



Gesundheitliche Versorgung in der Flüchtlingshilfe 2015/16

Vernetzung und Zusammenarbeit in Krisenzeiten

Teil 1

Allgemeiner Hinweis zu den Schriften der Forschung

In den Schriften des Kompetenzzentrums Forschung und Innovationstransfer werden fortlaufend die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen des Deutschen Roten Kreuzes veröffentlicht.

Das Kompetenzzentrum Forschung und Innovationstransfer im DRK-Generalsekretariat führte im Jahr 2012 unter Einbeziehung aller Landesverbände eine gesamtverbandliche Abfrage zu Forschungsbedarfen durch. Hierbei wurden drei wesentliche Themenkomplexe als erwünschte Forschungsschwerpunkte identifiziert: **Resilienz**, **gesellschaftliche Entwicklungen** und **Ressourcenmanagement**. Seit 2019 werden in Band 7 **Dokumentationen von Einsatzlagen** veröffentlicht.¹

Die Schriften des Kompetenzzentrums Forschung und Innovationstransfer greifen diese Themen auf und bieten Impulse zur strategischen Weiterentwicklung des Verbandes.

¹ Die Farben spiegeln sich im jeweiligen Titelblatt wider.

Schriftenreihe Band 10 – Vernetzung und Zusammenarbeit in Krisenzeiten

Teil 1: Gesundheitliche Versorgung in der Flüchtlingshilfe 2015/16

Band 10 der Schriftenreihe befasst sich mit der im Flüchtlingseinsatz 2015/16 entstandenen Zusammenarbeit zwischen dem DRK und verschiedenen Akteuren, die insbesondere in der gesundheitlichen Versorgung der Geflüchteten tätig waren. Die Erkenntnisse aus diesem Band stammen aus dem Forschungsprojekt „Sicherheitskooperationen und Migration“ (SiKoMi), das im Rahmen des Programms „Forschung für die zivile Sicherheit 2012–2017“, Themenfeld Zivile Sicherheit – Fragen der Migration, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird. Das Projekt zielt darauf ab, die damals entstandenen Kooperationen zu analysieren und Erkenntnisse für zukünftige Einsatzlagen nutzbar zu machen. Hierfür wird Wissen aus der Praxis, u. a. durch qualitative Interviews, und aus einer deutschlandweiten DRK-internen Umfrage gewonnen und ausgewertet.

Der vorliegende erste Teil bietet eine Einführung in die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen und zeigt exemplarisch anhand von drei Standorten, wie das DRK die Versorgung gewährleistet hat. Zudem geben Mitarbeitende eines Gesundheitsamtes Einblick in ihre Erfahrungen. Im Fokus stehen die vielfältigen Vernetzungen mit unterschiedlichen Akteuren, die in der Lage intensiviert wurden oder neu entstanden sind.

Vernetzung und Zusammenarbeit in Krisenzeiten – Teil 1

Gesundheitliche Versorgung in der Flüchtlingshilfe 2015/16

Impressum

Schriftenreihe des Kompetenzzentrums Forschung und Innovationstransfer

Band 10 – Vernetzung und Zusammenarbeit in Krisenzeiten

Teil 1: Gesundheitliche Versorgung in der Flüchtlingshilfe 2015/16

Herausgegeben von

Deutsches Rotes Kreuz e. V., Carstennstraße 58, 12205 Berlin

Verlag

DRK-Service GmbH, Berliner Straße 83, 13189 Berlin

Autorinnen und Autoren

Sarah Bhatti, Elisabeth Olfermann, Matthias Brejora, Eva Steinberger,

Dr. Heidi Oschmiansky, Elsa Schmersal, Matthias Max

forschung@drk.de

Titelfoto

Jörg F. Müller/DRK (o. l.), Mareike Günsche/DRK

Druck

strohmeier dialog.druck GmbH, Hundsrückstraße 6, 37287 Wehretal-Langenhain

Satz/Layout

Claudia Ebel

Herstellung/Vertrieb

DRK-Service GmbH, www.rotkreuzshop.de

Art.-Nr. 02954

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung, Übersetzung, Einspeicherung, Verarbeitung und Verbreitung in jeglicher Form sind nicht erlaubt. Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des Verlags.

Download

Diese Publikation ist unter www.drk.de/forschung auch als Download verfügbar.

Zitierweise

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2021). Vernetzung und Zusammenarbeit in Krisenzeiten: Teil 1: Gesundheitliche Versorgung in der Flüchtlingshilfe 2015/16. Schriften der Forschung: Bd. 10.



Inhalt

1	Einleitung	7
2	Das Forschungsprojekt SiKoMi	9
3	Die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in Deutschland	12
3.1	Flucht und Gesundheit	12
3.2	Gesetzliche Regelungen.....	14
4	Berichte aus den Fallregionen	16
4.1	Das Camp Fallingbostal-Ost	17
4.2	Die Notunterkünfte in Karlshorst und Lichtenberg in Berlin	21
4.3	Erfahrungen des Gesundheitsamtes Trier	24
5	Wege der Vernetzung	28
6	Zusammenfassung und Ausblick	31
7	Literaturverzeichnis	32
8	Abbildungsverzeichnis	35
9	Für die schnelle Leserin/den schnellen Leser	36
	In der Reihe „Schriften der Forschung“ sind bisher erschienen:	38

1

Einleitung

Menschen sehen sich aus vielfältigen Gründen dazu gezwungen, ihre Herkunftsländer zu verlassen. Dazu gehören u. a. Gewalt, kriegerische Handlungen, Menschenrechtsverletzungen, Armut und Folgen des Klimawandels (Bundeszentrale für politische Bildung, 2017). Häufig sind diese Erfahrungen im Herkunftsland mit unzureichender gesundheitlicher Versorgung verbunden, die auf der Flucht fortbesteht (UNICEF, 2017). Diese Erlebnisse und Belastungen haben unmittelbare sowie langfristige Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand von Menschen mit Fluchterfahrungen und beeinflussen ihr physisches sowie psychisches Wohlbefinden. Eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten² stellt daher eine von vielen wichtigen Aufgaben für die aufnehmenden Länder dar (Frank et al., 2017).

Im Jahr 2015 stieg die Zahl der Schutz suchenden Personen in Deutschland, wie auch in vielen anderen europäischen Ländern, deutlich an. So verzeichnete das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) in diesem Jahr 890.000 eingereiste Asylsuchende. Dieser Anstieg stellte auch das deutsche Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen. Zum einen mussten die ankommenden Geflüchteten teilweise akut medizinisch versorgt werden. Zum anderen konnten v. a. psychische Therapieleistungen und die Versorgung chronischer Krankheiten kaum bewältigt werden, nicht zuletzt, da der Zugang zu flächendeckenden und vollumfassenden medizinischen Leistungen gesetzlich eingeschränkt wurde und immer noch wird (Frank et al., 2017).

Um die Unterbringung und Versorgung Schutz suchender Menschen sicherstellen zu können, wurden damals Organisationen des Bevölkerungsschutzes eingebunden, so auch das Deutsche Rote Kreuz e. V. (DRK). Neben dem Aufbau von Notunterkünften (NUK) war das DRK vielerorts an der medizinischen Versorgung der geflüchteten Menschen beteiligt. Dabei arbeitete das DRK immer wieder mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens zusammen, beispielsweise mit Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten.

Das Kompetenzzentrum Forschung und Innovationstransfer im DRK-Generalsekretariat untersucht im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekte „Sicherheitskooperationen und Migration“ (SiKoMi) und

² In Schriftenreihe Band 10 werden die Begriffe Schutz suchende Personen, Flüchtlinge, Geflüchtete und Asylsuchende synonym verwendet und schließen alle Personen ein, die aus einem anderen Land nach Deutschland geflohen sind, unabhängig von ihren Fluchtgründen und ob ihnen in Deutschland ein Schutzstatus zugesprochen wird.

„Migrationsbezogenes Wissensmanagement für den Bevölkerungsschutz der Zukunft“ (WAKE)³ den DRK-Flüchtlingseinsatz 2015/16 in Deutschland. Die Projekte konzentrieren sich auf verschiedene Schwerpunkte:

<p>Forschungsprojekt SiKoMi</p>  <p>Sicherheitskooperationen und Migration</p>	<p>Forschungsprojekt WAKE</p>  <p>Migrationsbezogenes Wissensmanagement für den Bevölkerungsschutz der Zukunft</p>
<p>Fokus des DRK</p> <p>Entwicklung praxisorientierter Empfehlungen für gelingende Kooperationen mit der Kommunalverwaltung und den Akteuren des Gesundheitswesens</p>	<p>Fokus des DRK</p> <p>Entwicklung praxisorientierter Empfehlungen für gelingende Kooperationen mit (Hilfs-)Organisationen und zivilgesellschaftlichen Akteuren</p>
<p>Laufzeit</p> <p>September 2018 – Dezember 2021</p>	<p>Laufzeit</p> <p>Oktober 2018 – September 2021</p>

Der vorliegende erste Teil der Schriftenreihe 10 umfasst erste Erkenntnisse aus dem Projekt SiKoMi, die im Rahmen von leitfadengestützten qualitativen Interviews und Dokumentenanalysen gesammelt worden sind. Neben einer Einführung in das Forschungsprojekt sowie in die medizinischen Bedarfe geflüchteter Menschen und asylrechtlichen Bestimmungen bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung werden die untersuchten Fallregionen beschrieben. Im Fokus stehen dabei die gesundheitliche Versorgung vor Ort und die dafür entstandene Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren. Zudem werden die Erfahrungen von Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes Trier exemplarisch beleuchtet. Abschließend werden Strategien für die Vernetzung analysiert.

Besonderer Dank gilt an dieser Stelle allen befragten Personen, die sich die Zeit genommen haben, um im Rahmen dieser Forschung auf die intensiven Jahre 2015/16 zurückzublicken.

³ Ergebnisse des Projektes WAKE werden in der Schriftenreihe Band 9 „Zivilgesellschaftliche Akteure in der DRK-Flüchtlingshilfe 2015/16“ publiziert. Teil 1 „Erfahrungen aus dem Einsatz“ ist 2021 erschienen.

2

Das Forschungsprojekt SiKoMi

Die im vorliegenden Teil präsentierten Erkenntnisse wurden im Rahmen des Forschungsprojektes SiKoMi gesammelt, das vom 1. September 2018 bis zum 31. Dezember 2021 vom BMBF im Rahmen des Programms „Forschung für die Zivile Sicherheit 2012–2017“ (Themenfeld: Zivile Sicherheit – Fragen der Migration) gefördert wird. Geleitet wird dieses Verbundprojekt von der Bergischen Universität Wuppertal (BUW). Neben dem Deutschen Roten Kreuz e.V. beteiligen sich als Verbundpartner die Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol) und die time4you GmbH communication & learning – eine Firma, die sich mit der Gestaltung und Umsetzung von Lern- und Wissensportalen beschäftigt. Weitere assoziierte Partner sind die DRK Landesverbände (LV) Niedersachsen e.V., Rheinland-Pfalz e.V., die Kreisverbände (KV) Berlin-Müggelspree e.V. und Fallingbostal e.V. sowie Akteure aus weiteren Organisationen und Behörden, wie Polizei, Kommunen und private Sicherheit.

Innerhalb des Projektes arbeiten die Verbundpartner an spezifischen Themenschwerpunkten. Dabei fokussiert das DRK die im Flüchtlingseinsatz entstandenen Formen der Zusammenarbeit mit Kommunalverwaltungen und Akteuren des Gesundheitswesens. Somit baut SiKoMi auf Erkenntnissen vergangener Forschungsprojekte auf und erweitert diese. Es fließt Wissen aus dem Projekt „Kontexte von Pflege- und Hilfsbedürftigen stärken“ (KOPHIS) ein, in dem u. a. ein Unterstützungsnetzwerk aus Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, der Pflegeinfrastruktur und zivilgesellschaftlichen Akteuren initiiert sowie verschiedene Formen der Vernetzung, wie Runde Tische und Dialogforen, diskutiert wurden (DRK, 2018a). Auch die Erkenntnisse des Projektes „Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst“ (INVOLVE) sind im Hinblick auf die (langfristige) Vernetzung und Zusammenarbeit mit unterschiedlichen externen Akteuren relevant. Gemeinsam mit Projektbeteiligten wurden praktische (Pilot-)Empfehlungen und Impulse für einen zukunftsfähigen Betreuungsdienst entwickelt, wobei sowohl die Bedürfnisse betreuungsdienstlicher Zielgruppen als auch die Bedeutsamkeit der sozialräumlichen Vernetzung aufgegriffen wurden (DRK, 2018b). Das Thema Vernetzung im Sozialraum wurde durch das Forschungsprojekt „Resilienz durch sozialen Zusammenhalt“ (ResOrt) weiter wissenschaftlich bearbeitet, deren Ergebnisse ebenfalls in das Projekt SiKoMi einfließen. Innerhalb des Ansatzes der Sozialraumorientierung beschäftigte sich das DRK dort mit der Mobilisierung und Sicherung der lokalen, sozialen und kleinräumlichen Vernetzung für den Krisenfall. Dabei wurde herausgearbeitet, wie relevante sozialräumliche Akteure gemeinsam lokale Bedingungen, Bedarfe und bereits bestehende Ressourcen adressieren und dadurch das Bewusstsein für die Krisenvorbereitung auf breiter Ebene schärfen können. Denn je besser die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren vorbereitet sei, desto eher könne auch die Bewältigung einer Krise gelingen (DRK, 2020).

Die bereits gewonnenen Erkenntnisse zu Vernetzungsformen und der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren in der Krise bilden somit eine wertvolle Grundlage für das Projekt SiKoMi, um das Thema Vernetzung weiter auszuarbeiten. Zudem wird mit der Schwerpunktsetzung in SiKoMi Bezug auf den im Verband geäußerten Wunsch genommen, den DRK-Flüchtlingseinsatz zu rekonstruieren und die Erkenntnisse für zukünftige Einsätze nutzbar zu machen. Denn von einer gelingenden Zusammenarbeit mit gesundheitlichen Akteuren kann das DRK auch in zukünftigen Lagen profitieren, wie bereits die Covid-19-Pandemie zeigt. Hier konnten beispielsweise Kontakte wiederbelebt werden, die in der Flüchtlingshilfe zustande gekommen waren, sodass auf einem bereits vertrauensvollen Verhältnis aufgebaut werden konnte. Die innerhalb von SiKoMi behandelten Themen beziehen sich außerdem auf die vom Verband identifizierten Handlungsnotwendigkeiten zu den Themen „Optimale Koordinierung und Einsatz von Personalressourcen“ und „Sozialräumliche Vernetzung vor Ort“. Das Forschungsprojekt SiKoMi bietet somit eine gute Möglichkeit gelingende Formen der Zusammenarbeit zu identifizieren und daraus Lehren für zukünftige Lagen zu ziehen.

Im Rahmen von SiKoMi wird der Flüchtlingseinsatz am Beispiel von Unterkünften für Schutz suchende Personen an verschiedenen Standorten untersucht. Zu diesen Fallstandorten gehören:

- Niedersachsen: Camp Fallingbostal-Ost⁴ und Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (LAB NI) Bramsche-Hesepe
- Rheinland-Pfalz: Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende (AfA) Trier
- Berlin: Notunterkunft (NUK) Karlshorst, NUK Lichtenberg und Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) Turmstraße

Die Projektbeteiligten führten in diesen Regionen umfangreiche leitfadengestützte Interviews mit verschiedenen Akteuren durch. Während sich die BUW auf Verwaltungsakteure und Mitarbeitende von Sicherheitsdiensten und die DHPol auf polizeiliche Akteure fokussierte, befragte das DRK die eigenen Rotkreuz-Gliederungen sowie an der gesundheitlichen Versorgung beteiligte Akteure, wie Gesundheitsämter und die Bundeswehr. Insgesamt führte das DRK 20 Einzel- und Gruppeninterviews mit 26 Gesprächspartnerinnen und -partnern durch⁵. Im Anschluss wurden die Interviews systematisch ausgewertet.

⁴ Die Fallregion wird in dieser Schriftenreihe als Camp Fallingbostal-Ost bezeichnet, auch wenn sie eigentlich im Verwaltungsgebiet Osterheide mit Verwaltungssitz in Oerbke liegt. Den Namen erhielt sie aufgrund der örtlichen Nähe zur nächstgrößeren Stadt Bad Fallingbostal, sodass sich die Bezeichnung im allgemeinen Sprachgebrauch und in den Medien durchgesetzt hat.

⁵ Im Projekt wurden durch BUW, DHPol und DRK insgesamt 71 Interviews mit 63 Gesprächsbeteiligten geführt.

Im Fokus der Analyse standen Informationen zum jeweiligen Standort, die Rolle und Aufgabe der eigenen Organisation, die interorganisationale Zusammenarbeit und der Wissensaustausch. Zudem nahm das DRK auch spezifische Informationen zur gesundheitlichen Versorgung in den Blick.

Die verschiedenen Perspektiven wurden dann für die jeweiligen Regionen zusammengetragen.

Auf einen Blick ...

- Im Rahmen des Forschungsprojektes SiKoMi rekonstruiert das DRK den Flüchtlingseinsatz 2015/16 im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Akteuren der gesundheitlichen Versorgung, um daraus Empfehlungen für zukünftige Lagen ableiten zu können.
- Dafür wurden umfangreiche Interviews mit verschiedenen DRK-Gliederungen sowie Gesundheitsämtern und der Bundeswehr in drei Fallregionen geführt und systematisch ausgewertet.

3

Die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

Um die gesundheitliche Versorgung an den verschiedenen Standorten und die dafür notwendigen Kooperationen mit Akteuren des Gesundheitswesens besser verstehen und einordnen zu können, stellt dieses Kapitel die gesundheitliche Situation ankommender Flüchtlinge in Deutschland sowie deren Versorgungsbedarfe dar und erläutert rechtliche Bestimmungen zu Erstuntersuchungen und weiteren gesundheitlichen Leistungen. Die hier aufgeführten Hintergrundinformationen sollen als Übersicht dienen, da nicht alle Bestimmungen und Regularien an dieser Stelle im Detail erläutert werden können.

3.1 Flucht und Gesundheit

Vielfach werden Geflüchtete als eine einheitliche Gruppe beschrieben. Dabei stellen sie einen äußerst diversen Personenkreis dar. Geschlecht, Alter, Familienstand, Herkunftsregion, Fluchtmotive, Bildungsniveau und Beruf, Religionszugehörigkeit, individuelle Einstellungen und Werte sowie Gesundheit – die Gruppe der Geflüchteten setzt sich aus unterschiedlichen Individuen zusammen. Eine einseitige Wahrnehmung birgt u. a. die Gefahr, die vielfältigen Versorgungsbedarfe von Schutzsuchenden zu vernachlässigen (Fetz, 2018). Hinzu kommt ein Mangel an repräsentativen Daten zum gesundheitlichen Zustand ankommender Flüchtlinge in Deutschland (Frank et al., 2017).

In einer Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (WIdO) wurden von 2017–2018 über 2.000 syrische, irakische und afghanische Geflüchtete in Erstaufnahmeeinrichtungen befragt, um bestehenden Daten- und Informationsdefiziten zu begegnen (Schröder et al., 2018, S. 6). In dieser Umfrage gaben rund drei Viertel der Asylsuchenden an, bereits persönlich mit Gewalt in unterschiedlichen Ausmaßen in Berührung gekommen zu sein und berichteten von einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen (z. B. Kriegserlebnissen, Angriffen durch Militär oder Bewaffnete, Verlust oder Verschwinden eines Familienmitglieds) (Schröder et al., 2018, S. 5). Zudem waren sie doppelt so häufig von physischen und psychischen Beschwerden betroffen wie Geflüchtete ohne vergleichbare Erlebnisse (Schröder et al., 2018, S. 8). Genaue Angaben zur Zahl der traumatisierten Geflüchteten in Deutschland gibt es nicht. Die Ergebnisse einzelner nationaler Studien gleichen jedoch der internationalen Datenlage, die von einer Häufigkeitsrate von rund 30 % für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und depressive Erkrankungen bei geflüchteten Menschen ausgeht (BAfF, 2020, S. 8; S. 9).

Eindeutig nachgewiesen ist jedoch, dass die durchschnittliche psychische Gesundheit der Geflüchteten schlechter als die des deutschen Bevölkerungsdurchschnitts ist (BAfF, 2020). Dies kann durch das Zusammenspiel von extremen Ereignissen vor und während der zum Teil sehr langen Flucht erklärt werden. Hinzu kommen Sorgen um das eigene und das Überleben von nahestehenden Angehörigen sowie vielfältige Herausforderungen nach der Ankunft (Frank et al., 2017).

Flucht als traumatisches Erlebnis

Im öffentlichen (Flüchtlingshilfe-)Diskurs werden überwiegend Begriffe wie Trauma oder PTBS verwendet, um das Leid zu beschreiben, das Geflüchtete erfahren haben. Dadurch werden Krankheitsbilder und Begrifflichkeiten vereinfacht und es wird der Eindruck erweckt, dass der Großteil der Geflüchteten eine psychische Störung habe. Nicht alle haben jedoch Traumatisches erfahren und diejenigen, die ein traumatisches Erlebnis hatten, können sehr unterschiedlich auf die psychische Belastung reagieren und diese verarbeiten; sie müssen deshalb nicht zwangsläufig „traumatisiert“ sein (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. [BAfF], 2016).

Das Risiko für die Entwicklung von Traumafolgestörungen ist bei Geflüchteten dennoch deutlich erhöht. Dies liegt u. a. daran, dass die Zeit nach besonders belastenden Erlebnissen essenziell für deren Verarbeitung ist. Ob sich Gewalt- und Fluchterfahrungen als Krankheit niederschlagen oder nicht, hängt wesentlich vom gesellschaftlichen Umfeld ab und wie das Leid im Nachhinein anerkannt und berücksichtigt wird. Persönliche Belastungssituationen enden jedoch nicht immer mit der akuten Fluchtsituation, sondern können aufgrund vielfältiger strukturell-institutioneller Stressfaktoren zusätzlich an Intensität gewinnen. Dazu gehören z. B. die Unterbringung in überfüllten Unterkünften, Unsicherheiten bezüglich des Ausgangs des Asylverfahrens, Zugangshürden zur Gesundheits- und Sozialversorgung, Diskriminierungserfahrungen sowie individuelle Aspekte wie Sprachbarrieren.

Als Trauma wird zwar im engeren Sinne ein herausgelöstes Ereignis bezeichnet, das die Belastungsgrenze eines Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt übersteigt, im Sinne einer nachhaltigen Versorgung von Geflüchteten sollte es allerdings als Prozess mit mehreren Etappen wahrgenommen werden und daher auch die Zeit im Aufnahme-land einschließen (BAfF, 2016).

3.2 Gesetzliche Regelungen

Ein wichtiges Thema bei der gesundheitlichen Versorgung von neuankommenden Geflüchteten ist der Umgang mit Infektionskrankheiten. Asylsuchende sind nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) grundsätzlich von den gleichen Infektionskrankheiten betroffen wie die deutsche Bevölkerung. Aufgrund der häufig beschwerlichen Umstände, die Menschen aus Konflikt- und Kriegsgebieten auf ihrem Weg nach Deutschland erleben, der fehlenden oder unzureichenden Impfnachweise und beengten Lebensbedingungen in Gemeinschaftsunterkünften sind Asylsuchende jedoch einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt. Um die Ausbreitung von Infektionskrankheiten in den Unterkünften zu vermeiden bzw. im Falle einer Infektion frühzeitig spezifische Behandlungen einleiten zu können, gibt es die Gesundheitsuntersuchung nach §62 des Asylgesetzes (RKI, 2015). Der genaue Umfang der Untersuchung liegt dabei im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer (§ 62 Absatz 1 Satz 2 Asylgesetz [AsylG]).

Unabhängig von dieser Gesundheitsuntersuchung kann bei neu eingetroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern vor ihrem Einzug in eine Unterkunft eine Art (Vor-)Screening erfolgen. Das Ziel einer solchen kurzen Untersuchung ist die frühzeitige Erkennung von akuten und infektiösen Erkrankungen, die eine unmittelbare gesundheitliche Intervention erfordern. Der Umfang der Untersuchung liegt im Zuständigkeitsbereich des Unterkunftsbetriebs und variiert somit je nach Standort (RKI, 2015).

In den ersten 18 Monaten des Aufenthaltes in Deutschland sind weitere Untersuchungs- und Behandlungsleistungen im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Im Anschluss haben Geflüchtete (ohne Aufenthaltstitel) Anspruch auf den Leistungsrahmen ähnlich zu dem der gesetzlichen Krankenversicherung (BAfF, 2020, S. 23). Innerhalb des AsylbLG ist zunächst jedoch nur eine eingeschränkte medizinische Versorgung vorgesehen. Die Leistungen umfassen u. a. die ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung von „akute[n] Erkrankungen und Schmerzzustände[n]“, Leistungen zur Müttergesundheit sowie Impfungen (§ 4 Absatz 1 Satz 1 AsylbLG). Chronische Erkrankungen und Zahnersatz finden hier kaum (gesetzliche) Beachtung (Frank et al., 2017). Dies ist zum Teil auch auf die unbestimmten Begriffe „akut“ und „Schmerzzustand“ im Wortlaut des Gesetzesparagraphen zurückzuführen, die nicht weiter definiert sind (BAfF, 2017, S. 3). Diese müssen in der ärztlichen Praxis interpretiert werden und rufen regelmäßig Verunsicherungen hervor. Für die Umsetzung des Leistungsanspruchs sind die Länder bzw. die von ihnen per Landesgesetz bestimmten Behörden verantwortlich. Leistungen, die über diese Minimalversorgung hinausgehen, können in begründeten Einzelfällen laut § 6 AsylbLG gewährt werden (Amadeu Antonio Stiftung, 2016).

Psychotherapeutische Leistungen sind ebenfalls von der offenen Formulierung der Paragraphen betroffen (BAfF, 2017). Die Bearbeitungszeit von Anträgen in den zuständigen

Sozialbehörden kann sehr lang sein, sodass Asylsuchenden in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes kaum Psychotherapien gewährt werden (BAfF, 2020). Danach erhalten sie zwar Anspruch auf Leistungen analog zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 2 AsylbLG) und haben damit auch regulär Anspruch auf eine Psychotherapie, entsprechendes Fachpersonal mit einer Kassenzulassung ist allerdings nur schwer zu finden. Zudem werden die Kosten für die oftmals notwendigen Sprachmittlerinnen und Sprachmittler nicht übernommen. Dies führt zu langen Wartezeiten und hohen Ablehnungsquoten für Psychotherapien (BAfF, 2017).

Zusammenfassend wird deutlich, dass die gesundheitliche Versorgung Schutzsuchender Menschen nicht nur je nach Bundesland unterschiedlichen Regularien unterworfen ist, sondern diese auch abhängig vom Standort und dem Unterkunftsbetrieb verschieden gestaltet sein kann. Wie eine gesundheitliche Versorgung gerade in den ersten Wochen und Monaten nach Ankunft der Geflüchteten in einer NUK gewährleistet werden kann und mit welchen Akteuren das DRK dafür im Einsatz 2015/16 zusammengearbeitet hat, soll im folgenden Kapitel anhand dreier Fallregionen beispielhaft beschrieben werden.

Auf einen Blick ...

- Geflüchtete müssen als diverse Personengruppe mit individuellen Bedürfnissen auch in Bezug auf ihre Gesundheit wahrgenommen werden. Besonders belastende Ereignisse vor, während und nach der Flucht können Traumafolgestörungen befördern, sie sind jedoch keine zwingende Folge von Fluchterfahrungen.
- Psychotherapeutische Leistungen sind ein wichtiger Teil der gesundheitlichen Versorgung von Schutzsuchenden Personen. Neben weiteren Versorgungsleistungen fallen diese in das Asylbewerberleistungsgesetz. Auch wenn der Leistungsrahmen für alle Asylsuchenden gleich ist, variiert die praktische Umsetzung bundeslandabhängig. Nach 18 Monaten erhalten Geflüchtete Anspruch auf das Leistungsspektrum ähnlich dem der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Mitunter kann bei Ankunft der Geflüchteten in der jeweiligen Unterkunft neben der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 des Asylgesetzes eine Art (Vor-)Screening erfolgen. Während die Länder für die Gesundheitsuntersuchung zuständig sind, liegt das (Vor-)Screening im Zuständigkeitsbereich der Unterkunftsbetriebe. Ziel beider gesundheitlichen Leistungen ist das Erkennen akuter oder infektiöser Erkrankungen.

4

Berichte aus den Fallregionen

Im Folgenden sollen die zwei Fallstandorte Bad Fallingbostel und Berlin⁶ näher beschrieben und analysiert werden. Im Fokus steht die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten 2015/16 und die dabei entstandene Zusammenarbeit des DRK mit unterschiedlichen Akteuren. Darüber hinaus wird ein Einblick in die Arbeit des Gesundheitsamtes Trier gegeben.

	Camp Fallingbostel-Ost	NUK Karlshorst	NUK Lichtenberg
Betrieb	DRK Flüchtlingshilfe gGmbH	DRK Müggelspree Nothilfe gGmbH	DRK Müggelspree Nothilfe gGmbH
Laufzeit	10/2015 bis heute	08/2015–04/2018	11/2015–07/2017
Unterkunft	Ehemaliges Kasernengebäude	Ehemaliges Büro- gebäude	Ehemaliges Büro- gebäude
Kapazität⁷	3.500	1.000	1.300
Auslastung	Nie vollständig aus- gelastet	Teilweise überbelegt	Keine Informationen vorhanden

In den Fallregionen lagen unterschiedliche Bedingungen vor, weshalb sie sich nicht 1:1 vergleichen lassen. Allen Standorten ist jedoch gemein, dass das DRK diese Unterkünfte mit eingerichtet, betrieben und mit unterschiedlichen Akteuren zusammengearbeitet hat, um u. a. die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten sicherzustellen. Diese Formen der Zusammenarbeit waren an jedem Standort vielfältig und komplex, weshalb im Rahmen dieser Schriftenreihe nur ein Ausschnitt präsentiert werden kann.

Die Erkenntnisse aus diesem Kapitel stammen zum großen Teil aus der Auswertung der qualitativen Interviews. Die Informationen werden an dieser Stelle so wiedergegeben, wie sie im Rahmen der Interviews berichtet und zusammengetragen wurden. Eine eigene Bewertung der Inhalte durch die Autorinnen und Autoren ist nicht erfolgt. Zudem erheben die Inhalte der Interviews keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da aus verschie-

⁶ Aus Kapazitätsgründen konnten nicht alle im Projekt untersuchten Standorte an dieser Stelle detailliert dargestellt werden, weshalb im Folgenden zwei unterschiedliche Fallregionen exemplarisch vorgestellt werden.

⁷ Zu den Kapazitäten und der Auslastung einiger Unterkünfte liegen verschiedene Zahlen vor. Dies liegt in der dynamischen Situation begründet, Kapazitäten wurden damals ad hoc hoch-, aber auch wieder heruntergefahren.

denen Gründen, wie Vergessen oder einer spezifischen Prioritätensetzung, bestimmte Informationen möglicherweise nicht mehr abrufbar waren oder im Rahmen der Interviews nicht weitergegeben wurden. Dennoch bieten die Erkenntnisse einen guten Überblick über die Gesundheitsversorgung sowie die Kooperationsformen und -konstellationen an den jeweiligen Standorten. Zum Standort Camp Fallingbostal-Ost wurden zwei Mitarbeitende des DRK, drei Mitarbeitende der Bundeswehr und eine Person aus dem Gesundheitsamt befragt. Über den Standort Berlin äußerten sich vier DRK-Mitarbeitende. Für den Standort Trier floss ein Gespräch mit drei Beschäftigten des Gesundheitsamtes ein. Ergänzt werden diese Erfahrungen und Einschätzungen durch Hintergrundinformationen aus verschiedenen Publikationen, wie DRK-Broschüren oder Zeitungsartikeln. Zum Schutz personenbezogener Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden die Erkenntnisse anonymisiert wiedergegeben.

4.1 Das Camp Fallingbostal-Ost

Standortbeschreibung

Ab dem 2. Oktober 2015 errichtete und betrieb der KV Fallingbostal eine NUK für Geflüchtete auf einem ehemaligen militärischen Gelände nahe der Stadt Bad Fallingbostal. Ein Teil des Geländes wurde bereits seit Anfang September von der Johanniter-Unfallhilfe e. V. (JUH) als NUK für Flüchtlinge genutzt und wurde als Camp Fallingbostal-West bezeichnet. Eine interviewte Person berichtete, dass innerhalb kürzester Zeit zahlreiche Rotkreuzlerinnen und Rotkreuzler bei der Einrichtung der Unterkunft geholfen haben. Sie kamen u. a. aus den Bereitschaften, dem Rettungsdienst, der Wohlfahrts- und Sozialarbeit, dem Jugendrotkreuz, der psychosozialen Betreuung, dem Kreisauskunftsbüro und den DRK-Ortsvereinen. Bereits nach drei Tagen seien dann die ersten 450 geflüchteten Menschen eingetroffen. Im Laufe der darauffolgenden Wochen seien weitere Geflüchtete angekommen und auch die Kapazitäten sukzessive auf bis zu 3.500 Personen erweitert worden. Diese Hochphase der Flüchtlingssituation sei, so eine interviewte Person, mit viel Ungewissheit verbunden gewesen, insbesondere im Hinblick auf die Zahl der ankommenden Flüchtlinge und die Unterbringungs- und Versorgungssituation. Ein Regelbetrieb habe nach etwa vier Wochen eingesetzt, verbunden mit der Einstellung von hauptamtlichem Personal. Zudem habe sich der Schwerpunkt der Aufgaben mit der Zeit verändert. Während zu Beginn die Unterbringung, Verpflegung und gesundheitliche Erstversorgung im Mittelpunkt gestanden hätten, wurden etwas später psychosoziale und betreuerische Aufgaben wichtiger.

Aus dem ehemaligen Camp Fallingbostal-Ost ist inzwischen das „Ankunftszentrum Bad Fallingbostal-Oerbke“⁸ geworden (Stand 02/2021).

Gesundheitliche Versorgung

Die gesundheitliche Versorgung vor Ort war in zwei Hauptbereiche untergliedert: Zum einen gab es eine vom DRK geführte Sanitätsstation sowie eine Voruntersuchung der neu ankommenden Personen. Zum anderen wurde von der Bundeswehr (Sanitätsunterstützungszentrum Munster) ein hausarztähnliches Zentrum betrieben, in dem auch die Bewohnerinnen und Bewohner des Camp Fallingbostal-West versorgt wurden.

Das in Kapitel 3.2 beschriebene (Vor-)Screening erfolgte unmittelbar nach der Ankunft der Flüchtlinge. Ziel sei es gewesen, ihren gesundheitlichen Zustand zu erfassen und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Je nach Befund erfolgte eine Weiterbehandlung in einem Krankenhaus oder durch Fachärztinnen und -ärzte. Bei Verdacht auf ansteckende Infektionskrankheiten wurden die Betroffenen ärztlich versorgt und vor Ort isoliert untergebracht (DRK, 2016).

Als Betreiber der Einrichtung konnte das DRK für die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten auf seine eigenen Ressourcen zurückgreifen. So habe, laut Interviewten, beispielsweise an einem Ruhetag übergangsweise dringend benötigtes Inkontinenzmaterial aus einem DRK-Seniorenheim beschafft werden können. Zudem seien Mitarbeitende aus dem Rettungsdienst zur Unterstützung der medizinischen Versorgung hinzugezogen worden.

Die Sanitätsstation bot den Schutz suchenden Menschen einen ersten Anlaufpunkt zur gesundheitlichen Versorgung. Konnten gesundheitliche Beschwerden dort nicht abgeklärt werden, wurden die Menschen zum hausärztlichen Zentrum der Bundeswehr weitergeleitet, das ebenfalls auf dem Gelände angesiedelt war. Der Auftrag der Bundeswehr zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung der Flüchtlinge durch den Betrieb dieses Zentrums endete am 31. Dezember 2016. An keinem anderen Standort leistete die Bundeswehr im Rahmen der Flüchtlingshilfe 2015/16 über einen so langen Zeitraum Amtshilfe.

⁸ Sogenannte Ankunftszentren werden vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eingerichtet und dienen als erste Anlaufstelle für neu in Deutschland ankommende Asylsuchende sowie Geflüchtete, die noch keinen Asylantrag stellen konnten. In den Ankunftszentren sollen die verschiedenen Schritte eines Asylverfahrens gebündelt abgehandelt werden, um diese zu beschleunigen (Sachverständigenrat für Integration und Migration, o. D.).

Zusammenarbeit mit Akteuren der Gesundheitsversorgung sowie aus weiteren Bereichen

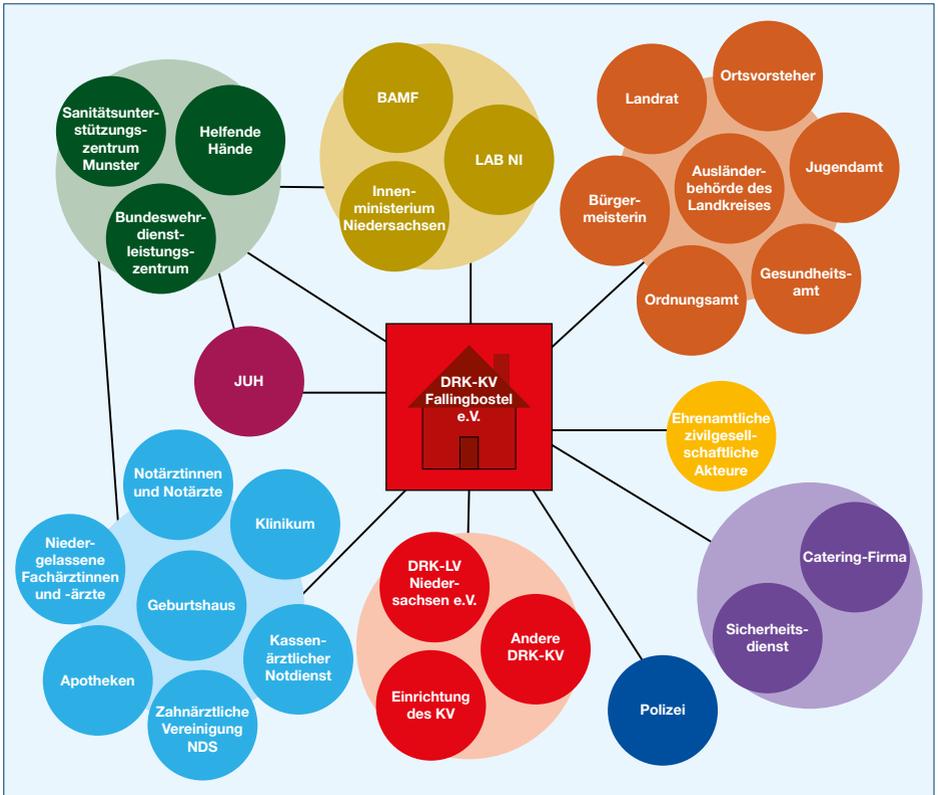


Abbildung 1: Konstellationen der Akteure des Camps Fallingbostal-Ost (DRK-KV Fallingbostal e.V.)

Neben der DRK-internen Zusammenarbeit, die sich bspw. durch Koordinationsmaßnahmen des LV und personelle Unterstützung durch andere KV bei der Registrierung äußerte, und der engen Zusammenarbeit mit der Bundeswehr kooperierte das DRK mit zahlreichen weiteren Akteuren aus verschiedenen Bereichen.⁹ Im Folgenden werden insbesondere die Akteure der gesundheitlichen Versorgung näher beleuchtet.

⁹ Wie bereits zu Beginn des Kapitels beschrieben, wurden die Listen der Akteure basierend auf Informationen aus den Interviews, die einige Jahre nach dem Einsatz geführt worden sind, erstellt. Die Listen erheben somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die dargestellten Verbindungen beinhalten keine Aussage über die Intensität oder Qualität, sondern geben lediglich die genannten Akteure der Zusammenarbeit wieder. Dennoch wird anhand der Abbildungen deutlich, dass damals mit einer Vielzahl an Akteuren zusammengearbeitet wurde.

Abbildung 1 zeigt die Verbindungen zu den unterschiedlichen Akteuren, mit denen der KV Fallingbostel als Betreiber der Unterkunft zusammengearbeitet hat. Dazu zählten in der gesundheitlichen Versorgung u. a. ein Klinikum, niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, Apotheken, Hebammen und der Kassenärztliche Notdienst.

Insgesamt gestalteten sich das Zustandekommen und die Art der Zusammenarbeit mit externen Akteuren sehr unterschiedlich. So sei die Zusammenarbeit mit einem Geburtshaus durch persönliche Kontakte zu einer dort beschäftigten Hebamme entstanden. Das notärztliche Personal, das primär als Honorarkraft beim (Vor-)Screening unterstützend tätig war, wurde vom DRK-KV Fallingbostel über eine Onlineplattform akquiriert und je nach Bedarf eingesetzt. Mit einer Apotheke wurden kurzfristig Absprachen getroffen, um die Versorgung der Geflüchteten mit notwendigen Medikamenten zu regeln. Die Vernetzungen wurden von den interviewten Personen als positiv hervorgehoben. Die Grundstimmung der beteiligten Akteure wurde mit dem damals viel zitierten Leitsatz „Wir schaffen das“ beschrieben.

Insgesamt bewerteten die interviewten Personen die medizinische Versorgung der Geflüchteten im Camp Fallingbostel-Ost als angemessen, besonders im Hinblick auf die Versorgung von Akuterkrankungen. Darüber hinaus wurde die medizinische Regelversorgung in der Region als nicht ausreichend empfunden. Dies habe v. a. an den fehlenden Kapazitäten der umliegenden Arztpraxen gelegen, die schon vor 2015 stark ausgelastet gewesen seien.

Auf einen Blick ...

- Der KV Fallingbostel errichtete und betrieb ab Anfang Oktober 2015 das Camp Fallingbostel-Ost. Während zunächst die Befriedigung von Grundbedürfnissen im Fokus stand, wurden mit der Zeit psychosoziale und betreuerische Aufgaben wichtiger.
- Die gesundheitliche Versorgung wurde seitens des DRK in Form einer Voruntersuchung und einer Sanitätsstation und vonseiten der Bundeswehr in Form eines hausarztähnlichen Zentrums geleistet. Die beiden Akteure arbeiteten sehr eng zusammen.
- Das DRK kooperierte, in unterschiedlicher Form und Intensität, mit zahlreichen weiteren Akteuren der gesundheitlichen Versorgung. Die Zusammenarbeit kam auf unterschiedlichen Wegen zustande. Die Stimmung wurde als positiv wahrgenommen.

4.2 Die Notunterkünfte in Karlshorst und Lichtenberg in Berlin

Standortbeschreibung

Im Sommer 2015 kontaktierte das Land Berlin den LV Berlin bezüglich der Errichtung und dem kurzfristigen Betrieb einer NUK Karlshorst in der Köpenicker Allee. Diese Zuständigkeit ging an den KV Müggelspree über, in dessen Einzugsgebiet die Unterkunft lag.

Ursprünglich sei der Standort als kurzfristige Unterkunft für etwa 200–250 Geflüchtete geplant gewesen. Die Mitarbeitenden des DRK seien gerade zu Beginn des Einsatzes im August 2015 primär aus den ehrenamtlichen Rotkreuz-Strukturen gekommen. Als sich abzeichnete, dass die geplanten Kapazitäten und die Laufzeit nicht ausreichen würden, seien verstärkt hauptamtlich Mitarbeitende angeworben und die Einrichtung auf ca. 1.000 Plätze aufgestockt worden. Nach ungefähr sechs Wochen bestand der Großteil der Belegschaft in der NUK Karlshorst aus hauptamtlich Beschäftigten. Allerdings beschrieben die Interviewten, dass die medizinische Versorgung der Flüchtlinge noch etwa sechs Monate lang durch ehrenamtlich Mitarbeitende des DRK sichergestellt worden sei. In den ersten Wochen nach Aufnahme des Betriebs habe der Schwerpunkt der Arbeit darauf gelegen, das „Überleben [Anm. d. Verf.: der Flüchtlinge] sicherzustellen“. Hinzu kamen klassische Verwaltungsaufgaben, wie etwa die Bearbeitung von Anträgen, die Personalakquise sowie die Registrierung der ankommenden Geflüchteten.

Im November desselben Jahres eröffnete der KV Müggelspree in der Ruschestraße im Ortsteil Berlin-Lichtenberg eine weitere NUK, die laut der interviewten Personen für bis zu 1.300 Personen ausgelegt gewesen sei.

Der Betrieb der NUK Lichtenberg begann am 19.11.2015 um 18 Uhr. Sehr kurzfristig versammelten sich Ehrenamtliche und Hauptamtliche des DRK sowie weitere Akteure (u. a. ungebundene Helferinnen und Helfer¹⁰), um das Gebäude für eine Notbelegung herzurichten.

¹⁰ „Ungebundene HelferInnen im Bevölkerungsschutz sind nicht betroffene BürgerInnen, die eigenständig aktiv werden aus dem Bedürfnis heraus anderen in einer Notlage zu helfen. Sie sind nicht als Mitglieder einer Organisation des Katastrophenschutzes im Einsatz. Somit kann nicht von einer für den Einsatz entsprechenden Ausbildung ausgegangen werden. Sie bringen eine Vielzahl von Fähigkeiten aus ihrem persönlichen und gegebenenfalls beruflichen Hintergrund mit. Ihre Hilfeleistung findet gemeinwohlorientiert und unentgeltlich und im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten statt. Sie wird in der Regel außerhalb ihres unmittelbaren räumlichen wie sozialen Umfelds erbracht. Die HelferInnen mobilisieren sich beziehungsweise koordinieren ihre Hilfstätigkeiten selbstständig und ereignisbezogen insbesondere über Soziale Netzwerke“ (DRK, 2014, S.17).

Bereits drei Stunden später, um 21 Uhr, trafen die ersten neuen Bewohnerinnen und Bewohner ein (LV Berliner Rotes Kreuz, 2015), sodass die weitere Instandsetzung während des laufenden Betriebs erfolgen musste. In beiden Einrichtungen seien v. a. Rotkreuz-Einheiten aus dem Bereich Katastrophenschutz, insbesondere die Bereitschaften, aktiv gewesen. Auch der Suchdienst und die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) seien bei Bedarf hinzugezogen worden. Mitarbeitende aus einer DRK-Kita unterstützten bei der Kinderbetreuung. Aufgrund der umfangreichen Erfahrungen des KV Müggelspree habe dieser auch Beratungstätigkeiten für verschiedene Gliederungen des DRK übernommen sowie andere Organisationen und Behörden hinsichtlich der Einrichtung und des Betriebs von Unterkünften beraten.

Im Juli 2017 wurden die NUK Lichtenberg (Berlin.de, 2017) und im April 2018 schließlich auch die NUK Karlshorst (Neues Deutschland, 2018) geschlossen.

Gesundheitliche Versorgung

Der Gesundheitszustand der ankommenden Flüchtlinge wurde zum Teil als „*desolat*“ wahrgenommen und bedurfte oftmals einer schnellen medizinischen Versorgung. Daher sei das (Vor-)Screening der neu ankommenden Schutzsuchenden einem festen Muster gefolgt: Jede geflüchtete Person wurde bei der Ankunft von medizinischem Personal untersucht, was u. a. die Messung der Körpertemperatur, eine Untersuchung nach akuten infektiösen Krankheiten sowie die Abfrage nach chronischen Erkrankungen umfasste. Dadurch habe der Gesundheitszustand der Geflüchteten schnell erfasst und, falls notwendig, eine medizinische Erstversorgung unmittelbar eingeleitet werden können. Laut der interviewten Personen wurden zum Teil auch Impfungen vom DRK organisiert und durchgeführt. Sowohl in der NUK Karlshorst als auch in der NUK Lichtenberg gab es vor Ort eine Sanitätsstation (auch „Med.-Punkt“ genannt), die rund um die Uhr sanitätsdienstlich betreut wurde. Zusätzlich habe es in den Stationen ein Sprechstundenangebot gegeben, das ähnlich wie eine Hausarztpraxis funktionierte. Die Sprechstunden seien durch eine Kooperation mit einem Klinikum in Lichtenberg zustande gekommen, dessen Personal auf Honorarbasis vor Ort tätig wurde. Neben der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen in der NUK wurden Überweisungen an Krankenhäuser und niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte getätigt. Gleichzeitig sollten die Geflüchteten die Umgebung und Alltagsstrukturen kennenlernen, sodass sie beispielsweise ihre Medikamente mit dem Rezept aus der Sanitätsstation selbstständig in der Apotheke abholen konnten. Auf dem Rezept sei die Telefonnummer der Unterkunft notiert gewesen, sodass die Apotheke im Bedarfsfall Kontakt aufnehmen konnte.

Zusammenarbeit mit Akteuren der Gesundheitsversorgung sowie aus weiteren Bereichen



Abbildung 2: Konstellationen der Akteure der NUK Karlishorst und Lichtenberg (DRK-KV Müggelspree e. V.)

Wie in Abbildung 2 dargestellt, fanden sowohl DRK-intern als auch im Austausch mit externen Beteiligten aus verschiedenen Bereichen zahlreiche Kooperationen statt. Im gesundheitlichen Bereich umfasste dies u. a. eine Kooperation mit dem Gesundheitsamt, die bedarfs- und anlassbezogen stattfand. So wurden beispielsweise auf dem Gelände der beiden NUK auch durch das Gesundheitsamt Impfungen durchgeführt sowie weitere Absprachen zur Abstimmung und Durchsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen getroffen. Durch einen Stab mit der Berliner Senatsverwaltung bestand zudem ein regelmäßiger Austausch zur Lage der medizinischen Versorgung der Geflüchteten. Wie im vorherigen Abschnitt bereits beschrieben, gab es außerdem eine Kooperation mit einem Klinikum in Lichtenberg, das Personal für die Sprechstunden in den Sanitätsstationen stellte.

Darüber hinaus fand eine Zusammenarbeit mit einer Apotheke sowie mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten der Umgebung statt, sodass die Bewohnerinnen und Bewohner der NUK im Bedarfsfall an diese Akteure verwiesen wurden. Standortspezifisch fanden noch weitere Kooperationen mit externen Akteuren statt: In der NUK Lichtenberg kam es beispielsweise zu einer Zusammenarbeit mit einem muslimischen PSNV-Verein, der in einem Fall muslimische Bewohnerinnen und Bewohner der Unterkunft unterstützte.

Auf einen Blick ...

- Ab Sommer bzw. Herbst 2015 übernahm der KV Müggelspree den Aufbau und Betrieb der NUK Karlshorst und der NUK Lichtenberg.
- Zu Beginn der Inbetriebnahme lag der Schwerpunkt der Arbeit auf der Versorgung und Unterbringung der ankommenden Flüchtlinge und dringenden bürokratischen Aufgaben. Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge wurde ca. sechs Monate lang durch ehrenamtlich Mitarbeitende des DRK sichergestellt und im Anschluss von Hauptamtlichen übernommen.
- Kurz nach der Ankunft der Flüchtlinge wurde ein (Vor-)Screening durchgeführt, um die oftmals dringende Akutversorgung einleiten zu können. Zudem gab es in beiden NUK vor Ort eine Sanitätsstation für die alltägliche medizinische Betreuung.
- Es bestanden zahlreiche Kooperationen mit Akteuren der gesundheitlichen Versorgung. Diese waren zum Teil vor Ort in der Unterkunft tätig, während weitere Fachärztinnen und -ärzte sowie Krankenhäuser durch Überweisungen erreicht werden konnten.

4.3 Erfahrungen des Gesundheitsamtes Trier

Im Rahmen des Projektes wurden auch Beschäftigte des Gesundheitsamtes befragt. Im folgenden Kapitel soll die Prüfung des gesundheitlichen Zustands von Flüchtlingen exemplarisch aus der Perspektive des Gesundheitsamtes der Kreisverwaltung Trier-Saarburg in Rheinland-Pfalz, nachfolgend Gesundheitsamt Trier bezeichnet, beschrieben werden.

Das Gesundheitsamt Trier sei spezifisch dafür zuständig gewesen, die infektionshygienische Abklärung der Asylsuchenden, d.h. die Gesundheitsuntersuchung für die AfA Trier¹¹ vorzunehmen. Nach Angaben der interviewten Person untersuchten Mitarbeitende des Gesundheitsamtes Trier im Jahr 2015 insgesamt 25.437 Asylsuchende, dies seien teilweise über 500 Menschen an einem Tag gewesen. Die infektionshygienischen Abklärungen umfassten dabei u. a. den Ausschluss einer Lungentuberkulose.

¹¹ Die AfA Trier ist eine der SiKoMi-Fallregionen, siehe Kapitel 2.

Darüber hinaus seien die Mitarbeitenden des Gesundheitsamts Trier auch für die gesundheitliche Aufklärung in den NUK der Region zuständig gewesen und haben bei Bedarf nicht nur die Geflüchteten, sondern auch das Personal geimpft.

Um besser über den Gesundheitszustand informiert zu sein, habe das Gesundheitsamt Trier wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt, um statistische Daten zu Impfungen und Krankheiten zu erheben. Auch habe es Ad-hoc-Maßnahmen als Reaktion auf die dynamische Lage gegeben: Beispielsweise hätten Mitarbeitende des Gesundheitsamtes in Einrichtungen ausgeholfen, als v. a. zu Beginn der Lage nicht genügend ärztliches Personal zur Verfügung stand.

Laut einer Verwaltungsvorschrift des Landes müssen Asylsuchende innerhalb einer Woche nach ihrer Ankunft von Gesundheitsämtern untersucht werden. Deshalb sei im Gesundheitsamt Trier ein Leitsystem eingerichtet worden, um den Ablauf effektiv gestalten und so möglichst viele Personen pro Tag medizinisch untersuchen zu können. Zudem wurde Sicherheitspersonal eingestellt, das den Ablauf regulierte. Um den Geflüchteten die Vorgänge zu erklären, sei mit Bildern, Piktogrammen sowie einer App gearbeitet worden, über die beispielsweise kurze Erklärfilme über Tuberkulose in verschiedenen Sprachen abgerufen werden konnten. Auch griffen die Mitarbeitenden auf Online-Übersetzungsdienste zurück oder schalteten, mit Einverständnis der betroffenen Person, Sprachmittlerinnen oder Sprachmittler hinzu.

Problematisch sei es für das Gesundheitsamt Trier gewesen, dass die vorhandenen Strukturen nicht auf die hohe Anzahl ankommender Geflüchteter ausgelegt waren, sodass diese, wie oben beispielhaft beschrieben, angepasst werden mussten. Die Anpassung sei in den meisten Fällen zügig erfolgt. Eine chaotische Phase habe es nur in den ersten ein bis zwei Wochen gegeben, danach seien die Vorgänge wieder geordneter abgelaufen. Auch die gesundheitliche Versorgung sei spätestens nach drei bis vier Wochen eingespielt gewesen. Der Eindruck, dass Geflüchtete unversorgt geblieben seien, habe bei den interviewten Personen zu keiner Zeit bestanden, auch nicht während der Hochphase. Insbesondere durch die schnelle Einstellung von zusätzlichem Personal und die gute interne Zusammenarbeit habe die Lage auch in der Akutphase gut bewältigt werden können.

Zusammenarbeit mit Akteuren der Gesundheitsversorgung sowie aus weiteren Bereichen

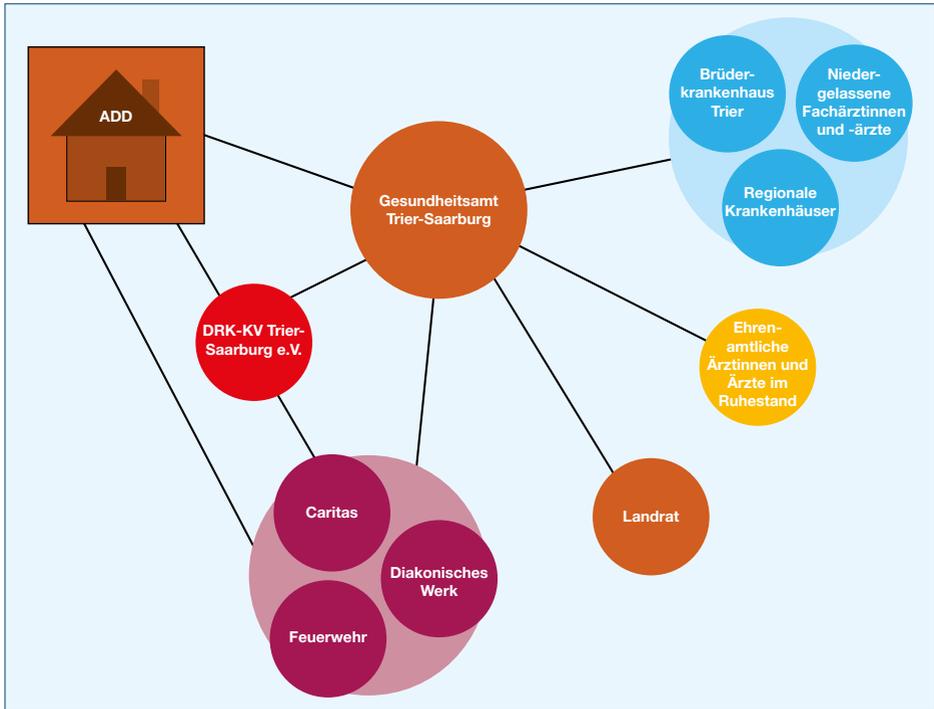


Abbildung 3: Konstellationen der Akteure des Gesundheitsamts Trier-Saarburg

Im Rahmen der Flüchtlingshilfe 2015/16 hat das Gesundheitsamt Trier, wie in Abbildung 3 veranschaulicht, mit vielen weiteren Akteuren kooperiert.

So bestanden beispielsweise Kooperationen mit der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz (ADD), welche die AfA Trier und weitere Standorte betrieb, und dem DRK, das ebenfalls an verschiedenen Standorten in ganz Rheinland-Pfalz in die Flüchtlingshilfe eingebunden war. Neben diesen Kooperationen wurde die Caritas als besonders wichtige Partnerin für das Gesundheitsamt Trier beschrieben, da sie für die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten in der AfA Trier zuständig war und dort eine Sanitätsstation betrieb. Darüber hinaus seien auch das Diakonische Werk in der AfA tätig gewesen sowie Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand, die ehrenamtlich Sprechstunden vor Ort anboten und mit denen das Gesundheitsamt Trier in regelmäßigem Kontakt stand. Zudem haben Kooperationen mit dem Bräuerkrankenhaus Trier und weiteren Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten der Region bestanden, die zum

Teil zu isolierende Personen aufnahmen oder medizinische Leistungen und Geräte zur Verfügung stellten. Außerdem sei mit der Feuerwehr zusammengearbeitet worden, da diese überwiegend den Transport der zu isolierenden Geflüchteten übernahm.

Auf einen Blick ...

- Für die gesetzlich vorgeschriebene Gesundheitsuntersuchung war das Gesundheitsamt Trier zuständig. Darüber hinaus führte das Gesundheitsamt Impfungen und gesundheitliche Aufklärung in den Unterkünften durch und erhob wissenschaftliche Daten.
- Auch das Gesundheitsamt Trier kooperierte mit verschiedenen Akteuren, um die Aufgaben bewältigen zu können. Dazu zählten sowohl Organisationen, die mit der Unterbringung und Versorgung geflüchteter Menschen betraut waren, als auch andere Akteure des Gesundheitswesens.

5

Wege der Vernetzung

Die Beschreibungen der drei Fallregionen zeigen, dass die gesundheitliche Versorgung auf unterschiedlichen Wegen, wenn auch mit teilweise sich überschneidenden Komponenten, erfolgt ist und dafür zahlreiche Formen der Zusammenarbeit entstanden sind. Im Folgenden soll eine kurze Analyse dieser verschiedenen Vernetzungsstrategien dargestellt und mit Beispielen unterlegt werden, um deren Vielfältigkeit sowie Vernetzungsmöglichkeiten in zukünftigen Lagen aufzuzeigen. Dabei werden die am häufigsten genannten Vernetzungsformen zusammengefasst, die im Rahmen der Interviews als besonders bedeutsam bewertet wurden.

Eine immer wieder beschriebene und an allen Fallstandorten erfolgte Vernetzungsstrategie ist die des „**kurzen Dienstwegs**“, welche Kontaktaufnahmen unabhängig von formalen Kommunikationswegen bezeichnet. Da die Flüchtlingshilfe sehr schnelllebig und schwer überschaubar war, stellte sich diese Kontaktherstellung als besonders erfolgreiche Strategie für kurzfristig geplante Maßnahmen heraus, weil meist auf ein bestehendes vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut werden konnte und die Beteiligten auch die jeweiligen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten kannten. Eine Zusammenarbeit ergab sich anderenorts **durch persönliche Kontakte** – sowohl von DRKlerinnen und DRKlern als auch von externen Akteuren. Durch persönliche Kontakte entstand z. B. in Fallingbostal die Zusammenarbeit mit einer Hebamme, die schwangere Frauen in der Unterkunft betreute. Da die Hebamme wiederum in einem Geburtshaus tätig war, entstand ebenfalls eine neue Vernetzung zwischen dem DRK und dem Geburtshaus.

Kooperationen erfolgten auch durch **gezielte Verbindungsaufnahmen des DRK**, z. B. in Form von Aufrufen in der lokalen Presse. Dies hatte den Vorteil, dass Unterstützungsbedarfe gezielt kommuniziert werden konnten und die benötigte Unterstützung direkt beim DRK ankam. Umgekehrt bestand eine **gezielte Verbindungsaufnahme von externen Akteuren**, v. a. ungebundenen Helferinnen und Helfern, die sich proaktiv an das DRK wandten. Weitere Vernetzungen entstanden durch die **Verbindungsherstellung durch Dritte**. So wandte sich beispielsweise das DRK in Berlin für die Betreuung eines Falls an sein PSNV-Team. Dieses bestätigte zwar den Einsatz übernehmen zu können, schlug aber die Kontaktierung eines muslimischen Partnerverbandes vor, der daraufhin den Einsatz übernahm. Durch diese spontane und anlassbezogene Zusammenarbeit konnte sichergestellt werden, dass die Betroffenen unter Berücksichtigung von Aspekten muslimischer Kultur und Tradition eine angemessene und sensible Beratung und Begleitung erhielten.

Im Rahmen der Interviews wurde zudem eine weitere Form der Vernetzung beschrieben, die **durch übergeordnete Gremien** entstand. So organisierte die Berliner Senatsverwaltung einen Stab zur Lage der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, an dem neben

dem DRK auch weitere Akteure wie das Gesundheitsamt beteiligt waren. Andere Kooperationen entstanden **über Vernetzungsplattformen**, wie im Fall von Fallingbostel berichtet wurde: Die Notärztinnen und -ärzte, die für die medizinische Erstversorgung benötigt wurden, konnten über eine Onlineplattform akquiriert und als Honorarkräfte nach Bedarf eingesetzt werden. Bei der Plattform handelt es sich um eine Vermittlungsbörse, welche die Gesuche und Angebote von registrierten Ärztinnen und Ärzten sowie Auftraggebenden prüft und zusammenbringt.

DRK-Kräfte konnten **durch spontane Begegnungen in der Nachbarschaft** weitere Kooperationen anbahnen. Diese Form der Vernetzung war besonders relevant in Bezug auf ungebundene Helfende und kurzfristig entstandene Zusammenarbeit. Beispielsweise lag eine Fachhochschule in unmittelbarer Nähe zu einer NUK in Berlin, sodass sich „automatisch“ ein Kontakt entwickelte, da sich die Akteure regelmäßig im Alltag begegneten. Auf diesem Weg wurden einige Mitarbeitende und Studierende der Fachhochschule aktiv und engagierten sich in der Unterkunft.

Darüber hinaus entstanden Formen der Zusammenarbeit folglich auch dadurch, dass das DRK mit anderen Akteuren **am selben Standort tätig** war. Dies war beispielsweise im Camp Fallingbostel-Ost der Fall, wo die Bundeswehr auf dem Gelände der Unterkunft bereits die hausärztliche Versorgung der Schutzsuchenden Menschen übernommen hatte. Als Betreiber der Unterkunft hatte das DRK deshalb einen sehr engen Kontakt zur Bundeswehr.

Eine Zusammenarbeit kam zudem durch **bereits vorgeschriebene Zuständigkeiten** zustande. So war in Berlin das Gesundheitsamt für die Einhaltung der Hygieneauflagen und des Infektionsschutzes in den Unterkünften der Region zuständig und führte Impfungen vor Ort durch. Dadurch bestanden ein enger Kontakt und Austausch zwischen dem Gesundheitsamt und dem DRK als Betreiber, um die gesundheitliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der NUK sicherzustellen.

Die hier beschriebenen Formen der Vernetzung zeigen, dass es während des Flüchtlingseinsatzes 2015/16 eine Vielfalt von Konstellationen und Kommunikationswegen gab, die zur Aktivierung von bestehenden und zur Knüpfung von neuen Kontakten geführt haben. Die oben aufgeführten Vernetzungsstrategien wurden mit verschiedenen DRKlerinnen und DRKlern diskutiert. Die Interviewten bekräftigten, dass insbesondere der „kurze Dienstweg“ und die Vernetzung mit bereits bekannten Akteuren eine sehr wichtige Rolle in der Lage gespielt haben. Durch vertraute Personen in Schlüsselpositionen gelinge oftmals eine gute Zusammenarbeit, weshalb die Auslotung von Möglichkeiten zur Etablierung kurzer Dienstwege sinnvoll sei. Persönliche Kontakte wurden zudem als nachhaltiger angesehen. Von den befragten Rotkreuzerinnen und Rotkreuzlern wurden aber auch die spontanen Begegnungen in der Nachbarschaft als sehr wichtige Vernetzungsstrategie in der damaligen Lage angesehen.

Wenn möglich, so die Befragten, solle die Vernetzung mit externen Akteuren schon im Vorfeld stattfinden, um in der Lage auf bekannte Strukturen zurückgreifen zu können. Welche Wege der Vernetzung sinnvoll seien, könne jedoch auch von der Struktur der verschiedenen Organisationen, der Infrastruktur vor Ort und der Lage abhängig sein. Gerade in ländlichen Regionen sei die „*Mund-zu-Mund-Propaganda*“ immer noch eines der wichtigsten Mittel. In lang andauernden Lagen würde sich zudem oftmals eine Zusammenarbeit im Verlauf ergeben, was bei kürzeren Einsätzen eher nicht der Fall sei. Darüber hinaus wird für das DRK deutlich, dass die Integration fachlicher Kompetenzen anderer Organisationen hilfreich ist, da das DRK nicht in allen Bereichen eine Expertenrolle übernehmen kann.

Auf einen Blick ...

- Die Analyse der gesundheitlichen Versorgung in den drei Fallregionen betont die Vielfalt der Zusammenarbeitsformen und zeigt Möglichkeiten der Vernetzung für zukünftige Lagen auf.
- Persönliche Kontakte begünstigen eine Zusammenarbeit über den „kurzen Dienstweg“ und sind besonders für kurzfristig geplante Maßnahmen eine erfolgreiche Vernetzungsstrategie. In ähnlicher Weise konnten auch spontane Begegnungen in der Nachbarschaft kurzfristig v. a. ungebundene Helferinnen und Helfer mobilisieren.
- Kooperationen erfolgten auch durch gezielte Verbindungsaufnahmen an das oder seitens des DRK oder über die Verbindungsherstellung durch Dritte.
- Übergeordnete Gremien und Vermittlungsplattformen ermöglichten den Austausch von Wissen und das Knüpfen von wichtigen Kontakten.

6

Zusammenfassung und Ausblick

Aufgrund der Erfahrungen von Gewalt und Verfolgung im Herkunftsland und während der Flucht können Schutzsuchende vorerkrankt, verletzt und psychisch belastet sein. Der gesundheitliche Zustand und damit verbundene Bedürfnisse sind individuell verschieden: Es gibt geflüchtete Personen, die einen guten gesundheitlichen Zustand aufweisen. Daneben müssen einige beispielsweise vor allem in Bezug auf Infektionskrankheiten behandelt werden, während bei anderen wiederum der Bedarf zur therapeutischen Behandlung besteht, um sie bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen zu unterstützen. Umso wichtiger sind eine umfangreiche medizinische Abklärung und angemessene Versorgung der Betroffenen. Die Ausgestaltung der Untersuchung und Versorgung liegt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer, sodass regional Unterschiede bestehen. Zwar ist es im Rahmen des Projektes SiKoMi nicht möglich die gesamte Vielfalt der bestehenden Regionen und Standorte abzubilden, jedoch lassen sich Erkenntnisse für das DRK aus den Beispielstandorten ableiten. Die Beschreibungen der beiden Fallregionen Bad Fallingbommel und Berlin zeigen, wie unterschiedlich eine medizinische (Erst-) Versorgung von neuankommenden Flüchtlingen aussehen kann und wie stark diese von der Infrastruktur des jeweiligen Standortes abhängt. Während das DRK in Bad Fallingbommel primär vor Ort in enger Zusammenarbeit mit der Bundeswehr die gesundheitliche Versorgung sicherte, kooperierte das DRK in Berlin vorrangig mit niedergelassenen gesundheitlichen Akteuren und Kliniken. Um die Aufgaben in der Flüchtlingshilfe zu bewältigen und der Schnelligkeit der Lage zu begegnen, hat das DRK mit unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens zusammengearbeitet. Dabei wurde auch deutlich, dass bereits vorhandene sowie neue Vernetzungen auf ganz unterschiedliche Weise zustande gekommen sind und sich somit verschiedene Vernetzungsstrategien identifizieren lassen.

Bei Betrachtung der Fallstandorte wird deutlich, dass die Zusammenarbeit verschiedener Organisationen zur gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge gut funktioniert hat. Es wurden in den Interviews jedoch auch zahlreiche Herausforderungen beschrieben und Wissenslücken benannt. Maßnahmen und Lösungsansätze, die sich in der Praxis der Fallstandorte bewährt haben, sowie die Erkenntnisse über Fehler und Lehren bezüglich der Zusammenarbeit mit externen, insbesondere gesundheitlichen Akteuren sollen in Teil 2 dieser Schriftenreihe vorgestellt und analysiert werden. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse der im Frühjahr/Sommer 2020 durchgeführten deutschlandweiten DRK-internen quantitativen Erhebung auf Orts-, Kreis- und Landesverbandsebene präsentiert werden. Dabei stehen u. a. die Themenbereiche Vernetzung, Koordination, Kommunikation sowie Umgang mit Wissen und Erfahrungen im Fokus.

7

Literaturverzeichnis

Amadeu Antonio Stiftung. (Mai 2016). Leitfaden zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen mit Behinderung: Zuständigkeiten, rechtliche Grundlagen, Unterstützungsmöglichkeiten in Berlin. Berlin. <https://www.amadeu-antonio-stiftung.de/wp-content/uploads/2018/08/leitfaden-medizinische-versorgung-fluechtlinge-mit-behinderung-052016-1-1.pdf>

Berlin.de. (21. Juli 2017). Lichtenberg: Notunterkunft für Flüchtlinge wird geschlossen. <https://www.berlin.de/aktuelles/berlin/4939624-958092-lichtenberg-notunterkunft-fuer-fluechtli.html>

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (2016). Versorgungsbericht: Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland (3. Aufl.). Berlin. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BAfF.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (2017). Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/03/BAfF_Arbeitshilfe_Therapiebeantragung.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (2020). Versorgungsbericht: Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland (6. Aufl.). http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/10/BAfF_Versorgungsbericht-6.pdf

Bundeszentrale für politische Bildung. (14. März 2017). Fluchtursachen. <https://www.bpb.de/lernen/projekte/refugee-eleven/243384/fluchtursachen>

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2014). Die Rolle von ungebundenen HelferInnen bei der Bewältigung von Schadensereignissen: Teil 1: Die Perspektive der ungebundenen Helferinnen und Helfer. Schriften der Forschung: Bd. 1.

Deutsches Rotes Kreuz e. V. Flüchtlingshilfe Fallingbostal. (2016). Camp Fallingbostal-Ost: Betreiberkonzept.

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (2018a). Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen: Teil 2: Vernetzung und Partizipation – auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz. Schriften der Forschung: Bd. 6.

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (2018b). Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst: Teil 4: Empfehlungen für einen zukunftsfähigen DRK-Betreuungsdienst: Vernetzung. Schriften der Forschung: Bd. 4.

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (2020). Resiliente Nachbarschaften: Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu sozialem Zusammenhalt und Nachbarschaftshilfe in Krisen und Katastrophen. Schriften der Forschung: Bd. 8.

Fetz, K. (30. April 2018). „Die sind doch alle gleich!“ – Warum geflüchtete Menschen oft als homogene Gruppe betrachtet werden und welche Maßnahmen zu einer individuelleren Wahrnehmung beitragen können. Fachnetz Flucht. <https://www.fachnetzflucht.de/die-sind-doch-alle-gleich-warum-gefluechtete-menschen-oft-als-homogene-gruppe-betrachtet-werden-und-welche-massnahmen-zu-einer-individuelleren-wahrnehmung-beitragen-koenne/>

Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., Rommel, A. & Lampert, T. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), 24–47. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2579/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage1b.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V. (20. November 2015). DRK eröffnet 5. Notunterkunft in Berlin [Pressemitteilung]. Berlin. <https://www.drk-berlin.de/aktuelles/presse-service/meldung/drk-eroeffnet-5-notunterkunft-in-berlin.html>

Neues Deutschland. (22. April 2018). Abschied von einem Provisorium: Zweitgrößte Flüchtlingsunterkunft der Stadt schließt – Anlass für Dank und kritische Bilanz. <https://www.neues-deutschland.de/artikel/1086156.fluechtlingsunterkunft-in-berlin-abschied-von-einem-provisorium.html>

Robert Koch-Institut. (20. November 2015). Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende. https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/A/Asylsuchende/Erstaufnahme/Erstaufnahmeuntersuchung.pdf?__blob=publicationFile

Sachverständigenrat für Integration und Migration. (o. D.). Glossar: Ankunftszentrum. <https://www.svr-migration.de/glossar/>

Schröder, H., Zok, K. & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WIdO-monitor*, 15(1), 1–20. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf

UNICEF. (Januar 2017). Is health care accessible? <https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/UNICEF%20Advocacy%20Brief%20Health.pdf>

8

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Konstellationen der Akteure des Camps Fallingbostal-Ost (DRK-KV Fallingbostal e. V.)	19
Abbildung 2:	Konstellationen der Akteure der NUK Karlshorst und Lichtenberg (DRK-KV Müggelspree e. V.)	23
Abbildung 3:	Konstellationen der Akteure des Gesundheitsamts Trier-Saarburg	26

9

Für die schnelle Leserin/den schnellen Leser

Der erste Teil der Schriftenreihe Band 10 fokussiert die gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen während des Flüchtlingseinsatzes 2015/16 des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Vor diesem Hintergrund werden Erfahrungen und Perspektiven aus drei Unterkünften in Bad Fallingbostal und Berlin vorgestellt sowie exemplarisch die Erfahrungen des Gesundheitsamtes in Trier wiedergegeben. Darüber hinaus werden die verschiedenen Wege der Vernetzung an diesen Standorten beschrieben.

- Der Leistungsrahmen des deutschen Gesundheitssystems ist für alle Asylsuchenden gleich, der Zugang und die Auslegung variieren jedoch nach Bundesland.
- Nach Ankunft in einer Unterkunft erfolgten die Erstaufnahmeuntersuchung nach §62 des Asylgesetzes und standortabhängig auch (Vor-)Screenings, um den gesundheitlichen Zustand zu überprüfen und ggf. Infektionskrankheiten auszuschließen.
- Im Camp Fallingbostal-Ost, das der Kreisverband (KV) Fallingbostal ab Oktober 2015 betrieb, wurde die gesundheitliche Versorgung in Form einer Voruntersuchung und Sanitätsstation geleistet. Zudem betrieb die Bundeswehr auf dem Gelände ein hausarztähnliches Zentrum, an welches das DRK Geflüchtete verweisen konnte, wenn die Versorgung in der Sanitätsstation nicht bewerkstelligt werden konnte.
- Die Notunterkünfte (NUK) Karlshorst und Lichtenberg wurden ab Sommer bzw. Herbst 2015 durch den KV Müggelspree aufgebaut und betrieben. Auch hier wurden erste medizinische Untersuchungen durchgeführt und in beiden NUK gab es Sanitätsstationen. Es kam hier zu zahlreichen Kooperationen mit Akteuren der gesundheitlichen Versorgung, u. a. mit umliegenden Kliniken und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten.
- Das Gesundheitsamt Trier war für die gesetzlich geregelte Gesundheitsuntersuchung zuständig und führte zudem Impfungen und hygienische Aufklärungen durch. Um die zahlreich ankommenden Menschen möglichst schnell und gezielt untersuchen zu können, wurden Prozesse optimiert und wurde mit verschiedenen Akteuren zusammengearbeitet, die an der Unterbringung und gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten beteiligt waren.
- Eine Analyse der Zusammenarbeitsformen aus den drei Fallregionen zeigt, dass es eine Vielfalt von Konstellationen und Kommunikationswegen gab, wodurch bereits bestehende Kontakte aktiviert und neue Kontakte geknüpft werden konnten.

Welche Bedarfe gibt es?

- Es fehlt bisher eine Übersicht der Erkenntnisse über (standortbezogene) Lösungs- und Verbesserungsansätze bezüglich der Zusammenarbeit mit externen Akteuren aus der Flüchtlingshilfe 2015/16.
- Im folgenden zweiten Teil des Bandes 10 der Schriftenreihe werden die Ergebnisse aus den Interviews sowie einer bundesweiten DRK-Befragung themenspezifisch zusammengeführt, um diese Lücke zu schließen.

In der Reihe „Schriften der Forschung“ sind bisher erschienen:

Band 1: Die Rolle von ungebundenen HelferInnen bei der Bewältigung von Schadensereignissen

Teil 1: Die Perspektive der ungebundenen Helferinnen und Helfer

Teil 2: Die Perspektive der DRK-Einsatz- und Führungskräfte

Teil 3: Handlungs- und Umsetzungsempfehlungen für den Einsatz ungebundener HelferInnen

Band 2: Pilotkonzept für den Einsatz von ungebundenen HelferInnen

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse für eine Fortbildung von Einsatz-, Führungs- und Fachführungskräften

Teil 2: Wissenschaftliche Erkenntnisse für eine Einweisung ungebundener HelferInnen

Band 3: Durchführung und Auswertung von MANV-Übungen

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Best-Practices

Band 4: Stärkung von Resilienz durch den Betreuungsdienst

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Bedingungen für einen zukunftsfähigen DRK-Betreuungsdienst

Teil 2: Die Sicht der DRK-Einsatzkräfte: Dokumentation der vier Regionalkonferenzen Betreuungsdienst

Teil 3: Die Sicht der DRK-Leitungskräfte: Dokumentation der Fachberatertagung Betreuungsdienst

Teil 4: Empfehlungen für einen zukunftsfähigen DRK-Betreuungsdienst: Vernetzung

Band 5: Web 2.0 und Soziale Medien im Bevölkerungsschutz

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Nutzung von Sozialen Medien in Krisen- und Katastrophenlagen aus Perspektive des Deutschen Roten Kreuzes

Teil 2: Die Rolle von Digital Volunteers bei der Bewältigung von Krisen- und Katastrophenlagen

Band 6: Die vulnerable Gruppe „ältere und pflegebedürftige Menschen“ in Krisen, Großschadenslagen und Katastrophen

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Herausforderungen aus der Praxis

Teil 2: Vernetzung und Partizipation – auf dem Weg zu einem sozialraumorientierten Bevölkerungsschutz

Band 7: Dokumentationen von Einsatzlagen

Teil 1: Die Schneelage in Bayern 2019 aus Sicht des Bayerischen Roten Kreuzes

Teil 2: Der Stromausfall in Berlin-Köpenick im Februar 2019

Band 8: Resiliente Nachbarschaften

Teil 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse zu sozialem Zusammenhalt und Nachbarschaftshilfe in Krisen und Katastrophen

Teil 2: Pilot-Konzept zur Stärkung von Vernetzung und Katastrophenvorsorge im Sozialraum

Band 9: Zivilgesellschaftliche Akteure in der DRK-Flüchtlingshilfe 2015/16

Teil 1: Erfahrungen aus dem Einsatz

Bisher auf Englisch erschienen:

Strengthening of Community Resilience – The German Red Cross Disaster Services. Recommendations for Action Based on Research Results

The Vulnerable Group „the Elderly and those Needing Care“ during Crises, Large-scale Emergencies, and Disasters. Findings and Possible Solutions – Moving toward a Socio-spatial Approach to Civil Protection

Deutsches Rotes Kreuz e. V.

Carstennstraße 58
12205 Berlin
www.drk.de

© 2021 Deutsches Rotes Kreuz e. V., Berlin

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

SiKoMi 