

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland - eine Herausforderung -



Quelle: www.wa.de

Eva Löb / Rainer Löb
22.09.2015
Univadis



Quelle: www.wa.de

Allgemeine Herausforderungen

Flüchtlinge sind auf der Flucht

Unsicherheiten im Umgang (Beispiel Händeschütteln)

Sprache als Quelle von Missverständnissen

Nahrungsmittel (Beispiel Knollenblätterpilz)

Kulturelle Unterschiede

Infektionskrankheiten?

Quelle: www.wa.de



08.10.15

Herkunftsländer

in Hamm:

Syrien

Mali

Eritrea

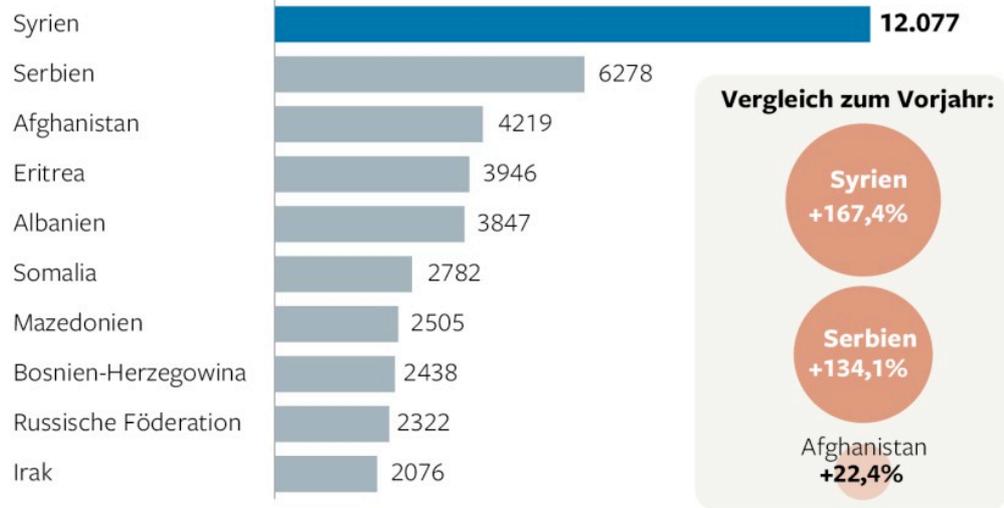
Pakistan

Afghanistan

(Balkanländer)

DIE ZEHN HAUPTHERKUNFTSLÄNDER

der Asylantragsteller in der Zeit von Januar bis Juli 2014*



DIE WELT

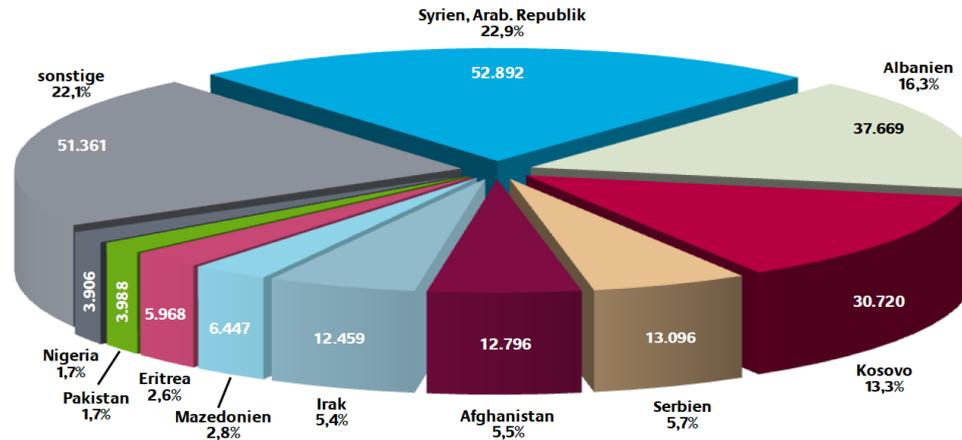
*Erstanträge

QUELLE: BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE



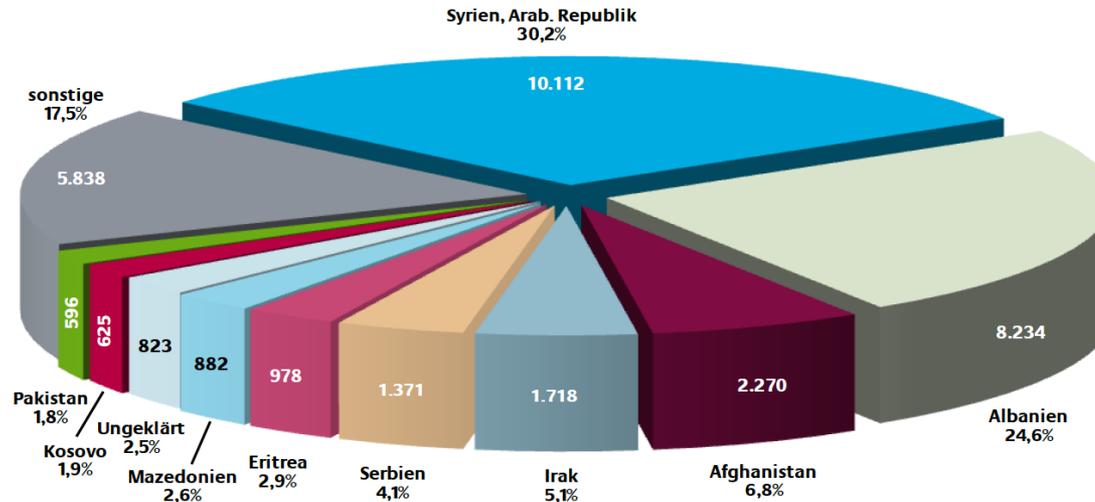
Hauptherkunftsländer im Zeitraum 01.01. bis 31.08.2015

Gesamtzahl der Erstanträge: 231.302



Hauptherkunftsländer im August 2015

Gesamtzahl der Erstanträge: 33.447





Allgemeines

ACHTUNG –
ggf. deutliche
Unterschiede bei

Zuständigkeit der
einzelnen
Bundesländer für die
Regelungen der
Flüchtlingsversorgung



Quelle: www.lerninfos.de

Art der Einrichtung

Not-Erstaufnahmeeinrichtung (Not-EAE)

Erstaufnahmeeinrichtung (EAE)

Zentrale Unterbringungseinrichtung
(3 Monate) (ZAE)

Zuweisung zu Stadt oder Landkreis

Aufgaben der Einrichtung

Not-Erstaufnahmeeinrichtung (Not-EAE)

Akute Unterbringung von Flüchtlingen

Schutz – Nahrung – Hygiene

Registrierung

Erstuntersuchung (In-Augenscheinnahme), (Impfung)

z.B. Veranstaltungshallen, Container, Zeltstädte...

Aufgaben der Einrichtung

Erstaufnahmeeinrichtung (EAE)

Erst-Unterbringung von Flüchtlingen

Schutz – Nahrung – Hygiene

Registrierung

Erstuntersuchung (In-Augenscheinnahme), Impfung

Verteilung auf ZUEen

Aufgaben der Einrichtung

Zentrale Unterbringungseinrichtung (ZUE)
(3 Monate)

Unterbringung bis zum Transfer und Abschluss der notwendigen Diagnostik

-> Zuweisung zu Städten und Gemeinden

Struktur / Ausstattung / Personal ZUE (NRW)

Alles geregelt!

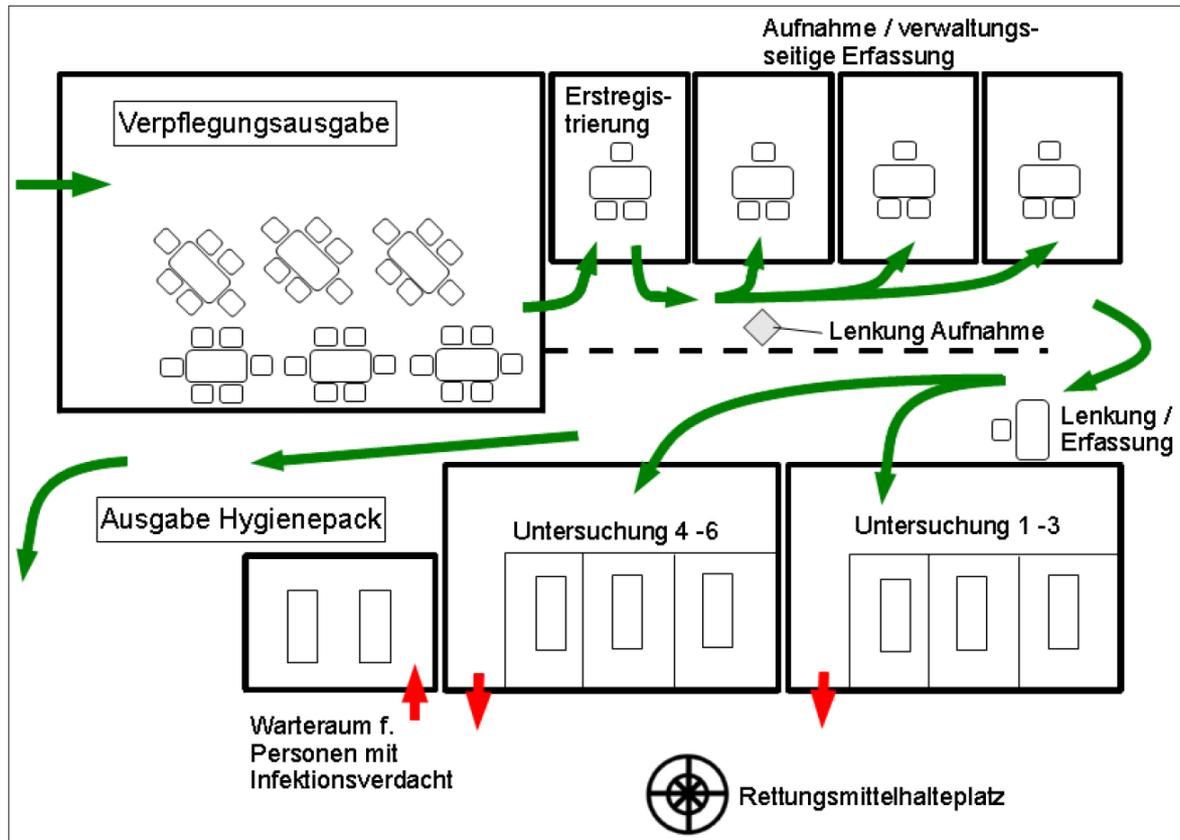
Ausstattung, Betreuung/San.-Bereich...

Aufgaben, Betriebszeiten, Qualifikationen

- "Sanis": bisher nur Krankenschwestern
jetzt auch MFA

Organisation / Notaufnahme

Anhand der Grafik wird nun der Ablauf beschrieben:



Arbeitshilfe Erstunterbringung von Flüchtlingen R. Müller, J. Gackstatter, M. Wirtz, G. Hornfeck
FB-HiOrg Rhein-Erft-Kreis, Stand 111200 aug 15

Schutz der eingesetzten Helfer/Mitarbeiter:

Impfschutz

Grundimmunisierung der Helfer:

Masern, Mumps, Röteln, Pertussis und Varizellen
Tetanus, Diphtherie, Polio und bei
Kontaktwahrscheinlichkeit mit Stuhl/Blut auch
Hepatitis A und B.

Schutz der eingesetzten Helfer/Mitarbeiter:

Schutzmaßnahmen

(Einmal-)Schutzhandschuhe – diese sind regelmäßig nach jedem Patientenkontakt, spätestens aber nach 30 min Tragedauer zu wechseln. Nach dem Ausziehen sind die Hände zu desinfizieren und möglichst mit einer Hautschutzcreme einzucremen. Bei täglicher Nutzung sind Baumwollunterziehhandschuhe zu tragen.

Schutzkleidung – Einsatzkleidung muss täglich gewechselt und desinfiziert werden, insbesondere bei Kontakt mit infektionsverdächtigen Personen sind Einmalschutzanzüge zu verwenden.

Mundschutz – Mund-Nasen-Schutz

Erstaufnahmeuntersuchung

Warum?

Infektionsepidemiologie

Schutz der Einzelnen und der Gruppe

Gemeinschaftseinrichtung!

Schnelle definitive Versorgung im Notfall

(Erkennung des Notfalls!)

Erstaufnahmeuntersuchung

Was sieht man?

Erschöpfte Menschen

Unterschiedliche Schicksale

Hautveränderungen

Infekte, Infektionen?

keine Dokumente

(meist) guter körperlicher AZ

Erstaufnahmeuntersuchung – Ablauf

Dokumentation ärztliche Erstuntersuchung ZUE/Not-AE

(direkt über PC in Bewohnerdatei, wenn vorhanden)

Name, Geb.Dat., Herkunftsland, Nr.

Datum: ____ . ____ . 2015

Uhrzeit: _____ h

Anamnese

situativ relevante Informationen / ggf. Anamnesebogen

Erstaufnahmeuntersuchung – Ablauf

Befund	RR	Puls
	Haut	Haare
	Pulmo	Cor
	Abdomen	
	Sonstiges	
Diagnose		
Therapie		
Procedere (Röntgen?, Serologie?, Stuhlprobe?, Impfung?)		

Aufnahme ZUE – Ablauf

Registrierung

Bei **Anmeldung an der Rezeption** Erfassen folgender Daten:

- bereits ärztlich gesehen worden (in Erstaufnahmeeinrichtung)?
- TBC-Screening erfolgt? - wenn JA, wie?
- Impfung erhalten? - Impfpass vorhanden?
- bei Frauen im gebärfähigen Alter nach Schwangerschaft / Mutterpass fragen

Aufnahme ZUE – Ablauf

- wenn noch nicht ärztlich gesehen, dann Aushändigen eines **Anamnesebogens**

- dieser sollte umgehend ausgefüllt an der Rezeption abgegeben werden
- Weitergabe der gesammelten Bögen an die Sani-Abteilung
- dort Sichtung und Erstellung einer Liste der zu untersuchenden Personen nach Dringlichkeit, Einbestellen für die Sprechstunde
- Anzustreben ist, dass die bestellten Personen entweder in Begleitung eines übersetzenden Betreuers erscheinen oder sich in Englisch verständigen können.
- Untersuchung sollte „so früh wie möglich“ erfolgen

Medizinische Betreuung ZUE

Ärztliche (Erst-)Untersuchung

Inaugenscheinnahme

Ausschluss akute infektiöse Erkrankung
Krätze
Läuse
Diarrhoe (Stuhluntersuchung?)
Besonderes (Serologie?)

Schwangerschaft?

weitere Untersuchungen, wenn klinisch, anamnestisch,
epidemiologisch angezeigt (Gemeinschaftsunterkunft!)

Medizinische Betreuung ZUE

TBC-Screening

Kinder 0-6 Jahre

Tuberkulintest

Kinder 7-15 Jahre

Interferon-Gamma-Test

Schwangere

-“-

Alle ab 15

Röntgen Thorax

Medizinische Betreuung ZUE

Impfangebot

Kinder ab 8 Woche	Tetanus, Diphtherie, HiB, Pertussis, Polio
Kinder ab 11 Monate	MMRV
Erwachsene	MMR (Jahrgang > 1970) Varizellen bei epidemiologischem Grund Td, Polio, Pertussis
Influenza saisonal	besonders gefährdete Personen

Medizinische Betreuung ZUE

Impfangebot

Hinweis:

Nach den von der Bezirksregierung Arnsberg erstellten Befundbögen sollen in EAE, ZUE oder Notunterkünften zunächst „NUR“ Impfungen gegen

MMR

DPT

Polio

HiB

verabreicht werden. Alle weiteren Impfungen können nach dem Transfer in die Kommunen erfolgen. Je nach epidemiologischer Situation und bei einem Aufenthalt in der jeweiligen GUK von mehr als 4 Wochen sollte das Impfangebot entsprechend den Vorgaben des Landes (§ 62 Abs.1 Satz 2 Asylverfahrensgesetz, Bestimmung 07.10.2014, Az. 0205.12.3.2) zur Verfügung gestellt werden.

Medizinische Betreuung ZUE

Sprechstunde

Akutsprechstunde nach Bedarf

Anmeldung an Rezeption (Rücksprache med. Fachpersonal)

Vorstellung nur bei **akuter Erkrankung** (unmittelbare Konsequenz)

keine „Befindlichkeitsstörungen“ oder chronische Beschwerden *ohne direkten Handlungsbedarf*

Medizinische Betreuung ZUE

Sprechstunde

Zusätzliche Untersuchungen (längerer Aufenthalt)

Verlaufskontrollen, wenn erforderlich

Weiterverordnung notwendiger Dauermedikation

(Antihypertensiva, Insulin, Immunsuppressiva...)

Durchführung der fälligen U (Kinder/Jugendliche)

Schwangerschaftsvorsorgen

Sprechstunde ZUE

Was sieht man? Erwachsene und Kinder

Infekte

unsichere Patienten

Schwangere, Neugeborene!

kleinere Verletzungen (Freizeitaktivitäten)

Hautveränderungen (Wasser?)

Verdauungsstörungen (Ernährungsumstellung)

Zivilisationskrankheiten

Kolibris (Malaria, Tumore, Thalassämie ...)

Abrechnung (Vorsicht, Bundesland-spezifisch)

Landeseinrichtungen (EAE, ZUE)

- Abrechnung über Bezirksregierung
Verträge BezReg -> Ärzte?!?
- Erstuntersuchung GOÄ 1+7, Satz: 1,0
- Weitere Untersuchungen EBM Ordinationsgebühr
und Vorhaltepauschale (Gültigkeit 14 Tage)

Beteiligte Stellen

Land NRW – Landeszentrum Gesundheit (LZG)

Bezirksregierung Arnsberg (für ganz NRW)

Gesundheitsamt (abhängig von Zuständigkeiten)

Gesundheitsamt (bei Infektionserkrankungen)

Ärztekammer?

Kassenärztliche Vereinigung?

Herausforderungen für Krankenhäuser

Schwangere

Vorsorge

Erkrankte

Infektionen

(Akutmedizin?)

Herzklappenerkrankung

Stoffwechsel

Tumoren

Verzögerung Therapie durch Flucht

Herausforderungen für Organisationen

Ehrenamt

Hauptamt

Qualifikation

Arbeitsmedizin

Zeit

Haftung: Aussage MGEPA NRW - Amtshaftung

Sicherheit: Prozesse und Strukturen



Ungewöhnliche Infektionskrankheiten

•••• 1&1 08:25 97% rki.de

AUER	Erkrankung (Pathogen)	Inkubationszeit	Symptome, Hinweise, Hinweise			Mensch-zu-Mensch-Übertragung?	Ausbreitungsrisiko in deutschen Gemeinschaftseinrichtungen?	Gesetzliche Arzt-Meldepflicht an Gesundheitsamt	Auf dem Fluchtweg erwerbbar?	Eritrea/ Horn von Afrika	Subsahar Afrika
			Fieber, allg. Krankheitsgefühl	Hautmanifestationen	Sonstige Hinweise und Symptome						
Aufe Ausreisegruppen	Malaria (u. a. <i>Plasmodium falciparum</i>)	7–50 und mehr Tage, je nach Erreger	Ja; Fieber in Schüben	Nein	Oft auch gastrointestinale Symptome	Nein	Nein	(nur Labor)	Nur in Endemie-ländern	Ja	Ja
	Läuserückfallfieber (<i>Borelia recurrentis</i>)	5–15 Tage	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; Petechien möglich	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; häufig neurologische Symptome, Ikterus	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Selten, n Sudan
	Fleckfieber/Flecktyphus (<i>Rickettsia prowazekii</i>)	1–2 Wochen	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; makulöses Exanthem, teilw. konfluierend (bevorzugt am Rumpf)	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; im Verlauf Somnolenz	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)	Ja	Ja	Zentral- und Ostaf
	Typhus (<i>Salmonella Typhi</i>)	3–60 Tage, meist 8–14 Tage	Ja; kontinuierliches Fieber	Selten Roseolen (meist am Bauch)	Gelähtes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Labor)	Ja	Ja	Ja
	Amöbenleberabszess (<i>Entamoeba histolytica</i>)	Tage bis Monate	Ja	Nein	Schmerzen in Lebergegend	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Nein (Labor in MV, SN, TH†)	Ja	Ja	Zentral- und Ostaf
	Viszerale Leishmaniose (<i>Leishmania</i> -Protozoen)	2–6 Monate oder länger	Ja	Nein	Verlauf akut oder subakut; Hepatosplenomegalie, Panzotopenie	Nein	Nein	Nein*	Ja	Ja	Teile Oste rikas
	Lassa-Fieber (Lassavirus)	6–21 Tage	Ja	Eher nein	Hämorrhagien möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemie-ländern	Nein	Nur Westafrika (inkl. Nigeria)
	Krim-Kongo-Fieber (CCHF-Virus)	1–12 Tage	Ja; meist kontinuierlich hohes Fieber	Petechien häufig	Relative Bradykardie, Durchfall möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* als häm. Fieber (+ Labor)	Nur in Endemie-ländern	Nur Äthiopi-en	Ja
	Meningitis durch <i>Neisseria meningitidis</i>	1–12 Tage	Ja	Häufig Petechien, Eckchymosen	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Ja	Ja	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod*	Ja		Vor allen Sahelzon
	Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>)	Meist 5–14 Tage	Ja	Selten	Ikterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten	Nein	Nein	(nur Labor)	Ja		
Vor allem Kleinkinder/Neugeborene	Tetanus (<i>Clostridium tetani</i>)	Meist 3–14 Tage	Selten Fieber	Nein	Schmerzhafte Spasmen, Risus sardonicus, Trismus, Dysphagie	Nein	Nein	Ja, in MV, SN, TH† Erkrankung und Tod	Ja		
	Tuberkulöse Meningitis (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	Wochen bis Monate	Ja	Nein	Somnolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tw. Nackensteifigkeit	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Labor)	Ja		V
	Andere bakterielle Meningitiden (z. B. durch <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Wenige Tage	Ja	Nein	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Unter ungeimpften Kindern	Unter ungeimpften Kindern	(nur Labor)	Ja		

*der gemäß § 6.2 IfSG als „bedrohliche Krankheit“ wenn dies „auf eine schwerwiegende Gefahr der Allgemeinheit hinweist“

Ungewöhnliche Infektionskrankheiten 1

Erkrankung (Pathogen)	Inkubationszeit	Fieber, allg. Krankheitsgefühl	Hautmanifestationen	Sonstige Hinweise und Symptome	Mensch-zu-Mensch-Übertragung?	Ausbreitungsrisiko in deutschen Gemeinschaftseinrichtungen?	Gesetzliche Arzt Meldepflicht an Gesundheitsamt
Malaria (u. a. <i>Plasmodium falciparum</i>)	7–50 und mehr Tage, je nach Erreger	Ja; Fieber in Schüben	Nein	Oft auch gastrointestinale Symptome	Nein	Nein	(nur Labor)
Läuserückfallfieber (<i>Borrelia recurrentis</i>)	5–15 Tage	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; Petechien möglich	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; häufig neurologische Symptome, Ikterus	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)
Fleckfieber/Flecktyphus (<i>Rickettsia prowazekii</i>)	1–2 Wochen	Ja; Fieber in Schüben	Kratzspuren; makulöses Exanthem, teilw. konfluierend (bevorzugt am Rumpf)	Ggf. akuter Kleiderlausbefall; im Verlauf Somnolenz	Nein	Gering (via Kleiderlaus)	(nur Labor)
Typhus (<i>Salmonella Typhi</i>)	3–60 Tage, meist 8–14 Tage	Ja; kontinuierliches Fieber	Selten Roseolen (meist am Bauch)	Geblähtes Abdomen, Obstipation, Somnolenz, oft relative Bradykardie	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod* (+ Lab)
Amöbenleberabszess (<i>Entamoeba histolytica</i>)	Tage bis Monate	Ja	Nein	Schmerzen in Lebergegend	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Über fäkal kontaminierte Lebensmittel	Nein (Labor in M, SN, TH†)
Viszerale Leishmaniose (<i>Leishmania</i> -Protozoen)	2–6 Monate oder länger	Ja	Nein	Verlauf akut oder subakut; Hepatosplenomegalie, Panzytopenie	Nein	Nein	Nein*

Ungewöhnliche Infektionskrankheiten 2

Lassafieber (Lassavirus)	6–21 Tage	Ja	Eher nein	Hämorrhagien möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod° als häm. Fieber (+ Labor)
Krim-Kongo-Fieber (CCHF-Virus)	1–12 Tage	Ja; meist kontinuierlich hohes Fieber	Petechien häufig	Relative Bradykardie, Durchfall möglich	Ja, inkl. nosokomial	Möglich (vor allem im pflegerischen Kontext)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod° als häm. Fieber* (+ Labor)
Meningitis durch <i>Neisseria meningitidis</i>	1–12 Tage	Ja	Häufig Petechien, Eckchymosen	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Ja	Ja	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod°
Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>)	Meist 5–14 Tage	Ja	Selten	Icterus mit konjunktivalen Injektionen, Meningitiszeichen, Bluthusten	Nein	Nein	(nur Labor)
Tetanus (<i>Clostridium tetani</i>)	Meist 3–14 Tage	Selten Fieber	Nein	Schmerzhafte Spasmen, Risus sardonicus, Trismus, Dysphagie	Nein	Nein	Ja, in MV, SN, TH† Erkrankung und Tod
Tuberkulöse Meningitis (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	Wochen bis Monate	Ja	Nein	Somnolenz, Kopfschmerz, Bewusstseinsstörungen, tw. Nackensteifigkeit	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja (Kleinkinder i. d. R. nicht infektiös)	Ja, Verdacht, Erkrankung, Tod° (+ Labor)
Andere bakterielle Meningitiden (z. B. durch <i>Haemophilus influenzae</i> b)	Wenige Tage	Ja	Nein	Nackensteifigkeit, Somnolenz	Unter ungeimpften Kindern	Unter ungeimpften Kindern	(nur Labor)

oder gemäß § 6.2 IfSG als „bedrohliche Krankheit“ wenn dies „auf eine schwerwiegende Gefahr der Allgemeinheit hinweist“

© Dr. med. Dr. G. Rothemann, Dr. med. Dr. G. Rothemann, Dr. med. Dr. G. Rothemann

Herausforderungen für Krankenhäuser (+ ?)

Infektionen – Kolonisationen

Bei welchen Patienten soll ein MRGN-Screening erfolgen?

In folgenden Situationen wird empfohlen, vor bzw. bei stationärer Aufnahme auf MRGN zu screenen, um die erforderlichen Hygienemaßnahmen umzusetzen:

- Patienten mit bekannter MRGN-Anamnese (z.B. früherer ESBL-Nachweis)
- Patienten, die aus folgenden Ländern bzw. Regionen direkt aus einem Krankenhaus kommen, sowie Patienten, die in den letzten 12 Monaten in einem der folgenden Länder/Regionen behandelt wurden:
 - Ost-, Südost- und Südeuropa (z.B. Bulgarien, Italien, Griechenland, Kosovo, Moldawien, Rumänien, Russland, Serbien, Ungarn)
 - Naher Osten (z.B. Vereinigte arabische Emirate)
 - Asien (z.B. China, Indien, Thailand)
 - Südamerika
 - Afrika
- Patienten, die von Kliniken oder Einrichtungen zuverlegt werden, in denen in letzter Zeit vermehrt 3 MRGN oder 4 MRGN auftraten
- Kontaktpatienten von Patienten 4 MRGN oder
- mit 3 MRGN in Risikobereichen (diese müssen in jeder Klinik festgelegt werden)

Wann sollen o.g. Patienten gescreent werden?

- Bei planbarem Krankenhausaufenthalt
- Bei Akutaufnahmen oder wenn ein prästationäres Screening nicht möglich war: unmittelbar bei der stationären Aufnahme im aufnehmenden Bereich (z.B. Nothilfe, Aufnahmestation, Poliklinik)
- Für ambulante Patienten ist kein Screening erforderlich

Herausforderungen für Krankenhäuser (+ ?)

Infektionen–Kolonisationen (Tbc, VRE, MRSA, ESBL...)

Umsetzung der Praeventionsguidelines

Screening, Isolierung, Kohortierung

Verwertbarkeit der Anamnese

Krankenhäuser müssen betriebsfähig sein/bleiben

tatsächliche Praevalenz? Relevanz?

Einzelisolierung bis Negativergebnis

mindestens aber screenen

Ärztekammer / KV (zumindest in NRW)

Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte

- Vorgehensweisen
- ungewöhnliche Erkrankungen
- Kolonisationen? Krankenhäuser?

Zukunft: Facharztefordernis?
 Facharztstandard mit Supervision?
 Screening MRE bei Impfung?

Vielen herzlichen Dank!

An alle, die beteiligt sind und helfen!

Diejenigen, die da sind, sind da!

Klima erhalten: wir wollen das schaffen und wir schaffen das!