



# - Symposium

**“Flüchtlings- und Migrantenmedizin”**



**6. Juni 2009**

**Universität Düsseldorf**

## - Grußwort -

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
Sehr geehrte Damen und Herren,

Vor einem Jahr hat der gemeinnützige Verein *Stay! e.V.* seine Türen geöffnet um Menschen, die auf Grund ihrer Migrationsgeschichte Schwierigkeiten haben, ihre Lebenssituation menschenwürdig zu gestalten, professionelle Hilfe zur Seite stellen. Dabei steht die Vernetzung mit anderen Fachstellen und Organisationen der Flüchtlings- und MigrantInnenhilfe im Mittelpunkt unserer Arbeit. Darüber hinaus ist unser Anliegen, die Öffentlichkeit über die Hintergründe von rassistischer Diskriminierung, Flucht, Abschiebung, Integrationsprozessen und kultureller Vielfalt zu informieren.

Eines der wichtigsten Projekte von *Stay!* ist das MediNetz - ein von Ärzten ins Leben gerufenes medizinisches Versorgungsnetzwerk für Menschen ohne Papiere. Es ermöglicht Migranten ohne gültigen Aufenthaltsstatus einen Zugang zum Gesundheitswesen.

Nun wollen wir mit Ihnen das einjährige Bestehen des Vereins feiern. Zu diesem Zweck laden wir Sie herzlich zum 1. Stay!- Symposium für Flüchtlings- und MigrantInnenmedizin ein. Wir würden uns sehr freuen, Sie in Düsseldorf begrüßen zu können und hoffen auf interessante Vorträge und spannende Diskussionen.

Mit herzlichen Grüßen,

**Inna Serdiuk**

---

*Das diesjährige Symposium „Flüchtlings- und MigrantInnenmedizin“ wird finanziell vom AStA und logistisch von der Fachschaft Medizin der Universität Düsseldorf unterstützt.*



## - Programm -

9.00-9.15	Begrüßung und Einführung	I. Serdiuk MediNetz Düsseldorf
09:15-10:00	Transkulturelle Psychotherapie	C. Ghaderi PSZ Düsseldorf
10.00-10.45	Kultur, Abstammung, Milieu? Soziokulturelle Aspekte von Krankheit und Gesundheit bei Migranten	Dr. med. M. Knipper Universität Gießen
<b>10.45-11.00</b>	<b>Kaffeepause</b>	
11.00-11.45	Posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen	Dr. med. A. Möllering LVR Essen
11.45-12.30	Wenn Elefanten streiten, werden Blumen zertrampelt - Flüchtlingskinder in Deutschland	Dr. med. J. Dörnemann Missionsärztl. Klinik Würzburg
<b>12.30-13.30</b>	<b>Mittagspause</b>	
13.30-14.15	Die Rolle des Gesundheitsdienstes in der Behandlung von Papierlosen	Dr. med. H. Nitschke Gesundheitsamt Köln
14.15-15.00	Rechtliche Situation von Migranten in Deutschland	M. Rottmann Flüchtlingsinitiative stay! e.V.
15.00-15.30	Ein Jahr <i>MediNetz</i> - Erfolge und Herausforderungen	Dr. med. A. Rosen MediNetz Düsseldorf
15.30-16.00	Offene Fragen und Verabschiedung	
<b>Ab 16.00</b>	<b><i>Einjahresfeier von stay! Hüttenstraße 150, Düsseldorf</i></b>	

# Transkulturelle Psychotherapie

Cinur Ghaderi  
PSZ Düsseldorf

„Transkulturelle Psychotherapie“ mit Flüchtlingen im PSZ Düsseldorf ist das Thema des Vortrags. Das PSZ ist eine Beratungs- und Therapieeinrichtung für traumatisierte und psychisch belastete Flüchtlinge. Jährlich finden ungefähr 400 Menschen aus über 30 Ländern hier Unterstützung in Form von Beratung, Begleitung oder Psychotherapie.

Die Psychotherapie mit Flüchtlingen ist selbstverständlich im Hinblick auf Diagnose oder Herkunftsland sehr heterogen. Dennoch wird der therapeutische Fortschritt neben der störungsspezifischer Symptomatik und Entwicklung beeinflusst von weiteren Faktoren, die das Leben von Flüchtlingen bestimmen: anstehende Behördengänge und Gerichtsverfahren, notwendige zusätzliche „Schreibarbeit“ für die Therapeuten durch Stellungnahmen, der Einfluss der politischen Situation im Herkunftsland oder eine besondere familiäre Situation (z.B. Trennung durch Flucht, erhöhte Spannung bis hin zu Gewalt durch existentielle Unsicherheit und erlebte Traumata), d.h. eine Palette von externen Faktoren, die Unsicherheit erzeugen und Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Kontrolle über das eigene Handeln entgegenstehen.

Daher bedeutet die Psychotherapie mit Flüchtlingen, die Gewalt, Krieg, Folter und Vergewaltigung überlebt haben und vielfach unter den psychischen und körperlichen Auswirkungen leiden, Sicherheit herzustellen durch die Integration therapiebegleitender sozialer Arbeit zur sozialen und rechtlichen Stabilisierung, die Einbeziehung von DolmetscherInnen um Sprachbarrieren aufzuheben, das Kontaktieren mit ÄrztInnen, RechtsanwältInnen, Flüchtlingsberatungsstellen und Ehrenamtlichen.

Neben diesen Aspekten findet Psychotherapie mit Flüchtlingen nach klientenzentrierten, integrativen, systemischen, traumaspezifischen oder verhaltenstherapeutischen Methoden in Einzel- oder Gruppensitzungen statt und zwar in einem *transkulturellen* Setting.

Das transkulturelle Setting in der Psychotherapie wird durch den zunehmenden Bevölkerungsanteil mit Zuwanderungserscheinung in der Zukunft immer mehr zur Regel als zur Ausnahme. PsychotherapeutInnen werden theoretisches Wissen und praktische Handlungsleitfäden erlernen müssen, um ihre psychotherapeutischen Kompetenzen in der professionellen Beziehungsgestaltung auf ein interkulturelles Setting zu übertragen.

Erwartungen und Bilder zwischen Therapeut und Klient können zu Unsicherheiten und Hemmungen führen. Unreflektiert können gegenseitige Fremdheitsgefühle zu kulturalisierenden Fallstricken führen, die die Beziehungsgestaltung, die diagnostische Einschätzung und den Therapieprozess entscheidend beeinflussen.

Transkulturelle Kompetenz in der Psychotherapie bedeutet sich trotz Unsicherheit auf mögliche Unterschiedlichkeit des „fremden“ Klienten einzulassen, sensibel zu sein für kulturelle Aspekte, d.h. diese nicht ignorieren oder relativieren, sondern wahrnehmen und einschätzen. Kultursensibles Vorgehen beginnt aber niemals in der Analyse des „Anderen“, sondern in der Wahrnehmung des Eigenen, so die Annahme der aktuell gängigen wissenschaftlichen Konzepte zu transkultureller Kompetenz.

# Kultur, Abstammung, Milieu?

## Soziokulturelle Aspekte von Krankheit & Gesundheit bei Migranten

*Dr. med. Michael Knipper*

*Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen*

Macht Migration krank? Sind Migranten „anders“ krank als Nicht-Migranten, und stellen sie Medizin und Gesundheitsversorgung in Deutschland vor besondere, möglicherweise sogar spezifische Herausforderungen und Probleme? Diese Fragen umreißen zentrale Punkte der vielgestaltigen, aktuellen Debatten und Publikationen zum Thema „Migration und Medizin“. Schaut man auf die Antworten, so fällt die breite Verwendung von Begriffen wie Kultur, Herkunft und Abstammung auf, um die bei Migranten wahrgenommenen Besonderheiten und (vermeintlichen) Unterschiede etwa im Umgang mit Krankheit und Medizin zu deuten.

Aber was bedeutet eigentlich der Verweis auf, zum Beispiel, die „Kultur“ von Migranten konkret? Welche Vorstellungen, Vorannahmen und Wertungen beinhalten Aussagen, die das Verhalten eines Patienten mit Migrationshintergrund (und ggf. seiner Angehörigen) etwa in der Notaufnahme eines Krankenhauses mit seiner Herkunft aus einem anderen Land als Deutschland assoziieren? Weshalb werden Krankheitsrisiken bei Menschen mit Migrationshintergrund mit der Nationalität verrechnet, gegebenenfalls sogar nicht mit der eigenen, sondern mit derjenigen der Eltern oder gar Großeltern, bzw. eines Eltern-/Großelternteils? Eine differenzierte Betrachtung von Herkunft und Biographie eines Patienten, sowie der soziokulturellen Dimensionen von Krankheit und zum Beispiel der Arzt-Patienten-Beziehung, *kann* außerordentlich fruchtbar und hilfreich sein. Die zentrale Frage, die sich beim Blick auf die aktuellen Debatten in Deutschland jedoch stellt, ist folgende: Weshalb kommt die Gegenwart der Migranten darin nicht vor?

Begriffe wie Abstammung und Herkunft fokussieren explizit allein auf die von Deutschland geographisch und zeitlich entfernte Vergangenheit. Im Falle von „Kultur“ ist oft derselbe Effekt zu beobachten infolge der Art, wie diese Kategorie verwendet wird. Aber Kultur ist nicht statisch und kulturell definierte („ethnische“) Gruppen sind weder klar abgrenzbar noch homogen. Und sowohl die allgemeinen Lebensverhältnisse, als auch Krankheitsrisiken und Krankheitsverhalten stehen gerade bei Migranten in engem Zusammenhang mit den aktuellen Lebensbedingungen in Deutschland – angefangen von den individuellen sozio-ökonomischen Verhältnissen, über das soziale und politische Klima bis hin zu sehr spezifischen Aspekten wie Rechtsstatus und, davon wesentlich abhängig, Zugang zur Gesundheitsversorgung und Zukunftsperspektiven.

Konkret wird der Vortrag – nach einer kritischen Analyse der Begriffe „Kultur“, „Abstammung“ und insbesondere „Migrationshintergrund“ – zwei Konzepte vorstellen, die alternativ zur ausschließlichen und die Betroffenen sogar teils stigmatisierenden Betrachtung der Vergangenheit helfen, die Gegenwart in den (medizinisch interessierten) Blick zu nehmen: Zum einen ist das die soziologische Kategorie des „sozialen Milieus“, zum zweiten das gerade für die Arbeit mit Flüchtlingen relevanten Konzept der „sequentiellen Traumatisierung“ (Keilson), mit dem die Aufmerksamkeit explizit auf die Bedeutung der verschiedenen Phasen eines Migrationsprozesses für die Entstehung, Ausprägung und Bewältigung psychischer Traumata gelenkt wird.

# Trauma und Migration

*Dr. med. A. Möllering*  
*LVR Essen*

Traumatisierungen sind so alt wie die Menschheit und kommen in allen Ländern, allen Schichten und zu allen Zeiten vor. Aber die Beschäftigung mit diesem Thema ist nicht einfach und oftmals findet sie dahingehend statt, dass verleugnet wird, was „nicht sein darf“. Dennoch gibt es, nicht zuletzt seit 1980 die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung in die offizielle psychiatrische Nomenklatur aufgenommen wurde, vielfältige Studien, die sich mit den Auswirkungen von Traumatisierungen auf Menschen beschäftigen.

Traumatische Erfahrungen werden verstanden als extrem belastende Erfahrungen, die i.d.R. mit massivem Ohnmachts- und Hilflosigkeitserleben sowie Todesangst einhergehen, die bisherigen Bewältigungsmuster außer Kraft setzen und somit nicht in die bereits gemachten Erfahrungen integriert werden können. Eine besondere Bedeutung kommt hier den von Menschen verursachten Traumatisierungen zu und in besonderem Maße den gezielt von Menschen Menschen zugefügten Traumatisierungen, wie sie etwas bei Folter zu finden sind. Diese weisen die höchste Wahrscheinlichkeit auf, im Anschluss an einer Traumafolgestörung zu erkranken.

Psychische Traumatisierung kann nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext verstanden werden. In diesem Zusammenhang spielen beispielsweise Fragen wie: „wie sieht die gesellschaftliche Bewertung des Ereignisses aus? Handelt es sich um ein eher „regelhaftes“ Ereignis? Bestehen fortgesetzte Traumatisierungen etc., eine große Rolle. Nach traumatischen Ereignissen ist es in eine Vielzahl der Fälle so, dass die Selbstheilungskräfte der Menschen so stark sind, dass sich keine Traumafolgestörung entwickelt. Aber für eine nicht unerhebliche Zahl Betroffener bedeutet eine Traumatisierung auch die Entwicklung einer Traumafolgestörung, die sich sehr umschriebenen etwa als PTBS/TSD (Posttraumatische Belastungsstörung/ Postraumatic Stress disorder) äußern kann, aber auch unspezifischer zu einer depressiven Erkrankung, einer Angsterkrankung, einer somatoformen Störung, einer Essstörung oder sonstigen Süchten etc. führen kann.

Die PTBS/PTSD ist einer umschriebene Traumafolgestörung, die durch die 3 Symptombereiche: Intrusionen, Hyperarousal und Vermeideverhalten gekennzeichnet ist. Zentrales Charakteristikum jeglicher Traumatherapie ist das Herstellen von Sicherheit und hier primär äußerer Sicherheit und dann im Verlauf innerer Sicherheit. Dies stellt nachvollziehbar nicht selten eine große Problematik bei Migranten dar, die etwa ständig damit rechnen müssen, in ihr Heimatland (und hiermit womöglich zum Ort der Traumatisierung) abgeschoben zu werden. Die Situation für Migranten, die sich etwa illegal im Zufluchtsland aufhalten ist in dieser Hinsicht zusätzlich unhaltbar, da ihnen oftmals der Zutritt zu basalem Schutz verweigert bleibt. So dass sie dann auch oft die sonst üblichen Traumtherapeutischen Behandlungsphasen nicht durchlaufen können (nach äußerer Stabilsierung würde die innere Stabilsierung u.a. mit imaginativen Verfahren und wenn möglich dann die konkrete Traumabearbeitung folgen, bis Betroffene das Ereignis in ihre Biographie integrieren können.

## **„Wenn Elefanten streiten, werden Blumen zertrampelt“ Flüchtlingskinder in Deutschland**

*Dr. med. Jenny Dörnemann*

*Arbeitsgruppe „Migrantenmedizin“ der Missionsärztlichen Klinik Würzburg*

Weltweit wird Kindern Gewalt angetan, sie werden Opfer von Kriegen und Bürgerkriegen, und weltweit sind Kinder auf der Flucht: Von den 38 Millionen Flüchtlingen weltweit sind 44% Kinder und 10% sind Kinder unter fünf Jahren. Die meisten Kinder auf der Flucht bleiben in der Nähe der Herkunftsländer, nur wenigen gelingt es, die „Festung Europa“ zu erreichen. Diese Kinder suchen Zuflucht bei uns, die brauchen unseren Schutz – stattdessen wird ihnen oftmals mit Ausgrenzung begegnet.

Kinder haben Rechte – unter anderem das Recht auf bestmögliche Entwicklung, das Recht auf Schulbesuch, das Recht auf bestmögliche Gesundheitsförderung. Die Kinderrechte wurden 1989 in der internationalen Kinderrechtskonvention von den Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen festgeschrieben. Auch Deutschland unterschrieb die Konvention, äußerte aber einen Vorbehalt: *„Nichts in dem Übereinkommen kann dahin ausgelegt werden, daß die widerrechtliche Einreise eines Ausländers in das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland oder dessen widerrechtlicher Aufenthalt dort erlaubt ist.“* Außerdem behält sich die Bundesregierung vor, *„Unterschiede zwischen Inländern und Ausländern zu machen.“* Dies bedeutet: In Deutschland ist ein Flüchtlingskind zuerst einmal ein Ausländer – und erst dann ein Kind.

Die Unterordnung der Kinderrechte unter das rigide Ausländerrecht hat für die Flüchtlingskinder verheerende Folgen: In einigen Bundesländern wird der Schulbesuch für Flüchtlingskinder erschwert; der Zugang zu medizinischer Versorgung wird durch das Asylbewerberleistungsgesetz stark eingeschränkt; das Leben in Gemeinschaftsunterkünften gefährdet die kindliche Entwicklung. Durch die von den Kindern wahrgenommene Entmündigung der Eltern durch Ausländerämter und Heimleitungen gerät außerdem die Stabilität der Familien ins Wanken: Die Kinder erleben ihre Eltern als machtlos.

Besondere Probleme erleben Kinder ohne Papiere: Nicht sie sind es, die den Entschluß zu einem Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität gefällt haben, aber sie tragen die Folgen. Eine fehlende Geburtsurkunde, eine unvollständige oder fehlende schulische und berufliche Ausbildung sind schwere Lasten, die ein ganzes Leben lang von Kindern ohne Papiere getragen werden müssen – da auch hier die Bundesrepublik Deutschland Übermittlungs- und Meldepflichten ernster nimmt als die Rechte von Kindern.

*„Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und Politik ist nichts als Medizin im Grossen.“* (Rudolf Virchow). Es ist Teil unserer ärztlichen Verantwortung, für Schwächere einzutreten und ihnen ihre Stimmen zu leihen. Flüchtlingskinder brauchen unseren Einsatz. Dass sich ärztliches politisches Engagement lohnen kann, zeigt die Verbesserung der Situation für Flüchtlinge in bayerischen Gemeinschaftsunterkünften nach unter anderem ärztlichem Protest – vielleicht ein Beispiel, das Mut zu mehr machen kann.

# Ein Jahr MediNetz Düsseldorf - Erfolge und Herausforderungen

*Dr. med. Alex Rosen  
Medinetz Düsseldorf*

Gegründet von einer Gruppe junger Mediziner, die ähnliche Einrichtungen in Berlin, Bonn und Bochum als Vorbild nahmen, bietet das MediNetz Düsseldorf jede Woche eine medizinische Sprechstunde für Menschen ohne Papiere an. In dieser Sprechstunde sitzen Ärzte, Medizinstudierende oder Krankenschwestern und versuchen, praktikable Lösungen für die Probleme der Patienten zu finden. Staatliche Krankenhäuser müssen Menschen ohne Papiere an die Ausländerbehörden melden. Ihnen droht dann die Verhaftung und Abschiebung. In den Arztpraxen ist der Zugang zum Gesundheitswesen prinzipiell einfacher, doch die große Hürde der Sprechstundenhilfe, die nach einer Versichertenkarte fragt bevor überhaupt irgendetwas passiert ist für die meisten unüberwindbar, so dass ein niederschwelliges Angebot für medizinische Hilfe benötigt wird. Genau das ist die Idee hinter dem MediNetz.

Entgegen der landläufigen Meinung kommen die Menschen nicht mit Tropenkrankheiten oder Tuberkulose zu uns, sondern meist mit Folgeschäden ungesunder Arbeitsbedingungen und einer Existenz am Rande der Gesellschaft – Leistenbrüche auf Grund von schweren Hebearbeiten, Knochenbrüche oder Verbrennungen. Ansonsten haben die Papierlosen die selben medizinische Probleme wie jeder andere auch: viele kommen zu uns mit seit lange andauernden Zahnschmerzen oder Spätfolgen chronischer Krankheiten wie Diabetes. Oft haben sie bereits lange versucht, die Probleme zu ignorieren oder so gut es geht selbst zu behandeln bevor die Not so groß ist, dass sie uns besuchen. Sie haben große Angst aufzufliegen, sind im Alltag übervorsichtig und meiden jede unnötige Aufmerksamkeit. Aus anderen Städten wissen wir, dass seit der Gründung des ersten MediNetz in Hamburg 1994 Polizei oder Ausländerbehörden noch nie Probleme gemacht haben – dennoch nehmen wir die Angst unserer Patienten sehr ernst und arbeiten streng vertraulich, anonym und mit guter Datenschutzsicherung.

Manchmal können wir den Patienten durch ein klärendes Gespräch und einige einfache Vorschläge schon helfen, wie zum Beispiel bei Unsicherheit, was eine neu aufgetretene Hautveränderung bedeuten könnte, meist wird allerdings eine Überweisung an einen niedergelassenen Kollegen notwendig. Hierzu erhalten die Patienten einen besonderen Überweisungsschein, der es ihnen auf Grund von Absprachen mit den Praxen ermöglicht, an der Sprechstundenhilfe auch ohne Versichertenkarte vorbei zu kommen. In Düsseldorf kooperieren mehr als 20 Ärzte mit unserem Projekt – Augenärzte, Chirurgen, Internisten, Zahnärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Frauenärzte – viele Fachbereiche konnten wir mittlerweile durch unser Netzwerk abdecken. Seit neuestem haben wir auch ein Labor und eine Hebamme in unserem Netzwerk, so dass unser Angebot noch erweitert werden konnte. Dies ist vor allem wichtig, da mehr und mehr Schwangere ohne legalen Aufenthaltsstatus in unsere Sprechstunde kommen, die die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen benötigen und einen Ort suchen, an dem sie entbinden können – ein Problem, auf das wir bislang noch keine zufriedenstellende Lösung gefunden haben. Dafür haben wir dank unserer assoziierten Kinderärzte sehr gute Anbindungsmöglichkeiten für jugendliche Patienten und Kinder denen Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen fehlen. Auch die HIV-Praxis kooperiert mittlerweile mit uns.

Wir stehen mit unserem Projekt sicherlich erst am Anfang und können noch vieles verbessern – das Netzwerk muss erweitert werden, damit sich die Arbeit auf mehr Schultern verteilt; viele Menschen ohne Papiere kennen unser Angebot noch nicht und scheuen weiterhin den Besuch beim Arzt. Wir müssen Vertrauen schaffen und unser Angebot noch mehr publik machen. Wir benötigen außerdem noch mehr finanzielle Mittel und müssen mehr Fundraising betreiben um auch größere Probleme wie operationswürdige Leistenbrüche zu behandeln. Wir haben noch viel Arbeit vor uns, aber wir sind auf dem besten Weg...