

# Medizinische Probleme bei Flüchtlingen

Prof. Dr. Gerd-Dieter Burchard, Tropeninstitut Berlin

## Einleitung

Ein Flüchtling ist definiert als jemand, der "eine begründete Furcht vor Verfolgung wegen seiner Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer besonderen sozialen Gruppierung oder seiner politischen Meinung" in seinem Heimatland nachweisen kann. Ein Asylsuchender ist eine Person, die in einem Land, das nicht sein Heimatland ist, um politisches Asyl bittet.

Bemerkenswert ist die Heterogenität der Asylsuchenden, die Vielfalt der betroffenen Kulturen; Asylsuchende in Deutschland kommen vorwiegend aus Afrika und Asien. Nur eines ist klar: Asylsuchende sind in unserem Gesundheitssystem benachteiligt.

Ich möchte versuchen, aufzuzeigen, warum sie benachteiligt sind. Das hat zwei Gründe: Sie kommen evtl. mit Krankheiten, auf die man hier nicht eingestellt sind. Und zweitens: die Flucht selbst und das Kommen aus einer anderen Kultur sind krankmachende Faktoren.

## Welche Infektionskrankheiten werden von Immigranten importiert?

Dazu folgende Beispiele:

### Erkrankungen bei 492 Flüchtlingen aus SO-Asien

Lungentuberkulose	35
Clonorchiasis	19
Malaria	5
Virushepatitis	2
Anämie	126
HBsAg	55
Ascariasis	210

nach Dr. Ärztebl. 1981

### Erkrankungen bei äthiopischen Juden nach Ankunft in Israel

Malaria	25,7%
Tuberkulose	6,9%
Hypochrome Anämie	3,3%
Typhus abdominalis	2,2%
Kala-Azar	1,2%
Schistosomiasis (S. mansoni)	44,6%
Hakenwürmer	54,2%
Strongyloidiasis	4,5%

nach Israel J Med Sci 29, 1993, 336

### Refugee health assessment results in den USA

Herkunftsland	PPD pos.	Parasiten im Stuhl	HbsAg pos.
Bosnien	55,3%	19,5%	2,5%
Kuba	10,1%	18,8%	0,5%
Haiti	42,4%	47,6%	14,2%
Äthiopien	44,2%	44%	16,0%
Somalia	53,2%	62,6%	7,3%
Vietnam	51,5%	38,5%	11,9%
Laos	10,5%	44,8%	13,0%

### *CDC 1998*

Insgesamt sind die Vorstellungen zur Ausbreitung von Krankheiten wenig klar. Trotz des Ausmaßes der Migrationsbewegungen von und zu gemäßigten und tropischen Klimazonen wurde diesem Aspekt wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Erst die HIV/AIDS-Pandemie und die periodischen Ausbrüche von hämorrhagischem Fieber haben in der einen oder anderen Weise dazu beigetragen, die wissenschaftliche Gemeinschaft und die Öffentlichkeit daran zu erinnern, dass Infektionskrankheiten noch immer eine ernsthafte Herausforderung für die Gesundheit einer Gesellschaft darstellen können. Gelegentliche Berichte über Fälle sogenannter Flughafenmalaria haben inzwischen dazu beigetragen, Menschen an die Folgen der Geschwindigkeit und der Anonymität, mit der sich Menschen und Vektoren durch ökologische Zonen bewegen, zu erinnern.

### **Wichtige importierte Erkrankungen sind die Tuberkulose, Malaria und HIV-Infektion:**

#### **Tuberkulose:**

Zwei wesentliche Merkmale der Tuberkulose sollten beachtet werden. Das erste ist ihr Zusammenhang mit Armut. Das zweite ist die beträchtliche und anhaltende Auswanderungswelle von Menschen aus Entwicklungsländern auf der Suche nach Arbeit. Das Auftreten der HIV-Pandemie hat ebenfalls zu der Tuberkuloseproblematik beigetragen. Als sich das Tempo der Auswanderungen beschleunigte, erhöhte sich auch das Risiko der Tuberkulose-Übertragung von einer Region auf eine andere. Eine longitudinale Studie über Tuberkulose-Meldungen in London ergab, dass Immigranten eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, sich zu infizieren, als Einheimische. Hohe Tuberkulose-Prävalenzen wurden bei Gastarbeitern aus Südamerika in Japan, bei Farmarbeitern aus Lateinamerika in den Vereinigten Staaten, bei Asiaten in Australien, bei Asylbewerbern in der Schweiz, bei Äthiopiern in Israel und bei eingewanderten Kindern in Belgien registriert. Das Tuberkulose-Risiko unter Neuankömmlingen ist jedoch nicht nur durch die Herkunft aus armen Ländern bedingt, es kann genauso eine Funktion des momentanen Aufenthaltsortes sein. Immigranten müssen oft auch im Aufnahmeland unter schlechten Bedingungen leben, Flüchtlinge und Asylbewerber sind zeitweise gezwungen, längere Zeiten in abgeschlossenen Quartieren zu verbringen.

#### **Malaria:**

Die Tatsache, daß die Malaria eine der wichtigsten Krankheiten hinsichtlich Morbidität und Mortalität weltweit darstellt, muß auch bei Flüchtlingen berücksichtigt werden. Typischerweise ist die Malaria eine Krankheit ländlicher tropischer Regionen. Die Landflucht hat in vielen Gegenden aber dazu geführt, daß die Malaria zunehmend häufig auch in Städten auftritt. Hinzu kommt, dass in vielen Entwicklungsländern in den Städten gute Überlebensmöglichkeiten für Mücken vorliegen. Offene Wasserstellen sind häufig, in diesen können sich Mückenlarven leicht entwickeln. Die Wirkung vieler Bekämpfungsmaßnahmen in den Städten war wenig effektiv. Die Abholzung tropischer Regenwälder und die Entwicklung landwirtschaftlicher Projekte in Regenwäldern hat Wanderarbeiter in vielen Teilen der Welt einem Malariarisiko ausgesetzt, so z.B. in Brasilien, auch in Malaysia und in Thailand. In anderen Teilen der Welt, wie z.B. Madagaskar, ist der Anbau von Feuchtreis mit einem Malariarisiko verbunden. In den USA ist die Malaria unter Farmarbeitern aus Lateinamerika häufig. Auch bei Populationen, die zwangsumgesiedelt werden, können hohe Malariaprävalenzen vorliegen, ein Beispiel ist das Volk der Karen in Thailand.

Generell ist es sehr wichtig, in der Diskussion über das Einschleppen von Infektionskrankheiten aus exotischen Ländern darauf hinzuweisen, daß die Anzahl internationaler Auswanderer pro Jahr viel niedriger liegt als die Anzahl von international Reisenden, Touristen und Geschäftsleuten. Obwohl der Reisende wohl auf ist, sein Aufenthalt nur von kurzer Dauer ist, er in Hotels wohnt, nur einen gelegentlichen (aber möglicherweise risikoreichen) Kontakt mit Einheimischen hat, wird er dennoch massiv neuen Infektionserregern ausgesetzt, für die er nur eine geringe Immunität besitzt und die er, falls er infiziert wird, leicht mit nach Hause bringen könnte. Der Immigrant auf der anderen Seite wird an seinem neuen Lebensort ihm unbekanntem Krankheiten ausgesetzt.

### **Unterschiede bei Infektionskrankheiten Flüchtlinge - Reisende**

#### **Generell kann man festhalten:**

Die Prävalenzen der importierten Erkrankungen sind bei Immigranten anders als bei Reisenden.

Wichtigstes Beispiel: Tuberkulose wird häufiger von Immigranten importiert als von Reisenden. Dazu ein aktuelles Beispiel: Im letzten Jahr wurde in der Zeitschrift "Chest" eine Untersuchung an somalischen Immigranten publiziert - diese hatten eine Tuberkulose-Inzidenz von 170 auf 100 000 - davon fast die Hälfte extrapulmonale Tuberkulose - bei weißen US-Amerikanern liegt die Inzidenz im Vergleich dazu bei 2,5 auf 100 000. Allerdings gab es ja vor zwei Jahren eine Lancet-Arbeit von Cobelens et al., in der gezeigt wurde, dass auch Reisende durchaus häufiger - nämlich 0,6 pro 1000 pro Monat - eine Tbc bekommen.

#### **Der zweite Unterschied bei Immigranten im Vergleich zu Reisenden:**

Immigranten können Krankheiten importieren, die man bei Reisenden nicht bzw. nur extrem selten sieht.

Ein Beispiel: verkalkte Pentastomiden in der Abdomenübersicht im Röntgen, das muss man kennen, wenn man bei Afrikanern Abdomenübersichtsaufnahmen befundet.

#### **Und der dritte Unterschied:**

Teilweise nehmen Infektionskrankheiten bei Bewohnern endemischer Gebiete einen anderen Verlauf als bei Europäern

Z.B. weil eine Teil-Immunität besteht. Deshalb kann man bei Immigranten aus Malaria-Endemiegebieten eine asymptomatische Parasitämie finden. Infektionskrankheiten nehmen auch deshalb einen anderen Verlauf, weil aufgrund wiederholter Infektionen die Zahl der Parasiten wesentlich höher sein kann (z.B. bei Wurmkrankheiten).

Man muss bedenken, dass diese Infektionskrankheiten zum Teil sehr lange bestehen können:

#### **Zeitdauer verschiedener Infektionen**

Infektion	Jahre
Strongyloidiasis	> 60
Schistosomiasis	32
Melioidosis	26
Echinokokkose	> 20
Trichinose	18
Zystizerkose	> 15
Onchozerkose	10-15

*nach Walker 1999*

### **Nicht-erreger bedingte Krankheiten bei Flüchtlingen**

Es gibt aber noch andere Krankheiten, an die man bei Immigranten denken muss: z.B. das familiäres Mittelmeerfieber, z.B. die Sichelzellanämie (eine Hb-Elektrophorese sollte also bei allen Flüchtlingen mit Mikrozytose durchgeführt werden). Denken Sie auch an genetische bedingte Unterschiede im Stoffwechsel: So ist bei der Therapie eines Hypertonus zu beachten, dass Afrikaner im allgemeinen niedrigere Plasminogen- und Angiotensin-II-Spiegel haben als andere ethnische Gruppen. ACE-Hemmer sind deshalb weniger effektiv. Ein anderes Beispiel: Chinesen sprechen auf Propranolol stärker an als Kaukasier.

Unter den nicht-erreger bedingten Erkrankungen ist natürlich auch das Flüchtlingstrauma zu nennen: Obwohl die Ernsthaftigkeit eines Asylantrags bei vielen Bewerbern in Frage gestellt wurde, kann nicht abgestritten werden, daß die meisten Asylbewerber aus Regionen kommen, in denen Krieg, extreme Entbehrungen und Verletzung der Menschenrechte an der Tagesordnung sind. Zur Exposition gegenüber Traumen und über deren psychosoziale Folgen sind nur wenige Informationen verfügbar. Es wird aber geschätzt, daß zwischen 5% und 35% der Flüchtlinge, die in die westlichen Ländern kommen, zuvor gefoltert wurden, und die Prävalenz des posttraumatischen Stresssyndroms variiert entsprechend der beobachteten Flüchtlingspopulation zwischen 10% und 86%. Während alle Asylbewerber verschiedenen Belastungen (Zurücklassen ihrer Heimat; Ungewißheit darüber, ob sie bleiben dürfen usw.) ausgesetzt sind, stellen Trauma und Folter sicherlich eine beträchtliche zusätzliche Belastung dar, die die Fähigkeit, sich an das neue Leben zu adaptieren, ernsthaft beeinträchtigen kann. Es ist wichtig, daß Angehörige medizinischer Berufe einfühlsam bezüglich dieser Dimension sind und eine mögliche Exposition zu traumatischen Ereignissen in einer unaufdringlichen und respektvollen Weise sondieren. Eine solche Herangehensweise sollte nur dann in Betracht gezogen werden, wenn für eine adäquate Unterstützung und Nachsorge gesorgt werden kann.

### **Screening**

Also, Immigranten können Infektionskrankheiten und nicht-infektiöse Erkrankungen mitbringen. Das ist auch beim Screening asymptomatischer Immigranten zu beachten. Das Screening dient zwei Zielen:

- der Erfassung der Verbreitung von Infektionen als wichtige Voraussetzung für Kontrollprogramme.
- der Diagnose von Erkrankungen als Voraussetzung für die Therapie

Screening-Programme variieren stark zwischen verschiedenen Ländern und leiten sich mehr aus historischen, z.T. protektionistischen Prinzipien ab, als dass sie evidenz-basiert wären. Die Strategien sind oft irrational. Die Screening-Untersuchungen bei Asylbewerbern in der Schweiz in den 80iger Jahren illustrieren dies: Es wurden die Stuhluntersuchungen bei Asylsuchenden analysiert und es wurde festgestellt:

- dass das Übertragungspotential der mit dem Stuhl ausgeschiedenen Erreger bei den hygienischen Verhältnissen in Mitteleuropa äußerst gering ist
- dass die Untersuchungen keine wirksamen Massnahmen nach sich zogen
- dass derartige Infektionen für das Individuum entweder irrelevant waren oder bei Beschwerden adäquat versorgt werden konnten.

Zudem wird ein Screening z.B. bei Touristen, die ebenfalls solche Erreger mitbringen können, zurecht nie für notwendig erachtet. Grundsätzlich ist deshalb die Einbindung von Immigranten in Gesundheits-Fürsorge-Programme wichtiger als ein obligatorisches Screening. (Dazu ist anzumerken, dass vor zwei Jahren im New England Journal of Medicine gefordert wurde, einfach alle Immigranten mit Albendazol zu behandeln. Man könnte sich auch überlegen, Immigranten dann mit Albendazol zu behandeln, wenn sie immunsuppressiv behandelt werden müssen, z.B. mit Corticosteroiden. Hintergrund ist, daß die Infektion mit *Strongyloides stercoralis*, dem Zwergfadenwurm, Jahrzehnte persistieren und bei Immunsuppression exazerbieren kann).

### **Kulturell Einflüsse auf Erkrankungen bei Flüchtlingen**

Der Flüchtling sieht sich nach der Ankunft einer Vielzahl von Problemen gegenüber. Flüchtlinge bzw. Immigranten generell sind mehr als andere Bevölkerungsgruppen Belastungen ausgesetzt, die zu Krankheiten führen können.

- Flucht vor Hunger, Folter, Krieg ist eine elementare Maßnahme des Lebens- und Gesundheitsschutzes. Überspitzt ausgedrückt: Flucht ist Prävention. Trotzdem: Es gibt Stressoren aufgrund der Migration selbst - Migration geht mit Trennungen, Zukunftsängsten, rechtlicher Unsicherheit etc. etc. einher.
- Die kulturelle Eingliederung und das Gefühl des Identitätsverlustes können Folgen für die Gesundheit haben.
- Einwanderer stellen für die einheimische Bevölkerung immer eine potentielle Bedrohung ihrer Arbeitsstellen und ihres Reichtums dar, Folge ist die Marginalisation - die Verbannung in Berufe und Lebensbedingungen, die den Einwanderer einem höheren Riskiko für gesundheitliche Probleme aussetzen als die einheimische Bevölkerung.

Zusammengenommen führen diese Faktoren zu Symptomen und Erkrankungen, die sich deutlich von der Pathologie und Symptomatik der autochthonen Bevölkerung unterscheiden.

Es ist einleuchtend, dass Sprache und Verstehen entscheidend für das Arzt-Patient-Verhältnis sind. Form und Qualität der verbalen Kommunikation bestimmen weitgehend den Ablauf und das Resultat der Arzt-Patienten-Beziehung. - so ist einleuchtend, dass ich das hier nicht ausführen muss. Das Problem ist ja auch: Wörter aus zwei Sprachen, die laut Wörterbuch dasselbe bedeuten, sind in Wirklichkeit nicht kongruent. Deshalb hilft ein Übersetzer auch nicht unbedingt so viel weiter. Es bedarf unter anderem eines Dolmetscherservices, der Dolmetscher mit kulturspezifischem medizinischem Vorwissen zur Verfügung stellen kann. Also: Immigranten haben Kommunikationsprobleme. Dies hat Folgen für die Anamnese. Und das hat Konsequenzen für die Therapie: Stichwort Compliance: wie kann jemand kooperieren, der wenig versteht?

Aber nicht nur das: Krankheit ist - auch - ein kulturelles Konstrukt, das im Bedeutungssystem einer Kultur kodiert wird. In unserer Gesellschaft ist die Grundlage hierfür die naturwissenschaftlich orientierte Medizin. Für Menschen anderer Kulturen kann Krankheit eine völlig andere Realität darstellen. Diese baut auf unterschiedlichen Krankheitsaxonomien und Nosologien auf. Besondere Aufmerksamkeit verdient hier der Hinweis der angelsächsischen Medizinanthropologie auf die sprachliche Unterscheidung von disease und illness, bzw. deren deutschsprachige Entsprechung Krankheit und Kranksein. Kranksein ist demnach die persönliche, soziale und kulturelle Antwort auf eine Krankheit.

Also:

- Es gibt eine kulturspezifische Organisation körperlicher Störungen - denken Sie schon allein an die Tatsache, dass in Frankreich eine häufige Diagnose die "crise de foie" ist. Andere Länder, andere Leiden.
- Es gibt sogar kulturspezifische - oder kulturabhängige - Syndrome - denken Sie an Susto, ein durch Erschrecken ausgelöster "Seelenverlust" in Lateinamerika – oder Koro: Erkrankung aus dem chinesischen Kulturkreis: Die Patienten glauben, dass der Penis schrumpft und alsbald völlig im Abdomen verschwunden sein wird.

Deshalb wäre sinnvolles Arbeiten mit Patienten aus anderen Kulturen idealerweise gespeist durch eine Infrastruktur, die kulturspezifisches Wissen über Medizinsysteme der Herkunftsländer der Patienten zugänglich macht.

### **Forderungen an die Tropenmedizin**

Der Tropenmediziner sollte Flüchtlinge aus den Tropen betreuen oder mitbetreuen - denn: Natürlich darf die zweifellos für die ärztliche Praxis entscheidend wichtige Berücksichtigung kulturanthropologischer Aspekte nicht zu Fehleinschätzungen und Fehldiagnosen in der anderen Richtung führen. Situations- und Migrationsspezifische Gesundheitsbelastungen und die sich hieraus ergebenden Stress-Symptome, Beschwerden und Krankheiten dürfen nicht vorschnell und auch ausweichend als kulturspezifisch interpretiert werden. So könnten wichtige tropenspezifische Erkrankungen übersehen werden - denken Sie z.B. an die unspezifische psychiatrische Symptomatik bei Schlafkrankheit. Andererseits: Derjenige, der Flüchtlinge bzw. Migranten versorgt - und das sollte wie gesagt bei Herkunft der Migranten aus den Tropen der Tropenmediziner sein - benötigt weitere Kenntnisse. Nämlich: Welche Bedeutung haben kulturelle Einflüsse auf Erkrankungen bei Immigranten? Also: grundlegende Kenntnisse in der Kulturanthropologie.

Die Tropenmedizin in Deutschland muss ihre Existenzberechtigung nachweisen - sonst wird sie möglicherweise irgendwann einmal in der Infektiologie aufgehen. Sie erkennen diese Befürchtung ja schon am Namen der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, die sich vor 2 Jahren entschlossen hat, den Namen zu erweitern um "Internationale Gesundheit" - was immer das bedeuten mag. Tropenmedizin in Deutschland ist die Beschäftigung mit Kranken - nicht mit Krankheiten, sondern mit Kranken - die aus Tropen oder Subtropen zu uns kommen. Und das sind im wesentlichen Reisende und Immigranten. Tropenmedizin in Deutschland ist Reisemedizin und Migrantenmedizin. Man sollte deshalb m.E. überlegen, wie man "Tropenmedizin" und "Migrantenmedizin" etwas besser zur Deckung bringen könnte. Es kann nicht darum gehen, alle Kulturen zu verstehen - selbst Ethnologen haben wohl nicht diesen Anspruch. Aber: ein irgendwie grundlegendes Verständnis dieser Aspekte sollte vielleicht gefordert werden. Ich denke also, dass die Tropenmedizin bei der Versorgung von Migranten aus den Tropen und Subtropen einen größeren Beitrag leisten könnte - sollte - müsste. In welcher Form auch immer.