

Schwerpunkt:

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Rund 5.000 Flüchtlinge werden 2015 im Land Bremen erwartet. Insbesondere ihre medizinische Versorgung stellt die Behörden und die Ärztinnen und Ärzte vor große Herausforderungen. Anlass genug also, sich in der aktuellen Ausgabe von Kontext mit dem Thema intensiv auseinanderzusetzen.

Dr. Zahra Mohammadzadeh, Leiterin des Referates „Migration und Gesundheit“ beim Bremer Gesundheitsamt, berichtet über das „Bremer Modell“, das Asylbewerbern von Beginn an Zugang zum deutschen Gesundheitssystem ermöglicht, und zieht Bilanz, wie sich die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in den letzten Jahren verändert hat. Anschließend berichten wir von einem Besuch in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST) in Bremen-Obervieland. Schließlich sprechen Dr. Geta Bieschke und Dr. Anna Regina Wiegmann über ihre tägliche Arbeit in der offenen Sprechstunde in der ZAST.

Flüchtlinge in Bremen – weiterhin eine Herausforderung der Gesundheitsversorgung

Die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten ist für das Bremer Gesundheitswesen nichts Neues. Vor dem Hintergrund gestiegener und weiter steigender Flüchtlingszahlen bedeutet sie eine Herausforderung für alle an der Versorgung Beteiligten. Angesichts knapper Ressourcen kann dieser nur mit Flexibilität, kreativen Lösungsansätzen und viel Engagement der in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen begegnet werden.

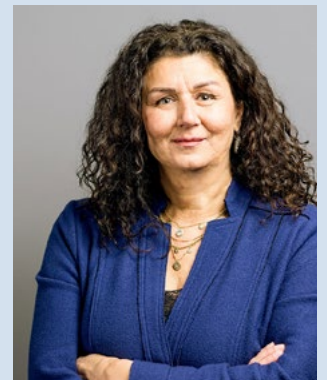
Die Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung von Immigranten gehen auf die Frühzeit der Bundesrepublik zurück. Als am Ende des Zweiten Weltkriegs Flüchtlinge und Heimatvertriebene aus den ehemaligen Ostgebieten des Deutschen Reiches in den Westen kamen, wurden die schweren psychischen Traumata, an denen nicht wenige infolge schrecklicher Kriegs- und Fluchterlebnisse litten, zum großen Teil gar nicht wahrgenommen. Zu wenig wusste man über die psychischen und psychosozialen Auswirkungen der Migration auf die Gesundheit. Dem Zustrom Vertriebener und innerdeutscher Flüchtlinge folgte ab Mitte der 1950er-Jahre die Zuwanderung der ersten Arbeitsmigranten aus den Mittelmeerländern. Der Stand der Gesundheitswissenschaften war damals zwar schon weiter, aber die so genannten Gastarbeiter fielen aus einem anderen Grund durch die Denkraster des Gesundheitswesens. Man ging davon aus, die ausländischen Arbeitskräfte seien nur temporär im

Land und würden nach wenigen Jahren einträglicher Arbeit in ihre Heimatländer zurückkehren. In gewissem Sinn waren sie vorübergehend „Geduldete“. Man wusste kaum etwas über die in den Herkunftsländern herrschenden Gesundheitsbedingungen, über kulturell geprägte Gesundheitsvorstellungen, über die anders gelagerten epidemiologischen Zusammenhänge vieler Erkrankungen.

Noch weniger waren die Einrichtungen des Gesundheitswesens auf die Ankunft großer Zahlen von Asylsuchenden und Flüchtlingen in den 1980er-Jahren eingestellt. Bei dieser Gruppe überlagerten sich die Folgen der heimatischen Lebensverhältnisse, der Fluchtumstände, der Traumatisierung durch politische Verfolgung, Gewalt- und Kriegserfahrungen mit denen der mangelnden Integration und unzureichenden Öffnung der Aufnahme-gesellschaft gegenüber der neuen Bevölkerungsgruppe.

Gesundheitsprogramm als Beitrag zur Integration

Seit Ende der 1980er-Jahre nahm sich der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bremen verstärkt der Probleme an. Angesichts besonders hoher Flüchtlingszahlen setzte sich ein ressortübergreifender „Krisenstab“ unter Beteiligung des damaligen Hauptgesundheitsamtes mit den Unterkunftsproblemen der Flüchtlinge auseinander und erarbeitete einen Unterbringungsstandard, der die gesundheitlich rele-



Dr. Zahra Mohammadzadeh
Leiterin des Referates "Migration und Gesundheit" beim Gesundheitsamt Bremen

vanten Fragen einbezog und in den Folgejahren ausgebaut wurde.

Ein später als „Bremer Modell“ bundesweit bekanntes Gesundheitsprogramm entstand aus der kritischen Bewertung des seuchenhygienischen Ansatzes, der seinerzeit im medizinischen Herangehen an die Flüchtlinge dominierte. Das Modell richtete sein Augenmerk auf den Versorgungsbedarf der tatsächlichen Träger des Gesundheitsrisikos, der Immigranten selbst. Hierzu war es erforderlich, Handlungsspielräume innerhalb des insgesamt restriktiven ausländerrechtlichen Rahmens auszuloten und zu nutzen. So wurde das Bremer Gesundheitsprogramm für Flüchtlinge und Spätaussiedler, wie es damals hieß, ein Beitrag zur Gesundheitssicherung und Integration von Zuwanderern.

Seit Juni 1993 wird Migranten und Migrantinnen in Bremer Gemeinschaftsunterkünften ein auf Freiwilligkeit beruhendes verbindliches Sprechstundenangebot gemacht. Es erfüllt folgende Aspekte der Erstversorgung Ankommender:

- Wahrnehmung der gesetzlich vorgeschriebenen Erstuntersuchungen,
- ganzheitliche Erfassung des Gesundheitszustandes,
- Bereitstellung einer Basisversorgung an Ort und Stelle;
- Erleichterung und Bahnung des Zugangs zu den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens im Sinne einer Gatekeeperfunktion,
- Beratung der Unterkunftsträger mit dem Ziel, Einigung über Mindeststandards im Hinblick auf gesundheitlich relevante Aspekte wie Unterbringung, Hygiene, Ernährung und Alltagsgestaltung zu erzielen und aufrechtzuerhalten.

Um Informationen über vorhandene Erkrankungen zu gewinnen, wertet das Gesundheitsamt die im Rahmen des Programms erhobenen Daten systematisch aus. Das ermöglicht eine Evaluation der erbrachten Leistungen, die Formulierung von Qualitätsstandards und eine fundierte Beteiligung an der konzeptionellen Diskussion über die Versorgung der Einwanderer – sowohl in der Region wie auch national und international.

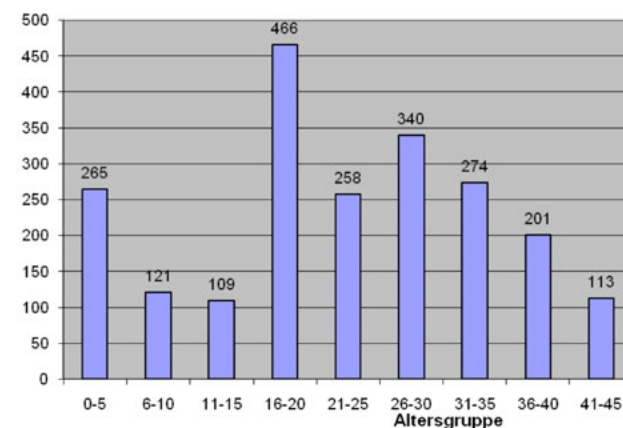
Flüchtlinge aus 30 Ländern

Das seit 1993 kontinuierlich laufende Bremer Programm gründet sich auf eine immer breiter werdende empirische Basis. 2014 nahmen die Ärztinnen des Gesundheitsamtes 4.833 Unter-

suchungen und Behandlungen vor, davon ca. 2.300 Erstuntersuchungen. Einschließlich der Zentralen Aufnahmestelle (ZASt, 2014 noch in der Steinsetzerstraße) gab es in sechs Einrichtungen Sprechstunden. 43 Prozent der medizinischen Untersuchungen führten zu geringfügigen therapeutischen Maßnahmen. Dabei handelte es sich zumeist um medikamentöse Behandlungen bei Schmerzzuständen oder bei grippalen Infekten und Atemwegsinfekten. 34 Prozent der untersuchten Patienten wurden zur Diagnostik und weiteren Behandlung an niedergelassene Ärzte überwiesen. 53 Mal war eine Klinikeinweisung zu veranlassen. Die meisten Überweisungen erfolgten zu Allgemeinärzten, Gynäkologen, Zahnärzten und Kinderärzten (74 Prozent).

Die Herkunftsländer der Patientinnen und Patienten sind vielfältig, im Jahr 2014 waren es 30 verschiedene Länder, angeführt von Syrien und Ex-Jugoslawien, die zusammengekommen 47 Prozent der Einwanderer stellten. 2013 wurden im Untersuchungsprogramm 210 Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren erfasst, im Jahr 2014 waren es 265.

Abbildung 1: Alter der Patienten in den Sprechstunden der Bremer Flüchtlingsunterkünfte (2014)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

In dem nach ICD-10 kategorisierten Befundspektrum waren in den vergangenen Jahren Krankheiten der Atemwege (J00-J99), gefolgt von unklaren Symptomen (R00 bis R99) führend. Dabei handelte es sich vor allem um psychosomatische Symptome und Schmerzsymptomatik. Für die Interpretation des Krankheitsspektrums sind sowohl spezifische Migrationserfahrungen, zu denen auch die Aufnahmebedingungen in den Transit- und Zielländengehören, als auch kulturelle Hintergründe heranzuziehen.

Tabelle 1: Diagnostizierte Erkrankungen 2014

Diagnose nach ICD-10	Gesamt	in Prozent
Faktoren, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-99)	2.236	37,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-99)	706	11,9
Unklare und andernorts nicht klassifizierte Symptome (R00-99)	889	15,0
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (M00-99)	300	5,1
Krankheiten des Verdauungssystems incl. Zähne (K00-93)	430	7,3
Verletzungen, Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	177	3,0
Haut und Unterhaut (L00-99)	208	3,5
Bestimmte Infektionen und Parasitosen (A00-B99)	191	3,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-99)	192	3,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-99)	151	2,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-99)	132	2,2
Sonstige Erkrankungen	305	5,2

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Gesundheitliche Erwägungen sind nicht ohne Konsequenzen für den Umgang der Gesellschaft mit Einwanderern. Die möglichst rasche dezentrale Unterbringung, bei Bedarf auch familien- bzw. kindgerecht, sollte das Ziel sein. Integrationsfördernden Maßnahmen wie Sprach- und Orientierungskurse sind auch für die Gesundheit der Immigranten relevant, das Gleiche gilt für Bildung, Ausbildung und Arbeit. Integration und Gesundheit bedingen einander.

Gesundheitskarte ermöglicht Selbstbestimmung

Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems zur „best practice“ werden zu lassen, ist ein Ziel des „Bremer Modells“. Dafür wurde unter anderem ein Gesundheitswegweiser zu Praxen mit interkulturellen und fremdsprachlichen Kompetenzen zusammengestellt, Aufklärungsprojekte über Familienplanung,

Schwangerschaft und Geburt sowie zum Thema HIV/AIDS organisiert, ein Dolmetscherdienst aufgebaut und ein HIV/AIDS-Präventionsprojekt für Migrantinnen und Migranten aus afrikanischen Ländern etabliert. Die fachliche psychosoziale Beratung und Betreuung traumatisierter Flüchtlinge ist ein Schwerpunkt der Kooperation mit der Bremer Beratungsstelle Refugio.

Nicht zuletzt ermöglicht die Gesundheitskarte, die die Flüchtlinge innerhalb von zwei bis vier Wochen erhalten, einen guten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und leistet einen Beitrag zu Selbstbestimmung und Integration.



Eine Gesundheitsversorgung mit humanitärer Orientierung und sozialem Anspruch kann

bei Immigranten nicht das ausblenden, was für andere Bevölkerungsgruppen selbstverständlich ist. Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge haben fast immer der Gesundheit abträgliche Wohnstandards. Nicht nur erhöhen Ghettoeffekte die Zugangsbarrieren zu den Versorgungsstrukturen, sie verschärfen auch die Isolation, unter der besonders Frauen leiden. Zudem begünstigen sie aggressive und gewaltbeladene Sozi-

albeziehungen, unter den Bewohnern ebenso wie zwischen ihnen und dem Unterkunftspersonal.

Gesunde Integration

Integration ist gesund. Integration, Partizipation in allen Bereichen der Gesellschaft und Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang. Fehlt es in dem einen Bereich, wird das Auswirkungen auf die anderen Bereiche haben. Angesichts der derzeit eklatant steigenden Flüchtlingszahlen ist dabei Skepsis gegenüber der Überbewertung seuchenhygienischer Befürchtungen im migrationspolitischen Denken angebracht. Andererseits sind sorgfältige medizinische Untersuchungen unabdingbar, im Sinne der Migrantinnen und Migranten und auch der gesamten Bevölkerung. Zuwanderern, denen es an Integration mangelt, bleiben zahlreiche Angebote und Handlungsfelder der Gesellschaft verwehrt, und das wird letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen. Umgekehrt wird ein von Gesundheitsproblemen und mangelnder Versorgung betroffener Flüchtling sich nicht leicht in die Gesellschaft integrieren und an ihr partizipieren können. Den sich aus dieser Erkenntnis ergebenden Forderungen muss sich das Gesundheitswesen stellen. Gerade jetzt, angesichts der hohen Flüchtlingszahlen, wird das nur durch gemeinsames Handeln gelingen.

■ Dr. Zahra Mohammadzadeh
Referatsleitung Migration und Gesundheit
Gesundheitsamt Bremen

Viel Licht und viel Platz

Ein Besuch in der Zentralen Aufnahmestelle in Bremen

Es ist ein sommerlicher Tag, draußen spielen Jugendliche Fußball, Menschen stehen in kleinen Gruppen zusammen, die Stimmung ist entspannt. Auf den Fluren in der neuen Zentralen Aufnahmestelle (ZAST) für Flüchtlinge in der Alfred-Faust-Straße in Bremen-Obervieland ist fast niemand anzutreffen. „Das ist eher ungewöhnlich, normalerweise ist hier viel Trubel. Allein am letzten Wochenende hatten wir hier 100 Neuzugänge“, erzählt Dr. Zahra Mohammadzadeh, Leiterin des Referates „Migration und Gesundheit“ beim Gesundheitsamt Bremen. Das Haus bietet auf drei Etagen Platz für insgesamt 170 Flüchtlinge und wird von der Arbeiterwohlfahrt (AWO) betrieben. Demnächst kommt noch eine Etage mit 70 Plätzen hinzu.

Platz, der dringend benötigt wird: Rund 5.000 Flüchtlinge werden in diesem Jahr in Bremen erwartet, im Durchschnitt kommen jeden Tag zehn Menschen. Das Land Bremen nimmt nach dem Königsteiner Schlüssel derzeit 0,96 Prozent aller Flüchtlinge auf, die nach Deutschland einreisen, aufgeteilt im Verhältnis 80 zu 20 zwischen den Städten Bremen und Bremerhaven. „Die Menschen bleiben nicht unbedingt alle in Bremen, müssen aber dennoch erst einmal aufgenommen werden“, sagt Mohammadzadeh. „Viele, die in der Alfred-Faust-Straße ankommen, sind nicht einmal einen Tag hier, sondern werden gleich in andere Unterkünfte weitergeschickt.“

Zwei Untersuchungsräume statt einem

Eine zentrale Verbesserung bietet das Haus in Obervieland vor allem in Hinblick auf die medizinische Versorgung. Statt nur eines Arztzimmers wie im Vorgängergebäude in der Steinsetzerstraße gibt es nun zwei und dazu ein Vorzimmer. Das ist auch für die beiden Ärztinnen eine große Entlastung. „In der Steinsetzerstraße fand alles in einem Raum statt: Anmeldung, Gespräche, Untersuchung – das war für uns wie für die Menschen, die zu uns kommen, eine erhebliche Belastung“, berichtet Dr. Anna Regina Wiegelmann. Die Kinder- und Jugendärztin ist seit November 2014 fest beim Gesundheitsamt angestellt und versorgt zusammen mit ihrer Kollegin Dr. Geta Bieschke die Flüchtlinge in den Sprechstunden. Bieschke ist schon seit 1999 dabei. Weitere Kollegen sollen dazukommen: Zwei Ärztinnen sind schon eingestellt, ein weiterer Arzt steht in Aussicht.

Zu tun gibt es genug: Das Arztzimmer in der

Alfred-Faust-Straße muss täglich besetzt sein, dazu sind die beiden Ärztinnen regelmäßig auch noch in fünf weiteren Flüchtlingsunterkünften vor Ort. Die Sprechstunden dienen nicht nur der gesetzlich verpflichtenden Erstuntersuchung, sondern auch der hausärztlichen Versorgung bei einfach zu behandelnden Erkrankungen.

Doktor	
Montag, Monday, Lundi, Hënë, Pazartesi Понеделък, Понеделник, دوشنبه, يوم الاثنين	09:00-14:00
Dienstag, Thuesday, Mardi, e martë, Sali, уторак, вторник, سه شنبه, الثلاثاء	11:00-15:30
Mittwoch, Wednesday, Mercredi, e mërkurë, Çarşamba, седа, Среда, چهار شنبه, الأربعاء	08:00-11:30
Donnerstag, Thursday, Jeudi, e enjte, Perşembe Четвртак, четверг, ثمنبہ پنج, الخميس	14:00-16:30
Freitag, Friday, Vendredi, e premte, Cuma, Петак, Пятница, الجمعة, جمعه	08:00-11:30

Ganze Familien in der Sprechstunde

Vor allem fehle es an Zeit. „Manche kommen mit der ganzen Familie zur Untersuchung: Vater, Mutter, zwei Kinder, Großmutter – das dauert dann schon mal eine halbe Stunde“, sagt Wiegelmann. „Das ist aber auch der Charakter dieser Sprechstunde. Wir versuchen, die ganze Familie im Blick zu behalten und sie als Ganzes zu betrachten.“ Auch die Kommunikation ist nicht immer einfach. Zwei Tage die Woche ist für jeweils sechs Stunden ein Dolmetscher vor Ort, der arabisch spricht und bei den zumeist syrischen Flüchtlingen übersetzen kann. Das Personal spricht zudem noch russisch, rumänisch, albanisch, englisch oder französisch. Darüber hinaus wird es kompliziert. „Manche Flüchtlinge legen einen griechischen Impfpass vor. Den können wir hier dann leider nicht lesen, so dass wir nicht wissen, welche Impfungen schon vorgenommen wurden“, sagt Wiegelmann.

Oft komme es aber vor allem darauf an, sich auf die Flüchtlinge einzulassen, sie spüren zu lassen, dass sie in Deutschland willkommen sind. „Bei der Integration spielt die Gesundheit eine entscheidende Rolle. Denn nur wer gesund ist, kann seinen Alltag besser bewältigen und kommt in einem fremden Land besser zurecht“, sagt Mohammadzadeh. „Das ist wie bei den Bremer Stadtmusikanten: Wer sich für Migration entscheidet, ist auf der Suche nach einer besseren Zukunft. Wir können dabei helfen, dass die Flüchtlinge sie hier finden.“

Tandem-Aufruf mir großer Resonanz

Große Resonanz bekam die Ärztekammer auf einen Aufruf für die Vermittlung von Tandems zwischen einheimischen Ärztinnen und Ärzten und Kolleginnen und Kollegen, die auf ihrer Flucht nach Bremen gekommen sind. 75 Bremer und Bremerhavener Ärztinnen und Ärzte möchten sie beim Erlernen der Sprache und bei der Eingliederung in unsere Gesellschaft unterstützen. In einer Infoveranstaltung Anfang Juli werden weitere Details geklärt. Über den Fortgang des Vorhabens berichten wir in einer der kommenden Ausgaben.

Mit Händen und Füßen zur Anamnese

Erstuntersuchungen für Flüchtlinge nicht immer einfach

Jeder Flüchtling, der nach Deutschland kommt, ist nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, sich einer Erstuntersuchung zu unterziehen. Die Erstuntersuchungen finden in Bremen in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST) statt. Wir haben mit den Ärztinnen Dr. Anne Regina Wiegemann und Dr. Geta Bieschke über ihre Arbeit gesprochen.

Wie hoch ist der Anteil der Flüchtlinge, die krank sind? Gibt es häufige Krankheitsbilder?

Dr. Anna Regina Wiegemann: Genaue Zahlen haben wir nicht, aber nur ein kleiner Teil ist wirklich gesund. Die meisten kommen mit unklaren Symptomen. Viele haben Gelenk- oder Rückenschmerzen, viele auch Kriegsverletzungen. Oder sie bringen durch ihre beschwerliche Reise allerlei Krankheiten wie Herpes oder Pilzinfektionen mit. Früher haben wir 60 bis 70 Prozent selbst behandelt, heute überweisen wir 60 Prozent an niedergelassene Kollegen.

Woraus besteht so eine Erstuntersuchung?

Dr. Geta Bieschke: Wir fragen zuerst nach Beschwerden, dann machen wir die Familien- und die Eigenanamnese sowie eine körperliche Untersuchung. Bei Bedarf machen wir auch noch eine technische Untersuchung, wir haben da aber nur begrenzte Möglichkeiten. Wenn etwas abklärungsbedürftig ist, entscheiden wir, ob es dringend ist. Falls ja, vereinbaren wir einen Termin bei einem niedergelassenen Kollegen. Falls nein, geben wir nur die Adresse eines Kollegen mit, und die Patienten können dann mit Hilfe der Heimleitung einen Termin vereinbaren. Wir achten darauf, dass die Ärzte möglichst in der Muttersprache mit den Patienten reden können und Fragen beantworten können.

Haben Sie genug Zeit für jeden Flüchtling?

Wiegemann: Da wir keine festen Termine vergeben, ist das von Tag zu Tag und Unterkunft zu Unterkunft ganz verschieden. In der Messehalle ist zurzeit viel los, und da kann es dann passieren, dass man morgens 40 Leute behandeln soll. In den Folgeunterkünften ist es ruhiger, gerade auch, weil viele dann schon zu niedergelassenen Kollegen gehen können. Manche kommen mit der ganzen Familie zur Untersuchung, da braucht man natürlich mehr Zeit – und auch bei Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen dauert es naturgemäß länger. Da stößt man dann schon an seine Grenzen.

Wie läuft es mit der Verständigung?

Wiegemann: Die Flüchtlinge kommen aus etwa 30 verschiedenen Ländern, da liegen die sprachlichen Probleme auf der Hand. Man hat

nicht jeden Tag einen Dolmetscher da, zumal wir ja auch gar nicht wissen, wer in die Sprechstunde kommt und welche Sprache benötigt wird. Manchmal kann man einen Patienten auf einen Tag verschieben, an dem ein Dolmetscher da ist. Wenn das nicht geht, muss man sich mit Händen und Füßen verständigen. Da leidet die Qualität der Anamnese. Manchmal verweisen wir auch an einen niedergelassenen Kollegen, der die Sprache spricht, aber es nicht immer leicht, jemanden zu finden.

Sind alle bereit, sich untersuchen zu lassen?

Bieschke: Grundsätzlich sind alle bereit, die Untersuchung zu machen, aber man merkt manchmal, dass die Menschen Zeit brauchen. Dann verneinen sie die Frage, dass sie Beschwerden haben, und wollen nur schnell die Pflichtuntersuchung hinter sich bringen. Zwei bis drei Tage später kommen sie dann wieder und fangen an, über ihre Beschwerden zu erzählen.

Wo wünschen Sie sich mehr Unterstützung?

Bieschke: Wir haben eine gute Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen, vor allem mit denen in der Nähe der Unterkünfte. Ich wünsche mir aber, dass das Personal an der Rezeption mehr sensibilisiert wird. Manchmal kann es sein, dass der Patient gar nicht bis zum Arzt durchkommt, weil die MFA sich nicht mit ihm verständigen können. Ich hatte da so einen Fall mit einem iranischen Flüchtling. Er hatte schon eine eigene Wohnung und kam in die Erstaufnahme, weil er in zwei Arztpraxen abgewiesen wurde. Er litt an einer nicht leicht zu erkennenen Gesichtslähmung, aber wenn er zu einem Arzt vorgelassen worden wäre, hätte man das erkennen können. Das finde ich traurig.

Haben Sie noch weitere Wünsche?

Wiegemann: Sorgen macht uns die fehlende psychologische und therapeutische Möglichkeit, da immer mehr Flüchtlinge mit traumatischen Erfahrungen in die Sprechstunde kommen und wir sie kaum weitervermitteln können. Grundsätzlich ist es oft schwierig, Patienten beim Arzt unterzubringen. Manche Flüchtlinge waren schon seit Jahren nicht mehr beim Arzt und brauchen eine schnelle Diagnose, weil sie vielleicht schon länger krank sind. Oder es kommen Schwangere im achten Monat, die während der Schwangerschaft noch nie beim Arzt waren. Sie brauchen sofort einen Termin und nicht wenn das Kind schon da ist. Da würde ich mir wünschen, dass Ärzte ein oder zweimal die Woche für solche Fälle eine offene Sprechstunde anbieten.



Das Team vom Gesundheitsamt (v. l.): Dr. Zahra Mohammadzadeh, Dr. Geta Bieschke, Dr. Anna Regina Wiegemann, Elvira Ruder, MFA