

Ärzte mit Grenzen

Eine Würzburger Klinik betreibt in einer ehemaligen Kaserne der Wehrmacht eine Krankenstation für Flüchtlinge

Ein Tropenarzt aus Würzburg leistet Pionierarbeit in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen. Doch mit seinem Engagement stösst der Mediziner an Grenzen.

RICARDO TARLI, WÜRZBURG

Der Reichsadler, der über dem Eingangstor thront, erinnert an die Zeit, als Deutschland Krieg und Zerstückung über die Welt brachte. Heute leben in der ehemaligen Wehrmachtskaserne rund 500 Personen, die in Deutschland Schutz und Zuflucht gefunden haben. Die Gemeinschaftsunterkunft Würzburg zählt damit zu den grössten Flüchtlingsunterkünften in Bayern. Menschen verschiedener Nationalitäten haben auf dem weitläufigen Gelände der früheren «Adolf-Hitler-Kaserne» im Westen Würzburgs ein Zuhause auf Zeit gefunden. Viele stammen aus Syrien, dem Irak, Afghanistan, dem Kaukasus und dem Westbalkan.

«In Deutschland einzigartig»

Die Würzburger Flüchtlingsunterkunft in Unterfranken weist – nebst den wenigen sichtbaren Machtsymbolen des «Dritten Reichs» – eine weitere Besonderheit auf: Im ersten Stock eines Nebengebäudes befindet sich eine voll ausgestattete Krankenstation. Diese ist ähnlich eingerichtet wie eine Hausarztpraxis und besteht aus einem geräumigen Sprechzimmer sowie einem gynäkologischen Untersuchungszimmer. «Diese Krankenstation ist in dieser Art deutschlandweit einzigartig», sagt August Stich, Chefarzt und Professor an der Missionsärztlichen Klinik Würzburg. Der Leiter der tropenmedizinischen Abteilung hat seit 2008 zusammen mit seinem Team die Arztpraxis in der Flüchtlingsunterkunft aufgebaut.

Zwar seien vorübergehend auch andersortete ähnliche medizinische Einrichtungen für Flüchtlinge entstanden, etwa im nahe gelegenen Schweinfurt. Doch nur in Würzburg sei die medizinische Betreuung zentral über eine Klinik koordiniert, erklärt Stich. Das wirke sich positiv auf die medizinische Versorgung der Flüchtlinge aus. Tagestüber ist immer eine Krankenschwester anwesend, die im Notfall die medizinische Erstversorgung übernimmt. 70 bis 80 Patienten suchen täglich die Flüchtlingspraxis auf. Die Ärzte und das Pflegepersonal werden dabei mit Krankheitsbildern konfrontiert, die in Deutschland selten ge-



Pflegekräfte und Fachärzte versorgen die rund 500 Flüchtlinge, die in der ehemaligen Wehrmachtskaserne leben.

RICARDO TARLI

worden sind. Viele Flüchtlinge stammen aus Ländern, in denen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose weit verbreitet sind (siehe Zusatz). Eine weitere Krankheit, an der Flüchtlinge häufig leiden, ist die Krätze. Auch Durchfallerkrankungen und Unterkühlungen müssten oft behandelt werden. «Die Arbeit geht mir manchmal schon sehr nahe, vor allem dann, wenn Kinder krank sind», sagt die 37-jährige leitende Krankenschwester Christine Wegener.

Laut Stich leiden mehr als zwei Drittel der Patienten an mittelschweren bis schweren psychischen Störungen. Die meisten klagen über chronische Schmerzsyndrome, Schlaflosigkeit und Unruhe – alles Symptome, die auf eine posttraumatische Belastungsstörung hindeuten. Die Unterbringung der Flüchtlinge in einer ehemaligen Kaserne sieht Stich deshalb kritisch: Die Symptome würden durch den Aufenthalt in engen Mehrbettzimmern auf einem Kasernenkomplex verstärkt und könnten chronisch werden.

«Wir wollen den Flüchtlingen einen möglichst einfachen Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen», sagt Stich in fränkischem Dialekt. Das Asyl-

bewerberleistungsgesetz beschränke die medizinische Versorgung auf die Behandlung «akuter Erkrankungen und Schmerzzustände», ohne die Erkrankungen oder die Symptome zu präzisieren. «Für viele Flüchtlinge ist die gesetzlich vorgeschriebene Beschränkung der medizinischen Versorgung unzumutbar. Wir leisten schnelle und unbürokratische Hilfe.»

2500 Flüchtlinge betreut

Die ärztlichen Sprechstunden finden täglich zu festen Zeiten statt und dauern etwa drei Stunden. Sie werden in Rotation von einem Team von Medizinerinnen unterschiedlicher Fachdisziplinen wie Allgemeinmedizin, Tropenmedizin oder Kinderheilkunde abgehalten. 15 Ärzte, die auf Honorarbasis und nach Schichtplan eingeteilt in der Krankenstation Dienst haben, stellen die medizinische Versorgung der Flüchtlinge sicher. Unterstützt werden die Mediziner von 9 Pflegekräften. Auch eine kleine Gruppe von Psycho- und Trauma-Therapeuten arbeitet ehrenamtlich mit.

Insgesamt betreuen Stich und sein Team rund 2500 Flüchtlinge, die auf

mehrere Not- und Gemeinschaftsunterkünfte in Würzburg und Schweinfurt verteilt leben. Die Grundkosten für den Betrieb der Krankenstation werden vom Freistaat Bayern getragen. Wie hoch die vertraglich vereinbarten jährlichen Ausgaben für Pflegepersonal, ärztliche Sprechstunden und Verbrauchsmaterial sind, möchten die Vertragsparteien nicht bekanntgeben. «Unsere Personalkosten werden vom Freistaat Bayern bei weitem nicht abgedeckt», beklagt Stich. Damit die Flüchtlinge trotzdem die notwendige medizinische Versorgung erhielten, sei man auf Spenden und das Engagement von Ehrenamtlichen angewiesen. Stich wünscht sich deshalb mehr Unterstützung von den Behörden: «Unsere Klinik hat Aufgaben übernommen, die eigentlich in die Zuständigkeit behördlicher Versorgungsstrukturen fallen müssten. Wir brauchen deutlich mehr Personal, um die Menschen ausreichend medizinisch versorgen zu können.»

Der Pressesprecher der Regierung Unterfranken stellt in Abrede, dass die Regionalbehörden das Engagement der Missionsärztlichen Klinik zugunsten der Flüchtlinge nur halbherzig unterstützen würden: Man unterstütze deren Engagement im Rahmen der eigenen Möglichkeiten. Im vergangenen Jahr sei aufgrund der gestiegenen Flüchtlingszahlen eine Stundenerhöhung sowohl bei den Arztstunden als auch beim medizinischen Fachpersonal vereinbart worden.

Zu Beginn gab es Bedenken, dass ein derartiges Versorgungsmodell die Kosten der medizinischen Betreuung von Flüchtlingen in die Höhe treiben könnte. Diese Befürchtungen hätten sich aber nicht bestätigt, sagt Stich. «Krankheiten können so nämlich früher erkannt und therapiert werden. Das spart auf lange Sicht Kosten.» Zudem sei die Zahl der Notarzt-Einsätze und Alarmie-

rungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Unterkunft am Wochenende massiv zurückgegangen.

Taugt das in Fachkreisen als «Würzburger Modell» bekannt gewordene medizinische Versorgungssystem für Flüchtlinge auch als Vorbild für Kommunen und Bundesländer? Im Prinzip ja, sagt Stich, jedoch nicht auf die Dauer. Deutschland benötige eine Systemänderung. Flüchtlinge müssten überall freien und uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, sagt er. «Das ist ein Menschenrecht.»

Einem hochentwickelten Land wie Deutschland stehe es nicht gut an, wenn die Behörden etwa einer beschneidenden Frau aus Äthiopien, die unter wiederkehrenden Entzündungen litt, eine Operation verweigerten mit der Begründung, ein plastischer Eingriff könne aufgeschoben werden, sagt Stich. Auch im Fall eines Patienten aus Somalia, der an einer schweren Augenerkrankung litt, sei dem Patienten die notwendige ärztliche Versorgung zunächst verweigert worden. Erst nachdem man mehrmals beim Gesundheitsamt interveniert hatte, sei eine Operation möglich gewesen. Das zuständige Gesundheitsamt kann sich nur allgemein dazu äussern: «Jeder Einzelfall wird von uns genau geprüft.»

Bruch mit ärztlichem Prinzip

Der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, bekräftigte im Mai seine Forderung, bundesweit eine Gesundheitskarte für Flüchtlinge einzuführen. Wie Stich fordert auch er die Aufhebung der bisher gesetzlich festgeschriebenen Leistungsbeschränkungen für Asylbewerber. Es widerspreche ärztlichen Prinzipien, so Montgomery, nicht allen Patienten die gleiche Behandlung zukommen zu lassen.

Flächendeckend eingeführt ist die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber bis anhin nur in Hamburg, Bremen, Berlin und Schleswig-Holstein. Die ablehnende Haltung vieler anderer Bundesländer und Kommunen ist vor allem auf die Befürchtung vor Kostensteigerungen zurückzuführen. Erfahrungen in Bremen zeigen jedoch ein anderes Bild: Laut Angaben der Krankenversicherung AOK Bremen sind im Stadtstaat die Leistungsausgaben für Flüchtlinge pro Kopf erheblich geringer als bei der heimischen Bevölkerung. Die geringeren Versorgungskosten erklärt die AOK Bremen/Bremerhaven einerseits mit den eingeschränkten Leistungen für Flüchtlinge. Andererseits sei die Krankheitslast auch geringer, weil die Flüchtlinge deutlich jünger seien als der Schnitt der lokalen AOK-Versicherten.

Stichs Engagement für die Flüchtlinge ist indes nicht überall gerne gesehen. «Ich gelte in konservativen Kreisen als Nestbeschmutzer», sagt er selbst. Anfänglich habe es böse Blicke von Kollegen gegeben, die sich um den Ruf der Klinik sorgten. Heute stehe die ganze Klinik hinter ihm, und auch aus der Bevölkerung spüre er Rückhalt. Das politische Klima in Bayern sei eben nicht besonders freundlich gegenüber Flüchtlingen, sagt der 55-Jährige schulterzuckend. «Flüchtlinge sind jedoch keine Gefährdung für die deutsche Bevölkerung.» Ganz im Gegenteil, es seien die Flüchtlinge, die höchst gefährdet seien.

Tuberkulose in Deutschland auf dem Vormarsch

tar. Würzburg · Die Anzahl der Menschen, die in Deutschland an Tuberkulose (Tbc) erkrankt sind, hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Von 2012 bis 2014 verzeichnete das deutsche Robert-Koch-Institut einen Anstieg an registrierten Neuerkrankungen um fast 7 Prozent, oder anders ausgedrückt von deutschlandweit 4210 Neuerkrankungen auf 4488. Der stärkste Anstieg war 2014 mit einem Plus von knapp 4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet worden. «Damit ist der Rückgang der Neuerkrankungen, der seit vielen Jahren beobachtet wurde, zum Stillstand gekommen», sagt Torsten Bauer, Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Bauer, der als Professor und Chefarzt für Pneumologie an der Berliner Lungenklinik Heckeshorn im Helios-Klinikum Emil von Behring arbeitet, führt den Anstieg auf den Zustrom von Flüchtlingen zurück. Für 2015 schätzt Bauer die Zahl der Tuberkulose-Neuerkrankungen in Deutschland auf 6500 – eine Zunahme um 20 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Endgültige Zahlen liegen aber noch nicht vor.

Die Gefahr einer Epidemie bestehe jedoch nicht, sagt Bauer. Das Anstee-

ckungsrisiko sei gering. «Um sich zu infizieren, muss man schon mehrere Stunden mit einem Tbc-Kranken auf engem Raum zusammen sein.» Das höchste Ansteckungsrisiko besteht deshalb für Bewohner von Gemeinschaftsunterkünften. «Die Sterblichkeit ist gering, da die Krankheit prinzipiell gut behandelbar ist.» Der Höhepunkt an Neuerkrankungen scheint bereits erreicht zu sein. «Infolge des Rückgangs an neu ankommenden Flüchtlingen werden auch die Neuerkrankungen entsprechend zurückgehen», sagt Bauer. Für das laufende Jahr rechnet er aber mit ähnlich vielen Neuerkrankungen wie 2015, da es noch einen gewissen Melde-Nachhang gebe.

Die Behandlung von multiresistenten Tbc-Bakterien, die in Deutschland in jüngster Zeit vermehrt aufgetreten sind, stellt für die Ärzte eine Herausforderung dar. Jährlich werden 100 bis 120 Neuinfektionen in Deutschland registriert, überwiegend bei Menschen aus den ehemaligen Sowjetrepubliken. Eine solche Therapie ist kostspielig und langwierig und wird von starken Nebenwirkungen begleitet.

Obwohl Deutschland bei der Bekämpfung von Tbc insgesamt gut da-

stehe, sieht Bauer Verbesserungspotenzial, namentlich bei der Früherkennung. Weil die Gesundheitsbehörden nur über begrenzte Kapazitäten verfügen, könnten nicht alle Flüchtlinge bei ihrer Ankunft in Deutschland auf Tbc untersucht werden. Es mangle zudem an geeigneten Unterbringungsmöglichkeiten für die Zeit nach der stationären Behandlung. Der Tuberkulose-Spezialist empfiehlt deshalb die Errichtung von Gemeinschaftsunterkünften speziell für Tbc-Kranke. «Das wäre eine sinnvolle gesundheitspolitische Massnahme.»

Ärzte werden angesichts des grossen Zustroms an Flüchtlingen immer öfters mit Krankheiten konfrontiert, die bei deutschen Patienten bisher selten oder unbekannt waren. Neben der Tuberkulose sind das zum Beispiel die Sichelzellerkrankheit oder das familiäre Mittelmeerfieber. «Werden diese schweren Krankheiten nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, können sie einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen», sagt August Stich, Leiter der tropenmedizinischen Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg. Aus diesem Grund sollte die sogenannte Migranten-Medizin fester Bestandteil der Ärzteausbildung werden, lautet seine Forderung.

Steigende Anzahl Erkrankungen durch die Flüchtlingskrise

Tuberkulose-Fälle in Deutschland, 2002 bis 2015, nach Geburtsland



QUELLE: ROBERT KOCH-INSTITUT

NZZ-Infografik/oko