

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – was ist für die Hausarztpraxis wichtig?

Teil 2: Mit welchen Erkrankungen muss gerechnet werden?

Medical Care for Refugees – What is Important for Family Medicine?

Part 2: Which Diseases to Anticipate?

Günther Egidi¹, Sebastian Denzin², Heike Diederichs-Egidi¹, Moritz Eckert³, Marianne Difflipp-Eppele⁴, Jana Husemann⁵, Stefan Kreszis¹, Bernhard Piest⁶, Armin Papke⁷, Uwe Popert⁷

Zusammenfassung: Im Zusammenhang mit kriegerischen Auseinandersetzungen im Nahen und Mittleren Osten sind Hunderttausende Flüchtlinge nach Deutschland gekommen. In den Hausarztpraxen gibt es Unsicherheiten, welche medizinischen Angebote sinnvoll sind und wie sie vergütet werden. Dieser Artikel gibt Auskunft über sinnvolle medizinischen Untersuchungen und Behandlungen und erklärt, wo der Hausarzt* rasch Informationen finden kann. Der vorherige Artikel (Teil 1: Politische und juristische Rahmenbedingungen) vermittelte einen Überblick darüber, aus welchen Gegenden die Menschen geflohen sind, welchen Status sie innehaben und wie die medizinische Versorgung gesetzlich geregelt ist.

Schlüsselwörter: Flüchtling, Asyl, medizinische Versorgung, Infektionskrankheiten, Impfungen, Hausarztpraxis

Summary: In connection with wars around the Middle East hundreds of thousands of refugees are coming to Germany. There are uncertainties in family medicine which medical services are reasonable and how they are reimbursed. This article gives an overview of the most common origin countries of refugees, which formal state they have, how medical supply is organized, which medical tests and treatments are meaningful and where a family practitioner can quickly find information.

Keywords: refugee; medical care; infectious diseases; vaccinations; family medicine

¹ Hausarztpraxis in Bremen

² Hausarztpraxis in Heidenau

³ Arzt in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Osterode

⁴ Hausarztpraxis in Karlsruhe

⁵ Hausarztpraxis in Hamburg

⁶ Hausarztpraxis in Braunschweig

⁷ Hausarztpraxis in Kassel

* Wenn die männliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Frauen und Männer.

Peer reviewed article eingereicht: 04.04.2016, akzeptiert: 22.04.2016

DOI 10.3238/zfa.2016.0295-0300

Suchmethodik

Überwiegend liegt dieser Zusammenfassung eine unsystematische Literaturrecherche zugrunde. Es wurden gezielt Veröffentlichungen des Robert-Koch-Institutes (RKI), der WHO sowie die diversen gesetzlichen Vorgaben zum Thema Flüchtlinge im Internet gesucht. Eine erste systematische Evidenzrecherche wurde im Jahr 2007 von einer kanadischen Cochrane-Arbeitsgruppe durchgeführt [1]. Eine Suche im internationalen Leitliniennetz GIN führte ausschließlich diese Leitlinie an, eine Internetsuche mit den Suchbegriffen „medical guideline refugees“ führte im Wesentlichen zu weiteren US-amerikanischen und kanadischen Leitlinien sowie zu solchen des UN-Flüchtlings-Kommissariats UNHCR [2–5].

Zur Klärung der Begriffe Flüchtling, Asylbewerber, Asylsuchender, Kontingentflüchtling und illegaler Migrant wird auf den ersten Teil des Artikels zu politischen und juristischen Rahmenbedingungen verwiesen.

Ebenfalls im ersten Teil des Artikels wurde auf die Unterschiede bei der medizinischen Behandlung von Flüchtlingen in Erstaufnahmeeinrichtungen einerseits und in Übergangwohnheimen und anschließend in Privatwohnungen andererseits hingewiesen. Der größte Teil der infektionspräventiven Empfehlungen in diesem Artikel bezieht sich, wenn nicht anders hervorgehoben, auf das Vorgehen in Einrichtungen der Erstaufnahme.

5. Mit welchen Erkrankungen muss gerechnet werden – welche Screening- und präventiven Maßnahmen sind empfehlenswert?*

In einer kleinen Vergleichsuntersuchung [6] hatten Asylsuchende einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand und litten unter stärkeren Einschränkungen als in Deutschland geborene Menschen. Ihr Zugang zu gesundheitlichen und insbesondere zu hausärztlichen Leistungen war schlechter, sie suchten aber häufiger

Krankheit	Kumulierte Fälle 40.–53. KW 2015
Windpocken	684
Tuberkulose	380
Hepatitis B	261
Rotavirus-Gastroenteritis	257
Norovirus-Gastroenteritis	221
Influenza	168
Hepatitis A	105
Hepatitis C	85
Giardiasis	52
Shigellose	24
Campylobacter-Enteritis	19
Läuserückfallfieber	18
Salmonellose	16
Weitere Erkrankungen	< 10 gemeldete Fälle

Tabelle 1 Meldepflichtige und andere Infektionen unter Flüchtlingen [7]

Herkunft	Fälle 40.–53. KW 2015
Syrien	369
Afghanistan	202
Irak	90
Eritrea	47
Pakistan	42
Somalia	35
Albanien	33
Äthiopien	13
Iran	12
Georgien	11

Tabelle 2 Herkunftsländer der gemeldeten Infektionen [7]

Notdienste und Klinikambulanzen sowie psychotherapeutische Hilfen auf.

Versorgung von Flüchtlingen in Erstaufnahmeeinrichtungen

Alle Flüchtlinge sollen nach Empfehlungen des RKI in den Erstaufnahmeeinrichtungen nach Beschwerden, u.a. Schmerzen, Fieber, Husten, Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Bauchkrämpfe, Hautausschlag und Juckreiz gefragt werden, Frauen zusätzlich nach einer Schwangerschaft. Ggfs. soll ein Schwangerschaftstest angeboten werden [16].

Das Robert-Koch-Institut listete für Ende 2015 Fälle meldepflichtiger und

anderer Infektionen unter Flüchtlingen auf [7] (Tab.1).

Die meisten Fälle wurden bei Kleinkindern bis vier Jahre gemeldet (Median des Meldealters 13 Jahre). Eine Liste der Herkunftsländer der gemeldeten Infektionen findet sich in Tabelle 2.

Tuberkulose-Screening

Eine wesentliche Screeningmaßnahme bei der Erstuntersuchung von Flüchtlingen ist die auf **Tuberkulose**. Das RKI hält die in den o.a. gesetzlichen Vorschriften enthaltene Reihenuntersuchung auf TBC (Röntgen-Thorax bei allen über 15-Jährigen, sofern keine

** Die Fragestellungen 1–4 wurden in „Teil 1: Politische und juristische Rahmenbedingungen“ abgehandelt.

Schwangerschaft vorliegt, Quantiferon-Tests bei allen zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr und Intrakutantests nach Mendel Mantoux bei allen unter 6-Jährigen) für gerechtfertigt [8, 9].

Nach einer kanadischen Arbeit [10] liegt die TBC-Rate 20–500-mal so hoch wie in der Normalbevölkerung. Zu einer Manifestation komme es nur bei 5–10 % der latenten Fälle. Das höchste Manifestationsrisiko existiere im ersten Jahr nach Exposition, nach 5–10 Jahren näherte sich das Risiko dem der Durchschnittsbevölkerung an. Wesentliche Prädiktoren für eine manifeste TBC bei Flüchtlingen sind:

- Ursprungsland
- Co-Morbidität chronischer Krankheiten
- Zeit seit der Ankunft.

Die WHO zählt zu den Hochprävalenz-Ländern für Tuberkulose die Demokratische Republik Kongo, Äthiopien, Kenia, Mozambique, Nigeria, Südafrika, Uganda, Tansania, Zimbabwe, Brasilien, Afghanistan, Pakistan, Russland, Bangladesch, Indien, Indonesien, Myanmar, Thailand, Kambodscha, China, Philippinen und Vietnam. Die unter Flüchtlingen beobachteten Prävalenzen fallen deutlich höher aus, als die entsprechenden Zahlen der Herkunftsländer. Dies erklärt sich sicherlich zum einen durch die Fluchtbedingungen, zum anderen möglicherweise durch eine bessere Diagnostik in Deutschland. Bei den aus dem Balkan kommenden Menschen ist zu berücksichtigen, dass häufig Personen der unterprivilegierten Roma-Minderheit angehören. Diese Beobachtung bestätigen eine Untersuchung im Trierer Raum

[11] wie auch eine britische Untersuchung [12]. Wichtig erscheint die Information für alle, die mit der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen zu tun haben: Das Risiko, sich selbst mit TBC zu infizieren, ist extrem gering. Eine Infektion setzt eine körperliche Nähe über mehrere Stunden in einem geschlossenen Raum voraus. Tuberkulose-Prävalenzen in den Herkunftsländern und unter Flüchtlingen kann man den Tabellen 3 und 4 entnehmen. Die kleinen Zahlen aus Trier (Tab. 3) verlangen natürlich eine vorsichtige Interpretation.

Impfungen

Nach den Empfehlungen der STIKO sollten Flüchtlinge, wie alle übrigen Einwohner, dann **Impfungen** erhalten, wenn sie nicht dokumentiert sind [13]. In der Erstaufnahmeeinrichtung kann nach STIKO aus pragmatischen Gründen einer als glaubwürdig eingeschätzten mündlichen Äußerung über ausreichende Impfungen Glauben geschenkt werden. Zusätzlich wird für alle in Gemeinschaftseinrichtungen untergebrachten Menschen die Impfung gegen Influenza empfohlen. Nach Verlassen der Erstaufnahmeeinrichtungen soll eine Grundimmunisierung, wenn noch nicht dort begonnen, aufgenommen bzw. vervollständigt werden.

In den Herkunftsländern existieren nach Angaben der WHO vom 22.08.2015 [14] folgende nationale Impfempfehlungen (vereinfachte Darstellung):

- Syrien und Irak: BCG nach der Geburt, DTaPHIPV 4x, MMR 2x

- Afghanistan BCG nach der Geburt, DTPHib 3x, IPV 1x, OPV 5x, Masern 2x

Seit fünf Jahren tobt in Syrien der Krieg. Einige Regionen von Irak und Afghanistan stehen nicht mehr unter Kontrolle der Regierungen. Darum kann nicht mehr sicher davon ausgegangen werden, dass die Impfempfehlungen umgesetzt werden. Hinsichtlich der Beschaffung des Impfstoffes variieren die Vorschriften innerhalb Deutschlands erheblich, sodass auf die regionalen kassenärztlichen Vereinigungen verwiesen werden muss. Ebenso sind Durchführung und Kostenübernahme für den Impfstoff unterschiedlich geregelt, die Kostenübernahme für die Impfung selbst ist nach § 4 Asyl-Gesetz geregelt.

Screening auf weitere Infektionskrankheiten

Nach Auffassung des RKI ist ein Screening auf Polio nicht sinnvoll [15]. Bei der Erstuntersuchung soll nach den Empfehlungen des RKI [16] bei allen Flüchtlingen die gesamte Haut auf Skabies untersucht werden – nicht immer einfach bei dunkler Haut. Nachdem schon einige Flüchtlingsunterkünfte wegen massenhaften Befalls mit Skabies geschlossen werden mussten, verfügte das Bundesministerium für Gesundheit 2015, dass in einem solchen Fall das eigentlich in Deutschland nicht zugelassene Ivermectin eingesetzt werden darf [17]. Dies ist über Apotheken zu bestellen und bietet den Vorteil einer unkomplizierten Einmalgabe als Tabletten [18].

Herkunfts-land	Zahl der Flüchtlinge 2014	Anzahl melde-pflichtiger TBC-Fälle 2014	Tuberkulose-Aufnahme-Prävalenz 2014 (pro 100.000 Untersuchte)	Tuberkulose-Prävalenz in den Herkunftsländern gemäß WHO-Report 2014 (pro 100.000 Einwohner)
Syrien	2.835	6	212	24 (KI: 11– 42)
Kosovo	1.130	4	354	Keine Angaben
Serbien	1.057	6	568	28 (KI: 14– 46)
Eritrea	898	9	1.002	153 (KI: 78–252)
Albanien	660	1	152	27 (KI: 12– 47)
Somalia	540	11	2.037	548 (KI: 280–904)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 3 Tuberkulose-Prävalenz in Herkunftsländern und unter Asylbewerbern in Trier nach [11]

Angst vor Abschiebung

Einen nicht unwesentlichen Aspekt der Behandlung von Asylbewerbern stellt manchmal deren Begehren nach Feststellung von Abschiebehindernissen dar. Da dieser Beratungsanlass selten von den Patienten vordergründig offenbart wird, aber wesentlichen Einfluss auf den Leidensdruck und möglicherweise auf Diagnostik und Therapie hat, kann die gezielte Frage nach der Angst vor Abschiebung zu einem besseren Verstehen des Beschwerdebildes beitragen. Wie bei allen sonstigen Attestierungen sollte auf konkrete Fragestellungen von Rechtsanwälten, Ausländerbehörde oder Öffentlichem Gesundheitsdienst geachtet werden. Ein aktueller Gesetzesentwurf der Bundesregierung sieht eine „Präzisierung der Rahmenbedingungen für die Erstellung ärztlicher Atteste im Zusammenhang mit Abschiebungen“ vor [19].

Kritische Stimmen

In einem „Kölner Statement zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen“ [20] forderten die unterschreibenden Fachgesellschaften für Public Health, Infektiologie, Tropenmedizin und Hygiene sowie einzelne Sozialmediziner und Pädiater wie die o.a. Stellungnahme der Akademien einheitliche Standards für die Eingangsuntersuchung in Gemeinschafts-Einrichtungen. Sie kritisieren, eine orientierende „Inaugenscheinnahme sei eine Vergeudung wertvoller Ressourcen, die an anderer Stelle in der Versorgung der Flüchtlinge dringend benötigt“ werde. Nach dem aktuellen Stand des Wissens gehe von Flüchtlingen nicht per se ein erhöhtes Infektionsrisiko für die Allgemeinbevölkerung aus. Auch für Personen, die mit der Versorgung von Flüchtlingen (Erstaufnahme,

Erfassung etc.) befasst sind, bestehe kein erhöhtes Infektionsrisiko. Infektionsrisiken für Bewohner von Gemeinschaftseinrichtungen seien durch geeignete Hygiene- und Unterbringungsmaßnahmen zu minimieren. Hierzu gebe es internationale Standards des UNHCR.

Die Weiterleitung von Untersuchungsergebnissen bzw. Diagnosen an Verwaltungen, wie es im Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vorgesehen und in vielen Kommunen bereits gängige Praxis für die Ausgabe von Behandlungsscheinen ist, sei mit der ärztlichen Schweigepflicht und dem Schutz von Gesundheitsdaten nicht vereinbar.

Vergleich der RKI-Empfehlungen mit Empfehlungen internationaler Leitlinien [3, 21–23]

Die o.a. kanadische, bislang einzige evidenzbasierte Leitlinie zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen [3], empfiehlt detailliert zu den verschiedenen Bereichen.

Infektionskrankheiten

Hinsichtlich der Schutzimpfungen ähneln die kanadischen Empfehlungen denen des RKI. Zusätzlich wird empfohlen, alle über 13-Jährigen auf Varizellen-antikörper zu testen.

Es wird ein Screening auf **Hepatitis B** bei allen Personen aus Ländern mit mittlerer bis hoher Prävalenz empfohlen, also aus Afrika, Asien und Osteuropa (Anmerkung der Autoren: Ein solches Screening könnte insofern sinnvoll sein, als es Umgebungsimpfungen zur Folge haben könnte).

Als **TBC**-Screening wird ein abgestuftes Vorgehen empfohlen: zunächst

nur ein Intrakutantest, Röntgen-Thorax und Behandlung nur im Fall eines positiven Hautbefundes. Speziell syrische Flüchtlinge sollten wegen der niedrigen Prävalenz in Syrien nicht routinemäßig auf TBC getestet werden. In Deutschland erlauben die o.a. gesetzlichen Bestimmungen ein solches Vorgehen nicht.

HIV-Screening aller Erwachsenen (sofern einverstanden), die aus Ländern mit einer Prävalenz von >1 % kommen, also aus Subsahara-Afrika, Teilen der Karibik und Thailand.

Hepatitis-C-Screening bei allen Immigranten aus Ländern mit einer Antikörper-Prävalenz > 3 %. Das sind Rumänien, Libyen, Ägypten, Tschad, Sudan, Zentralafrikanische Republik, Republik Kongo, Kamerun, Gabun, Elfenbeinküste, Burkina Faso, Guinea, Tansania, Burundi, Zimbabwe, Madagaskar, Bolivien, China, Mongolei, Vietnam, Laos, Thailand, Myanmar, Malaysia, Philippinen (Anmerkung der Autoren: Ein solches Screening könnte insofern Probleme mit sich bringen, als es zur kaum zu beantwortenden Frage führen könnte, wer von den dann positiv Gescreeenten antiviral behandelt werden sollte. Da die entsprechende Behandlung sehr teuer ist und vorrangig Patienten mit fibrotischem Umbau der Leber zur Verfügung gestellt werden sollte, könnte ein pragmatisches Vorgehen darin bestehen, zweischrittig zu screenen: erst Bestimmung der GPT und nur bei deutlicher Erhöhung auch auf Hepatitis C).

Fadenwürmer: Alle neu aus Südostasien und Afrika geflüchteten Personen sollten serologisch auf **Strongyloides** gescreent und bei positivem Befund mit Ivermectin behandelt werden.

Serologisches **Schistosomiasis**-Screening bei Personen aus Afrika, im

Heimatland	Anzahl der Flüchtlinge vom 01.01.2010 bis 31.07.2015	Anzahl meldepflichtiger TB-Fälle	Prävalenz bei Aufnahme (pro 100.000 Untersuchte)	Prävalenz im Heimatland nach WHO 2013 (pro 100.000 Einwohner)
Somalia	425	15	2737	548 (KI: 280–904)
Eritrea	361	2	554	153 (KI: 78–252)
Äthiopien	163	4	2453	211 (KI: 170–257)
Afghanistan	860	4	465	340 (KI: 178–554)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 4 Tuberkulose-Prävalenz in Herkunftsländern und unter Flüchtlingen in Großbritannien nach [12]

positiven Fall Behandlung mit Praxiquantel. Ein Screening auf Malaria wird nicht empfohlen.

Psychische Erkrankungen

Ein Screening auf Depression beispielsweise mit dem PHQ-9 wird empfohlen (nach Auffassung der Autoren sollte statt des PHQ-9 der 2-Fragen-Test zur Depression [24, 25] bevorzugt werden. Das ist bei der großen Menge geflüchteter Menschen in Deutschland eher umsetzbar. Das Setting einer Arztpraxis stellt sicher einen geeigneteren Rahmen für ein Depressions-Screening dar, als das Behandlungszimmer in einer Erstaufnahmeeinrichtung). Ein niedrigschwelliger Zugang zu psychischen Hilfen ist von großer Wichtigkeit, kann aber bei der großen Menge auch psychisch traumatisierter geflüchteter Personen kaum im erforderlichen Umfang realisiert werden. Von einer systematischen Befragung auf posttraumatische Störung wird im Sinn der Vermeidung einer Retraumatisierung ebenso abgeraten wie von einem Routine-Screening von Kindern und Partnern auf Gewalterfahrungen. Bei Flüchtlingen aus Syrien, aber auch aus Irak und Afghanistan ist zu erwarten, dass sie durch die Kriegshandlungen und die Bedingungen der Flucht psychisch, nicht selten auch körperlich, traumatisiert sein könnten. In diesem Zusammenhang wird in der kanadischen Leitlinie dringlich die Zusammenführung der Familien empfohlen (was dem am 25.02.2016 im Deutschen Bundestag verabschiedeten zweiten Asylpaket diametral zuwiderläuft).

Chronische und nicht-infektiöse Erkrankungen

Eine **Blutzucker**messung wird bei Angehörigen ethnischer Gruppen mit hohem Risiko empfohlen (Südasien, Lateinamerika und Afrika), eine **Hämoglobin**messung bei Frauen im reproduktiven Alter. Alle Flüchtlinge sollten nach **Zahnschmerzen** befragt werden und einen **Sehtest** erhalten. Der Zahnstatus gerade der Kinder ist in der Regel mangelhaft.

Nach eigener Erfahrung der Autoren sind zusätzlich zu den in der kanadischen Leitlinie erwähnten folgende Krankheitsbilder wichtig:

- Folgen von Kriegsverletzungen

- Suchtkrankheiten, hervorzuheben sind Abhängigkeit von Opiaten, Benzodiazepinen und Alkohol
- seltene und schwerwiegende Erkrankungen, dazu zählen insbesondere schwere Krebserkrankungen und seltene Stoffwechselstörungen.

6. Wo findet der Hausarzt fachliche Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen?

Auf der Seite des RKI finden sich:

- Empfehlungen zur Erstaufnahmeuntersuchung [9],
- ein Bogen zur Dokumentation dieser Untersuchung [25] sowie
- ein Bogen zur provisorischen Dokumentation von Impfungen [27].
- Eine Übersicht für medizinisches Personal über ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können, gibt das Robert-Koch-Institut im Epidemiologischen Bulletin [28].
- Häufige Fragen zur Gesundheit von Flüchtlingen beantwortet das RKI unter [29].
- Informationen zum Umgang mit Ausbrüchen in Flüchtlingseinrichtungen finden sich unter [30]. Etliche Landesärztekammern bemühen sich um einen erleichterten Zugang zu verlässlichen Informationen [31].

Häufig gestaltet sich die sprachliche Verständigung schwierig, professionelle Sprachmittler sind meist die Ausnahme. Neben Internet-Übersetzungsdiensten [32], Anamnese- und Therapieplänen [33] sowie Impfaufklärungen in verschiedenen Sprachen [34] gibt es in Hamburg die Möglichkeit, Übersetzer mittels Skype-Schaltung hinzuziehen [35]. Einige Praxen behelfen sich damit, gut deutsch sprechende Migranten zu fragen, ob sie bereit wären, zum Übersetzen hinzuzukommen – und die Kontaktdaten in Listen zu sammeln.

Empfehlungen der evidenzbasierten kanadischen Leitlinie

Die kanadische Leitlinie zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen fasst Empfehlungen zu einer angemessenen ärztlichen Grundhaltung zusammen (wir haben diesen Empfehlungen nichts hinzuzufügen):

- Empathie, Zuversicht und Engagement sind Schlüsselemente für den seelischen Heilungsprozess von Flüchtlingen mit psychischen Erkrankungen.
- Emotionale und soziale Unterstützung können die Schwere der Symptome von posttraumatischer Störung und Depression mildern, auch wenn einige Patienten mit schweren Symptomen psychotherapeutischer Hilfe bedürfen.
- Zugang zu einer sicheren Wohnsituation, zu Beschäftigung und Einkommen, Zusammenführung der Familien und insbesondere von Eltern und Kindern während und nach dem Integrationsprozess haben eine starke Bedeutung für die Gesundheit.

Im Unterschied zur Situation in Kanada [10] (die neu gewählte kanadische Regierung entschied, 25.000 Flüchtlinge ins Land zu holen) ist der Prozess in Deutschland durch einen weitgehend ungeordneten Zuzug vorwiegend jüngerer, männlicher Flüchtlinge gekennzeichnet. Auch wegen der ungleich höheren Zahl von Flüchtlingen, die nach Deutschland gekommen sind, ist eine 1:1-Übertragbarkeit der kanadischen Empfehlungen auf Deutschland rein organisatorisch nicht immer möglich. Die politische Diskussion zum Umgang mit ihnen ändert sich aktuell täglich. So bleibt es völlig unklar, ob die nach Deutschland Geflüchteten eine dauerhafte Bleibeperspektive entwickeln können – wovon abhängen wird, ob sie sich in die deutsche Gesellschaft integrieren können und wollen. Wird es ihnen gelingen, bei längerem Aufenthalt in Deutschland kulturelle Unterschiede in ihre Persönlichkeit zu integrieren, ohne gesundheitlichen Schaden zu nehmen? Werden sie den Übergang von einer patriarchalischen Kultur in eine liberale Welt verarbeiten, den Umgang mit Suchtstoffen wie Alkohol lernen können? Hausärzte sind gefordert, die Entwicklung der Menschen an solchen kritischen Punkten mit Aufmerksamkeit zu begleiten. Die Autoren haben selbst die Erfahrung gemacht, dass ein Teil der Geflüchteten unrealistisch hohe Erwartungen an die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens hat – nicht selten suchen sie mit Bagatellen die Notaufnahmen der Kliniken auf. Zudem fühlen sich einige Flüchtlinge durch die unterschiedliche Herangehensweise der Ärzte in Deutschland verglichen mit ihrem Herkunftsland nicht ausreichend behandelt, beispiels-

weise wenn bei Infekten der Atemwege nicht gleich ein Antibiotikum gegeben wird. Überwiegend erleben wir aber eine sehr große Dankbarkeit für die Aufnahme in Deutschland und die medizinische Versorgung.

Schlussfolgerungen

Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen ist in den verschiedenen Regionen Deutschlands sehr unterschiedlich geregelt. Nach der Registrierung in zentralen

Aufnahmestellen und einem Screening auf infektiöse Hautkrankheiten sowie auf Tuberkulose ist regelhaft für die versorgenden Hausarztpraxen eine Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung möglich. Die weltweit erste evidenzbasierte Leitlinie aus Kanada und die Empfehlungen des deutschen Robert-Koch-Instituts decken sich zum Teil. Insbesondere hinsichtlich von Screening auf Infektionskrankheiten und psychischen Traumata sind eine besondere hausärztliche Aufmerksamkeit und zugleich ein Gespür für die Angemessenheit gefordert.

Es ergibt sich hier Raum für umfangreiche Forschung zum Thema.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 41
28259 Bremen
Tel.: 0421 5797675
guenther.egidi@posteo.de

Literatur

- Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 2011; 183: E824–E925. www.cmaj.ca/content/183/12/E824.long (letzter Zugriff am 10.05.2016)
- www.g-i-n.net, Suche durchgeführt am 2.2.2016
- www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/refugee-guidelines.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
- www.aafp.org/afp/1998/0301/p1061.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
- www.unhcr.org/pages/49c3646cdd.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
- Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K. Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: a population based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open* 2015; 5: e008784
- Robert-Koch-Institut zu Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden. <http://tinyurl.com/zghvwt6> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- Stellungnahme des Robert Koch-Instituts zur Thorax-Röntgenuntersuchungen bei Asylsuchenden gemäß § 36 Absatz 4 IfSG. <http://tinyurl.com/o6jgbsy> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- Stellungnahme des Robert Koch-Instituts zur Untersuchung auf Tuberkulose bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen < 15 Jahre. www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Tuberkulose-Screening_Kinder.html (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- Pottie K, Greenaway C, Hassan G, Hui C, Kirmayer L. Caring for a newly arrived Syrian refugee family. *CMAJ* 2016;188: 207–211. www.cmaj.ca/content/188/3/207.long (letzter Zugriff am 10.05.2016)
- Michels H, Bartz C Tuberkulose-Screening im Rahmen der infektionshygienischen Untersuchung Asylbegehrender in Rheinland-Pfalz, Trier Epidemiologisches Bulletin 2015. <http://tinyurl.com/hrp47gl> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- Kruijshaar ME, Abubakar I, Stagg HR, Pedrazzoli D, Lipman M. Migration and tuberculosis in the UK: targeting screening for latent infection to those at greatest risk of disease. *Thorax* 2013; 68: 1172–1174
- Epidemiologisches Bulletin zu Impfungen von Asylsuchenden. <http://tinyurl.com/ohjz9qo> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- WHO zu nationalen Impfempfehlungen weltweit. http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary (letzter Zugriff am 01.02.2016)
- Robert-Koch-Institut zu Polio-Screening bei Asylsuchenden. <http://tinyurl.com/hhot5ur> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- Robert-Koch-Untersuchung zur Erstaufnahme-Untersuchung bei Asylsuchenden. <http://tinyurl.com/hzxvvo4> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- www.gesetze-im-internet.de/amvv/BjNR363210005.html (letzter Zugriff am 04.05.2016)
- www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2015/09/04/Importgenehmigung-fur-Skabies-Arznei (letzter Zugriff am 17.02.2016)
- Gesetzentwurf zur Einführung beschleunigter Asylverfahren. <http://tinyurl.com/jytzmp3> (letzter Zugriff am 17.02.2016)
- Kölner Statement zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen. <http://tinyurl.com/z8zuzwp> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/refugee-guidelines.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
- www.aafp.org/afp/1998/0301/p1061.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
- www.unhcr.org/pages/49c3646cdd.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146, 317–325
- Musterdokumentationsbogen zur ärztlichen Erstuntersuchung von Flüchtlingen. <http://tinyurl.com/zta9ft7> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- www.multiculturalmentalhealth.ca/clinical-tools/assessment/screening-for-common-mental-disorders/phq-in-different-languages/ (letzter Zugriff am 04.05.2016)
- Muster für Ersatzformular zur Dokumentation von Impfungen. <http://tinyurl.com/zot5qxf> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- Robert-Koch-Institut. Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können (Stand 14. September 2015). *Epidemiologisches Bulletin* 38/2015. <http://tinyurl.com/z7zkmjd> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
- www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Asylsuchende/Asylsuchende_und_Gesundheit.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
- Management von Ausbrüchen in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende. Hinweise des Robert Koch-Instituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die Ärzteschaft, <http://tinyurl.com/j7hfjua> (letzter Zugriff am 18.02.2016)
- www.slaek.de/de/01/03Empfehlungen/08Asylbewerber.php (letzter Zugriff am 17.02.2016)
- z.B. <https://translate.google.de> (letzter Zugriff am 19.02.2016)
- www.aerzteammer-bw.de/news/2015/2015-09/tipdoc/ (letzter Zugriff am 18.02.2016)
- www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html (letzter Zugriff am 18.02.2016)
- www.aerzteblatt.de/treffer?mode=p&wo=272&typ=16&aid=173470&titel=Fl%FCchtlinge (letzter Zugriff am 18.02.2016)