten die Flüchtlinge eine Gesundheitskarte, die zum Zugang in die Regelversorgung berechtigt.

Sie ist ein entscheidender Schritt, der eine Brücke vom Gesundheitsprogramm für Flüchtlinge zur Regelversorgung baut.

Auch die Prävention gehört zum Bremer Modell. Seit einigen Jahren propagieren wir erfolgreich Impfungen (gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR), um die Zahl der Neuerkrankungen zu senken. In dieses Themenfeld gehört auch die Gesundheitsaufklärung und Information, sowohl in der Sprechstunde als auch durch mehrsprachige Informationsmedien.

In kontinuierlicher Diskussion mit den Unterkunftsträgern und zuständigen Behörde wurden Mindeststandards der Unterbringung (inklusive Hygienestandards) formuliert.

Seit 2009 bieten wir auch eine Sprechstunde für die so genannten "Papierlosen" und nicht versicherten EU-Migranten. Das Projekt befindet sich noch im Aufbau! Für das Projekt haben wir seit Anfang des Jahres 2018 erstmals eigene Mittel und Personal.

Über die Personalausstattung hinaus bleibt die Hauptaufgabe, die vielfältigen Barrieren abzubauen, die zwischen den Flüchtlingen und dem Gesundheitsdienst bestehen und eine effiziente und angemessene Versorgung entgegen wirken/behindern.

Meine Damen und Herrn,
je weiter wir uns bemühen, in die Zukunft zu sehen, umso klarer wird uns die Selbstverständlichkeit von Migration werden.

Migration ist ein Bestandteil menschlichen Lebens wie Geburt, Übergang und Tod. Migration ist Teil der göttlichen Komödie, Teil der menschlichen Geschichte. Auch Migration sollte (wie Geburt, Übergang und Tod) natürlicher Gegenstand der Aufgabenstellung der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein.

Ich glaube und hoffe, dass das Bremer Gesundheitsprogramm, in den 25 Jahren, zu diesem Paradigmenwechsel ein bisschen beigetragen hat und noch beitragen wird.

Abschließend möchte ich vielen Mithelferinnen und Mithelfern meine Gratulation und meinen Dank sagen.

Ich möchte dabei Herrn Prof. Dr. Zenker hervorheben, der als damalige Leiter des Gesundheitsamtes das Bremer Modell mit aus der Taufe hob.

Ebenso den allzu früh verstorbenen Herrn Dr. Hilbert, der als Abteilungsleiter stets seine schützende Hand über mein Referat hielt.

Aus der Anfangszeit des Programms sind Herr Dr. Schmacke und unbedingt Herr Dr. Hohmann zu erwähnen.

Unser Gesundheitsprogramm hatte viele Unterstützer und Beschützer in Politik und Verwaltung. Von ihnen möchte ich Herrn Dr. Gruhl nennen.

Beide Ressorts, mit denen wir zu tun haben, Soziales und Gesundheit, haben uns nach Kräften zur Seite gestanden. Insbesondere natürlich die Sozialsenatorin durch die Finanzierung von Personal.

Dank gebührt ebenso den Bremer Wohlfahrtsverbänden, der AWO, dem ASB und dem DRK sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gemeinschaftsunterkünfte für die kontinuierliche Kooperation und Zusammenarbeit.

Desgleichen den Ärztinnen und Ärzten im niedergelassenen und stationären Bereich, die das Programm begleiteten.

Und schließlich gilt mein Dank den Kolleginnen und Kollegen aus anderen Abteilungen des Gesundheitsamts für die Zusammenarbeit und letztendlich die Akzeptanz, die sie dem Gesundheitsprogramm entgegenbrachten. Große Unterstützung gab es vom EDV- Bereich, was unsere einmalige Datenbank anbetrifft, Herrn Müllerstedt und Herrn Dierks. Ich möchte mich bei Frau Dr. Lelgemann für Ihre Engagement und Einsatz in der Zeit der Flüchtlingskrise bedanken.

Und ich freue mich auf die gute Zusammenarbeit mit unserer Amtsleitung Herrn Becker und meiner Abteilungsleiterin Frau Dr. Hamer, die wir jetzt schon begonnen haben.

Nicht zu vergessen die Kollegen und Kolleginnen, die im Laufe der Jahre und bis heute im Team des Gesundheitsprogramms mitgewirkt haben und noch mitwirken (Frau Dr. Bieschke).

Ich wünsche dem Bremer Modell ein kraftvolles Weiterbestehen und erfolgreiche Arbeit, so lange sie notwendig bleibt. Und würde mich freuen, wenn Sie alle in diesen Wunsch mit einstimmen.



**„Etwas besseres als den
Tod finden wir in Bremen!“**

Bild 8: Die Bremer Stadtmuikanten

Gemeinsam waren und sind wir auf dem Weg zur Gesundheit für alle, und es gibt noch viel zu tun!!!!

Danke!

Dr. Zahra Mohammadzadeh