



Menschenrechte und gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in NRW:

Eine gute gesundheitliche Versorgung für Flüchtlinge muss langfristig in NRW implementiert werden. Dabei müssen insbesondere die Aufnahmebedingungen und die medizinische Versorgung unter menschenwürdigen Bedingungen erfolgen. Es muss dafür gesorgt werden, dass die restriktive Versorgung für Flüchtlinge abgeschafft wird und die Menschen gleichberechtigt an der Gesundheitsversorgung teilnehmen können. Dadurch könnten gesundheitliche Folgeschäden und teure Zusatzkosten vermieden werden.¹

Die Bundesrepublik Deutschland und das Land Nordrhein-Westfalen sollten sich dabei, stärker als bisher, an den geltenden internationalen Abkommen, wie der UN-Behindertenrechtskonvention und der UN-Kinderrechtskonvention, orientieren. Insbesondere den Bedarfen und Bedürfnissen von vulnerablen Personen und Gruppen müssen Rechnung getragen werden. Zu diesem Personenkreis zählen Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung, oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

Gesundheitsversorgung

Die Versorgung von akuten und chronischen Erkrankungen sollte schnell und unbürokratisch erfolgen. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in bisher sechs Kommunen ist dabei ein erster wichtiger Schritt. NRW-weit sollte die Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge ausgeweitet werden. Insbesondere chronisch Kranke könnten davon profitieren. Leistungen sollten nicht vorenthalten werden. Das spart nicht nur Kosten², sondern trägt zu einer menschenwürdigen Versorgung bei.

Die Gesundheitsversorgung sollte in koordinierter Form in den Einrichtungen oder in niedergelassenen Hausarztpraxen stattfinden. Insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen muss der Zugang zur medizinischen Versorgung sichergestellt sein. Dafür ist eine gute Kommunikation und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen notwendig. Eine Gesundheitsakte, in der Flüchtlinge alle relevanten Gesundheitsinformationen aufbewahren, könnte die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen erleichtern.

Menschen, die aus ihren Herkunftsländern geflüchtet sind, sind oft nicht mit dem hiesigen Gesundheitssystem vertraut. Eine stärkere Aufklärung über das Gesundheitssystem ist notwendig. Dafür sollten Konzepte systematisch aufbereitet, evaluiert und zugänglich gemacht und neue Konzepte entwickelt werden. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen können diesen Schritt vor Ort wirksam begleiten und unterstützen.

¹ Schneider, C.; Joos, S. & Borzorgmehr, K. (2015): 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.

² Borzorgmehr, K. & Razum, O. (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS ONE* 10(7): e0131483.

Behandlung psychischer Erkrankungen

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sind eines der größten Gesundheitsprobleme bei Flüchtlingen. In Deutschland liegt die Punktprävalenz Schätzungen zu Folge bei rund 40 Prozent³.

Psychotherapie ist bei PTBS eine notwendige Behandlungsmethode. Medikamente alleine reichen nicht aus. Einen schnellen Zugang zu einer kultursensiblen Therapie erhalten bisher scheinbar nur wenige. Hier ist eine gezielte Evaluation bestehender Angebotsstrukturen in NRW notwendig. Das von der Landesgesundheitskonferenz vorgeschlagene Drei-Stufen-Modell wird unterstützt. Ob ein Flüchtling eine Psychotherapie benötigt, muss allerdings von unabhängigen und qualifizierten Gutachtern geprüft werden. Bisher fallen solche Entscheidungen viel zu häufig Sachbearbeiter in den Sozialbehörden oder fachfremde Gutachter. Falls eine Psychotherapie indiziert ist, muss außerdem der Einsatz von Dolmetschern gewährleistet und finanziert werden. Unterstützung dabei kann zum Beispiel eine Koordinierungsstelle für psychotherapeutische Behandlungen leisten, die landesweit Dolmetscher vermittelt. Zusätzlich sollten die in NRW ansässigen psychosozialen Zentren gestärkt werden. Auch kommunale Pflege- und Gesundheitskonferenzen können einen wichtigen Beitrag zur Ausgestaltung der Versorgung vor Ort leisten.

Hilfsmittel/ Medikamente

Die Versorgung mit Hilfsmitteln und Medikamenten muss durch ÄrztInnen entschieden und veranlasst werden. Dabei müssen die PatientInnen ausreichend informiert, unterstützt und begleitet werden. Es geschieht immer wieder, dass bestehende Gesundheitsleistungsansprüche durch die Sozialbehörde verweigert oder massiv verzögert werden, wodurch langfristig gesundheitliche Einschränkungen entstehen können.

Sensibilisierung des medizinischen Fachpersonals und der Bevölkerung

Die Ärzteschaft und das Pflegepersonal in Deutschland sind zwar eine gut ausgebildete und überdurchschnittlich internationale Berufsgruppe mit zum Teil mehrsprachigen, aber nicht notwendigerweise spezifisch interkulturellen Kenntnissen. Es ist eine stärkere Sensibilisierung für die Bedarfe und Bedürfnisse der neu ankommenden Menschen erforderlich. Der kulturell geprägte Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Tod muss akzeptiert und bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden.

Für AsylbewerberInnen ohne ausreichende Deutsch- und Englischkenntnisse ist die Kommunikation mit ÄrztInnen und dem Pflegepersonal erschwert. Gut ausgebildete DolmetscherInnen können in Behandlungssituationen unterstützen. Durch eine gute Koordination bzw. eine Koordinierungsstelle auf Landesebene sollte eine schnelle Erreichbarkeit und flexibler Einsatz, insbesondere in strukturschwache Regionen, gewährleistet werden.

Aufklärung der Öffentlichkeit

Es ist wichtig Vorurteile und Ängste über den Gesundheitszustand von Flüchtlingen in der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen abzubauen. Frühzeitige Aufklärung ist nötig. Hier kann gezielte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der AkteurInnen der LGK und die Aufbereitung wissenschaftlicher Literatur in laienverständlicher Sprache als Strategie eingesetzt werden.

³ Gäbel, U.; Ruf, M.; Schauer, M.; Odenwald, M. & Neuner, F. (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörungen und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, pp. 12-20.