

«Migration und Gesundheit» – Gedanken zur Entwicklung der Migrationsmedizin

Die Wechselwirkungen von Migration und Gesundheit sind komplex und hochdynamisch. Um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden, muss eine evidenzbasierte Migrationsmedizin mit klaren Richtlinien und Empfehlungen gepflegt werden. Deshalb sollten gegenwärtige Forschungsprojekte – auf nationaler und internationaler Ebene – einen zentralen Fokus auf die Erstellung einer Evidenzgrundlage richten, welche eine praxisorientierte, ökonomisch verantwortbare Medizin unterstützt.



Monika Hänggi

Der medizinische Umgang bezüglich der Gesundheit von Flüchtlingen ist ein wichtiges Thema, das in den letzten Jahren aufgrund der steigenden Zahlen zunehmende Bedeutung erhält. Laut dem UNHCR-Bericht 2017 «Global Trends» waren Ende 2016 weltweit über 65,6 Millionen Menschen auf der Flucht. Davon waren 41,3 Millionen «Vertriebene innerhalb ihres Landes» und 22,5 Millionen «Flüchtlinge», welche ihr Heimatland verliessen. Im Jahre 2016 reichten weltweit 2,8 Millionen Flüchtlinge ein Asylgesuch ein. Etwa 9 von 10 Flüchtlingen leben in Entwicklungsländern – meist angrenzende Nachbarländer –, welche diese Zuwanderung nicht zu tragen vermögen. Sehr wenige Flüchtlinge kommen nach Europa, und nur ein einziges europäisches Land befindet sich unter den häufigsten zehn Gastgeberländern 2016 (Deutschland). Die Schweiz selbst ist zu einem verhältnismässig kleinen Teil von diesen Bewegungen betroffen.

Migration als Gefahr für die Gesundheit

Migration ist so alt wie die Menschheit selbst. Gründe für diese steigenden Zahlen sind Kriege, Konflikte, Bevölkerungswachstum, klimatische Veränderungen und wirtschaftliche Faktoren. Die Flucht folgt oft einem Überlebensantrieb und dem Streben nach besseren Lebensverhältnissen, und stellt auf individueller Ebene auch eine Form der Prävention dar. Obwohl es einen «Healthy-migrant-Effekt» gibt – die Gesundesten nehmen den Weg eher auf sich –, verursacht die Migration Gefahren für die Gesundheit. Die Flucht selbst und die Ankunftsphase bis zur sozialen Integration stellen eine besonders vulnerable Periode dar, in welcher die Flüchtlinge fast nie eine gesundheitliche Gefahr für die lokale Bevölkerung darstellen, sondern vielmehr selbst besonders destabilisiert sind. Die meisten Flüchtlinge kommen aus Ländern

mit limitierten Ressourcen und einer schwer zugänglichen Gesundheitsversorgung. Die sprachlichen, kulturellen, rechtlichen und finanziellen Barrieren – unter anderem die eigenen Vorstellungen von Gesundheit – stellen eine multifaktorielle Herausforderung für das empfangende Land dar.

Der Entwurzelungsprozess aus dem Heimatland kann leicht unterschätzt werden, und «Ankunft» bedeutet in den meisten Fällen nicht ein «Ankommen». Der ersten Unterkunft steht eine wichtige präventive Rolle zu, denn um sich von den oft negativen, einprägenden Erlebnissen der Migrationsreise erholen zu können, sollte diese ein Ort der Sicherheit und Rückzugsmöglichkeit darstellen. So können enge überfüllte Unterkünfte nicht nur ein Risiko für die Verbreitung von Infektionskrankheiten (z.B. Influenza) oder Hautinfektionen (z.B. Scabies) darstellen, sondern auch dazu beitragen, dass traumatische Erlebnisse schlechter verarbeitet werden. Vertreibung, Erlebnisse von Gewalt und Gefahren auf der Fluchtroute sind Erfahrungen, die lange verdrängt werden können, welche sich als chronische psychologische Problematik manifestieren können. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung können Symptome auch nach einer Latenzzeit von mehreren Monaten auftreten, und akkumulierte traumatische Erlebnisse können unbehandelt zu Persönlichkeitsveränderungen führen. Wir sollten von «verpassten Chancen» einer nützlichen medizinischen Intervention, welche sich günstig auf den Integrationsprozess hätte auswirken können, lernen. Die Weichen für eine gute Versorgung und Prävention sollten früh gestellt werden, da ansonsten die Chance für wirksame Interventionen leicht verpasst werden könnte. Frühe Abklärungen und Behandlungen – insbesondere von chronischen Infektions- und psychischen Krankheiten – können sehr kosteneffizient sein. Insbesondere Kinder, Jugendliche, die unbegleiteten Minderjährigen und junge Erwachsene, welche mehr unter dieser Entwurzelung leiden, sind hier von fundamentaler Bedeutung

und haben ein Recht auf adäquate medizinische Betreuung.

Eine gute Verständigung und effektive Kommunikation mit Migranten sind notwendig, um adäquate Massnahmen einzuleiten – insbesondere in der Ankunftsphase sind gut ausgebildetes medizinisches Personal und spezialisierte Dolmetscher wichtig. Häufig werden hierzu Familienmitglieder – z.B. Kinder, die schneller die Sprache erlernen – oder Freunde als Dolmetscher genutzt, welche jedoch schnell an Grenzen stossen und sogar Probleme darstellen können. Dolmetscherdienste und andere Übersetzungshilfen werden aktuell nicht von Krankenkassen übernommen und stellen einen Mehraufwand mit finanzieller Belastung dar. Anwendungsfreundliche und finanziell tragbare Lösungsansätze zur adäquaten Verständigung zwischen Patienten und medizinischem Personal sind von dringender Bedeutung. Zunehmend spielen in der Praxis bereits Applikationen und Internetseiten zur Übersetzung verschiedener Sprachen eine wichtige Rolle während ärztlicher Konsultationen.

Evidenzbasierte Migrationsmedizin vordringlich

Auf kantonaler Ebene ist die gesundheitliche Integration der Neuankommenden in Form einer Anbindung an das Hausarztmodell geregelt. Eine Krankenversicherung ermöglicht beim Integrationsprozess von der Bundesebene zur kantonalen Ebene eine medizinische Grundversorgung von Asylsuchenden, welche in den Gemeinden von Hausärztinnen und -ärzten gewährleistet wird. In den Empfangszentren erfolgt die Versorgung durch paramedizinisches Personal, unterstützt durch Heimärzte. Jedoch sind hier oft zusätzliche Kenntnisse und Kompetenzen gefragt, welche über die klassische allgemeinmedizinische Fachkompetenz hinausgehen; Heim- und Sozialarbeiter, Ämter, Kulturvermittler, Psychologen, Infektiologen, Tropenmediziner, Gynäkologen, Dolmetscher u.a. sind zur optimalen Vernetzung und Zusam-

menarbeit gefordert. Genau diese Vernetzungsstrategien weiter aufzubauen und zu stärken ist eine zentral wichtige Aufgabe der medizinischen Dienste. Zur Unterstützung bieten die medizinischen Gesundheitsdienste Basel-Stadt und Basel-Landschaft in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut und den Hausärzten der Region regelmässige Austauschtreffen mit Fortbildungscharakter für medizinisches Personal an. Diese sind für medizinische Kollegen und alle Interessenten offen zugänglich und tragen dazu bei – durch gegenseitigen Austausch und Er-

lernen von migrationspezifischen Erfahrungen –, die anstehenden Probleme multidisziplinär anzugehen. In Zukunft wird das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut mit Unterstützung der medizinischen Dienste des Kantons Basel-Landschaft als zentrale Anlaufstelle gepflegt, da die zentralen migrationsmedizinischen Fachkompetenzen mit dem öffentlichen Gesundheitswesen und der Forschung, Lehre und Klinik besser verknüpft werden können.

Dr. med. Véronique Sydow, Prof. Dr. med. Daniel Paris, Dr. med. Monika Hänggi

Dr. med. Véronique Sydow ist Ärztin für Migrationsmedizin am Swiss TPH

Prof. Dr. med. Daniel Paris ist Medical Director und Leiter des Departements Medizin am Swiss TPH

Dr. med. Monika Hänggi ist Kantonsärztin und Leiterin der Medizinischen Dienste des Kantons Basel-Landschaft

Chronologie des EPD

Baustelle elektronisches Patientendossier

Die Chronologie des elektronischen Patientendossiers (EPD) liest sich eindrücklich. Der Bundesrat veröffentlichte die Botschaft zu diesem Gesetz 2013. Bereits zwei Jahre später verabschiedete es das eidgenössische Parlament, praktisch einstimmig! 2017 wurde das Gesetz nach Beendigung eines ausserordentlich umfangreichen und umtriebigen Verordnungsprozesses in Kraft gesetzt. Was machte dieses Gesetz so unbestritten salonfähig?



Yvonne Gilli

Für die IT-Industrie war die Zeit reif, die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Neben Wachstum mit entsprechenden Gewinnen lockte der Zugang zu neuen Daten als business-relevante Schlüsselgrösse für proprietäre Angebote. Für Patientinnen und Patienten war und ist klar, dass behandlungsrelevante Gesundheitsinformationen dank der Digitalisierung klar dokumentiert zur richtigen Zeit am richtigen Ort sein sollen. Die Politikerinnen und Politiker versprachen sich unisono bessere Kontrollmöglichkeiten, mehr Effizienz und Kosteneinsparungen, ohne die entsprechende Expertise oder eine vertiefte Evaluation von Erfahrungen aus andern Ländern einzuholen. Um das Gesetz nicht zu gefährden, schluckte das Parlament die Kröte «der doppelten Freiwilligkeit», welche die FMH unter Referendumsandrohung forderte. Neben den Patientinnen und Patienten konnten auch die ambulant tätigen Gesundheitsfachpersonen nicht gezwungen werden, sich am elektronischen Patientendossier zu beteiligen. Heute ist allen Beteiligten klar, dass die Umsetzung dieses Gesetzes in der vorgesehenen Form komplex ist, zeitliche Verzögerungen bedingt und dringend An-

passungen erfordert, um das ganze Projekt nicht zu gefährden. Trotz Anschubfinanzierung durch den Bund investieren Private enorme Beträge, allein um das vorgesehene Patientendossier zu erstellen. Unterhalt und Betrieb der elektronischen Patientendossiers müssen rein privat finanziert werden. Auf wen diese Kosten überwälzt oder durch welche Zusatzangebote sie im Sinn von Business-to-business-Diensten querfinanziert werden, ist unklar. Klar ist jedoch, dass diese B2B-Dienstleistungen auf den Kunden zugeschnitten, proprietär und gewinnbringend angelegt sind und zueinander in Konkurrenz stehen. Obwohl gerade diese spezifischen Zusatzdienste sowohl für Gesundheitsfachpersonen als auch für Patientinnen und Patienten interessant sein dürften, ist an deren Interoperabilität aus wirtschaftlichen Gründen kein Provider interessiert.

Weit verbreitete Missverständnisse

Ein immer noch verbreitetes Missverständnis ist, dass im Dossier wichtige Akten aus der Krankengeschichte gespeichert sind und jederzeit abgerufen werden können. Das elektronische Patientendossier enthält keine in der elektronischen Krankengeschichte enthaltenen Daten der Arztpraxis oder des Spitals. Die Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft als vom Gesetzgeber festgelegte Institution, welche für die Eröffnung und den

Betrieb des elektronischen Patientendossiers verantwortlich ist, verweist lediglich auf das zugängliche Dokument (Link), welches in Praxis oder Spital gespeichert ist, oder speichert die entsprechenden Dokumente auf einem betriebseigenen Server. Nur für hochstandardisierte Daten gibt es technische Austauschformate, welche den Datenaustausch zwischen verschiedenen IT-Systemen einfach erlauben. Aktuell sind das gewisse Laborbefunde. Weitere sind in Bearbeitung. Alle übrigen Dokumente sollen als PDF zur Verfügung gestellt werden. Wie die Strukturierung, Bearbeitung, Suchfunktionen oder die Selektion wichtiger Befunde auf diese Weise sichergestellt werden kann, ist völlig ungelöst.

Ein weiteres verbreitetes Missverständnis ist, dass die Patientin, der Patient davon ausgeht, dass nur gerade die für die Behandlung zuständige Gesundheitsfachperson Zugang zu den im EPD vorhandenen Daten hat. Das ist das gängige Verständnis der gerichteten digitalen Kommunikation zwischen Ärztin und Patient. Die Kommunikation mit Hilfe des EPD ist aber ungerichtet. Der Patient teilt seine medizinischen Daten einer von drei Vertraulichkeitsstufen zu: normal, eingeschränkt zugänglich, geheim. Geheime Befunde kann nur der Patient einsehen. Ohne gegenteilige Anweisung werden neue Befunde automatisch der Stufe normal zugeteilt. Wird der Patient vom