



Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.elsevier.com/locate/zed)

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



Wissenschaftliche Beitrag durch Management der Gesundheitsversorgung / Health Care Management

Entwicklung und Implementierung einer Medizinischen Ambulanz in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende des Landes Baden-Württemberg[☆]

Development and implementation of an outpatient clinic at an initial reception centre for asylum seekers in the German federal state of Baden-Wuerttemberg

C. Nikendei^{1,*}, D. Huhn¹, G. Adler², P. Becker von Rose^{3,4}, T.M. Eckstein⁵, B. Fuchs⁶, S.C. Gewalt⁷, B. Greiner⁸, T. Günther⁹, W. Herzog¹, T. Junghans¹⁰, T. Krczal¹¹, D. Lorenzen^{4,12}, T. Lutz¹³, M.A. Manigault^{9,14}, N. Reinhart¹⁵, M. Rodenberg⁶, I. Schelleter¹³, J. Szecsenyi⁷, R. Steen⁵, C. Straßner⁷, M. Thomsen¹⁶, K. Wahedi⁷, K. Bozorgmehr⁷

¹ Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik

² Vorstand, Universitätsklinikum Heidelberg

³ Praxis für Innere Medizin, Heidelberg

⁴ Werkstatt Gesundheit e.V., Heidelberg

⁵ Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg

⁶ Hebammenpraxis, Heidelberg

⁷ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

⁸ Praxis für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Heidelberg

⁹ Praxis für Gynäkologie, Heidelberg

¹⁰ Zentrum für Infektiologie, Sektion Klinische Tropenmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg

¹¹ Patientenverwaltung, Universitätsklinikum Heidelberg

¹² Praxis für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, Heidelberg

¹³ Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg

¹⁴ Internationales Frauen- und Familienzentrum, Heidelberg

¹⁵ Institut für Public Health, Universitätsklinikum Heidelberg

¹⁶ European Homecare GmbH

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 10. Februar 2017

Revision eingegangen: 29. Juni 2017

Akzeptiert: 27. Juli 2017

Online gestellt: xxx

Schlüsselwörter:

Geflüchtete

Asylsuchende

Gesundheitsversorgung

körperliche Erkrankungen

psychische Erkrankungen

ZUSAMMENFASSUNG

Im Jahre 2015 wurden in Deutschland 890.000 Asylsuchende registriert. Die medizinische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden ist mit zahlreichen Hürden und Schwierigkeiten versehen. Insbesondere während des Aufenthalts in den Erstaufnahmeeinrichtungen ist der Zugang zur Versorgung meist unzureichend. Die vorliegende Arbeit beschreibt die Entwicklung und Implementierung einer interdisziplinären medizinischen Ambulanz für Asylsuchende in der Registrierungsstelle des Landes Baden-Württemberg, die gleichermaßen von Ärzten des Universitätsklinikums Heidelberg als auch von der niedergelassenen Ärzteschaft in Heidelberg betrieben wird. Zur Planung und Umsetzung der medizinischen Ambulanz wurde ein Lenkungsausschuss eingerichtet. Neun Mitglieder des Lenkungsausschusses wurden anhand halbstandardisierter Interviews zu wahrgenommenen Barrieren der Implementierung und Herausforderungen im Rahmen der Entwicklung der Ambulanz befragt. Für das Gelingen des Implementierungsprozesses wurden das hohe persönliche Engagement der Ausschussmitglieder und die

[☆] Ethik No. S-694 / 2015

Die vorliegende Untersuchung wurde vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg unter dem Projekttitel „Entwicklung und Implementierung von Versorgungskonzepten für traumatisierte Flüchtlinge und belastete Helfer“ gefördert. Projekt-Identifikationsnummer: D 100011720; AZ42-04 HV.MED(16)27/1. Kayvan Bozorgmehr erhielt eine Förderung seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Vorhabens „RESPOND - Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees“ (FKZ: 01GY1611).

* Korrespondenzadresse: apl. Prof. Dr. med. Christoph Nikendei, MME, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Standort Bergheim, Thibautstrasse 4, 69115 Heidelberg.

E-mail: Christoph.Nikendei@med.uni-heidelberg.de (C. Nikendei).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2017.07.011>
1865-9217/

Please cite this article in press as: Nikendei C, et al. Entwicklung und Implementierung einer Medizinischen Ambulanz in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende des Landes Baden-Württemberg. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2017.07.011>

unparteiische Leitung durch das Gesundheitsamt gesehen. Wesentliche Barrieren zeigten sich in der Finanzierung von Personal, Einrichtungsgegenständen und Sprachmittlung sowie in haftungsrechtlichen und abrechnungsbezogenen Aspekten. Die Ergebnisse werden mit dem Fokus auf Fragen der Finanzierung, der administrativen und juristischen Rahmenbedingungen, Sprachmittlung, Dokumentation und weiteren Aspekten, die für eine Versorgung mit hoher Qualität notwendig sind, diskutiert.

ARTICLE INFO

Received: 10 February 2017
Received in revised form: 29 June 2017
Accepted: 27 July 2017
Available online: xxx

Keywords:
refugees
asylum seekers
health care
physical diseases
mental diseases

ABSTRACT

In 2015, more than 890,000 asylum seekers were registered in Germany. The provision of medical and psychosocial care for asylum seekers is facing numerous obstacles. Access to health care is mostly insufficient, particularly in initial reception centres. The present article describes the development and implementation of an interdisciplinary outpatient clinic for asylum seekers at the main registration authority in the state of Baden-Wuerttemberg operated by physicians of the University Hospital of Heidelberg and the local Medical Association in Heidelberg. A steering committee was appointed to plan and implement the interdisciplinary outpatient clinic. Semi-structured interviews with nine steering committee members were conducted to elucidate perceived barriers during the planning and implementation phase. The steering committee's strong personal commitment and the health authorities' impartial management were cited as the main contributing factors to the success of the implementation process. Significant barriers were seen in the funding of personnel, equipment, and language mediation as well as in legal liability and billing-related aspects. Results are discussed with a focus on financing, administrative and legal framework as well as language mediation, documentation and further matters that are essential to ensure high-quality care.

Hintergrund

Im Jahre 2015 waren weltweit über 65,3 Millionen Menschen aufgrund von Krieg, Verfolgung oder unerträglichen Lebensbedingungen auf der Flucht [1]. Binnenflüchtlinge machten mit einer Gesamtzahl von über 40 Millionen Menschen dabei den größten Anteil an Geflüchteten aus [1]. Andere hingegen – vor allem Menschen aus den Krisenherden in Syrien, Afghanistan, Somalia, Süd-Sudan, Sudan und Kongo – nahmen den Weg in andere Länder und Kontinente auf sich [1]. In Europa wurden im selben Jahr 1,4 Millionen Asylanträge gestellt – vorrangig von Menschen aus Syrien, Afghanistan und dem Irak. Dies stellt die höchste je registrierte Anzahl an Asylanträgen seit dem Beginn der EU-weiten Datenerfassung im Jahr 2008 dar [2]. Eine Million dieser Asylsuchenden haben dabei Europa über die Mittelmeer-Route zu erreichen versucht [3], der gleichzeitig mehrere Tausend Menschen zum Opfer fielen [4].

In Deutschland wurden im Jahr 2015 knapp 477.000 Asylanträge gestellt [5], die Zahl der Zugänge von Asylsuchenden belief sich auf rund 890.000 [6]. Im Jahr 2016 wiederum wurden mehr als 745.000 formelle Asylanträge gestellt, die Zahl asylsuchender Menschen ging jedoch deutlich auf gut 280.000 zurück [7]. Differenzen zwischen den Zahlen zur Registrierung und der eigentlichen Antragstellung treten dabei beispielsweise durch Doppelregistrierungen sowie bis zur eigentlichen Antragsstellung entstehende Zeitlücken auf. Die regionale Verteilung von Asylsuchenden und Schutzbedürftigen erfolgt hierzulande nach dem Königsteiner Schlüssel, welcher sich an den Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der einzelnen Bundesländer orientiert, wobei Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern aktuell den größten prozentualen Anteil an Asylsuchenden aufnehmen [8]. Aufgrund der starken Zunahme der Asylsuchenden seit Sommer 2015 kam es in vielen Bundesländern zur Einrichtung von zentralen Landeserstaufnahmestellen (LEAs) und Registrierungscentren, um eine möglichst zeitnahe Gesundheitsuntersuchung (nach §62 Asylgesetz), Bearbeitung von Asylanträgen und die weitere Verteilung auf Folgeunterkünfte zu gewährleisten. In der Planung und Organisationsstruktur dieser Einrichtungen spielen Gesundheitsaspekte der Asylsuchenden jedoch meist eine nachrangige Rolle, so dass die medizinische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland meist unzureichend ist [9].

Wenngleich für die Asylsuchenden in Deutschland keine repräsentativen Daten zum somatischen und psychischen Gesundheitszustand existieren [10], wird aus der begrenzt vorhandenen Literatur die Notwendigkeit einer professionellen und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung dieser Personen- und Patientengruppe deutlich untermauert: Die sehr heterogenen Studien belegen eine höhere Krankheitslast im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung hinsichtlich psychischer Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen) und ausgewählter Infektionserkrankungen (impfpräventable Erkrankungen, Gastroenteritiden, Hepatitis B und Tuberkulose) [11]. Zugleich weisen die Daten auf ein vorwiegend primärmedizinisches Erkrankungsspektrum hin [12]. Internationale Studien belegen darüber hinaus eine hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen wie Diabetes [13] sowie eine höhere Krankheitslast bei vulnerablen Gruppen wie schwangeren Asylsuchenden [14].

Zudem befinden sich die Gesundheitssysteme in vielen Herkunftsländern von Asylsuchenden aufgrund langjähriger kriegerischer Auseinandersetzungen in einem insuffizienten Zustand. So ist davon auszugehen, dass viele Asylsuchende schon im Heimatland unter gesundheitlichen Beschwerden litten, die nicht ausreichend behandelt werden konnten [11]. Die belastenden Umstände während der Flucht können somit die Verschlimmerung bestehender Krankheiten und das Auftreten neuer Erkrankungen begünstigen. Doch auch nach Ankunft in Deutschland geht die Unterbringung in Sammelunterkünften durch die beengte Wohnsituation mit psychischen Belastungen [15] sowie der Ausbreitung infektiöser Erkrankungen [16] einher. Insgesamt ist somit von einem hohen Versorgungsbedarf insbesondere von Risikogruppen (z.B. Kinder, Schwangere, ältere Geflüchtete) vor.

Es wird davon ausgegangen, dass eine suffiziente medizinische Versorgung die Gesundheitskosten in Folge sogar minimiert [17]. Dies steht im Kontrast zu den wenigen bisher in der Literatur dargestellten Modellen zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten, die sich auf die kommunale Unterbringung und Notunterkünfte beziehen [18–20]. Das Patientenspektrum einer Ambulanz für Geflüchtete in einer Kölner Notunterkunft weist neben unspezifischen Körperbeschwerden in absteigender Häufigkeit vor allem Erkrankungen der Atmungsorgane, des Bewegungsapparats, dermatologische Probleme, neurologische Symptome,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7529769>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7529769>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)