

Jugendliche Migranten

Im Spannungsfeld zwischen Willkommenskultur und medizinischen Notwendigkeiten

Stephan Heinrich Nolte | Marburg

„Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen [...]. Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion“ (Rudolf Virchow) [1].

Ein exemplarischer Fall

Zwei afghanische Brüder, J. und S., kommen, begleitet von einer weiblichen Betreuerin aus einer Wohngruppe der Jugendhilfe in die Praxis. Sie seien vor wenigen Tagen aus Frankfurt eingetroffen, wo sie als Minderjährige aus der Erstaufnahmeeinrichtung am Flughafen in Obhut genommen wurden. Die Betreuerin will nun wissen, was zum Selbstschutz und zum Schutz der Mitarbeiter gemacht werden soll. Es gibt ein Impfbuch, welches von einem Kinderarzt in Frankfurt ausgestellt ist und kürzlich eine MMR-Impfung und eine Td-aP-IPV-Impfung aufweist. Sonst seien keine Unterlagen mitgekommen. Ein Dolmetscher ist nicht dabei. Ich versuche, den Jugendlichen klarzumachen, dass neben der Untersuchung eine Blutabnahme notwendig sei. Sie wehren aber energisch ab, und geben zu verstehen, dass bereits zweimal Blutuntersuchungen gemacht worden seien. So verzichte ich zunächst darauf und bitte die Einrichtung, über das zuvor zuständige Sozialamt Frankfurt Erkundigungen über die Voruntersuchungen einzuziehen. Ergebnis negativ: Es würden nur auffällige Befunde weitergegeben. Was tun? Nochmal von vorne anfangen, sich auf die Aussagen verlassen? Für diese beiden verängstigten Jugendlichen ist die Spritze der Horror und kein guter Ausgangspunkt für eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung. Was mit den beiden ist, klärt sich langsam:

J. und S. sollen 13 und 15 Jahre alt sein, sie wirken beide etwa 2 Jahre älter. Sie seien über Schleuser auf dem Landweg aus Afghanistan zu Fuß nach Deutschland gekommen. Die Schleuser hätten 8.000 Euro bekommen, die die Mutter aufgebracht habe,

und sie seien über Iran, Türkei, Bulgarien und Ungarn bis zum Frankfurter Flughafen gebracht worden. Unterwegs gab es einige traumatisierende und traumatische Ereignisse, unter anderem wurden sie beschossen, wobei es auch Verwundete gab. Die Mutter sei im Iran hängengeblieben, es gebe keinen Kontakt. Der Vater besaß ein Geschäft in einem kleinen, von Taliban beherrschten Ort und kam 2014 zusammen mit dem älteren Bruder bei einem Terroranschlag ums Leben. Es sei schlimm mit den Minen und Autobomben gewesen, so seien sie Zeuge gewesen, wie sich ein Selbstmordattentäter mit 200 Menschen in die Luft gejagt habe. Die Taliban hätten bereits 12 bis 13-jährige Jungen rekrutiert und darum habe die Mutter sie in Sicherheit bringen wollen. Es gebe noch 2 ältere Schwestern, zu denen es keinen Kontakt gibt, denn wenn die Schwestern heiraten, sind sie in der neuen Familie und für die alte ganz aus dem Weg und aus dem Sinn. Sie fühlen sich in der Wohngruppe von eritreischen Mitbewohnern beleidigt und provoziert, was zu Handgreiflichkeiten führt. Nach dem Deutschunterricht in der Schule leiden sie oft über Kopf- und Bauchschmerzen. Sie sind strenggläubige Moslems, halten den Ramadan ein. Der Ältere will Schauspieler werden.

Eine geplante kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie wurde trotz großen Einsatzes des Kollegen abgebrochen, mehrfach wurde ganz unmittelbar vor einem geplanten Termin abgesagt, sodass mangels Compliance auch in der Einrichtung keine Therapie zustande kam.

Pathognomonische Verallgemeinerung

Typisch ist hier: umfangreiche Voruntersuchungen, deren Ergebnisse nicht bekannt sind. Impfungen, die zwar im Impfbuch dokumentiert sind, aber nicht, worauf sie beruhen. Wechselnde, überwiegend weibliche Betreuer, fast bei jedem Termin war eine andere Person anwesend. Viele somatoforme Symptome, die nicht nur den Schulbesuch unmöglich machen, sondern auch zu diversen unangemeldeten Akutvorstellungen führen. Regulär vereinbarte Termine werden dagegen nicht wahrgenommen, eine begleitende Psychotherapie ist damit nicht möglich. Letztlich resultiert Unzufriedenheit auf beiden Seiten: In der Akutsituation kann nicht auf die Bedürfnisse eingegangen werden, dazu eingeräumte Termine werden aber nicht genutzt. Der wirkliche Überblick über den Stand der Dinge – Beschulung, Verhaltensprobleme, Gruppensituation, familiäre Situation, Kontakte zu Landsleuten, Sprachfortschritte – fehlt. So bleiben mehr Fragen als Antworten.

Wir haben einmal gelernt, wie wichtig die Anamnese ist. Wie müssen uns auch sonst im Alltag verlassen auf das, was uns erzählt wird, so problematisch das auch im Einzelfall sein mag. Die wenigsten Dinge können wir selbst feststellen. Eine Aussage wie „Kein Impfbuch = ungeimpft“ kann nicht akzeptiert werden: Auch bei unseren Landsleuten fangen wir nicht mit allem wieder von vorne an. Vieles, viel mehr, als man zunächst meint, kann in Erfahrung gebracht werden. In unserem Fall stellt sich nach einigen Monaten heraus, dass die beiden Kontakt zu ihrer inzwischen im Iran lebenden Mutter aufnehmen konnten und so Aussagen über Vorerkrankungen und Impfungen möglich wurden. Man muss nicht alles sofort wissen wollen – das ist die Stärke der ambulanten Pädiatrie: Wir sehen die Verläufe, wir haben die Möglichkeit, einen roten Faden aufzunehmen und eine kontinuierliche Betreuung zu leisten, wenigstens dann, wenn die Kinder und Jugendlichen ihren endgültigen Aufenthaltsort gefunden haben. In einer Erstaufnahme-



© Fotolia - phreahn

einrichtung sieht die Situation grundsätzlich anders aus. Aber auch hier gilt, dass Maßnahmen und Ergebnisse weitergegeben werden müssen – und daran hapert es häufig, was nicht nur zu unnötigen und teuren Zweituntersuchungen führt, sondern mit einer positiven Willkommenskultur nicht vereinbar ist.

Der Rahmen

Die Flüchtlingskrise ist allgegenwärtig und führt zu den heftigsten Auseinandersetzungen in allen gesellschaftlichen Bereichen, die Pädiatrie nicht ausgenommen. Millionen seien schon da, Millionen stehen noch an den Grenzen und wollen noch kommen. Eine neue Situation? Im historischen Vergleich, etwa in der unmittelbaren Nachkriegszeit, in der 12 Millionen Flüchtlinge in ein verarmtes, hungerndes, ausgebombtes Land zogen, war die Situation ungleich prekärer, auch die Zahl der Arbeitsmigranten seit den 60er-Jahren übersteigt die Zahl der heutigen Flüchtlinge weit, und in den 90er-Jahren musste sich die Bundesrepublik mit erheblichen Zuwanderungen auseinandersetzen. Den Wandel zu einem Einwanderungsland hat Deutschland bis heute nicht kultiviert, denn die Flüchtlinge aus dem Osten waren ja Volksdeutsche, die angeworbenen Gastarbeiter sollten nicht

bleiben, sondern nur aushelfen, und für die Rußlanddeutschen galt dasselbe wie für die Ostflüchtlinge nach dem Krieg. Das ist die eine Seite. Die andere ist die, dass bis zum Jahr 2050 die Bevölkerung in Deutschland durch den demographischen Wandel um rund 7 Millionen Menschen auf insgesamt 75 Millionen schrumpfen wird. Die gewachsenen politischen und sozialen Strukturen werden sich umstellen müssen, denn auch die aktuelle hohe Zuwanderung hat nur sehr beschränkte Auswirkungen auf die langfristige Bevölkerungsentwicklung. Der Trend zur zunehmenden Alterung der Bevölkerung kann dadurch nicht umgekehrt werden [2]. In Deutschland stehen etwa 2 Millionen Wohnungen leer [3]. Seien wir darum froh um junge Leute, die unser Land bereichern.

Keine einheitliche, sondern eine sehr heterogene Gruppe

Über jugendliche Migranten allgemein zu sprechen, ist deswegen schwierig, weil Kontext und die individuelle Herkunft und Lage sehr, sehr unterschiedlich sind. Es gilt der Grundsatz, alle Kinder, die in Deutschland leben, ungeachtet ihrer Herkunft, sozialen Stellung, ihres kulturellen Hintergrundes gleich zu behandeln. Hierzu gibt es entsprechende Stellungnahmen

aller Fachgesellschaften, so etwa die der DAKJ-Kommission für Globale Kindergesundheit [4]. Diese Gleichbehandlung muss sich hierzulande an der extrem hohen Messlatte orientieren, die die deutsche Pädiatrie in den letzten Jahren entwickelt hat. Dazu gehört nicht nur die Not- und Erstversorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen, an der viele niedergelassene Kollegen beteiligt sind, sondern es geht vor allem um durch die Jugendfürsorge in Obhut genommenen unbegleiteten Jugendliche, die zunächst UMF (unbegleitete minderjährige Flüchtlinge), seit Herbst 2015 UMA (unbegleitete minderjährige Asylbewerber) genannt werden. Sie sind bei uns mit höchst individueller Herkunft, individuellen Umständen, Erlebnissen und medizinischen Vorgeschichten eingetroffen.

Nach dem *Migrant Integration Policy Index* liegt Deutschland zwar auf Rang 10 von 38 [5], aber schneidet in Bildung und Gesundheit schlecht ab. Im Jahr 2015 haben 137.479 Minderjährige einen Asylantrag in Deutschland gestellt, 31,1 % der Erstanträge [6] (BAMF 2015). Die Verteilung auf die Bundesländer regelt der Königsteiner Schlüssel. Der bundesweite Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit wird von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration koordiniert.

Kein ungewohntes Terrain, aber ein quantitatives Problem

Die Integration von Asylbewerbern und Migranten in die pädiatrischen Praxen ist kein grundsätzlich neues Arbeitsgebiet für Kinder- und Jugendärzte. Es gilt weiterhin alles, was dazu gesagt und geschrieben worden ist, und es müssen keine neuen Standards erstellt werden, denn schon lange machen Kinder und Jugendliche mit ganz unterschiedlichem akuten und chronischen Migrationshintergrund einen großen Anteil unserer Patienten aus. Die Fachgesellschaften beschäftigen sich in Jahrestagungen, Seminaren und Publikationen intensiv mit dieser Thematik.

Allein der massive Anfall von neuen Patienten aus dem Kreise der Asylbewer-

ber, der die Praxen ungleich trifft, stellt die durch neue Vorsorgen, neue Aufgabengebiete, neue Morbiditäten sowie den sich langsam ausbreitenden Kinderärztemangel ohnehin belasteten und straff organisierten Praxisteams vor besondere Herausforderungen. Denn es braucht Zeit und Zuwendung: für die Neuankömmlinge, aber auch für die Professionalisierung für die Besonderheiten einer kultursensiblen Migrantenmedizin. Diese ist organisatorisch – übrigens ebenso wie die Jugendmedizin allgemein – extrem problematisch, was den zunehmenden Frust der eigentlich willigen und interessierten Kinderärzte erklärt. Und es geht nicht mehr um die Willkommenskultur, über die wir uns Gedanken machen müssen, sondern bei den nun den Gemeinden zugewiesenen Jugendlichen um eine Bleibekultur, also um Nachhaltigkeit. Nachhaltigkeit einer Beziehung, Nachhaltigkeit von medizinischen Maßnahmen. Statt voreiligem Interventionismus Schaffen einer Vertrauensatmosphäre.

Flüchtlinge: eine gefährdete, keine gefährliche Population

Es ist wiederholt und von Fachleuten aller Disziplinen betont worden, dass von Flüchtlingen kaum ein relevantes Gesundheitsrisiko ausgeht. Sie sind eine gefährdete, keine gefährliche Population. Dass die fehlende Vermittlung und das Verlorengehen von bereits erhobenen Laboruntersuchungen und Impfungen zu unnötigen und kostenintensiven Mehrfachuntersuchungen führen, ist vielerorts festzustellen und beklagt worden. Ein einfacher Weg ist, wichtige Dokumente mit dem Handy, welches praktisch alle besitzen, abzufotografieren und so aufzubewahren, dann sind die Daten „am Mann“. Und wenn das Handy geklaut wird? Am sichersten ist es, die Daten im Himmel aufzubewahren, in der Cloud. Und wir müssen auch, jenseits von Dokumenten, Glauben schenken – wie sonst auch bei jeder Anamnese,

etwa, wenn es heißt, das Kind sei vollständig geimpft.

Traumatisierte Kinder – wie damit umgehen?

Mit „*Den Menschen im Blick. Schützen. Integrieren.*“ wirbt das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und verlautet: „Besonderes Augenmerk muss auch auf Flüchtlingskinder und -jugendliche gelegt werden, die ein höheres Risiko für Psychotraumata tragen. Alle, die mit diesen Kindern und Jugendlichen zu tun haben, müssen für die große Vulnerabilität dieser Gruppe von Kindern und Jugendlichen sensibilisiert werden“ [7]. Aber wie?

Mindestens ein Viertel aller Flüchtlingskinder ist traumatisiert. Viele davon werden anhaltende psychische Störungen, z. B. posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln. Die Versorgung ist auch mit bestem Willen aller niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nicht zu bewältigen. An unserem Beispiel haben wir die Problematik selbst bei optimalen Voraussetzungen gesehen.

Das Regensburger Modell: Traumahelfer

Die Schulung von Laien zu Traumahelfern ist eine realistische und gangbare Möglichkeit, wie etwa Thomas Loew, Leiter der Psychosomatik in Regensburg, vorge schlagen hat [8]. Sein Ausgangspunkt waren die studentische Selbsthilfe, die Anamnesegruppen. Traumahelfer kann jeder sein, der beziehungsfähig und beziehungswillig ist. Die Neugier, das Interesse am anderen ist Voraussetzung. Auch wir in den Praxen können und sollen Traumahelfer sein. Nur dürfen wir dazu nicht erneut traumatisieren, deswegen sollte die Arbeit der Traumahilfe nicht unbedingt in den Praxen verortet sein. Die Doppelrolle, in der wir uns einerseits als Psychotherapeuten verstehen, andererseits aber auch medizinische Maßnahmen treffen, ist konfliktbeladen.

Hilflosigkeit der Einrichtungen

In der Betreuung der UMAs erleben wir wie sonst auch, dass nicht nur die Eltern,

FEED BACK Schicken Sie uns Ihre Kommentare, Anmerkungen, Erfahrungen etc. an kipra@kirchheim-verlag.de.

Wesentliches für die Praxis ...

- Jugendliche Migranten kommen in unsere Sprechstunden, aber nicht nur in unsere. Sie kommen mit ganz unterschiedlichen Vorgeschichten und aus extrem unterschiedlichen Lebenssituationen, sie kommen akut, sie kommen zu allgemeinen Untersuchungs- und Gesprächsterminen, sie kommen zum Impfen.
- Das Spannungsfeld, in dem sich unsere Tätigkeit zwischen Willkommens- und Bleibekultur und medizinischen Notwendigkeiten ausdehnt, ist breit. Es gilt in erster Linie, eine vertrauensvolle, empathische, angstfreie Beziehung aufzubauen, was im Rahmen der tatsächlichen oder vermeintlichen medizinischen Notwendigkeiten wie Blutuntersuchungen, Impfungen nicht einfach ist.
- Es gilt, wie allgemein in der Sozialpädiatrie: Man muss nicht alles sofort wissen wollen, wir müssen nicht nur Dienstleister für einzelne Sachaufgaben sein, sondern haben die Möglichkeit und Chance, den „roten Faden“ einer kontinuierlichen Begleitung anzubieten und aufzunehmen.

sondern auch die in den letzten Jahren geschaffenen Betreuungseinrichtungen, wie die Einrichtungen der Jugendhilfe, mit einfachsten gesundheitlichen Fragen und pädagogischen Aufgaben völlig überfordert sind. Dadurch füllen sich die Praxen mit den banalsten Symptomen, die durch den entstehenden Behandlungsdruck entsprechend übertherapiert werden und dadurch die Erwartungshaltung teufelskreisartig verstärken. Das gilt für körperliche Symptome wie Fieber oder Husten ebenso wie etwa für Stifthaltung und Einbeinstand.

Die Pädiatrie muss sich positionieren und unterscheiden zwischen notwendiger Regelversorgung, fakultativer Mehrversorgung und experimenteller Maximalversorgung.

Anspruch und Wirklichkeit

In der letzten Zeit sind dem Autor wie vielen Kollegen, Absurditäten wie die Forderung von Lehrern nach Logopädie für jedes Flüchtlingskind auf der einen Seite und auf der anderen Seite Neugeborene, die 3 Stunden postnatal in eine Zeltunterkunft entlassen werden, begegnet. Flüchtlingsfamilien brauchen in erster Linie ein positives Aufnahmeclima, eine Erwerbsmöglichkeit und Sprachkompetenz, nicht gleich die Breitseite einer überzogenen medizinischen „Versorgung“, die die Selbstwirksamkeit unterdrückt. Denn Anspruch und Wirklichkeit liegen weit auseinander: Der Anspruch, alle Kinder gleich zu behandeln, scheitert an fehlender ärztlicher Betreuung, Termin-

knappheit, Impfstoffknappheit und starrem Zuständigkeitsdenken. Formalismen ersetzen Zuwendung und Cura, Sorge.

Nirgendwo zeigt sich der Irrweg unseres Gesundheitswesens deutlicher als in dieser Krisensituation. Bei uns kostet ein einziger Impfstoff weit mehr als eine komplette Immunisierung nach WHO-Standard. In Flüchtlingslagern in armen Ländern wird mit billigen Generika aus Großgebirgen nach Standardlisten gearbeitet, die persönlich ausgegeben werden. Hier müssen sich die Flüchtlinge in den Erstaufnahmeeinrichtungen ihre Medikation genehmigen lassen, was wiederholt zu unnötigen Verzögerungen oder gar falschen Präparaten führte. Außerdem sind die wirklich notwendigen Medikamente, die „essential drugs“, vielen ehrenamtlich oder bezahlt in Flüchtlingslagern tätigen Ärzten gar nicht bekannt, denn sie werden bei uns nicht gelehrt. Zuhäuf verschriebene überflüssige Medikamente wie Hustensäfte führen nur zu neuen Abhängigkeiten, wenn sie beim nächsten Infekt dann nicht zur Verfügung stehen. Dann wird die fehlende medizinische Versorgung bejammert und so schließt sich der Kreis.

Priorisierung: Was ist wichtig?

So ist zu fordern, die Regelversorgung schon in der pädiatrischen Ausbildung auf das Wesentliche zu fokussieren und nicht auf eine Maximalmedizin. „Essential drugs“, „essential procedures“, „sanitation“ sind nicht Bestandteil ärztlicher Ausbil-

dung. Die wirklichen „top priorities“ liegen weit jenseits der kurativen Medizin: Wasser, Nahrung, Fäkalentsorgung. Diese aber machen den Haupterfolg von Hilfsmaßnahmen aus, wie auch die Hilfe zur Selbsthilfe, die in unserem Medizinsystem zugunsten von vielfältigen, zum größten Teil künstlich geschaffenen Abhängigkeiten untergraben wird. Die Kompetenzen und die Selbstwirksamkeit, die die Jugendlichen, die es bis hierher geschafft haben, aufgebracht haben, verdient Respekt und Förderung.

Literatur

1. Virchow R (1848) Der Armenarzt. In: Die medicinische Reform Nr. 18, 3.11.1848. S. 125
2. Pressemitteilung Statistisches Bundesamt vom 20.01.2016 Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421.html
3. Wohnungs- und Immobilienmärkte in Deutschland 2016 (2016) BBSR Analysen Bau.Stadt.Raum,Band 12, Bonn
4. http://dakj.de/wp-content/uploads/2015/11/Fluechtlinge_DGPI-GTP-BVKJ-Stellungnahme_V1_310kt2015.pdf abgerufen am 25.11.2016
5. <http://www.mipex.eu/germany> abgerufen am 25.11.2016
6. www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/E/2016/201610106-asylgeschaefststatistik-dezember.html abgerufen 25.11.2016
7. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2012-04-05-positionspapier-arbeitskreis-migration-gesundheit.pdf?__blob=publicationFile abgerufen am 25.11.2016
8. Frage der Woche (2016) Dtsch Arztebl 113 (4): 4

Überarbeitete Fassung eines Vortrags auf dem Kongress für Jugendmedizin, Weimar 2016.

Interessenkonflikt:

Der Autor hat keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag.

Korrespondenzadresse

Dr. Stephan Heinriche Nolte
Kinder- und Jugendarzt
– Gelbfieberimpfstelle –
Lehrbeauftragter der Philipps-Universität
Marburg
Alter Kirchhainer Weg 5
35039 Marburg/Lahn
E-Mail: shnol@t-online.de

