

Heinrich Georg Hohmann

Gewollte Entmündigung

Die Versorgung von Asylbewerbern durch den Staat
Gesundheitsrelevante Aspekte aus der Praxis

Einleitung

Ein wesentlicher Teil der geschriebenen Menschheitsgeschichte befaßt sich mit den Ursachen und Folgen von Wanderungsbewegungen. Migration verändert nicht nur die wandernden Menschen, auch die seßhafte Bevölkerung erfährt auf dem Weg und am Ziel zum Teil ungewollte Veränderungen. Sowohl die bereits in Deutschland angekommenen, zum Teil bereits in der zweiten und dritten Generation hier lebenden Zuwanderer, als auch die Asylsuchenden und Bürgerkriegsflüchtlinge verändern zum Teil schlagartig, zum Teil schleichend die Politik, die Institutionen und auch jeden einzelnen von uns.

Am Umgang mit Asylbewerbern, der tendenziell wohl schwächsten Menschengruppe unter den Zuwanderern neben den Illegalen, lassen sich Stärken und Schwächen eines Gemeinwesens, Probleme und Nöte der Zuwanderer sowie daraus ableitbare Strategien zur Problemlösung gut aufzeigen. Migration ist aber zugleich auch ein Thema für die Gesundheitssysteme der Zuwanderungsländer. Der Artikel zeigt auf, wie in Deutschland staatliche Einrichtungen auf die Migrationsprobleme reagiert haben und reagieren könnten.¹

Politische Rahmenbedingungen

Eine Bewertung der Entwicklungen politischer Einstellungen und Maßnahmen im Flüchtlingsbereich erfordert die Berücksichtigung der individuellen Fluchtursache und des Fluchtanlasses. Der oft gebrauchte Ausdruck »Wirtschaftsflüchtling« weist darauf hin, daß ökonomische Probleme in den Heimatländern als eine grundlegende Fluchtursache angesehen werden.

Bei dem Wort »Flüchtling« assoziiert man häufig die Schreckensbilder von ausgemergelten Frauen und Kindern mit Hungerbäuchen. Es wird dabei vergessen, daß derart betroffene Menschen mit viel Glück ein Nachbarland erreichen und daher als Flüchtlinge in der Bundesrepublik überhaupt nicht vorkommen können. Ein angeblicher Wirtschaftsflüchtling in der Bundesrepublik muß daher schon aus einer gewissen

Mittelschicht stammen, um sich die Flucht in die Bundesrepublik erkaufen zu können.

Während offiziell weiterhin dem »echten« (sprich politisch) Verfolgten geholfen werden soll, wird der öffentlichen Diskussion z.B. darüber, ob ein Kurde als solcher zu Unrecht oder als PKK-Terrorist zu Recht in der Türkei verfolgt wird, breiteren Raum eingeräumt, werden aus Haftlagern Entflohene in lagerähnliche Unterbringungsformen gezwungen, werden aus politischer Entmündigung Geflohene bei uns über Jahre auch in ihrer einfachsten Lebensführung per Gesetz entmündigt. Fluchthelfer, ohne die kaum ein Verfolgter sein Heimatland verlassen und zu uns gelangen kann, werden heute unhistorisch als »Schlepperbanden« bezeichnet.

Die Polarisierung der Bundesrepublik schreitet weiter fort und es sind praktisch keine Bestrebungen zu erkennen, Zuwanderern, insbesondere Asylbewerbern die Möglichkeit zu eröffnen, im Rahmen allgemeingültiger Gesetze und Rechtspraxis in materieller und ideeller Selbstverantwortung ihr »Aufnahmebegehren« in den Deutschen Staat zu verfolgen. Mit den Prinzipien der bürgerlichen Rechtslehre vertragen sich nicht Gesetzgebungen, wie Asylverfahrensgesetz und Asylbewerberleistungsgesetz und die daraus abgeleitete Praxis der »Verwaltung« von Asylbewerbern durch den Staat.

An dieser Stelle muß auch aus gesundheitlicher Sicht auf die Problematik der extrem langen Asylverfahren der Vergangenheit eingegangen werden. Auf der einen Seite müssen jedem Menschen in unserem Gemeinwesen alle juristischen Verfahrenswege zur Durchsetzung eines Rechtsanspruches offenstehen. Auf der anderen Seite ist es kaum hinnehmbar, daß Asylbewerber nach vielen Jahren der Eingewöhnung mit Kindern, die hier geboren sind, hier zur Schule gegangen sind oder auch hier einen Beruf erlernt haben, zumindest sich zum großen Teil hier völlig eingelebt haben, die hiesigen sozialen Unterstützungssysteme verlieren und wieder in ihr Herkunftsland in eine oftmals ungewisse Zukunft abgeschoben werden. Gleichwohl kann die Lösung nur in einer rechtsstaatlichen Verfahrensregulierung liegen, es darf keine ad-hoc Willkürentscheidungen geben.

Zu keinem Zeitpunkt der Debatte um das neue Asylrecht hat eine Rolle gespielt, wie beschämend niedrig mit eher sinkender Tendenz die Entwicklungshilfe der Bundesrepublik ist – und wie konzeptionslos. Das Thema »gerechte Handelsbeziehungen«, welches zwischen den Industriestaaten vehement bearbeitet wird, ist im Verhältnis zur sogenannten Dritten Welt nicht existent.

Unterbringungsmodelle

Die »Behausung« des Menschen hat neben ihrer Schutzfunktion vor den Naturgewalten in fast allen Kulturen eine zentrale Bedeutung als Mittelpunkt individuellen, familiären und gesellschaftlichen Lebens eingenommen. Sie kann dem Menschen Heimat sein, ihn aber auch »erschlagen«. Auch die Unterbringung von Menschen durch den Staat ist an dieser erweiterten Schutzfunktion der »Behausung« zu messen. Dies hat für alle Menschen zu gelten, nicht nur für Flüchtlinge, die sich vor realer Verfolgung zu uns gerettet haben.

Es ist zu bedenken, daß ein Flüchtling oft nicht zufällig an einen bestimmten Ort in Deutschland gekommen ist. Die Fluchtziele sind häufig Verwandte, Freunde, Bekannte. Dort findet der Flüchtling notwendige Unterstützung, die kein staatliches System so gut und kostengünstig leisten kann. Dazu zwei Beispiele aus der Praxis:

Ein 32jähriger Kurde lebte als Kind über 15 Jahre in Osnabrück, ging dort zur Schule, kehrte mit den Eltern als Jugendlicher in die Türkei zurück. Nach Problemen mit Polizei und Militär kommt er Ende 1994 nach Osnabrück zu seiner dort verheirateten Schwester, beantragt politisches Asyl, der Computer weist ihn dem Stadtstaat Bremen zu, er lebt dort in einer großen Gemeinschaftsunterkunft.

Ein anderer Kurde ist in der Türkei seit Jahren wegen einer depressiven Psychose in Behandlung. Er kommt Anfang 1995 nach Kiel zu seinem Bruder, der dort seit zwei Jahren das Asylverfahren durchläuft. Der Computer weist ihm Bremen zu. Auch mit einem ausführlichen Gutachten des Gesundheitsamtes wegen schwerer psychischer Erkrankungen gelingt es nicht, den Patienten innerhalb von bislang sechs Monaten in die Obhut seines Bruders zu geben. Beide Bundesländer gehen offenbar davon aus, den Bruder dann nicht mehr abschieben zu können.

Die materielle Absicherung durch den Staat am freigewählten Zielort ist sicher nicht nur die humanste Lösung, sondern kurz- wie langfristig auch die kostengünstigste für den Staat. Das bewußte, gesetzlich geforderte Abweichen von diesem über lange Jahre in der Bundesrepublik praktizierten Verfahren bedeutet in der Praxis eine Potenzierung von materiellen, menschlichen und sozialen Kosten und führt zu weiterer gesellschaftlicher Polarisierung und Ausgrenzung, deren gesellschaftspolitische Folgen kaum absehbar sind.

Das Asylverfahrensgesetz von 1982 mit seinen Novellierungen von 1987 und 1990 schreibt die Unterbringung von Asylbewerbern in Gemeinschaftsunterkünften in Gemeinden vor, die in der Praxis durch ein seelenloses Computersystem vorgegeben werden. Unter dem Druck

der großen Anzahl von unterzubringenden Asylbewerbern wurden diese Vorschriften (insbesondere Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften mit Gemeinschaftsverpflegung und Sachleistungsprinzip bis auf ein Taschengeld) in den Jahren seit 1989 fast überall in die Praxis umgesetzt.

Bei immer deutlicher zu Tage tretendem Wohnraumangel für sozial schwache Gruppen gerieten sogar erste speziell für Zuwanderer entwickelte Wohnprojekte in die öffentliche Kritik, wie z.B. mit Mitteln der Kreditanstalt für Wiederaufbau erbaute Fertighäuser für Aussiedler in Bremen. Es entstand die sozialpolitische Vorgabe, daß weitgehend unabhängig von den finanziellen Kosten Unterbringungsprojekte für Asylbewerber, vor allem im äußeren Standard, tendenziell deutlich unter dem des Sozialen Wohnungsbaus liegen müssen.

Seit 1990 konnte in Bremen praktisch kein einziges Unterbringungsprojekt ohne massiven öffentlichen Protest und ohne Klagen vor den Gerichten umgesetzt werden. Aus dieser Situation heraus bedurfte es intensiver Anstrengung über mehr als ein Jahr, Mindeststandards für die Unterbringung von Zuwanderern durch die Gesundheitsbehörde zu formulieren, denen Politik sowie alle beteiligten Behörden zustimmen konnten.

Die dort erreichten Kompromisse (z.B. mindestens 10 m² Gesamtwohnfläche pro Bewohner, 2,5 Betreuungsstellen pro 100 Bewohnern) können zwar aus gesundheitlicher und sozialer Sicht nicht befriedigen. Positiv ist aber, daß sich viele Verantwortliche aus allen relevanten Bereichen intensiv mit der Problematik der Unterbringung von Asylbewerbern befaßt haben und daß zumindest diese Standards nicht mehr ohne weiteres auf dem Verwaltungswege unterschritten werden können.

Während früher Dezentralisierung in kleinen Gruppen und Integrationsförderung selbstverständliche Forderungen waren, hat sich inzwischen erwiesen, daß eine kleine Gruppe von Neuzuwanderern und ihre jeweilige Nachbarschaft ohne fachliche Betreuung im direkten Umgang miteinander oft völlig überfordert sind.

Die prinzipiell begrüßenswerte Integration von Zuwanderern kann sich so tendenziell bei zu großen Flüchtlingszahlen in ihr Gegenteil umkehren. Hier muß die extrem schwere, eventuell auch gefährliche Diskussion geführt werden, ob frühzeitige Integrationsbestrebungen für Flüchtlinge, von denen ein kleinerer Teil schon innerhalb weniger Monate, ein deutlich größerer Teil innerhalb von ein bis zwei Jahren ausgewiesen werden wird, die angestrebte Akzeptanz beider Seiten nicht konkretisieren können und daher flexiblere Unterbringungsmodelle erforderlich sind. Unter Umständen können auch relativ große, weitgehend autarke Einrichtungen sinnvoll sein, die für jeweils mehrere hundert Flüchtlinge für die Monate bis zum Entscheid über das Verbleiben in

Deutschland bzw. die Rückführung in die Herkunftsländer eingerichtet werden.

In einer größeren Einrichtung dieser Art wären verschiedene Modelle der materiellen Versorgung und der Selbstverwaltung denkbar. Nicht jeder Flüchtling ist willens oder in der Lage, für sich selbst zu kochen oder seine Wäsche zu waschen. Der gesetzliche Zwang zu Sachleistungen anstelle von Bargeld ließe sich in großen Einrichtungen eventuell durch ein dann praktikables Gutscheinsystem abmildern. Große Gruppen gleichermaßen Betroffener können trotz aller Unterschiede, gerade unter Flüchtlingen, dem einzelnen Rückhalt bieten und eine Schutzfunktion nach außen wahrnehmen.

Die mögliche Vielfalt materieller und sozialer Angebote, z.B. in einem größeren »Flüchtlingsdorf«, würde den Druck zu Kontakten mit der Wohnbevölkerung reduzieren und die Zeit der Eingewöhnung erleichtern. Die Erfahrungen typischer Einwanderungsländer zeigen, daß »Fremde« oft freiwillig und gezielt in der ersten Zeit im Aufnahmeland das Zusammenleben mit Menschen ähnlicher ethnischer oder schicksalhafter Prägung suchen. Das im allgemeinen negativ belegte »Ghetto« kann nicht nur negative Seiten haben, sondern insbesondere in schwierigen Lebenssituationen auch schützende »Heimat« sein. Auch bei länger oder dauerhaft hier lebenden Flüchtlingen kann »Integration« nur als Angebot richtig verstanden werden. Eine aufgezwungene Anpassung an »das Deutsche« wäre nur möglich unter Aufgabe der kulturellen und persönlichen Identität.

Größere zentrale Einrichtungen zur Unterbringung von neu ankommenden Flüchtlingen können jedoch nur dann vorteilhaft und akzeptabel sein, wenn die Aufenthaltsdauer zeitlich begrenzt ist (z.B. maximal 1 Jahr) und einzelne Flüchtlinge, die aufgrund eigener Aktivität oder günstiger sozialer Beziehungen andere Unterkunftsmöglichkeiten finden, dies auch in einem vergleichbaren finanziellen Rahmen realisieren können.

Zunehmend machen Flüchtlinge mit Attesten behandelnder Ärzte geltend, daß die Form von Unterbringung und Verpflegung ein nicht hinnehmbares gesundheitliches Risiko darstelle. Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird dann mit der ärztlichen Begutachtung beauftragt und sieht sich damit bei ernsthafter Bearbeitung in einer kaum lösbaren Konfliktsituation, was ein Beispiel aus der Praxis erläutern soll:

Ein 24jähriger Flüchtling aus Togo, ohne wesentliche Haft- und Mißhandlungsanamnese, klagt seit seiner Unterbringung in einer großen Gemeinschaftsunterkunft über unerträgliche Magenschmerzen und führt dies auf die Verpflegung

zurück. Eine Magenspiegelung zeigt allenfalls diskrete Zeichen einer Magenschleimhautreizung, Milchintoleranz, Parasitenbefall u.ä. werden ausgeschlossen, verschiedene medikamentöse Versuche bleiben erfolglos. Der ärztliche Gutachter kann keine zwingende Empfehlung zur Unterbringung mit Selbstverpflegung aussprechen. Der Flüchtling ist nicht in der Lage, diese »ärztliche« Entscheidung zu verstehen.

Während weitgehender ärztlicher Konsens darüber möglich ist, daß Zwangsunterbringung und Zwangsgemeinschaftsverpflegung für keinen Menschen gesundheitlich förderlich ist, ist die Einschätzung der Höhe eines gesundheitlichen Risikos durch diese Unterbringungsform im Einzelfall nur sehr schwer möglich. Relativ einfach ist dies noch bei Extremfällen wie psychisch schwerst gestörten Folteropfern mit langjährigen Hafterlebnissen und schweren psychosomatischen Erkrankungen, bei denen auch Laien verständlich gemacht werden kann, daß hier eine Unterbringung in einer Massenunterkunft auf engstem Raum ein nicht zu akzeptierendes gesundheitliches Risiko bedeutet.

Die Bedeutung des Lagerlebens unter Zwangsbedingungen für jeden einzelnen Flüchtling ist vom ärztlichen Gutachter auch bei umfangreicher Erfahrung mit Flüchtlingen kaum richtig abzuschätzen. Eine ähnliche Problematik ergibt sich in der Begutachtung von Reisefähigkeiten bei Abschiebung oder von Anträgen zur Zusammenführung von Verwandten.

Materielle Versorgung / Ernährung

Die Möglichkeit und Förderung der Eigenverantwortlichkeit im täglichen Leben sind oft zitierte Grundprinzipien unseres Gemeinschaftswesens. Umso mehr bringt damit der §3 des Asylbewerberleistungsgesetzes von 1993 mit dem Vorrang für das Sachleistungsprinzip seinen Abschreckungscharakter zum Ausdruck. Gerade für Flüchtlinge, die der Verfolgung entkommen sind und damit oft alle sozialen Bezüge verloren haben, kann die tägliche Beschäftigung mit der Nahrungsbeschaffung und der Zubereitung aus der Heimat gewohnter Nahrung ein wesentlicher stabilisierender Faktor sein. Es darf allerdings auch nicht vergessen werden, daß ein nicht unerheblicher Anteil der Flüchtlinge – je nach Alter, Geschlecht und Herkunftskultur – Selbstversorgung nur ungern übernimmt und manchmal damit auch überfordert ist.

Eine naheliegende Lösung besteht in einem vielgestaltigen Angebot von Verpflegungsformen. So sind einerseits Gemeinschaftsunterkünfte für Familien vorstellbar, in denen grundsätzlich Selbstversorgung ermöglicht wird, andererseits auch Gemeinschaftsunterkünfte für alleinstehende junge Männer aus europäischen Kulturen, in denen Gemeinschafts-

verpflegung durchaus eine akzeptable Form darstellen kann. Eine weitere interessante Lösung, wie sie z.B. auch in Holland verwirklicht ist, stellt die zentrale Küche zur Gemeinschaftsverpflegung innerhalb bzw. auf dem Gelände einer Großeinrichtung für eine größere Zahl von Bewohnern dar. Erfahrenes Küchenpersonal kann in Zusammenarbeit mit den Bewohnern einen Speiseplan erstellen, der genügend Variationsmöglichkeiten für die verschiedenen Kulturen der Bewohner offenläßt, wo aber auch bestimmte ernährungsphysiologische Grundsätze garantiert werden. Ihm Rahmen eines Gutscheinmodells könnten Gutscheine wahlweise sowohl im »Dorfladen« als auch im »Dorfrestraurant« eingetauscht werden.

Es ist bemerkenswert, daß in Deutschland das schlechteste Modell einer Gemeinschaftsversorgung am häufigsten zu beobachten ist, d.h. aus einer entfernten Zentralküche, die in der Regel für »Essen auf Rädern«, Altenheime, Kantinen etc. produziert, wird in Warmhaltecontainern deutsche Durchschnittskost angeliefert. Vor Ort ist dann kaum noch Anpassung an die Bedürfnisse der Bewohner möglich. Bei Personal und Bewohnern macht sich allgemeine Unzufriedenheit breit, Essen wandert in großen Mengen in den Abfall.

Wenn man sich aufgrund gesetzlicher Vorgaben nicht zur Ausgabe von Bargeld entschließen kann, sollten Warengutscheine nur in einem nicht-profitorientierten Verteilungssystem zur Anwendung kommen, z.B. in einer ladenähnlichen Verteilungsstelle für bestimmte Dinge des Grundbedarfes (in einer größeren Unterbringungseinrichtung oder z.B. in einer sogenannten Kleiderkammer der Wohlfahrtsverbände).

Hier müßte das Warenangebot für die einzelnen Bereiche so vielfältig sein, daß die wesentlichen Bedürfnisse der Flüchtlinge auch gedeckt werden können. Allerdings scheinen Warenbeziehungen wohl immer sowohl der Kontrolle als auch der Anleitung von Lieferant und Konsument zu bedürfen. Denn auch Wohlfahrtsverbände neigen durchaus dazu, für Flüchtlinge Waren mit abgelaufenem Verfallsdatum anzubieten oder in den Kleiderkammern an Flüchtlinge die Kleidung auszugeben, die im normalen Gebrauchtkeidungshandel selbst für Entwicklungsländer nicht mehr absetzbar ist.

Gesundheitliche Versorgung

Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen unterschiedlichster ethnischer, kultureller und sozialer Herkunft in Gemeinschaftsunterkünften stellen alle Beteiligten vor kaum vermeidbare hygienische und medizinische Probleme. Die unterschiedlichen Perzeptionen »Individuum

und Gemeinschaft«, »Körper und Psyche«, »Reinheit und Schmutz«, »Krankheit und Gesundheit«, »Gesundheitsförderung und Krankheitsbehandlung« sind im Alltag einer Flüchtlingsgemeinschaftsunterkunft eine nie versiegende Quelle von Mißverständnissen. Dazu einige Beispiele:

Strenggläubige Muslime vermuten, daß in der Zentralküche auch Schweinefleisch mit den Messern geschnitten wird, welche dann für Rind- und Hühnerfleisch benutzt werden. Das schweinefleischfreie Essen ist dann nicht mehr »rein« – alle übrigen Bewohner, einschließlich der Betreuer, finden das eher nebensächlich.

Alle Mütter wollen »Pampers« für ihre Babies, Betreuer finden dies »zu teuer«, die Toiletten sind ständig damit verstopft.

Familien einer ethnischen Herkunft sperren zum Teil ihre Frauen und Töchter ein, dies aus Angst vor Männern anderer ethnischer Herkunft. Diese wiederum fühlen sich durch diesen unausgesprochenen Vorwurf in ihrer Ehre verletzt.

Die vom Werbefernsehen vermittelte Botschaft »Fertignahrung ist das Beste« sorgt für Frustrationen, da die Bewohner vermuten, daß ihnen »das Beste« natürlich vorenthalten wird, die Betreuer sind jedoch überzeugt, die täglich frisch zubereitete Nahrung sei gesünder und von daher »das Beste«.

Dreck und Abfall sind nach jedermanns Überzeugung immer der Dreck und Abfall der anderen.

Realistisch betrachtet ist weltweit niemand in der Lage, für eine Unterkunft, die er nicht als »sein Zu-Hause« empfinden kann, in umfassender Weise Verantwortung zu tragen. Daher ist in Gemeinschaftseinrichtungen eine möglichst neutrale Professionalität gefordert, nicht nur in baulich-organisatorischer Konzeption, sondern insbesondere auch im täglichen Alltag von Verwaltung, Hausmeistern, Reinigungskräften, Sozialarbeitern und medizinischem Personal. Jede Gemeinschaftsunterkunft bedarf klarer Konzepte zur Versorgung mit Hygieneartikeln, Reinigung von Sanitäreinrichtungen und Gemeinschaftsräumen, Schädlingsbekämpfung in Küchen und Vorratsräumen sowie zur Abfallentsorgung.

Der Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Bewohner bedarf eines klaren Konzeptes für Akuterkrankungen, Erkennung und Behandlung chronischer Erkrankungen und auch gesundheitlicher Vorsorge. Die gesundheitliche Versorgung der verschiedenen Flüchtlinge erfordert eine große Flexibilität – schon allein deswegen, weil nur geringe praktische Erfahrungen über gesundheitliche Probleme völlig inhomogener Flüchtlingsgruppen vorliegen und Konzepte einer adäquaten medizinischen Versorgung weitgehend fehlen.

Die noch unzureichende Literatur zur gesundheitlichen Situation der Asylbewerber zeigt zwei Tendenzen. Zum einen ist die Gesamtmorbidität dieser Gruppen wesentlich geringer als die Gesamtmorbidität in ihren jeweiligen Herkunftsländern, weil der Altersdurchschnitt niedriger liegt und Schwerkranke nur selten den Weg in ein Aufnahmeland finden. Zum anderen gibt es einen spezifischen Bedarf an Information, Beratung und Behandlung, der in doppelter Weise migrationspezifisch ist: das Verlassen des Landes kann mit traumatisierenden Erfahrungen verbunden gewesen sein und das Leben im fremden Land kann mit erheblichen Streßfaktoren belastet werden.² Bei weiteren wissenschaftlichen Auswertungen wird wahrscheinlich gezeigt werden können, daß in der Regel Menschen mit erheblichen körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen die persönlichen und materiellen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Flucht nach Deutschland nicht erfüllen können. Selbst unter den Bürgerkriegsflüchtlingen aus der europäischen Nachbarschaft finden sich erstaunlich wenig Verletzte. Flüchtlinge in Deutschland sind in der Regel weder nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Religion oder Bildungsgrad usw. auch nur annähernd repräsentativ für die Bevölkerung des jeweiligen Heimatlandes. Der typische Flüchtling der letzten Jahre ist männlich, 20 bis 40 Jahre alt, im Vergleich zur Bevölkerung des Herkunftslandes überdurchschnittlich schulisch gebildet und aktiv. Alleinstehende Frauen und Menschen über 60 Jahre sind selten, nur in bestimmten Gruppen gibt es komplette Familien mit mehreren Kleinkindern. Die weit verbreitete Vorstellung, daß mit den Flüchtlingen gewissermaßen das gesamte gesundheitliche Elend der Dritten Welt importiert wird, ist mit anderen Worten falsch.

In der Regel werden nur diejenigen Folteropfer den Weg nach Deutschland schaffen, die körperlich und psychisch noch einigermaßen stabil überlebt haben. Sie müssen sich aber dann mit ihren Schuldgefühlen, geflohen zu sein und ihre Mitkämpfer und Familie alleingelassen zu haben, auseinandersetzen. Sie sind mit ihrem Haß und ihren Verletzungen in der Fremde meist alleingelassen und können daraus spezifische Krankheitsbilder entwickeln.

Der Tuberkulosedurchseuchungsgrad von Flüchtlingen in Deutschland ist eher niedriger als im Durchschnitt der Bevölkerung in den Heimatländern.³ Die Bedingungen der Flucht und der Lebenssituation in Deutschland können aber eine Manifestation der Tuberkulosekrankheit fördern. Die wenigen differenzierten Auswertungen geben Hinweise, daß die Zahl der ansteckungsfähigen Tuberkulosen bei Migranten nur leicht über deutschen Durchschnittswerten liegt (vergleichbar in etwa mit anderen deutschen Risikogruppen) und daß die Tuberkulosen erst

im zweiten bis dritten Jahr nach Ankunft in Deutschland in größerem Umfang als ansteckungsfähige Erkrankung manifest werden.

Die gesetzlich vorgesehene gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern ist geprägt durch Angst vor ansteckenden Krankheiten durch Asylbewerber sowie das Bestreben, möglichst wenig Geld für die Gesundheit der Asylbewerber auszugeben. Deshalb beschränkt § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes die Leistungen bei Krankheit auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände.

Es muß bezweifelt werden, ob eine einmalige Zwangsuntersuchung auf ansteckende Krankheiten wirklich effektiv ist. Sinnvoller erscheint das Angebot einer niedrigschwelligen ärztlichen Betreuung vor Ort in den Unterkünften auf der Grundlage eines möglichst weit zu entwickelnden Vertrauensverhältnisses zu Bewohnern und übrigen Betreuungspersonal. Das vertragsärztliche Versorgungssystem der Region muß gezielt einbezogen werden. Ein derartiges System ist vermutlich effektiver und sogar kostengünstiger als ein nur auf punktuelle Untersuchungen orientiertes klassisches Screening-Verfahren. Inwieweit Reihenuntersuchungen – z.B. zum Ausschluß der Tuberkulose – notwendig sind, muß immer wieder an Hand der konkreten Daten entschieden werden.

In der Anfangsphase nach der Ankunft in Deutschland, treten psychosoziale Krankheitsursachen aus der Flüchtlingssituation heraus ganz in den Vordergrund gegenüber dem klassischen Krankheitsspektrum der seßhaften Bevölkerung sowohl im Heimatland wie auch in Deutschland. Bedeutsam ist, daß selbst schwere körperliche und seelische Beeinträchtigungen durch Krieg, Verfolgung und sogar Folter zunächst eher in den Hintergrund treten und häufig erst im weiteren Verlauf von den Betroffenen gegenüber Therapeuten thematisiert werden.

Der Flüchtling in Deutschland ist in der Regel aus einer für ihn unerträglichen Fremdbestimmtheit verschiedenster Art geflohen und findet sich in einem Land wieder, in dem zwar fast alle Menschen vergleichsweise völlig frei über ihre Lebenssituation bestimmen können, ein neu ankommender Flüchtling jedoch über viele Monate wiederum bis ins Detail fremdbestimmt leben muß. Er kann seinen Aufenthaltsort nicht frei wählen, seine Beweglichkeit ist auf die Stadt oder Kreisgrenze beschränkt, er bekommt eine Behausung, Nahrung und Kleidung zugewiesen, er ist mit Arbeitsverbot belegt und von jeder Beschäftigung, zumindest soweit sie mit Geldausgabe verbunden ist, ausgeschlossen. Er hat kaum die Möglichkeit, die Landessprache zu erlernen, ein Dolmetscher steht ihm nur im Rahmen des rechtlichen Verfahrens zur Verfügung. Aus der einheimischen Bevölkerung schlägt ihm Haß, Ablehnung oder Desinteresse entgegen und selbst bei den wenigen

Menschen, die ihm mit offensichtlichem Interesse entgegenkommen, macht er häufig die Erfahrung, daß er zu beruflichen, materiellen oder politischen Zielen ausgenutzt wird oder den verschiedensten Mitleidsformen ausgesetzt ist.

Im Asylverfahren macht er die Erfahrung, daß die Fluchtgründe grundsätzlich angezweifelt werden und daß zunehmend die Ermittlung seines Fluchtweges Ziel des Verfahrens ist, um ihn nach Möglichkeit in ein angeblich sicheres Drittland abschieben zu können. Er muß erleben, daß die Menschen, die im »Paradies Deutschland« leben dürfen, ihm sowohl juristisch als auch durch die Volksmeinung kundtun, daß seine persönlichen Fluchtgründe eigentlich gar keine Berechtigung haben. Zusammengefaßt bedeutet dies für den einzelnen Flüchtling, daß ihm nach dem Verlust der Heimat auch die gesamte persönliche Lebensgrundlage, sein persönliches Selbstverständnis seines Lebens entzogen wird.

Dem Flüchtling begegnet in Deutschland ein medizinisches Versorgungssystem, welches nach vorherrschender politischer und ärztlicher öffentlich geäußerter Meinung das beste der Welt ist. Fast alle Flüchtlinge kennen aus ihren Heimatländern medizinische Versorgungssysteme, bei denen jeder Patient sehr schnell entweder an die eigenen oder an die staatlich definierten finanziellen Grenzen stößt.

In den meisten Fällen hat den Flüchtling schon in der Heimat die »heimliche Nachricht« der westlichen Medizin erreicht, daß bei genügendem Personal- und Materialeinsatz eigentlich alle Krankheiten und Beschwerden heilbar sind. In der Regel gelingt auch binnen kurzem der formale Zugang zu den verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen und Institutionen.

Hier müssen gerade Flüchtlinge erfahren, daß eine problemlose sprachliche Verständigungsmöglichkeit im kassenärztlichen Abrechnungssystem ausnahmslos vorausgesetzt wird, daß für die Verständigung zwischen Arzt und Patient wenige Minuten als völlig ausreichend angesehen werden, daß die schriftliche Erklärung in der Medikamentenpackung auch von erfahrenen deutschen Bürgern kaum verstanden wird und daß auch nach hoffnungsvoll durchlebtem Einsatz des medizinisch-technischen Apparates die Beschwerden oft nicht verschwunden sind. Es folgt oft ein wahlloses Ausprobieren verschiedenster Ärzte und Institutionen.

Das deutsche Gesundheitswesen scheint sich auf die Herausforderung durch neue Zuwanderer nur sehr langsam und bisher unzureichend einstellen zu können. Trotz langjähriger Zuwanderung aus der Türkei ist auch heute noch der türkische Allgemeinarzt, die türkische Gynäkologin und sogar die türkische Arzthelferin eher die Ausnahme.

Vereinzelte Institutionen zur psychosozialen oder medizinischen Betreuung von Flüchtlingen – wie z.B. in Hannover – und insbesondere Folteropfern – wie in Berlin und Bremen – bestätigen als Ausnahmen die Regel.

Ein medizinisches Betreuungsprogramm für Asylbewerber in Erstunterkünften in Bremen versucht seit 1993, auf dem Boden des § 62 Asylverfahrensgesetz mit dem Angebot einer regelmäßigen ärztlichen Sprechstunde in den Erstunterkünften die Kommunikationsbarriere zwischen neu ankommenden Asylbewerbern und niedergelassenen Ärzten sowie Krankenhausärzten wenigstens ansatzweise dadurch zu überbrücken, daß Ärztinnen und Ärzte in regelmäßigen Sprechstunden vor Ort allmählich Erfahrung im Umgang mit den verschiedenen Asylbewerbergruppen erlangen und durch ausreichende Zeitansätze ohne Abrechnungsdruck langsam ein Verständnis und ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Heimbewohnern etablieren können.

Durch gezielte Überweisung der Patienten in das kassenärztliche Versorgungssystem und begleitende Weiterbetreuung im Heim wird versucht, die Qualität des Arzt/Patienten-Verhältnisses sowie auch die Behandlungserfolge verbessern zu können. Jedoch zeigt die tägliche ärztliche Arbeit mit Migranten, daß wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zur gesundheitlichen Problematik in dem Bereich noch sehr lückenhaft sind und daß Ausbildungsstand und Erfahrung der Ärzte kaum ausreichen, mit den speziellen gesundheitlichen Problemen, insbesondere von Flüchtlingen, angemessen umzugehen. Selbst große Kliniken, in denen sich zu jedem Zeitpunkt mehr als nur eine Handvoll türkischer Patienten befinden, können nach wie vor in der Regel nur die türkische Putzfrau zur Unterstützung der Arzt/Patient-Kommunikation hinzuziehen.

Umgang mit »abweichendem« Verhalten

Alle sozialen Gemeinschaften benötigen als konstituierende und stabilisierende Faktoren die Herausarbeitung gemeinsamer Merkmale, Eigenschaften, Interessen usw., die in der Regel durch Gruppensymbole wie Flaggen, Kleidungs- und Verhaltensnormen, individuelle und gesellschaftliche Rituale äußerlich sichtbar gemacht werden und jedem einzelnen Mitglied der Gruppe die Möglichkeit wie auch die Pflicht dazu auferlegen, die Zugehörigkeit zur Gruppe zu jeder Zeit zu demonstrieren.

Das mehr oder weniger andere Aussehen oder das andere Verhalten einer Minderheit gegenüber einer Aussehens- oder Verhaltensnorm der Mehrheit hat zu allen Zeiten zu Ausgrenzung und Unterdrückung

geführt. Die Ereignisse der letzten Jahre haben deutlich gezeigt, daß auch in einer reichen, pluralistischen und freiheitlichen Gesellschaft wie der Bundesrepublik Ausgrenzungs- und Unterdrückungsmechanismen von Minderheiten nicht abnehmen müssen.

Unabhängig von den verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten dieser Statistiken besteht im gesellschaftlichen und individuellen Empfinden ein erheblicher Unterschied darin, ob ein und dieselbe Straftat oder Ordnungswidrigkeit durch ein Mitglied der Mehrheit oder einer definierten Minderheit verübt wird. Auch wenn einiges dafür spricht, daß Asylbewerber in den Bereichen Eigentumsdelikte, Prostitution und Drogenkriminalität bei genauer Auswahl der Vergleichsgruppe nicht unbedingt überrepräsentiert sind, fällt es immer wieder schwer, Menschen, denen gesetzlich die wesentlichen Lebensgrundlagen unserer Gesellschaft vorenthalten werden, in der Auseinandersetzung mit den Normen dieser Gesellschaft beizustehen. In der Praxis stellt sich die Frage, wie gehe ich als Arzt mit Flüchtlingen um, die Straftaten begehen, vor allem, wenn bereits ein gewisses Arzt-Patient-Vertrauen besteht, wie gehe ich als Arzt mit Polizeibeamten um, die in der Unterkunft Ermittlungen durchführen. Hierzu schlaglichtartig einige Beispiele:

Ein 35jähriges verhaltensauffälliges iranisches Folteropfer mit erheblichen psychischen und körperlichen Folterzeichen sowie verschiedenen Kriegsverletzungen wird vier Wochen nach seiner Ankunft bei einem Ladendiebstahl erwischt, er steht unter Alkoholeinfluß, wird nach dem Polizeiverhör in Handschellen zurück in die Unterkunft gebracht. Es zeigen sich mehrere Schürfwunden und Prellmarken, er ist stark agitiert, gibt an, für einen Freund eine Packung mit Tonbandkassetten unter seine Jacke getan zu haben, er ist gleichzeitig zutiefst beschämt, kann die Behandlung durch die Polizei in keiner Weise verarbeiten. Nach längerer Verhandlung mit den Beamten kann eine Inhaftierung vermieden werden, psychiatrisch-medikamentöse Intervention bringt eine gewisse Stabilisierung. Ein rumänisches Ehepaar soll wegen Prostitution in der Unterkunft aus der Unterkunft gewiesen werden, der Mann streitet alles empört ab, die Frau erscheint zurückgezogen und bedrückt. Über einen Dolmetscher erklärt sie, sie habe nur »harmlose« Kontakte zu »Bekannten« und wolle auf jeden Fall bei ihrem Mann bleiben. Es kann kein wirklicher Zugang zu der Frau erreicht werden. Beide können jedoch letztlich in der Unterkunft bleiben, die Frau fällt in der Unterkunft nicht wieder auf.

In einer Unterkunft für jugendliche Flüchtlinge werden bei einer Polizeirazzia Drogen gefunden, die meisten Bewohner sind Westafrikaner, zum Teil offensichtlich erheblich älter als 16 Jahre. Drei noch sehr jugendlich wirkende Bewohner machen im Gegensatz zu den übrigen einen eher verängstigten Eindruck, in

Einzelgesprächen gelingt kein persönlicher Zugang. Es verbleibt der Verdacht, daß die drei zum Zweck des Drogenhandels nach Deutschland gebracht wurden und unter erheblichem Zwang stehen. Hilfsangebote werden nicht angenommen, es folgen kürzere Haftzeiten.

In einer größeren Unterkunft kommt es wiederholt zu tätlichen Auseinandersetzungen zwischen Gruppen von Kosovoalbanern und Schwarzafrikanern, schließlich zu einer schweren Messerstichverletzung. Die von verschiedenen Beteiligten angegebenen Anlässe für die Gewalt erscheinen eher belanglos, die eigentlichen Ursachen bleiben im Dunkeln. Nach einer Verhaftung und Verweis dreier anderer aus der Unterkunft entspannt sich die Situation.

Auf der einen Seite entwickelt sich bei häufigem Umgang mit Flüchtlingen, ganz besonders im Einzelfall, nur zu leicht ein tiefes Verständnis dafür, daß Flüchtlinge, die praktisch in jeder Hinsicht vom realen Leben der deutschen Gesellschaft ausgeschlossen sind, die allgemeinen und insbesondere die gesetzlichen Normen dieser Gesellschaft nicht verinnerlichen können und daher – je nach Situation – davon abweichen. Andererseits ist dieses Verständnis inhaltlich den meisten hier seßhaften Bewohnern kaum zu vermitteln, da in deren Bewußtsein Flüchtlinge, die hier »generös« Unterkunft, Verpflegung und Kleidung geschenkt bekommen, zu tiefem Dank verpflichtet sein müssen und daher besonders penibel alle Normen einzuhalten haben.

Dabei zeigt die Ausländerkriminalitätsstatistik auch in ihrer relativ undifferenzierten Form eindeutig, daß eben nicht der Faktor »Ausländer« zur Straftat führt, sondern der Faktor »Asylbewerber« (neben Alter und Geschlecht) eine sehr wichtige Rolle spielt, sprich die besondere rechtliche und soziale Situation eines Asylbewerbers.

Es gilt vor allem im beruflichen, insbesondere im ärztlichen Umgang mit Asylbewerbern eine professionelle Einstellung zu »abweichendem Verhalten« zu entwickeln, die auf der einen Seite nicht bagatellisiert, nicht entschuldigt und auch nicht gesellschaftliche Normen in Frage stellt, auf der anderen Seite aber auch den von der Norm abweichenden »straffälligen« Asylbewerber weder im Einzelfall und ganz besonders nicht pauschal als undankbar oder von Natur aus schlecht aburteilt.

Schlußbetrachtung

Es ist Realität, daß durch die Internationalisierung der wirtschaftlichen Konkurrenzmechanismen die sozialen Ausgleichsmaßnahmen, die bisher in der Bundesrepublik Standard sind, unter immer größeren Weltmarktdruck geraten. Die ersten Auswirkungen bekommen wir derzeit

als sogenannte Einschnitte in das soziale Netz zu spüren. Hierdurch verschlechtern sich auch die Möglichkeiten einer qualifizierten Betreuung von Migrantinnen und Migranten – einschließlich der Förderung ihrer Selbsthilfepotentiale. Auch der drastische Rückgang der Zuwanderungszahlen nach Änderung des Asylgesetzes hat hieran nichts geändert. Die Grundgesetzänderung hat eher die Atmosphäre für eine integrationsorientierte Gesundheitspolitik verschlechtert.

Mit den Unterbringungsbestimmungen in der Asylgesetzgebung erleben wir, daß Flüchtlingen wesentliche Grundrechte in unserem Staat vorenthalten werden, ohne daß diese Menschen gegen irgendein Gesetz verstoßen haben. Der Verdacht ist nicht unberechtigt, daß Asylbewerber als eine der schwächsten gesellschaftlichen Gruppen zum Testfall für grundlegende gesellschaftliche Veränderungen werden.

Die Asylpolitik (und auch andere Bereiche der Sozialpolitik) im Inneren wie die »Dritte Welt-Politik« (und wachsende Bereiche der Umwelt- und Handelspolitik) nach Außen spiegeln die Entschlossenheit der wirtschaftlich und politisch Herrschenden zur unbeirrten Verteidigung ihrer (und damit auch unserer) Privilegien wider. Das unaufhaltsame Zusammenrücken der verschiedenen Erdteile und Welten durch weltumspannende Kommunikationsmöglichkeiten und wirtschaftliche Verflechtungen zu einer einzigen Welt macht es inzwischen unausweichlich, über nationale Standpunkte hinauszugehen und international zu denken und zu handeln. Daraus folgt, daß Migration akzeptiert werden muß, daß soziale Abgrenzungen auf Dauer nicht zu halten sind und daß extreme Lebensstandardunterschiede auf Dauer nur aufrecht erhalten werden können, wenn es zur Anwendung von Gewalt kommt, in der menschliches Leben unterzugehen droht.

Anmerkungen

- 1 Die Darstellung gründet auf langjährige Erfahrungen des Bremer Gesundheitsamtes und Dritte-Welt-Arbeitererfahrungen einzelner Mitarbeiter. Die Bremer Konzeption hat zudem stark von der niederländischen Debatte um die Betreuung von Flüchtlingen profitiert; hierzu s. zuletzt im Überblick Willigen, L.H.M. Health Care for Refugees and Asylum-Seekers in The Netherlands: A Public Health Perspective. In: van der Kwaak, A. et al. Primary Health Care and Refugees. Amsterdam: VU University. 196; 81-99
- 2 Eine erste empirische Auswertung der Bremer Sprechstundenerfahrungen findet sich bei Mohammadzadez, Z. Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende, Teil I und II. Das Gesundheitswesen 1995; 57: 457-461 sowie 462-466. Zum Überblick über migrationsspezifische Gesundheitsprobleme s. Collatz, J. Zur Realität und Krankheitsversorgung von Migranten in Deutschland. Jahrbuch für kritische Medizin 23. Hamburg: Argument Verlag. 1994, 1101-132.

- 3 Hierzu aktuell Voigt, I. Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden der Jahrgänge 1994 und 1995 in der ZASt Langenhagen. Besteht für die Normalbevölkerung eine Infektionsgefährdung? Amtsarztarbeit, Düsseldorf/ Hannover. 1996