

## **Maßnahmen zur medizinischen Erstversorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern im Kindes- und Jugendalter in Deutschland**

Stellungnahme der Kommission für Globale Kindergesundheit<sup>1</sup> der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Version vom 10.02.2016)

### **Vorbemerkung**

Die anhaltenden Flüchtlingsströme nach Europa und auch nach Deutschland stellen das gesamte medizinische Versorgungssystem in unserem Land vor enorme Herausforderungen, die gemeinsame, koordinierte Maßnahmen aller Akteure auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene sowie der Zivilgesellschaft erfordern (1). Unabhängig von den Gründen für Flucht und Migration haben alle Menschen ein Recht auf eine den Umständen entsprechende, bestmögliche und gleichgestellte medizinische Versorgung. Hier sieht die Kommission unverändert großen Handlungsbedarf auf politischer und praktischer Ebene. Die durch die große Zahl an Flüchtlingen bestehenden Versorgungslücken sind in sozialer und medizinischer Hinsicht rasch zu schließen.

Kinder und Jugendliche stellen etwa 30-40% der Flüchtlinge, meist in Begleitung mindestens eines erwachsenen Familienmitglieds, jedoch in zunehmender Zahl auch als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) (2,3,4,5,6). Sie zählen gemäß der neuen EU-Aufnahmerichtlinie (7) ebenso zu den schutzbedürftigen Personen wie auch Schwangere und bedürfen eines besonderen Schutzes und einer hochqualifizierten Fürsorge, um präventiv weitere Schäden für ihre Entwicklung und Gesundheit von ihnen abzuwenden und bei Bedarf frühzeitig therapeutisch handeln zu können. Daher nimmt die Empfehlung diese Altersgruppe in den Blick.

Die medizinische Erstversorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen, ihnen gleichgestellten Notunterkünften und die Versorgung in dezentralen Übergangwohnheimen stellt derzeit eine besondere Herausforderung dar. In den Erstaufnahmeeinrichtungen ist vor der Registrierung, die oft viele Tage in Anspruch nimmt, meist lediglich eine Notversorgung, oftmals durch ehrenamtliche Helfer, möglich. Auch wenn hier im Regelfall eine organisierte Zuweisung an das Regelversorgungssystem noch nicht umzusetzen ist, sollte eine frühe Erstuntersuchung durch Kinder- und Jugendärzte<sup>2</sup> in den ersten Tagen dabei angestrebt werden. Verzögerte Diagnose und Therapie von behandlungsbedürftigen Erkrankungen führen zu hohen Folgekosten (8). Durch Beschleunigung der Registrierung durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) könnte in diesem Bereich eine deutliche Entlastung gelingen. Nach der Zuweisung an die endgültig aufnehmende Kommune könnten die Flüchtlingsfamilien dann besser in die medizinische Regelversorgung überführt werden, auch wenn der Leistungsumfang noch eingeschränkt ist.

### **Rechtsgrundlagen**

Neben der konkreten rechtlichen Ausformulierung im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG), jetzt Asylgesetz (AsylG), dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) mit Beschreibung des medizinischen Versorgungsumfanges und dessen Finanzierung, dem im Oktober 2015 beschlossenen Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz mit relevanten Änderungen für die medizinische Versorgung, dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland müssen aufgrund der globalen Ursachen der derzeitigen Flüchtlingsströme auch die UN-Kinderrechtskonvention und die UN-Flüchtlingskonvention, die beide von Deutschland ratifiziert sind, als Grundlage der nachfolgenden Stellungnahme angesehen werden. Eine ausführlichere Darstellung der rechtlichen Grundlagen findet sich in Anhang A.

---

<sup>1</sup> Mitglieder: Gottfried Huss, Christa Kitz, Robin Kobbe, Carsten Krüger, Stephan Nolte, Werner Schimana, Michael Straßburg.

<sup>2</sup> Es ist immer die weibliche und männliche Form gemeint.

Der genaue Umfang der medizinischen Maßnahmen ist in diesen Gesetzen nicht definiert. In der Regel konkretisieren Erlasse der Bundesländer das jeweilige Vorgehen vor Ort, was aber zu deutlichen Unterschieden in der Praxis führen kann. Wünschenswert wäre eine möglichst standardisierte Erstversorgung und rasche Integrierung in die medizinische Regelversorgung gemäß der Richtlinien der pädiatrischen Fachgesellschaften. Es ist dabei anzustreben, dass eine Versorgung der Kinder und Jugendlichen innerhalb der Gruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber in allen Phasen von Kinder- und Jugendärzten geleistet wird.

### **Strukturelle Anforderungen an schützende Unterbringungsbedingungen**

Rahmenbedingungen für die Unterbringung von Kindern und ihren Familien müssen, angepasst an verschiedene Altersstufen, erfüllt sein. Neben einer sicheren, beheizbaren Unterkunft mit adäquaten sanitären Einrichtungen, einem angemessenen Schlafplatz (Möglichkeit zum erholsamen Schlaf), ausreichend Kleidung und ausgewogener, altersentsprechender Verpflegung sind kindgerechte Lebens-/Spielmöglichkeiten sowie Ruhezonen zur psychosozialen Erholung zu gewährleisten. Altersentsprechende Beschäftigungsangebote und die Möglichkeit zum Erlernen von Sprache und Kultur sind zu einem frühen Zeitpunkt ebenso zu fordern, wie der zeitnahe Schulbesuch zu fördern ist. Die Privatsphäre und persönliche Sicherheit (auch gegen Übergriffe jeglicher Art) sind Teil des notwendigen Schutzes. Dazu ist es notwendig, Personal mit Erfahrung im Umgang mit Kindern und Familien zur Verfügung zu stellen. Dies sind unabdingbare Voraussetzungen für eine erfolgreiche soziale und medizinische Grundversorgung.

### **Strukturelle Anforderungen an die medizinische Versorgung**

Alle Kinder und Jugendlichen haben ein unbürokratisches Anrecht auf die in dieser Stellungnahme zusammengefassten Elemente der Erst- und Folgeuntersuchungen. Findet die Versorgung in der Erstaufnahmeeinrichtung statt, erfolgt die Kostenübernahme durch das zuständige Land. Wenn externe medizinische Versorgung (Praxis, Klinik, Labor) in Anspruch genommen wird, stellt die Erstaufnahmeeinrichtung die notwendigen Behandlungsscheine aus. Kostenträger zu diesem Zeitpunkt ist das Land und nicht die Kommune, in deren Grenzen sich die Landeseinrichtung befindet.

Die jetzt beschlossene Empfehlung zur bundesweiten Einführung einer Gesundheitskarte,<sup>3</sup> für die es auf Länderebene (z.B. Bremen, Hamburg, Berlin) schon erfolgreiche Beispiele gibt, kann die Versorgung deutlich vereinfachen. In Flächenstaaten stellt sich die Situation komplexer dar: hier wurde die erste Rahmenvereinbarung in Nordrhein-Westfalen geschlossen, muss aber nun auf Kreis- und Kommunalebene umgesetzt werden. Ab April 2016 ist dies auch in Brandenburg geplant. Bei den gehäuft auftretenden Erkrankungen besonders bei Kleinkindern entfällt die Ausstellung eines Behandlungsscheins für jeden Einzelfall, und die Leistungserbringer können direkt mit den Kassen abrechnen. Die Kassen selbst können sich die Kosten vom Land, später nach Zuweisung von der Kommune erstatten lassen. Allerdings sind auch mit Einführung der Gesundheitskarte derzeit noch die medizinischen Leistungen gemäß der unten skizzierten Rahmenbedingungen beschränkt. Ein dem normal Krankenversicherten vergleichbarer Leistungsumfang steht den Flüchtlingen zurzeit erst nach Zuerkennung des Asylstatus oder nach einem mindestens 15 Monate langen Aufenthalt in Deutschland zu. Auch nach der Verbesserung der medizinischen Versorgung durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz betont die Kommission, dass eine Einschränkung des medizinischen Angebotes und eine Beschränkung des Zuganges zu Prävention (ausgenommen Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen), Rehabilitation und Versorgung von chronischen Leiden ein Verstoß gegen internationale, UN-konforme Kinderrechte darstellt und somit nicht akzeptabel ist.

Die Versorgung soll, wenn irgend möglich, vor Ort in der Erstaufnahmeeinrichtung angeboten werden. Dies hat vielfältige logistische Vorteile. Dazu ist aber die Einrichtung einer „Notfallpraxis“ mit entsprechender Infrastruktur (Büromöbel, EDV, Liege, Informations- und Aufklärungsbögen, Verbrauchsgegenstände, Verbandstoffe, Impfstoffe, gängige Medikamente) und Personalausstattung in der Unterkunft erforderlich. Nach der aktuellen Rechts- und

---

<sup>3</sup> Siehe Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom Oktober 2015

Verordnungslage dürfen in solchen Einrichtungen eigentlich keine Medikamente ausgegeben werden (z.B. einmalig Schmerz- oder Fiebermittel); insbesondere in ländlichen Gebieten ist die Ausstellung von Rezepten und Einlösung in Apotheken aber nur schwer praktikabel. Regelmäßige Sprechstunden dienen dabei zum einen der Durchführung der Erstuntersuchungen und der damit verbundenen Maßnahmen, zum anderen können leicht behandelbare Krankheiten direkt vor Ort versorgt werden. Eine auf die spezifischen Bedürfnisse der Bewohner abgestimmte Sprechstunde kann zugleich eine wichtige Rolle für Gesundheitsbildung und -erziehung übernehmen und der Koordination mit nachbehandelnden Institutionen dienen. Eine nachhaltige Mobilisierung einer ausreichenden Zahl an Pädiatern oder Ärzten mit mehrjähriger pädiatrischer Erfahrung, die für diese Aufgaben benötigt werden, erscheint von besonderer Bedeutung; die Finanzierung ist frühzeitig zu klären.

Spätestens bei medizinischem Erstkontakt ist für jeden Flüchtling eine möglichst bundesweit standardisierte medizinische Akte anzulegen, die auch die Impfdokumentation beinhaltet. Der Flüchtling erhält damit einen Impfausweis bzw. eine Impfbescheinigung. Diese Unterlagen müssen den Flüchtling auf seinem Weg durch Deutschland begleiten, um unnötige Doppeluntersuchungen oder Impfungen zu verhindern, durch die zum einen Persönlichkeitsrechte verletzt und zum anderen wichtige Ressourcen vergeudet würden. Diese Dokumentation wird durch das Vorsorgeheft und die Praxisakte ersetzt, sobald Kinder und Jugendliche in den Praxisalltag integriert sind.

Das Mitführen eines patienteneigenen Dokumentationsheftes (vergleichbar mit dem Vorsorgeheft oder dem Bremer Untersuchungsheft für minderjährige Flüchtlinge (9)) bereitet keine datenrechtlichen Probleme. In jedem Falle ist zu empfehlen, dass neben der Dokumentation in den Unterlagen des Flüchtlings Informationen zu allen medizinischen Maßnahmen auch in der Arzt-Dokumentation vor Ort verbleiben, so dass bei Verlust der „Flüchtlingsunterlagen“ eine Rekonstruktion der Maßnahmen grundsätzlich möglich ist. Dem Anlegen einer zentralen Akte steht jedoch bisher das ungeklärte Problem des Datenschutzes entgegen. Es ist zu fordern, dass hier rasch ein zentrales System aufgebaut wird, zu dem dann zu benennende Berechtigte der jeweiligen Einrichtung bzw. der jeweiligen Kommune Zugang haben.

Ein Untersuchungsteam für Kinder und Jugendliche soll aus einem Pädiater und mindestens einer, besser zwei in der Kinderversorgung erfahrenen Sanitäts-/Pflegekräften/medizinischen Fachangestellten bestehen. Dadurch kann im Team die klinische und administrative Arbeit effizient bewältigt werden.

Im Idealfall sind Dolmetscher anwesend; diese Personen können auch aus dem Kreis der Flüchtlinge stammen, oder es kann per Telefon übersetzt werden. Mögliche Probleme unter dem Aspekt der ärztlichen Schweigepflicht sind aber zu beachten. Auch Smartphone-Apps (z.B. Google-Translator) können dabei hilfsweise nützlich sein, ersetzen aber eine qualifizierte Übersetzung nicht. Anamnesebögen, bildgestütztes Informationsmaterial zu häufigen Erkrankungen, deren Verhinderung und Therapie, zu diagnostischen Maßnahmen beispielsweise im Rahmen der Tuberkuloseabklärung sowie zu Impfungen, deren Wirkungen und Nebenwirkungen inkl. Einwilligungserklärungen sind in den häufigsten Sprachen vorzuhalten. Diese erleichtern die Kommunikation und wahren die Grundsätze guter medizinischer Praxis, besonders in Bezug auf Aufklärung und informierte Einwilligung in diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Dazu eignen sich u.a. die Muster des Robert-Koch-Instituts<sup>4</sup> in zahlreichen Sprachen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und anderer Organisationen (10,10a,11,12,13). Standardisierte pädiatrische Anamnesebögen wären wünschenswert. Dringender Bedarf besteht an Medien, die Informationen auch für nicht alphabetisierte Eltern verständlich übermitteln.

Für alle fest angestellten oder freiwillig mitarbeitenden Personen muss die Frage der Haftpflichtversicherung im Falle eines Behandlungsfehlers geklärt sein. Dies kann analog zu den Länderregelungen bei öffentlich empfohlenen Impfschäden erfolgen oder besser noch, wie in NRW geschehen, im Sinne einer Amtshaftung bei expliziter oder impliziter Beauftragung durch den Rechtsträger, hier das Land, vertreten durch den offiziellen Betreiber der

---

<sup>4</sup> Weitere wichtige Informationen zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen sind beim Robert-Koch-Institut unter folgender Internetadresse zu finden:  
<http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html> (Zugriff 18.12.2015)

Einrichtung (14). Somit müssen Ärztinnen und Ärzte, die ehrenamtlich mit Wissen und auf Wunsch des jeweiligen Betreibers der Einrichtung tätig werden, keine haftungsrechtlichen Probleme bei Behandlungsfehlern fürchten.

Alle Mitarbeiter in den Einrichtungen sollen über einen nachgewiesenen Impfschutz gemäß der STIKO-Empfehlungen verfügen bzw. nachweislich Erkrankungen wie Masern oder Windpocken durchgemacht haben (15). Dies dient ebenso dem Schutz der betreuten Flüchtlinge. Hygienemaßnahmen durch die dort Arbeitenden sind einzuhalten. Von Flüchtlingen geht keine erhöhte Infektionsgefährdung aus. Vielmehr sind Flüchtlinge durch Infektionen auf der Flucht oder in Sammelunterkünften gefährdet, vor allem bei mangelndem Impfschutz (16).<sup>5</sup>

### **Standards bei der Erstuntersuchung (17)**

Bei Ankunft in einer Erstaufnahmeeinrichtung ist eine Inaugenscheinnahme vorgeschrieben, die eine „Triage“-Funktion hat. Schwer erkrankte Flüchtlinge, die einer sofortigen Therapie bedürfen, sollen identifiziert und umgehend einer Behandlung zugeführt werden. Ebenso sollen Flüchtlinge mit ansteckenden Erkrankungen identifiziert und isoliert werden. Dieses Verfahren soll im Idealfall mit der Erstuntersuchung, die im Folgenden skizziert wird, kombiniert werden, was aber oft aus logistischen Gründen nicht möglich ist. In diesem Fall ist die Inaugenscheinnahme auch durch geschultes nichtärztliches Personal möglich. Um ihren Zweck zu erfüllen, muss die Inaugenscheinnahme stets unmittelbar nach Ankunft der Flüchtlinge, also „im Rhythmus des Ankommens“ erfolgen. Dabei sind Würde und unmittelbare Bedarfe der Menschen zwingend zu beachten. Das verbietet beispielsweise eine zu intensive Exploration in den Nachtstunden.

Die Erstuntersuchung dagegen erfolgt in geordneten Sprechstunden „im Rhythmus des Arbeitstages in den Einrichtungen“. Sie soll primär das Kind vor weiteren Schäden durch die Flucht und/oder akute/chronische Krankheit bewahren und dient daher zuerst der Erkennung schwerer und lebensbedrohlicher Erkrankungen, akut zu behandelnder Infektionskrankheiten (inkl. Parasitosen) und erst im weiteren dem Erkennen von Erkrankungen mit epidemiologisch relevantem Potenzial. Idealerweise (s.o.) findet dieser Schritt nach Ankunft in der Einrichtung statt, mindestens in den ersten 24 Stunden. Die Untersuchung umfasst neben einer kurzen Anamnese (u.a. mit Fragebögen in der jeweiligen Sprache durchführbar (13)) eine fokussierte Beurteilung von

- Allgemeinzustand, Herz- und Atemfrequenz, Temperatur,
- HNO-Bereich, Zahnstatus, Herz, Lunge, Abdomen,
- Hautzustand inkl. des Hydrationsstatus, Haaren und Ernährungsstatus.

Gängige Krankheitsbilder und Symptome, auf die bei dieser Untersuchung zu achten ist, sind:

- Fieberhafte Infektion
- Sepsis, Meningitis, Schock (wohl sehr selten!)
- Blässe, Zyanose, Dyspnoe, Stridor, Ikterus, Ödeme, schlaffe Paresen
- Masern, Windpocken, Kopflausbefall, Krätze, Pyodermie, kutane Leishmaniose
- Otitis media, Tonsillitis, Karies mit Abszessen, Lymphadenitis
- Bronchitis, Pneumonie, Pertussis
- Zyanotische oder hämodynamisch wirksame Herzerkrankungen (angeboren und erworben, z.B. RHD)
- Gastroenteritis mit Exsikkose, schwere Mangelernährung, Wurmbefall
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Zerebralparese, Hydrozephalus, Epilepsie)

Parasitosen wie Kopflausbefall und Krätze sind typische und sehr häufige Fluchtkrankheiten. Die hohe Übertragungswahrscheinlichkeit während der Flucht besteht nach Ankunft in der Einrichtung außerhalb der Kernfamilie kaum noch. „Übertriebene“ Isolationsmaßnahmen oder übereilte, „übergriffige“ Therapiemaßnahmen können daher zugunsten einer organisierten Behandlung im Konsens mit der betroffenen Person im Regelfall vermieden werden.

Die Therapie etwaiger Erkrankungen ist nicht Gegenstand dieser Stellungnahme, hier wird auf die gängigen Standardwerke der Pädiatrie und verwandter Disziplinen verwiesen. Dennoch sollten sich die behandelnden Ärzte in

---

<sup>5</sup> Siehe auch Fußnote 4.

den Einrichtungen auf gemeinsame Standards in Diagnostik und Therapie verständigen und diese einhalten. Für weitere Details, gerade in Bezug auf relevante Infektionserkrankungen und sinnvolle Impfungen, wird auf die Empfehlung von DGPI/GTP/BVKJ<sup>6</sup> und andere Quellen verwiesen (5,16,17,18).

Eine orientierende Ersteinschätzung des psychischen Zustands des Kindes und seiner Familie ist wünschenswert, aber im Rahmen der Betreuung in der Erstaufnahmeeinrichtung nicht immer möglich. Umso mehr sollte die gesamte Betreuung und Versorgung der Menschen in diesen Einrichtungen darauf ausgerichtet sein, möglicherweise bestehende Belastungen nicht noch weiter zu verstärken. Genügend Privatsphäre, ein stets würdiger Umgang, soweit möglich eine baulich ansprechende Einrichtung sowie die Möglichkeit einer sinnvollen Freizeitgestaltung können hier entscheidende Faktoren für eine Gesunderhaltung sein. Die detaillierte Entwicklungs- und anthropometrische Beurteilung sowie Abklärung komplexer, chronischer Probleme ist späteren Untersuchungen in der kinderärztlichen Praxis zuzuordnen. Hierzu gehört auch die vertiefte psychologische Diagnostik auf Traumatisierungen. Dazu können Screening-Fragebögen des PROTECT ABLE-Projekts in verschiedenen Sprachen genutzt werden (19). In aktuellen Studien konnte eine Traumatisierung bei mehr als einem Drittel aller Flüchtlingskinder gezeigt werden, das Risiko für eine zunehmende Gefährdung im Zuge des Asylverfahrens wird als hoch eingeschätzt (2,3,20). Somit besteht ein enormer Bedarf in der Versorgung dieser Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die häufig zusätzlich an anderen somatischen Erkrankungen leiden. Die frühzeitige Diagnose von posttraumatischen Belastungsstörungen vereinfacht die Therapie und beugt sekundären psychosozialen Auffälligkeiten vor. Es ist daher dringend zu fordern, dass rasch entsprechende kulturadaptierte Therapiemöglichkeiten im erforderlichen Umfang geschaffen und frühzeitig angeboten werden.

Mittels der erwähnten Formulare und anhand eventuell vorhandener Impfnachweise sollen der Impfstatus und Umfang von Nachholimpfungen bei der Erstuntersuchung ermittelt werden. Das Vorgehen orientiert sich an den jeweils neuesten Empfehlungen der STIKO und der Empfehlung von DGPI/GTP/BVKJ (15,16,17,21). Nach wirksamer Aufklärung und Einwilligung sollen notwendige Impfungen (besonders Masern) bei der Erstuntersuchung, mindestens aber innerhalb der ersten 72 Stunden angeboten werden. Erfahrungsgemäß sinkt die Teilnahme an entsprechenden Impfangeboten, je später nach Aufnahme sie erfolgt. Dabei sind nicht dokumentierte Impfungen nachzuholen, auch bei den Erwachsenen.<sup>7</sup> Auf mögliche Ausnahmen hat die STIKO hingewiesen. Bei längerem Aufenthalt in der Einrichtung sind die Folgeimpfungen zu koordinieren.

Für die Durchführung der Impfungen ist zu bedenken, dass nur Personen mit individuellen Ausschlussgründen eine Impfung vorenthalten werden sollte. Für das praktische Vorgehen hat sich bewährt, wenn das ärztliche Personal so handelt, als sei es bereits zu einem Infektionsausbruch gekommen. Unter dieser Grundannahme von Seiten des ärztlichen Personals ist die Impfquote erfahrungsgemäß deutlich höher.

Im Zuge der Flüchtlingszuwanderung gewinnen die immer wieder auftretenden Versorgungslücken mit bestimmten Impfstoffen an Relevanz, auf die die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) bereits früher hingewiesen hat (22). Fehlende Impfstoffe (aktuelle Liste beim Paul-Ehrlich-Institut)<sup>8</sup> können die zeitgerechte Impfprävention erheblich gefährden. Sollten wie in der Ukraine oder in Syrien Poliomyelitis-Erkrankungen nach Lebendimpfung auftreten oder asymptomatische Träger des (Impf-) Virus unter den Flüchtlingen sein (z.B. aus Pakistan oder Afghanistan), könnte sich bei mangelnder Impfabdeckung diese Erkrankung auch in Deutschland manifestieren (23,24). Ein generelles Screening auf Polioviren bei Flüchtlingen wird aber von der Nationalen Kommission für die Polioeradikation nicht empfohlen (25).

Die laut Gesetz für in Gemeinschaftsunterkünften duldungspflichtige ärztliche Untersuchung auf das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose (§ 62 Abs. 1 Satz 1 AsylVfG/AsylG sowie § 36 Abs. 4 IfSG) umfasst gemäß geltender

---

<sup>6</sup> DGPI: Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie; GTP: Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit; BVKJ: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

<sup>7</sup> Fehlende Grundimmunisierungen sind ab dem 6. Lebensjahr teils nur mit Impfstoffen möglich, die dafür nicht zugelassen sind. Auch wenn die STIKO dieses Vorgehen befürwortet, ist unter dem Aspekt der Arzthaftung zu fordern, dass hier rasch eine Regelung durch die Landesbehörden erfolgt.

<sup>8</sup> <http://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoff-impfstoffe-fuer-den-menschen/lieferengpaesse/informationen-lieferengpaesse-impfstoffe-node.html>

Richtlinien bei Personen ab 15 Jahren einen Röntgenthorax. Bei Schwangeren ist ein Interferon-Gamma-Release-Assay (IGRA) als Verfahren der Wahl anzusehen (26). Die Untersuchung muss streng genommen vor Aufnahme in die Unterkunft, also zeitnah nach Ankunft und möglichst vor der Zuweisung zur aufnehmenden Kommune erfolgen, u.a. um eine möglichst hohe Diagnoserate zu erreichen, die zu erwartende höhere Zahl an Erkrankten frühzeitig therapieren zu können und dadurch das Übertragungsrisiko (geht in der Regel von den Erwachsenen, nicht den Kindern aus) in den Gemeinschaftsunterkünften zu minimieren.

Wenn eine generelle Tuberkulosedagnostik bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren durch Tuberkulin-Hauttest (THT; muss nach 72 Stunden abgelesen werden können) oder IGRA und im positiven Falle eine suffiziente Folgediagnostik und Therapie bereits in der Erstaufnahmeeinrichtung sicher erfolgen kann, so sollte dies erfolgen. In diesem Falle sollte ein THT stets zeitgleich mit einer möglicherweise erforderlichen Impfung erfolgen. Andernfalls sollte die Tuberkulosedagnostik bei unter 15jährigen verbindlich für einen späteren Zeitpunkt in der endgültig aufnehmenden Kommune vorgesehen werden. Für Details wird auf die Empfehlungen von DGPI/GTP/BVKJ und die AWMF-Leitlinie „Diagnostik, Prävention und Therapie der Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter“ unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie verwiesen (17,27,28). Da die Tuberkulose besonders bei kleinen Kindern oft eine unspezifische Symptomatik zeigt und rasch und schwer verlaufen kann, ist ein selektives Screening aufgrund klinischer Symptome nicht zielführend.

### **Maßnahmen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen**

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) stellen eine besonders gefährdete Gruppe unter den Flüchtlingen dar, da sie keinen Schutz und keine Unterstützung durch die Familie oder Verwandte erfahren (29). Somit sind sie besonders vulnerabel für Verletzungen ihrer Persönlichkeitsrechte und Übergriffe jeglicher Art bis hin zur körperlichen, sexuellen und seelischen Misshandlung. Hinzu kommen Traumatisierungen durch die Situation im Heimatland und auf der Flucht. Daher muss alles unternommen werden, um keine weiteren Traumatisierungen in Deutschland durch unnötige und unbegründete Maßnahmen zu verursachen.

Nach geltendem Recht werden UMF nach Kontakt mit deutschen Behörden vom jeweiligen Jugendamt in Obhut genommen und sollen separat in Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht werden; aufgrund ihrer großen Zahl werden sie derzeit aber auch in Erstaufnahmeeinrichtungen zusammen mit den anderen Flüchtlingsgruppen aufgenommen. Die Kostenübernahme für die Erstuntersuchung mit dem nicht akzeptablen, begrenzten Versorgungsumfang wie oben skizziert ist bisher sehr uneinheitlich geregelt (Behandlungsschein, Gesundheitskarte, direkte Kostenübernahme durch Jugendamt, Versicherung über die gesetzliche Krankenversicherung). Zudem ist es bei dezentraler Unterbringung schwieriger, sie den vorgeschriebenen und weiteren notwendigen Untersuchungen zuzuführen, da viele Träger der Jugendhilfeeinrichtungen darüber nicht ausreichend informiert sind. Auch ist eine Einwilligung durch den Vormund, hier meist das Jugendamt, für alle Maßnahmen erforderlich.

Daher wird gefordert, die UMF unverzüglich und vollumfänglich über das gesetzliche Krankenversicherungssystem zu versichern, neben einer Erstuntersuchung den Impfstatus zu überprüfen, was meist mangels fehlender Dokumentation nicht gelingt, die Impfungen inkl. Meningokokken C (ACWY), Hepatitis B und HPV zu vervollständigen und je nach Symptomatik auf infektiöse, auch sexuell übertragbare, angeborene und erworbene Erkrankungen zu untersuchen. Außerdem müssen UMF das Gefühl der nun sicheren Lebenssituation entwickeln können, bevor der psychische Zustand beurteilt und ggf. eine Therapie eingeleitet werden kann. Letzteres kann am ehesten durch eine umfassende, kultursensible Jugenduntersuchung (J-umF) in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bzw. Kinder- und Jugendpsychiaters geleistet werden (30). Diese Forderungen lassen sich aber nur umsetzen, wenn die UMF so rasch wie möglich in jeder Hinsicht in das medizinische Regelversorgungssystem übernommen werden können.

Eine besondere Problematik stellt die Frage der Altersschätzung bei UMF dar, von denen Vertreter der Jugendämter und Familiengerichte aufgrund ihrer Befragungs- und Einschätzungsstandards des Öfteren annehmen, dass diese jungen Menschen älter als 18 Jahre sind. Besonders aus juristischer und rechtsmedizinischer Sicht wird dieses Vorgehen immer wieder gerechtfertigt (31,32,33). Aus Sicht der Kommission gibt es aber für eine medizinische Altersschätzung allein zum Zwecke des Nachweises der Minder- oder Volljährigkeit keine Berechtigung.

Radiologische oder Untersuchungen der Genitalien bzw. der Körperentwicklung sind unzuverlässig und ohne medizinische Indikation nicht gerechtfertigt. Es existieren mittlerweile zahlreiche internationale und nationale Stellungnahmen von Fachgesellschaften, die diese Untersuchungen als unethisch strikt ablehnen (34). Ärzte aller Fachrichtungen sollten sich daran halten. Im Übrigen verweist die Kommission auf die Berliner Erklärung vom Juli 2015, die von der DAKJ unterstützt und in der eine am Wohle des einzelnen jungen Menschen ausgerichtete medizinische und psychosoziale Versorgung gefordert wird (35).

### **Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen**

Kindergesundheit beginnt schon vorgeburtlich (z.B. Folsäureprophylaxe). Präventionsmaßnahmen nach den „Mutterschaftsrichtlinien“ und andere Empfehlungen müssen meist individuell durch die Schwangere umgesetzt werden. Daher ist es im Sinne einer erfolgreichen Prävention erforderlich, bereits Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen umfassend zu betreuen und ggf. Sprachmittlung sicherzustellen. Schwangerschaft wird allerdings in vielen Ländern, aus denen die Flüchtlinge kommen, im besten Sinne als natürlicher Lebenszustand angesehen, so dass unser Konzept von früher Schwangerschaftsbetreuung erst bei den Frauen und ihren Familien bekannt werden muss. Dadurch lassen sich die sehr späten Kontakte zur Schwangerschaftsvorsorge gerade bei der ersten Schwangerschaft in Deutschland erklären. Alle schwangeren Flüchtlinge haben ein uneingeschränktes Recht auf ärztliche, pflegerische und Hebammen-Betreuung und -Hilfen einschließlich notwendiger Arznei-, Verbands- und Heilmittel.

Vor dem Hintergrund der Vielfalt der kulturellen, religiösen und weiteren persönlichen Überzeugungen und Traditionen müssen die Vorsorgeuntersuchungen kultursensibel angeboten und durchgeführt werden. Hier sollte ganz besonders auch auf weibliche ärztliche und pflegerische Mitarbeiter geachtet werden (17). Ultraschalluntersuchungen sollten ausführlich erläutert, der Impfstatus (z.B. Tetanus, Pertussis, Röteln, Masern, Influenza) überprüft und ggf. vervollständigt (besonders Pertussis, keine Lebendimpfungen) werden. Neben den üblichen Untersuchungen sollte immer auch auf Erreger konnataler Infektionen, HIV und STI untersucht werden. Zusätzlich müssen je nach Herkunftsland Infektionen berücksichtigt werden, die über den bei uns üblichen Rahmen hinausgehen (z.B. Malaria, Borrelien, Trypanosomen u.a.). Wichtig ist bei angebotenen Maßnahmen wie dem HIV-Test, dass eine verständliche und kultursensible Aufklärung erfolgt. Konsanguinität ist weltweit sehr unterschiedlich verbreitet, mit allen Folgen für genetisch determinierte Erkrankungen und Syndrome. Bei deren Abklärung sollte dies stets erfragt werden und eine ausführliche Beratung der Familie erfolgen (36).

Einige Schwangerschaften beruhen auf Gewalterfahrungen (Vergewaltigung) im Rahmen der Flucht. Einzelne Schwangere haben dadurch einen deutlich höheren psychosozialen Betreuungsbedarf, hier ist eine qualifizierte neutrale Sprachmittlung, die sensibel gewählt werden sollte, zu sichern. Neben der Versorgung der Schwangeren mit frauenärztlichen Angeboten sollte zudem die Einrichtung von Hebammensprechstunden z.B. zur Geburtsvorbereitung, Stillanleitung, Säuglingspflege, Rückbildungsgymnastik etc. in den Einrichtungen erfolgen, um einen niederschweligen Zugang zu ermöglichen (37).

Die aktuelle Zuwanderung stellt für die Geburtshilfe eine Herausforderung dar. Entbindungen sollten die Kulturerfahrungen, Traditionen und religiösen Standpunkte der Frauen berücksichtigen; dies gilt ebenso für die Betreuung im Wochenbett. Eine ambulante Geburt birgt zusätzliche Gefahren, wenn der Übergang in das Versorgungssystem an den Schnittstellen nicht gesichert ist. Eine Hebammenbetreuung im Wochenbett muss nach der Entlassung sichergestellt werden. Das Stillen ist unbedingt zu fördern. Die Neugeborenen haben ein gleichgestelltes Anrecht auf alle Vorsorgeuntersuchungen (U1, U2, Stoffwechsel-, Hüftdysplasie- und Hörscreening) und zeitgerechte Impfungen im weiteren Verlauf. Von besonderer Bedeutung sind hier jedoch Maßnahmen, die nachgehend sichern, dass Kinder, bei denen ein abklärungs- oder behandlungsbedürftiger Befund festgestellt wurde, auch in die entsprechende Weiterbetreuung gelangen.

Gerade aufgrund der teils kurzen Verweildauer in Erstaufnahmeeinrichtungen soll allen Schwangeren und ihren Familien das Recht gewährt werden, besonders in den letzten vier Wochen vor Geburt und dann in den ersten sechs bis acht Wochen nach Geburt an einem Standort zu bleiben. Dieses Vorgehen sollte zumindest den Eingang der

Ergebnisse wichtiger Screeninguntersuchungen des Säuglings und die abschließende frauenärztliche Untersuchung der Mutter nach den Mutterschaftsrichtlinien ermöglichen. Dies verbessert die Betreuungssituation für Schwangere/ Mutter, Kind und Familie erheblich.

### **Regeln für die Unterbringungssituation bei Hochschwangeren, Neugeborenen, Säuglingen und kranken Kindern aus medizinischer Sicht**

Hochschwangere (ab 36 SSW), Schwangere mit drohender Frühgeburt, Wöchnerinnen, Neugeborene, Säuglinge bis zum 4. Lebensmonat sowie kranke Kinder jeglichen Alters stellen Risikogruppen dar, die zum einen in Gemeinschaftsunterkünften einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, zum anderen durch die schwierigen Unterbringungsbedingungen wenig Möglichkeiten zur Regeneration und Ruhe haben. Daher ist zu fordern, dass dieser Personenkreis zusammen mit der Kernfamilie gesondert untergebracht wird und ihnen eine besondere Betreuung zuteilwird. Dieses Vorgehen ist im besten Sinne des Wortes präventiv und somit kosteneffektiv.

### **Übergang in die medizinische Regelversorgung in pädiatrischen Praxen**

Nachdem die Flüchtlingsfamilien nach erfolgter Registrierung und Erstuntersuchung (inkl. Tuberkulose-Screening und Impfangebot) einem dezentralen Übergangswohnheim zugewiesen worden sind, sollte eine möglichst frühe Integrierung der Kinder und Jugendlichen in die pädiatrischen Praxen angestrebt werden. Für die medizinische Versorgung zeichnet sich gegenwärtig kein Modell von dauerhaft realisierbaren, pädiatrisch-fachärztlichen Sprechstunden in den Übergangswohnheimen ab. Zu begrenzt sind die Ressourcen der zur Verfügung stehenden Praxispädiater und die mögliche Unterstützung durch Verwaltung und Sozialarbeiter. Sanitätsposten in den Heimen, die regelmäßig durch medizinisches Assistenzpersonal besetzt sind, könnten eine Anlaufstelle für leichte Erkrankungen und Verletzungen sein und es ermöglichen, eine Zuweisung zu Arzt, Notfallsprechstunde oder Krankenhaus in die Wege zu leiten.

Die Integration von Asylbewerbern und Migranten in die pädiatrische Sprechstunde ist kein neues Gebiet für Kinder- und Jugendärzte und erfordert keine neuen Standards. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund stellen schon jetzt einen großen Anteil ihrer Patienten. Der Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) hat sich auf einer Jahrestagung und in einem Sonderheft intensiv mit dieser Thematik beschäftigt (5). Lediglich der massive Anfall von neuen Patienten aus dem Kreise der Asylbewerber, der die Praxen ungleich trifft, stellt die Teams vor besondere Herausforderungen. Sie benötigen Zeit und Zuwendung für die Neuankömmlinge, aber auch weitere Professionalisierung für die Besonderheiten einer kultursensiblen Migrantenmedizin.

Die zu lösenden Probleme bei der Organisation der Terminsprechstunde im multi-kulturellen Zusammenhang sind eine besondere Herausforderung beim Praxis-Management. Die neu angekommenen Familien benötigen am Beginn Hilfestellung beim Auffinden einer Praxis, beim Erlernen der Termintreue und bei der Übersetzung ihrer Anliegen. Die hohe Bedeutung der Termintreue für den Praxisablauf ist in Deutschland mit einem sehr monochronen Zeitverständnis Normalität, für Menschen aus Kulturen mit einem polychronen Zeitverständnis aber oft nicht verständlich. Es muss mit den Verwaltungen der Übergangswohnheime im Einzelfall besprochen werden, dass vor dem Besuch von pädiatrischen Praxen eine Terminvereinbarung erfolgen soll. Die kinderärztlichen Notfallsprechstunden sind jetzt schon überlaufen und sollten nur bei unvorhersehbaren akuten Beschwerden aufgesucht werden.

Die Regelversorgung in der pädiatrischen Praxis hat gegenüber der zumeist unvollständigen Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen und Übergangswohnheimen den Vorteil, dass das komplette apparative und personelle Spektrum einer Praxis für Diagnostik und Therapie zur Verfügung steht. Vorsorgeuntersuchungen, zu denen im Übrigen wie bei deutschen Kindern bis zur U9 verpflichtend eingeladen werden soll, können eigentlich nur in einer Praxis sorgfältig durchgeführt werden. Die in der Regel erfolgte Tuberkulose-Diagnostik wird überprüft, noch fehlende Impfungen werden anamnestisch überprüft, besprochen und vervollständigt. Eine Stuhluntersuchung auch unabhängig von Symptomen, ausgeweitet auf Parasiten und Helminthen, zeigt oft überraschende Befunde. Ein



Blutbild als Screening auf Eisenmangel und Hämoglobinopathien ist bei den meisten Kindern als sinnvoll anzusehen (17,18).

Grundsätzlich sollen alle Kinder und Jugendlichen unterschiedslos gleichberechtigten Zugang zur Integration in unsere Gesellschaft sowie zur somatischen und psychischen Diagnostik und Therapie haben. Ihre Versorgung umfasst somit ein Angebot, was über reine Akutversorgung und Prävention deutlich hinausgeht. Es schließt Zahngesundheit, Rehabilitation, psychologische Versorgung (Traumatherapie), Sicherstellung der Hör-/Sehfähigkeit, Sozialpädiatrie und Therapie angeborener oder erworbener chronischer Erkrankungen ein. Gerade diese Gruppe könnte somit von einem möglichst bundesweiten, unbürokratischen Einsatz der Gesundheitskarte profitieren, welche einem niedrigschwelligen Zugang zur kinder- und jugendärztlichen Betreuung förderlich ist (3).

In Einzelfällen bieten Kinder- und Jugendärzte jetzt schon in verschiedene Sprachen übersetzte Erste-Hilfe-Kurse in Übergangwohnheimen an. Dabei können Unfallverhütung, Hygiene, Ernährung, Impfungen und Vorsorgen besprochen werden. Derartige Kurse können vor Ort zusätzlich die Integrierung in die Regelversorgung erleichtern.

Der frühzeitige Erwerb der Sprachkompetenz hat höchste Priorität; es ist daher wünschenswert, neben je nach Alter sinnvollen Sprachkursen rasch Patenfamilien oder Pateneinrichtungen zu finden. Ein Kindertagesstätten- und Kindergartenbesuch ist baldmöglichst anzustreben, auch, um die in Notlage befindlichen Eltern für ihre Behördengänge und ihren Spracherwerb zu entlasten. In Deutschland besteht eine Verpflichtung zum Schulbesuch für alle sich hier aufhaltenden Kinder; der Schulbesuch muss daher den Flüchtlingskindern frühzeitig ermöglicht werden. Die pädagogischen Aufgaben und die schulärztlichen Untersuchungen gehen hierbei Hand in Hand, um orientierend eine Entwicklungsbeurteilung und einen über die Sprachförderung hinausgehenden schulischen Förderbedarf zu ermitteln. Ebenso hat der Zugang zum Seiteneinstieg in die weiterführenden Schulen und zu Ausbildungsberufen für ältere Jugendliche oberste Priorität. Nur so kann eine perspektivlose Untätigkeit vermieden werden (3,5).

### **Seiteneinsteigeruntersuchungen**

Vor der Einschulung sollten aus dem Ausland zuwandernde Minderjährige, auch Flüchtlinge und Asylbewerber, wie alle Schulanfänger die Chance einer Schuleingangsuntersuchung erhalten. Dies ist derzeit nicht flächendeckend der Fall, wenn die Kinder nach dem üblichen Einschulungsalter, z.B. mit 10 Jahren, nach Deutschland kommen („Seiteneinsteigeruntersuchungen“). Hierbei können auch schulelevante gesundheitliche Faktoren durch den Schularzt erfasst werden, um Eltern, Lehrer und Schüler zu beraten. Die Durchführung durch den öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst kann diesen zentral einbinden. Hierzu sind entsprechende landesrechtliche Regelungen in allen Bundesländern wichtig.

**Kommission für Globale Kindergesundheit der DAKJ:** Gottfried Huss (Rheinfelden), Christa Kitz (Würzburg), Robin Kobbe (Hamburg), Carsten Krüger (Ahlen), Stephan Nolte (Marburg/Lahn), Werner Schimana (München), Hans-Michael Straßburg (Gerbrunn)

### **Korrespondenzadresse:**

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Prof. Dr. med. Manfred Gahr, Generalsekretär

Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin | Tel.: 030.4000588-0 | Fax.: 030.4000588-88 |

e-Mail: [kontakt@dakj.de](mailto:kontakt@dakj.de) | Internet: [www.dakj.de](http://www.dakj.de)

## Literatur

- (1) Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2015. [http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl\\_Dez%202015.pdf](http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl_Dez%202015.pdf) (Zugriff 31.01.2016)
- (2) Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Medizinische Versorgung minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland: Eine neue große Herausforderung für die Kinder- und Jugendmedizin. Pressegespräch zur 110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 1. September 2015. [http://www.dgkj.de/fileadmin/user\\_upload/images/Presse/Jahrestagung\\_2015/1509\\_DGSPJ.pdf](http://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/images/Presse/Jahrestagung_2015/1509_DGSPJ.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (3) Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien. Stellungnahme vom 20.09.2015. [http://www.bvki.de/fileadmin/pdf/150920\\_Medizinische\\_Versorgung\\_von\\_Fluechtlingskindern.pdf](http://www.bvki.de/fileadmin/pdf/150920_Medizinische_Versorgung_von_Fluechtlingskindern.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (4) Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Zuwandernde Kinder: Kinder - und Jugendärzte sehen dringenden Handlungsbedarf bei der Gesundheitsversorgung. Pressekampagne 2-2015. <http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-pressemitteilungen-pressekampagne-2-2015.pdf> (Zugriff 06.11.2015)
- (5) Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie/BVKJ-Schwerpunktthema 2013 (Juni 2013). <http://www.bvki.de/fileadmin/pdf/mitglieder/Schwerpunkt-Broschuere-Migration-2013.pdf> (Zugriff 06.11.2015)
- (6) Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR), Kurzinformation des SVR-Forschungsbereichs 2015-2, Junge Flüchtlinge. Aufgaben und Potenziale für das Aufnahmeland. <http://www.svr-migration.de/publikationen/junge-fluechtlinge-aufgaben-und-potenziale-fuer-das-aufnahmeland/> (Zugriff 20.11.2015)
- (7) Europäisches Parlament, Europäischer Rat. RICHTLINIE 2013/33/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung); L 180/96 Amtsblatt der Europäischen Union 29.6.2013. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (Zugriff 20.11.2015)
- (8) Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994-2013. PLoS One 2013;10(7):e0131483; doi:10.1371/journal.pone.0131483
- (9) BVKJ Landesverband Bremen, Gesundheitsamt Bremen. Bremer Gesundheitsheft: Gesundheitsheft für minderjährige Flüchtlinge (Stand Oktober 2015). [http://www.bvki.de/fileadmin/pdf/mitglieder/Bremer\\_Gesundheitsheft.pdf](http://www.bvki.de/fileadmin/pdf/mitglieder/Bremer_Gesundheitsheft.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (10) Robert-Koch-Institut. Impfen: Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen (Stand 23.10.2015). [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien\\_fremdsprachig\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_node.html) (Zugriff 06.11.2015)
- (10a) Robert-Koch-Institut: Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende, Erläuterungen und Muster-Dokumentationsbogen für Ärzte (Stand 20.11.2015). [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Erstaufnahmeuntersuchung\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Erstaufnahmeuntersuchung_Tab.html) (Zugriff 18.12.2015)
- (11) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Infomaterialien: Kinder- und Jugendgesundheit. <http://www.bzga.de/infomaterialien/kinder-und-jugendgesundheit/?uid=15af9b2500698c942a6e02586bd3a717> (Zugriff 06.11.2015)
- (12) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Infomaterialien: Impfungen und persönlicher Infektionsschutz. <http://www.bzga.de/infomaterialien/impfungen-und-persoener-infektionsschutz/?uid=15af9b2500698c942a6e02586bd3a717> (Zugriff 06.11.2015)
- (13) Setzer Verlag. Tip doc Anamnesebögen (Stand Oktober 2015). <http://www.tipdoc.de/hauptseiten/tipdoc.html> (Zugriff 06.11.2015)

- (14) Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Arzthaftung bei der Versorgung von Flüchtlingen in Einrichtungen des Landes. Schreiben vom 04.09.2015
- (15) Robert Koch-Institut. Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland. Epid Bull 2015;41:439-444. <http://edoc.rki.de/oa/articles/re1ySqxtCvI/PDF/28OLguEy24AYY.pdf> (Zugriff 06.11.2015)
- (16) Beermann S, Rexroth U, Kirchner M, et al. Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland: Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. Dtsch Arztebl 2015; 112(42): A-1717 / B-1423 / C-1395
- (17) Pfeil J, Kobbe R, Trapp M, Kitz C, Hufnagel M. Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Monatsschr Kinderheilkd 2015; 163: 1269–1286.
- (18) Stellungnahme der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ). Medizinische Maßnahmen bei immigrierenden Kindern und Jugendlichen vom Februar 2008; Aktualisierung vom 07.10.2013 (siehe auch Monatsschr Kinderheilkd 2014;162: 56-61). [http://dakj.de/media/stellungnahmen/infektionskrankheiten-impffragen/2013\\_med-massnahmen-immigrierende-kinder-jugendliche.pdf](http://dakj.de/media/stellungnahmen/infektionskrankheiten-impffragen/2013_med-massnahmen-immigrierende-kinder-jugendliche.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (19) Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste (zfm). PROTECT ABLE: Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen (in verschiedenen Sprachen verfügbar). Stand 2012 ff. <http://protect-able.eu/resources/> (Zugriff 06.11.2015)
- (20) Technische Universität München. Mehrzahl der syrischen Flüchtlingskinder ist krank. Pressemitteilung vom 01.09.2015. <https://www.tum.de/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/kurz/article/32590/> (Zugriff 06.11.2015)
- (21) Robert-Koch-Institut. Mitteilungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut / August 2015. Epid Bull 2015;34:327-362. [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/34\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/34_15.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff 06.11.2015)
- (22) Stellungnahme der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ). Folgen der Monopolisierung in der Pharmaindustrie für die Bereitstellung von Impfstoffen (Aktualisierung Januar 2013) (siehe auch Monatsschr Kinderheilkd 2013;161:554-558). [http://dakj.de/media/stellungnahmen/infektionskrankheiten-impffragen/2013\\_monopolisierung\\_pharmaindustrie.pdf](http://dakj.de/media/stellungnahmen/infektionskrankheiten-impffragen/2013_monopolisierung_pharmaindustrie.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (23) Robert-Koch-Institut. Poliomyelitis: Zur aktuellen Situation in Syrien. Epid Bull 2014;6:51. [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/06\\_14.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/06_14.pdf?__blob=publicationFile). (Zugriff 06.11.2015)
- (24) Robert-Koch-Institut. Poliomyelitis-Fälle in der Ukraine. Epid Bull 2015;38:411-412. [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff 06.11.2015)
- (25) Stellungnahme der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in Deutschland (NCC). Eingangsscreening bei Asylsuchenden auf eine Poliovirus-Ausscheidung oder einen Nachweis von Poliovirus-Antikörpern. [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Poliokommission/Screening\\_Asylsuchende.html](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Poliokommission/Screening_Asylsuchende.html) (Zugriff 15.12.2015)
- (26) Robert-Koch-Institut. Thorax-Röntgenuntersuchungen bei Asylsuchenden gemäß §36 Absatz 4 IfSG. [http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Tuberkulose\\_Roentgen-Untersuchungen\\_Asylsuchende.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Tuberkulose_Roentgen-Untersuchungen_Asylsuchende.html) (Zugriff 06.11.2015)
- (27) Ritz N, Brinkmann F, Feiterna-Sperling C, Hauer B, Haas W, Arbeitsgruppe AWMF-Leitlinie Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik, Prävention und Therapie. Tuberkulose-Screening bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen < 15 Jahren in Deutschland. Stellungnahme der Arbeitsgruppe AWMF-Leitlinie Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik, Prävention und Therapie unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. Monatsschr Kinderheilkd 2015; 163: 1287–1292.

- (28) Stellungnahme des Robert-Koch-Instituts. Untersuchung auf Tuberkulose bei asylsuchenden Kindern und Jugendlichen < 15 Jahre (Stand 16.12.2015). [http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Tuberkulose-Screening\\_Kinder.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Tuberkulose-Screening_Kinder.html) (Zugriff 18.12.2015)
- (29) Themennetzwerk Flüchtlingskinder der National Coalition Deutschland. Anforderungen an eine Kindeswohlorientierte Aufnahme und Unterbringung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen im Kontext der aktuellen Verteilungsdebatte. Stand 23.02.2015. [http://www.b-umf.de/images/Anforderungen\\_an\\_eine\\_kindeswohlorientierte\\_Aufnahme\\_und\\_Unterbringung\\_von\\_UMF\\_im\\_Kontext\\_der\\_aktuellen\\_Verteilungsdebatte\\_Februar2015.pdf](http://www.b-umf.de/images/Anforderungen_an_eine_kindeswohlorientierte_Aufnahme_und_Unterbringung_von_UMF_im_Kontext_der_aktuellen_Verteilungsdebatte_Februar2015.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (30) Ohne Autor. Betreuung von neu angekommenen Flüchtlingen. Eigene Jugenduntersuchung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. pädiatrie hautnah 2015; 27: 18-21.
- (31) Rudolf E, Schmidt S. Wo kommen eigentlich all die Irrtümer her? Unzutreffende Behauptungen über altersbezogene Sachverhaltserhebungen im ausländerrechtlichen Kontext. Stand Juli 2015. Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD). <http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/agfad/002.pdf> (Zugriff 06.11.2015)
- (32) Rudolf E, Schmeling A. Stellungnahme zur Altersdiagnostik bei unbegleiteten fraglich minderjährigen Flüchtlingen. Stand Juli 2015. [http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale\\_Verantwortung/Stellungnahme\\_AGFAD.pdf](http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Stellungnahme_AGFAD.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (33) Schmeling A, Dettmeyer R, Rudolf E, Vieth V, Geserick G. Forensische Altersdiagnostik: Methoden, Aussagesicherheit, Rechtsfragen. Dtsch Arztebl Int 2016; 113(4): 44-50; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0044
- (34) Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge. Alterseinschätzung: Verfahrensgarantien für eine Kindeswohlorientierte Praxis. Stand Juni 2015. [http://www.b-umf.de/images/alterseinschätzung\\_2015.pdf](http://www.b-umf.de/images/alterseinschätzung_2015.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (35) IPPNW/DAKJ. Berliner Erklärung: Grundrechte und Hilfebedarf minderjähriger Flüchtlinge in den Mittelpunkt stellen. [http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale\\_Verantwortung/Berliner\\_Erklaerung.pdf](http://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Berliner_Erklaerung.pdf) (Zugriff 06.11.2015)
- (36) Hamamy H. Consanguineous marriages. Preconception consultation in primary health care settings. J Community Genet 2012; 3: 185–192.
- (37) Müller K, Pauletzki R, Westhues A, Schimana W. Betreuung von schwangeren Asylbewerberinnen durch eine Familienhebamme. Monatsschr Kinderheilkd 2015; 162 Suppl 2: 179 (DGSPJ-PO-MI-1)

## **Anhang A**

### **Rechtsgrundlagen**

Der Flüchtlingszustrom nach Deutschland ist Folge der lokalen, nationalen und globalen Verwerfungen in vielen Ländern Afrikas, des Nahen Ostens und Asiens. Allerdings ist Deutschland bei dieser Fluchtbewegung nicht wie bisher als Unterstützer bei internationalen Krisen im Ausland tätig, sondern selbst Schauplatz eines humanitären Krisenfalls. Daher sind auch die UN-Flüchtlingskonvention von 1951 in ihrer jeweiligen Fassung und die UN-Kinderrechtskonvention von 1989, die beide von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert und damit in geltendes nationales Recht überführt worden sind (22. April 1954 bzw. 05. April 1992), auf die jetzige Situation anwendbar.

In Artikel 1, Ziffer 2 der UN-Flüchtlingskonvention wird der Status eines Flüchtlings wie folgt definiert:

„Ein Flüchtling ist eine Person, die aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will [...] und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will.“

In Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention heißt es zur Gesundheitsvorsorge:

„(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.

(2) Die Vertragsstaaten bemühen sich, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen, und treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um [...]

b) sicherzustellen, dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten, wobei besonderer Nachdruck auf den Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung gelegt wird; [...]

d) eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen; [...]"

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland formuliert in Artikel 1:

„(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

(2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.“

Zudem sichert es ausdrücklich in Artikel 16a, Absatz 1 politisch Verfolgten das Recht auf Asyl zu.

Die konkrete rechtliche Ausformulierung dieser übergeordneten Grundsätze findet sich im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG), jetzt Asylgesetz (AsylG), im Infektionsschutzgesetz (IfSG), die Beschreibung des medizinischen Versorgungsumfangs im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), aktuelle Änderungen im Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom Oktober 2015.

Das AsylG bestimmt in § 62:

„(1) Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung durchführt.

(2) Das Ergebnis der Untersuchung ist der für die Unterbringung zuständigen Behörde mitzuteilen.“

Hier steht es in Einklang mit dem IfSG, das in § 36 festlegt:

„(4) Personen, die [...] in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine

Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler muss sich das Zeugnis bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, auf eine im Geltungsbereich dieses Gesetzes erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen; bei erstmaliger Aufnahme darf die Erhebung der Befunde nicht länger als sechs Monate, bei erneuter Aufnahme zwölf Monate zurückliegen. Bei Schwangeren ist von der Röntgenaufnahme abzusehen; stattdessen ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass nach sonstigen Befunden eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose nicht zu befürchten ist. [...] Personen, die nach Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, die für die Ausstellung des Zeugnisses nach Satz 1 und 2 erforderlichen Untersuchungen zu dulden. [...]"

In § 4 des AsylbLG werden die Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt sowie neu für Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen definiert:

„(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. *Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht.*<sup>9</sup> Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) *Die zuständige Behörde stellt die Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sicher. Sie stellt auch sicher, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird.*<sup>10</sup> [...]"

In § 6 des AsylbLG werden „Sonstige Leistungen“ geregelt:

„(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß §24 Abs. 1 Aufenthaltsgesetz und die besondere Bedürfnisse haben, wie z.B. unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische Hilfe gewährt.“

---

<sup>9</sup> Neu eingefügt aufgrund des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes

<sup>10</sup> Neu formuliert aufgrund des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes