

Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern

Anhörung des Deutschen Bundestages am 8. Juni 2016, 16.30 – 17.30 Uhr

Dr. med. Helmut Middeke, Medizinischer Geschäftsführer Klinikum Lippe GmbH

HINTERGRUND

Im Kreis Lippe (NRW, Ostwestfalen-Lippe, 347.000 Einwohner) wurde die Problematik der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden sehr früh erkannt. Bereits im September 2014 hat das Klinikum Lippe die Initiative ergriffen und unter Einbeziehung von Kreisbehörden, Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Ärztekammer (ÄK), Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Rettungsdienst (RD) eine Task Force etabliert. In der Folge gelang es, rund 9.000 Flüchtlinge einer strukturierten und dokumentierten **Erstuntersuchung** im Klinikum zuzuführen. Das sind annähernd 100% der im Kreisgebiet in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebrachten Flüchtlinge und Asylbewerber. Was zunächst als vorübergehende Unterstützung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gedacht war, wurde inzwischen als „Flüchtlingsambulanz“ seit ca. 1,5 Jahren zu einer festen Größe in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen im Kreis Lippe.

Die aktuelle Herausforderung besteht in der medizinischen Versorgung derjenigen Flüchtlinge, die bereits den Kommunen zugewiesen wurden und nicht mehr in den Unterbringungseinrichtungen leben. Aufbauend auf den Erfahrungen mit den Erstuntersuchungen hat das Klinikum Lippe ein Versorgungsmodell entwickelt, das für diese Population sowohl im Hinblick auf den **Zugang zum System** als auch im Hinblick auf das **Leistungsspektrum** praktikable Lösungen anbietet. Das Modell der Lippischen Flüchtlingsambulanz ist im Grundsatz auf andere Kreise und kreisfreie Städte übertragbar.

1. ERSTUNTERSUCHUNGEN NACH § 62 ASYLVFG IM KREIS LIPPE – EIN „BEST PRACTICE MODELL“

Mit einem Anruf an einem Abend im Sommer 2014 fing alles an. Um 22 Uhr meldete sich die Zentrale Unterbringungseinrichtung in Detmold in der Notaufnahme des Klinikums Lippe. Erstmals seien zwei Busse mit etwa 100 Flüchtlingen in Detmold angekommen, drei Menschen seien am Ende ihrer Kräfte. Um Mitternacht wurden die Patienten ohne Dolmetscher so gut es ging erfolgreich in der Notaufnahme versorgt. Aber eine Frage blieb von diesem Abend zurück: Würden solche besonderen Notfälle in Zukunft häufiger vorkommen? „Ja“, waren sich alle einig. Und so ergab sich die Anschlussfrage, wie man den Flüchtlingen eine bestmögliche medizinische Versorgung bieten kann.

Tatsächlich war der Abend im Sommer 2014 nur der Anfang. Die Zentralen Notaufnahmen erhielten immer mehr Anfragen aus den Flüchtlingsheimen im Kreis Lippe. Die Menschen saßen dort ohne Erstuntersuchung fest. Eine schwierige Situation, denn ohne diese Untersuchungen können die Flüchtlinge nicht auf die Kommunen weiterverteilt werden. Das Klinikum Lippe hat es frühzeitig geschafft, Ordnung in das plötzlich aufgetretene Chaos zu bringen und sah sich zu einem Großeinsatz herausgefordert: Hunderte Flüchtlinge sollten an einem Samstag im September 2014 ihre Erstuntersuchung erhalten.

Mitarbeiter des Klinikums erklärten sich bereit, außerhalb der regulären Arbeitszeit, aber mit Vergütung, die Flüchtlinge zu untersuchen. Und eines war klar: Ohne eine gute Organisation ließe sich so ein Großeinsatz nicht stemmen. Die eigentliche Herausforderung waren nicht die Untersuchungen an sich, sondern das administrative Drumherum. Neben Ärzten und Pflegekräften waren auch die Leitungen der Patientenaufnahme, der Abrechnung und des Patientenservices in die Vorbereitungen eingebunden.

Ab Dezember 2014 wurde ein fester Wochentag für die medizinische Erstuntersuchung von Flüchtlingen implementiert. Fast ein Jahr lang fanden sie jeden Donnerstagabend in den Räumlichkeiten der Allgemeinchirurgischen Ambulanz statt – nach deren Betriebsschluss. Bis zu 300 Menschen kamen an einem solchen Abend ins Klinikum.

Seit November 2015 verfügt das Klinikum Lippe über eine eigene Flüchtlingsambulanz mit erweiterten Öffnungszeiten. Das erleichtert die Abläufe enorm. Die Flüchtlinge können schneller behandelt werden, weil die Räume ausschließlich für die Erstuntersuchungen vorgehalten werden. Diese separaten Strukturen im Klinikalltag haben sich als zielführend erwiesen:

- 1) Die Flüchtlinge haben eine zentrale Anlaufstelle, welche ihren spezifischen Bedürfnissen entsprechend personell und räumlich ausgestattet ist
- 2) Die Zentralen Notaufnahmen werden deutlich entlastet.
- 3) Das Klinikum Lippe hat die gesundheitlichen Daten von fast 9.000 Flüchtlingen zentral erfasst. Damit stehen valide und relevante Daten im Hinblick auf diese neue vulnerable Patientengruppe für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) und die Versorgungsforschung zur Verfügung.

Trotz der umfangreichen Expertise am Klinikum Lippe bleibt die Flüchtlingsambulanz ein lernendes System, das ständig weiterentwickelt werden muss. Die Zahl der neu ankommenden Flüchtlinge ist zwischenzeitlich gesunken und damit auch die Zahl der Erstuntersuchungen. Die Herausforderung im Jahr 2016 besteht aktuell darin, die medizinische Grundversorgung von bereits zugewiesenen Flüchtlingen zu sichern. Das sind im Kreis Lippe aktuell 4.500 Asylsuchende, darunter 250 sogenannte „Unbegleitete Minderjährige Ausländer“ (UMAs). Und genau diese Zielgruppe, nämlich Asylbewerber, deren Verfahren noch nicht abgeschlossen ist und Geduldete, werden momentan von vielen Versorgungsleistungen ausgeschlossen – letztendlich zum Nachteil der gesamten Solidargemeinschaft, da bspw. Folgekosten durch eine zu späte Behandlung von Erkrankungen mit der Gefahr einer Chronifizierung entstehen.

2. WEITERVERSORGUNG IM RAHMEN DES §4 ASYLBEWLG:

LEISTUNGSSPEKTRUM ERWEITERN, ZUGANGSBARRIEREN ABBAUEN

2.1 Leistungsumfang

Asylsuchende und Geflüchtete haben innerhalb der ersten 15 Monate keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sind auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) angewiesen. Dieses ermöglicht allerdings neben Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen nur die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände im Sinne einer Notversorgung. Die Konsequenz daraus: Auch mit Bagatellbeschwerden gehen Flüchtlinge in die Notaufnahme, obwohl sie beim Hausarzt richtig aufgehoben wären. Folgende Auswertungen der Notfallvorstellungsstatistik dem 1. Quartal 2016 zeigen, neben dass 65 Prozent der behandelten Flüchtlinge und Asylbewerber am Klinikum Lippe auch von einem niedergelassenen Vertragsarzt hätten behandelt werden können:

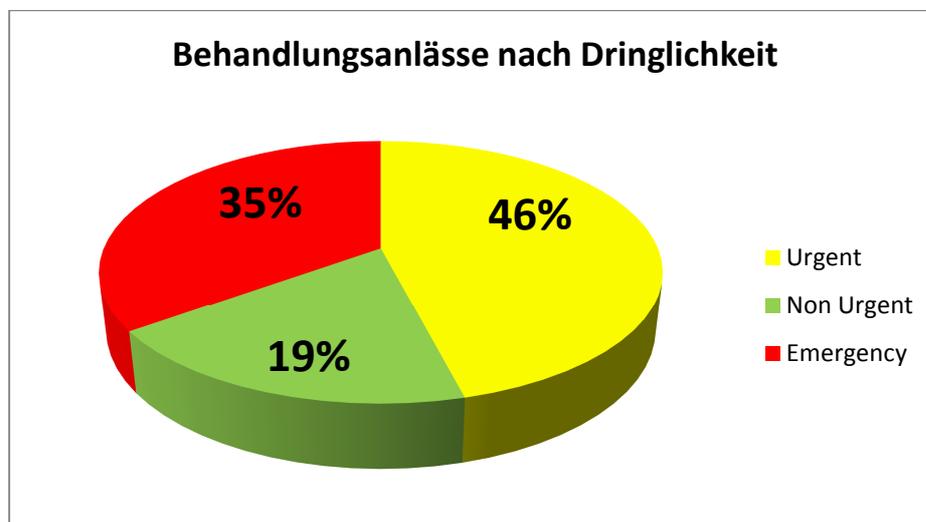


Abb. 1 Behandlungsdringlichkeiten der Flüchtlinge und Asylbewerber (n = 661), die im 1. Quartal 2016 in den Zentralen Notaufnahmen des Klinikums Lippe vorstellig wurden (Dr. med. Dißmann Chefarzt Notaufnahmen, Klinikum Lippe)

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, dass insbesondere die Kinder- und Jugendmedizin, die Innere Medizin, sowie die Orthopädie und Traumatologie (Verletzungen) im Rahmen dieser Behandlungsanlässe frequentiert werden.

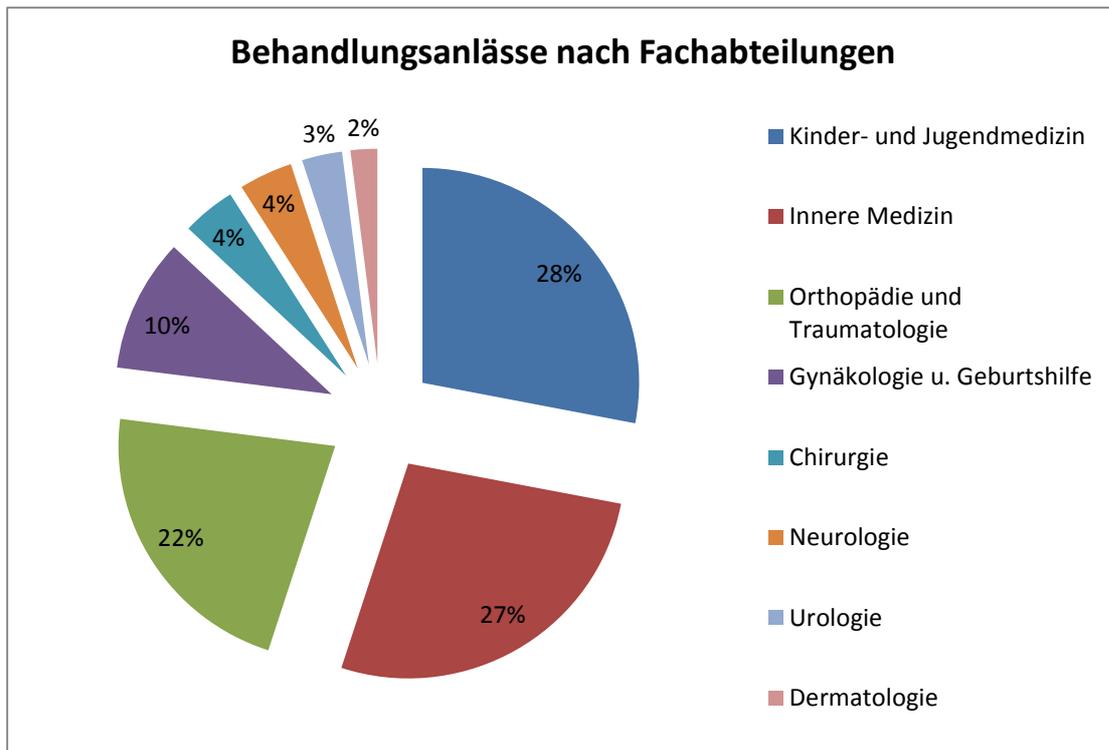


Abb. 2 *Behandlungsanlässe nach Fachabteilungen: Flüchtlinge und Asylbewerber (n = 661), die im 1. Quartal 2016 in den Zentralen Notaufnahmen des Klinikums Lippe vorstellig wurden (Dr. med. Dißmann Chefarzt Notaufnahmen, Klinikum Lippe)*

Das entscheidende Problem im Hinblick auf den Leistungsumfang besteht jedoch darin, dass die gemäß Asylbewerberleistungsgesetz geltende strikte Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Behandlungsanlässen die medizinische Versorgungsrealität nicht abbildet und eben dadurch eine qualitativ angemessene und zugleich kostengünstige ärztliche Betreuung dieser Population verhindert wird. Auch der Bereich Prävention ist hier ein unterentwickeltes Thema.

Eine aktuelle wissenschaftliche Studie von Bozorgmehr et al (2015)¹ für die Jahre 1994 bis 2013 zeigt, dass der volle Zugang zur medizinischen Versorgung am Ende sogar kostengünstiger wäre: Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden mit nur eingeschränktem Zugang zur medizinischen Versorgung waren im Untersuchungszeitraum um jährlich ca. 40 Prozent bzw. 376 Euro pro Jahr höher als bei denen, die bereits vollen Zugang hatten.

¹ Bozorgmehr, 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. Doi: 10.1371/journal.pone.0131483

Auf das Gesamtsystem bezogen ist durch die Gleichbehandlung von Flüchtlingen in Bezug auf den Leistungsumfang kein Versorgungsengpass zu erwarten, weder im ambulanten noch im stationären Bereich. Im Gegenteil: Die medizinischen, finanziellen und sozialen Folgen wären unter Beibehaltung des jetzigen Leistungsumfangs deutlich negativer zu bewerten als bei einer gleichberechtigten Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems.

2.2 Zugang zum System der Gesundheitsversorgung

Ein zweiter Punkt ist die immer noch hohe **Zugangsbarriere**. Erst in wenigen Bundesländern wie Bremen, Hamburg und teilweise in Nordrhein-Westfalen haben sich Chipkarten etabliert, die den Flüchtlingen und Asylbewerbern leichten Zugang zu den eingeschränkten gesundheitlichen Leistungen gewähren. In allen anderen Bundesländern erfolgt die Not- bzw. Akutversorgung über Krankenscheine, die individuell bei Gesundheits- und Sozialämtern beantragt werden müssen. Nichtmediziner entscheiden dann im Endeffekt über die Notwendigkeit einer Behandlung, und das natürlich nur zu den Öffnungszeiten der Behörden.

2.2.1 MODELL LIPPE: REGIONALES KOMPETENZZENTRUM ZUR MEDIZINISCHEN VERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN UND ASYLBEWERBERN

Aufbauend auf die äußerst positiven Erfahrungen mit den Erstuntersuchungen in einer speziellen Flüchtlingsambulanz haben sich die beteiligten Institutionen im Kreis Lippe entschlossen, diese Ambulanz zu einem Kompetenzzentrum für die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern weiter zu entwickeln. Im Sinne einer **gemeinsamen regionalen Versorgungsverantwortung** wurde dieses Konzept in Abstimmung mit dem Kreis Lippe, den lokalen Vertretern von Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer sowie dem Rettungsdienst in Lippe entwickelt.

Die Argumente für eine regionale Zentralisierung der medizinischen Grundversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber liegen auf der Hand:

- **Zugangsbarrieren werden abgebaut:** Die Flüchtlinge können sich an eine zentrale Stelle wenden, die feste Öffnungszeiten hat und über eine zentrale Telefonnummer verfügt. Das Personal ist auf Flüchtlinge spezialisiert und verfügt

somit über die interkulturelle Kompetenz, auch in Form von Sprachkenntnissen wie Arabisch, Kurdisch, Farsi sowie die nötige Kenntnis der speziellen Formalitäten, die es zu berücksichtigen gilt.

- **Qualifizierte Betreuung und Versorgung:** Das Personal ist darauf geschult, Screenings durchzuführen, um Posttraumatische Belastungsstörungen zu erkennen und in enger Zusammenarbeit mit dem Gemeindepsychiatrischen Zentrum Detmold Therapiemaßnahmen in die Wege zu leiten. In diesem Zentrum erfolgt eine gebündelte Datenerhebung. Damit lassen sich Aussagen über die gesundheitliche Entwicklung über einen längeren Verlauf von mindestens 15 Monaten treffen.

- **Vertragsärzte werden entlastet:** Im 4. Quartal 2015 behandelte jeder Vertragsarzt der KV Westfalen-Lippe durchschnittlich nur 19 Flüchtlinge. Bei 1,5 Flüchtlingen in der Woche ist es fraglich, ob die Erfahrung im Umgang mit dieser speziellen Patientengruppe ausreicht, die interkulturelle Kompetenz, insbesondere in Form von Sprachkenntnissen, vorhanden ist und das Wissen um seltene, bei Flüchtlingen gehäuft vorkommenden Krankheiten zugänglich ist. Zudem beklagen die Kolleginnen und Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich den hohen Zeitaufwand und die damit verbundene Ressourcenbindung. Auch an einer zentralen Datenerhebung mangelt es².

- **Separate Strukturen entlasten den Klinikalltag:** Die Notaufnahmen werden nicht mit Bagatellsymptomen aufgesucht, und auch die zuführenden Rettungsdienste werden entlastet.

- **Finanzielle und soziale Folgen einer Nicht-Behandlung werden vermieden:** Wenn Flüchtlinge medizinisch unterversorgt werden und chronische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus oder Herz-

² Bozorgmehr, K, Nöst, S.; Thaiss, H., Razum, O. (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden:

Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsblatt 2016 59:545-555 DOI

10.1007/s00103-016-2329-4

/Kreislauferkrankungen längere Zeit nicht behandelt werden, entstehen dem Gesundheitssystem viel höhere Kosten durch die Folgeerkrankungen. Man bedenke auch: Kranke Flüchtlinge stehen dem Arbeitsmarkt auf Dauer nicht zur Verfügung.

2.2.2 ÜBERTRAGBARKEIT DES MODELLS AUF ANDERE REGIONEN/ GEBIETS-KÖRPERSCHAFTEN

Die unter 2.2.1 aufgeführten Argumente belegen, dass es sinnvoll ist, grundsätzlich in jedem Kreis / jeder kreisfreien Stadt das Angebot eines "zentralen Kompetenzzentrums für die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern" vorzuhalten. In welcher Form die Umsetzung in den jeweiligen Regionen erfolgt, muss im Sinne einer "gemeinsamen Versorgungsverantwortung" von den jeweiligen Institutionen und Leistungsanbietern vor Ort konzipiert werden. Die Erfahrungen im Kreis Lippe belegen, dass ein solches Konzept nur im Konsens zwischen Gebietskörperschaft, ÖGD, Rettungsdiensten, KV und Kliniken erfolgreich umgesetzt werden kann. Um insbesondere zwischen KV und Kliniken keine unnötigen Dissonanzen entstehen zu lassen, muss grundsätzlich klar gestellt werden, dass eine "zentrale Flüchtlingsambulanz" als Angebot zu verstehen ist, welches die Versorgung durch Vertragsärzte nicht ausschließen, sondern ergänzen soll.

In diesem Zusammenhang bedarf es auch einer Klärung der Finanzierungsfrage, damit nicht, wie bislang im Kreis Lippe, die Leistungen ausschließlich über die Notfallpauschale abgerechnet werden. Sofern das jeweilige "zentrale Kompetenzzentrum" an einer Klinik angesiedelt werden soll, wäre die Zulassung einer Institutsambulanz sinnvoll, da auf diese Weise die Vorteile der in Lippe konzipierten Flüchtlingsambulanz am besten zur Geltung kämen. Da eine bundeseinheitliche Regelung nicht zu erwarten ist, müssen diese Fragen mit der jeweiligen KV geklärt werden.

3. ZUSAMMENFASSUNG

Spätestens seit Schließung der Balkanroute haben sich die Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen dahingehend geändert, dass die medizinische Versorgung im 15-Monatszeitraum bis zum Zugang in die GKV im Fokus steht. Aus unterschiedlichsten Gründen herrscht für diese Zeitperiode dringender Handlungsbedarf:

- Der stark reglementierte Leistungsumfang nach dem AsylbLG produziert im Endeffekt nachweisliche Mehrkosten
- Der Leistungszugang mittels Krankenscheinausgabe über die Sozialämter verlagert einerseits medizinische Entscheidungen auf Verwaltungspersonal und führt andererseits zur Verschleppung von Behandlungsanlässen
- Spätestens mit Verlegung aus den Unterbringungseinrichtungen in dezentrale Wohnungen fehlt den Flüchtlingen eine zentrale medizinische Anlaufstelle mit fremdsprachigem Personal. In Konsequenz werden die Ressourcen der Kliniknotaufnahmen durch die Behandlung von Bagatelldelikten blockiert
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe behandeln durchschnittlich 1,5 Flüchtlinge pro Woche und verfügen damit nicht über eine spezielle Expertise für diese Personengruppe
- Vorhandene Kompetenzen von in der Versorgung von Flüchtlingen geschultem medizinischen Personal könnten auch in der ambulanten medizinischen Versorgung wesentlich besser genutzt werden

Mit der Etablierung eines zentralen Kompetenzzentrums zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen lässt sich daher ein wesentlicher Beitrag zur Entlastung der aktuell vielerorts noch existierenden „ad hoc“-Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor, der Krankenhausnotaufnahmen und Rettungsdienste sowie der öffentlichen Gesundheitsdienste schaffen. Flüchtlingen käme in Zukunft eine auf ihre speziellen Bedürfnisse ausgerichtete medizinische Versorgung zugute, welche einen wesentlichen Beitrag zu einer zügigen Integration dieser potenziellen Arbeitnehmer leisten würde. Eine medizinische Unter-, Über- oder Fehlversorgung könnte deutlich reduziert werden. Letztendlich dient ein zentrales Kompetenzzentrum mit gut strukturierter Datenerfassung aber auch der dringend benötigten GBE und „Sentinel Surveillance“ im Rahmen des Bevölkerungsschutzes.

Kernbotschaften:

Eine flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge ist dringend erforderlich.

Die Sicherstellung der Leistungserbringung kann im Rahmen einer Institutsermächtigung erfolgen.

Bei weiterer Evidenz zur „Mehrkostenfrage“ zügige Überleitung der Asylsuchenden und Flüchtlinge in die Regelversorgung.