



Syrische und irakische Flüchtlinge erreichen die griechische Küste bei Lesbos. Foto: © Ggia

Deutschland: Angst vor den Fremden

Geflüchtete besser versorgen statt brandmarken

Die hohe Zahl an Geflüchteten, die aus den Krisengebieten der Welt nach Deutschland kommen, weckt alte Ängste. Was könnte besser geeignet sein, sie zu schüren als bedrohliche Krankheiten? Unzählige Medienberichte, Online-Meldungen und Blogs berichten über Tuberkulose-Fälle in Asylunterkünften und warnen vor Seuchen, die die Fremden einschleppen könnten. Doch Panikmache ist unbegründet. Angebracht ist eine gute medizinische Versorgung!

„Mediziner fürchtet Tuberkulose-Gefahr wegen Flüchtlingswelle“, „Mit Tuberkulose infizierter Flüchtling wird vermisst“² „Sonderzug mit Flüchtlingen wegen Tuberkulose-Fall gestoppt“³ „Flüchtlinge erst einmal ins Einzelzimmer“⁴ so lauten die Schlagzeilen, die Flüchtlinge per se verdächtig machen, unter gefährlichen Krankheiten wie Tuberkulose zu leiden. Nicht wenige ÄrztInnen, die sich aus Angst vor Ansteckung weigern, Flüchtlinge zu behandeln,⁵ getrennte Wartezimmer einrichten oder gar Desinfektionsmittel an AnwohnerInnen verteilen,⁶ blasen ins gleiche Horn. Ganz zu schweigen von den Falschmeldungen in online-Foren und sozialen Medien, die an der Stigmatisierung von Flüchtlingen als Krankheitsüberträger beteiligt sind.⁷

Massenunterkünfte sind gesundheitsschädlich

Tatsächlich jedoch ist das Risiko der Allgemeinbevölkerung, sich anzustecken, äußerst gering. Gefährdet sind vor allem die Geflüchteten selbst: Laut dem Robert Koch-Institut leiden sie insbesondere unter Krankheiten, die durch Impfungen gut verhindert werden könnten oder auch an Magen-Darm-Infektionen, die nicht zuletzt dem engen Zusammenleben und mangelnden Hygienestandards in den Massenunterkünften geschuldet sind: Zwischen Januar und April 2016 wurden 57.000 Fälle von Influenza gemeldet, knapp 29.000 Fälle von Norovirus und 12.000 Erkrankungen durch Rotaviren. Tuberkulose wird dagegen trotz intensiven Screenings weitaus seltener diagnostiziert: 767 TB-Erkrankungen gab es im selben Zeitraum bei Geflüchteten⁸ und andere schwerwiegende importierte Krankheiten treten nur in seltenen Einzelfällen auf. Aufgrund der Analyse von Meldedaten vermutet das RKI, dass sich die Erkrankten in den meisten Fällen erst in Deutschland mit TB angesteckt haben.⁹ Auffanglager und Massenunterkünfte begünstigen Krankheiten, die durch Tröpfcheninfektion übertragen werden.



Schlange stehen an der österreichisch-ungarischen Grenze. Syrische Flüchtlinge warten darauf, nach Deutschland weiterreisen zu können. Flucht und Erschöpfung steigern ihr Krankheitsrisiko. Foto: © Mstyslav Chernov

Eingangsuntersuchung ist Pflicht

Eine Untersuchung auf übertragbare Krankheiten wie TB, Masern oder Läuse ist nach § 62 Asylgesetz (AsylG) für alle Geflüchteten Pflicht und erfolgt meist schon in der Erstaufnahmeeinrichtung. Alle Erwachsenen (mit Ausnahme von Schwangeren) werden dabei geröntgt. Wöchentlich werden bei diesem Screening zwischen 25 und 40 Tuberkulosefälle entdeckt. Doch längst nicht alle sind ansteckend. Bei knapp der Hälfte aller PatientInnen liegt keine offene Lungentuberkulose, sondern eine andere, nicht-ansteckende Erkrankungsform vor. Außerdem ist das Ansteckungsrisiko gering und lediglich enge Kontaktpersonen sind nach längerem und wiederholtem Kontakt mit PatientInnen gefährdet. 2015 gab es in Deutschland 5.865 Fälle von Tuberkulose.¹⁰ Rund 1.300 mehr als im Vorjahr. Nach wie vor ist ein großer Teil der PatientInnen in Deutschland geboren. Doch zunehmend sind Menschen betroffen, die gebürtig aus einem anderen Land stammen. Da 2015 über eine Million Menschen nach Deutschland flüchteten¹¹ und in Erstaufnahmestellen und Unterkünften auf Tuberkulose untersucht wurden, ist es nicht verwunderlich, dass der Anteil der Tuberkulosen unter Asylsuchenden stärker anstieg als bei anderen Bevölkerungsgruppen.

Erschöpfung schwächt Immunabwehr

Schließlich ist die Rate der jährlich neu auftretenden Krankheitsfälle (Inzidenz) in den Herkunftsländern von ImmigrantInnen meist höher als in Deutschland. In Afghanistan liegt sie z.B. bei 189 pro 100.000 EinwohnerInnen, in

Ghana bei 165, in Russland bei 84, in Syrien bei 17. In Deutschland infizieren sich dagegen jedes Jahr nur 6 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen.¹² Das Risiko ist demnach sowohl bei Menschen mit Migrationshintergrund als auch bei Geflüchteten deutlich höher. Zudem können soziale Faktoren eine Tuberkulose begünstigen. Bei Geflüchteten können das z.B. die Umstände einer monatelangen Flucht sein, körperliche Erschöpfung und miserable Lebensumstände.

Schon Robert Koch riet dazu, grenzüberschreitende Infektionen nicht durch Abschottung zu bekämpfen, sondern durch eine frühe Fallfindung und Isolation der Erkrankten. Auf der XII. Internationalen Tuberkulosekonferenz in Philadelphia 1908 knüpfte er dabei an Erfahrungen aus der Cholerakontrolle an: „In früheren Zeiten war aus Fällen, die zu uns hineingeschleppt wurden, regelmäßig eine Choleraepidemie entstanden. [Nun] ist es uns gelungen, die Krankheit zum Stehen zu bringen, nicht dadurch, dass wir an der Grenze Quarantänen einrichteten und die Reisenden hielten. Wir ließen die Reisenden unbehelligt, ließen alle Waren hereinkommen und den Eisenbahn- und Schiffsverkehr ruhig vor sich gehen. Es wurde nur aufgepasst, dass der erste Fall [...] sofort gefasst, isoliert und dadurch unschädlich [Anm.: bezieht sich auf die Infektiosität der Erkrankung] gemacht wurde.“¹⁰

Gravierende Versorgungslücke

Wichtig wäre also eine optimale Gesundheitsversorgung von Geflüchteten, um Krankheiten schnell erkennen und Ansteckung verhindern zu können. Doch eine bundesweite Untersuchung



Geflüchtete zu integrieren und besser zu versorgen ist das Gebot der Stunde. Foto: © Haefeler

zur Versorgungssituation von Asylsuchenden zeigt viele Schwachstellen.¹³ Z.B. wird der Impfstatus der Neuankömmlinge nicht durchgängig erhoben und Impfplücken werden bei der Erstaufnahme nicht generell geschlossen. Bei der Weiterverlegung in andere Unterkünfte wird der Versorgungsbedarf von PatientInnen nicht systematisch und verlässlich kommuniziert und die Geflüchteten müssen dann erneut ÄrztInnen aufsuchen, um behandelt zu werden. Ärztliche Sprechstunden in den Flüchtlingsquartieren oder aufsuchende Versorgungsangebote sind aber eher die Ausnahme als die Regel. Und auch sanitäre Einrichtungen lassen zu wünschen übrig: Mitunter teilen sich 1.200 Menschen 30 Dixi-Toiletten.¹³

Das RKI moniert, dass molekulargenetische Tests zum Nachweis von TB nicht routinemäßig eingesetzt werden. Dabei sind sie verlässlicher als andere Diagnostika und das schnellere Testergebnis führt dazu, dass Kranke frühzeitiger isoliert und rascher behandelt werden. Aufgrund der Lieferschwierigkeiten von Tuberkulose-Haut-Tests konnten zudem viele Kleinkinder nicht auf TB untersucht werden. Und manche TB-Therapie begann mit Verzögerung, weil der Befund nicht zeitnah an die zuständige Gesundheitseinrichtung übermittelt wurde.¹⁴ Auch bei der Röntgendiagnostik hapert es: Im Oktober 2015 kritisierte eine Berliner Gesundheitsstadträtin dass es bis zu sechs Wochen dauere, bis Flüchtlinge und Obdachlose auf TB untersucht

würden, weil die Röntgenkapazitäten nicht ausreichten. Dabei sollten sie laut § 36 Infektionsschutzgesetz unmittelbar nach Einzug in eine Gemeinschaftsunterkunft untersucht werden.¹⁵ Spätestens aber nach drei Tagen.

Gesundheitsversorgung verbessern!

Viele deutsche Fachgesellschaften und MedizinerInnen forderten daher im Kölner Statement eine bessere Versorgung von Flüchtlingen. Vor allem bei akuten Gesundheitsproblemen müssten PatientInnen unverzüglich ambulant oder auch stationär versorgt werden – ohne institutionelle Barrieren. Die ExpertInnen empfehlen u.a. regelmäßige Sprechstunden in den Gemeinschaftsunterkünften als Brücke zur gezielten Vermittlung in die ärztliche Regelversorgung.¹⁶

- 1 Fokus, 28.4.2016
- 2 Bild, 11.10.2015, Lokalteil Stuttgart
- 3 Augsburgener Allgemeine, 29.12.2015
- 4 Die Welt, 3.11.2015
- 5 Brand F (2015) Arzt will keine Ausländer behandeln. Im sächsischen Elfeld warnt ein Internist vor der Verbreitung der Tuberkulose und verweigert die Behandlung Asylsuchender. taz, 2.12.
- 6 Schnur C (2015) Rassismus: Türen zu, kriminelle und ansteckende Flüchtlinge beim Zahnarzt. MZ 25.11. www.mz-web.de/panorama/rassismus-tueren-zu-kriminelle-und-ansteckende-fluechtlinge-beim-zahnarzt-23307998 [Zugriff, 7.6.16]
- 7 Der Verein Mimikama zur Aufklärung über Internetmissbrauch klärt über derartige Falschmeldungen im Internet auf. www.mimikama.at
- 8 RKI (2016) Dem Robert-Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland. Januar - April 2016 (14.-17. Kalenderwoche) Stand: 18. Mai 2016 www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/meldepflichtige_infektionskrankheiten_bei_Asylsuchenden.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff, 2.6.16]
- 9 RKI (2016) Asylsuchende und Infektionskrankheiten. Antworten auf häufig gestellte Fragen. www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Asylsuchende/Asylsuchende_und_Gesundheit.html
- 10 RKI (2016) Epidemiologisches Bulletin, 14. März 2016, Nr. 10/11, Welt-tuberkulosestag 2016: Gemeinsam gegen Tuberkulose, DOI 10.17886/EpiBull-2016-014 www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpiBull/Archiv/2016/Ausgaben/10_11_16.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff, 2.6.16]
- 11 Pro Asyl (2015) Fakten, Zahlen, Argumente www.proasyl.de/thema/fakten-zahlen-argumente/ und: BAMF (2015) Asylgeschäftsstatistik 12/2015 www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/Asylgesch%C3%A4ftsstatistik/asylgeschaeftsstatistik-node.html [Zugriff, 2.6.16]
- 12 WHO (2016) Tuberculosis Country Profiles www.who.int/tb/country/data/profiles/en/ [Zugriff, 2.6.16]
- 13 K. Bozorgmehr, S. Nöst, H. M. Thaiss (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsblatt 2016, 59:545–555, DOI 10.1007/s00103-016-2329-4, Online publiziert: 12. April 2016
- 14 RKI (2016) Mikrobiologische Tuberkulosedagnostik bei Asylsuchenden im Rahmen der Erstaufnahme (§ 36 Absatz 4 IfSG), DOI 10.17886/EpiBull-2016-016
- 15 taz (2016) Düstere Aussichten. Tuberkulose. 11.2.2016
- 16 DGI, DGPH, DTG u.a. (2015) Kölner Statement zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen. 26.10.2015. www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/k%C3%B6lner_statement_zur_medizinischen_versorgung_von_f%C3%BCchtlingen.pdf [Zugriff, 2.6.16]