

AWMF diskutiert medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Stresstest für das deutsche Gesundheitswesen

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gibt vor, dass ärztliche Leistungen für Flüchtlinge nur bei akuter Erkrankung und Schmerzen abrechenbar sind. Welche gesundheitlichen Probleme das umfasst, unterscheidet sich von Kommune zu Kommune. Oft wissen kranke Flüchtlinge nicht, welche Ärzte für sie zuständig sind. Ärzte wiederum sind verunsichert, welche Erkrankungen sie behandeln dürfen. Mit der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Migranten befasste sich der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Anfang April in Würzburg.

Wenig systematische Information

„Derzeit existiert viel anekdotische Erfahrung aber wenig systematische Information – der Föderalismus ist dabei ein großes Problem“, betont Dr. Anne Bunte, Leiterin des Gesundheitsamts der Stadt Köln. Mehr als 12 000 Flüchtlinge brachte Köln bis Februar 2016 in Wohnheimen, Notunterkünften und Hotels unter. Rund 70% sind gesund. Wenn nicht, leiden sie häufig unter Magen-Darm-Infektionen


durch Noroviren oder Campylobacter. Auch die Fallzahlen an Tuberkulose, Hepatitis B und C haben mit dem Flüchtlingsstrom zugenommen. Die Kölner Experten sind sich jedoch sicher, Krankheitsausbrüche durch Basishygiene und Impfungen vermeiden zu können.

Nach der Erstaufnahme verläuft der Weg in eine medizinische Behandlung alles andere als geradlinig, so Dr. Amand Führer von der Universität Halle. Er bezeichnet die aktuelle Situation als „Stresstest für unser Gesundheitswesen“. Um ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu dürfen, benötigen Flüchtlinge einen Behandlungsschein vom Sozialamt. „Die Scheine bedeuten nicht nur bürokratischen Aufwand – je länger die Patienten auf eine Behandlung warten, desto weiter schreitet die Erkrankung fort.“

Oft schicken Praxen und Kliniken die Patienten auf Irrwege durch die Institutionen, weil Strukturen fehlen – zumal eine Diagnose nicht immer auch bedeutet, dass eine Therapie erfolgt. „Das ist ethisch durchaus fragwürdig“, sagt Dr. Bunte. An den Schnittstellen gehen zudem viele Informationen verloren.

Verunsicherung auf beiden Seiten

Doch nicht nur die Flüchtlinge sind unsicher, welche Leistungen das AsylbLG umfasst. Prinzipiell haben alle Schwangeren, Kinder und medizinische Notfälle ein Recht auf Behandlung, aber auch Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sind im AsylbLG vorgesehen. „Bei chronisch Kranken, wie etwa Menschen mit Diabetes, ist selbst Ärzten und Sozialarbeitern oft unklar, ob und in welchem Maße Anspruch auf ärztliche Leistungen besteht“, sagt Dr. Führer.

Für einen schnelleren Zugang zu Leistungen hat die Stadt Köln zum 1. April die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge eingeführt. „Ziel muss es sein, die Menschen möglichst zügig in die Versorgung zu integrieren“, erklärt Bunte. Genau das gelingt derzeit bundesweit kaum. Fakt sei jedoch, betont Rechts-Expertin Prof. Dr. Winfried Kluth aus Halle, „dass das deutsche Gesundheitswesen in der Praxis weit mehr leistet als es von Rechts wegen muss.“ 

Quelle: Pressemeldung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Zentrale Venenkatheter immer unter Sichtkontrolle legen

Katheter sicher führen mit Ultraschall

Zentrale Venenkatheter zum Herzen sollten Ärzte immer unter zeitgleicher Ultraschallkontrolle legen, empfiehlt eine neue europaweite Leitlinie zur Interventionellen Sonografie. Untersuchungen haben gezeigt, dass dabei weniger Fehler passieren und es seltener zu Komplikationen kommt als beim traditionellen Vorgehen. Das betonen Experten der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM), die maßgeblich an der Erstellung der Leitlinie beteiligt waren.

Landmarken-Technik ist nicht mehr zeitgemäß


Bisher orientierten sich Ärzte beim Legen des Katheters vorrangig anatomisch an den Körperkonturen. „Sich allein an anatomischen Landmarken zu orientieren ist jedoch längst nicht mehr zeitge-

mäß“, so DEGUM-Expertin Prof. Dr. Christoph F. Dietrich aus Bad Mergentheim. Im Idealfall sollte der Arzt mit der einen Hand die Kanüle des Katheters führen, mit der anderen Hand einen steril verpackten Ultraschallkopf. Dieser gibt ihm am Bildschirm ein genaues Bild von der Lage des Katheters. Eine Metaanalyse von 2013 zeigt, dass Komplikationen wie falsch gesetzte Kanülen, Verletzungen von Blutgefäßen, Blutergüsse oder Blutansammlungen im Brustkorb unter Ultraschallkontrolle deutlich seltener vorkommen als bei der Landmarken-Technik.

Mit der Leitlinie zur „Interventionellen Sonografie“ legt die European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB) jetzt erstmals Standards für medizinische „Interventionen“ vor, bei denen der Ultraschall als

Hilfsmittel zur Sichtkontrolle dient. „Ultraschall ist das Mittel der Wahl, um Eingriffe zeitgleich am Bildschirm zu kontrollieren“, erläutert Dietrich.

Sicher und zielgenau

Unter Sichtkontrolle durch den Ultraschall können Eingriffe besonders zielgenau und sicher erfolgen. So kommt die Sonografie etwa dann zum Einsatz, wenn Mediziner Flüssigkeit zwischen Lunge und Brustwand ablassen, bei einem Krebsverdacht Gewebe entnehmen oder Eiteransammlungen entlasten. „Bei all diesen Eingriffen ist die Erfahrung des Arztes, die Wahl der richtigen Instrumente, die Einhaltung von Hygieneregeln und auch die Wahl der richtigen „Route“ im Körper entscheidend“, so Dietrich. Die Leitlinie setze hier Standards an denen Ärzte sich orientieren können. 

Quelle: Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM).