

„Folgen von Armut, Trauma und Flucht im deutschen Gesundheitswesen“

Sehr verehrte Vorsitzende, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Als letzte Vortragende im Reigen der heutigen Referenten spreche ich zu Ihnen zum Thema „Folgen von Armut, Trauma und Flucht im deutschen Gesundheitswesen“. In der Menge wie in der Emotionalität erscheint mir diese Thematik so umfangreich, dass ich mich auf einige wesentliche Aspekte in aller Kürze beschränken möchte, um Ihnen Hinweise zu den verschiedensten Problemen zu geben und auf derzeitige Lösungsstrategien im deutschen Gesundheitswesen aufmerksam zu machen.

Ich werde zunächst auf die gesundheitlichen Folgen von Gewalt allgemein eingehen, was uns als Ärztinnen und Ärzte und andere Behandler am meisten interessieren dürfte. Anschließend folgen dann einige Aspekte historischer und zeitgenössischer Folgen von Krieg, Flucht, Traumata und Armut.

„Gewalt macht krank!“

Die bio- psycho- sozialen Auswirkungen von Gewalterfahrungen lassen viele Betroffene den Weg in unsere Arztpraxen suchen. Daher sind kriegerische Gewalt, Gewalt gegen Kinder, gegen Alte, gegen Frauen und militärische, strukturelle, sexualisierte Gewalt immer wieder Themen bei ärztlichen Symposien. Und wir wissen heute, dass früh erlittene Gewalt nicht nur akut, sondern auch im großen zeitlichen Abstand zu erheblichen gesundheitlichen Schäden führen kann. Da wir uns heute dem Thema Gewalt auch aus der Geschlechterperspektive nähern wollen, lassen Sie mich meine Recherchen zum Thema Schmerzsyndrome nach Gewalt an Frauen vortragen:

Nach neuesten Zahlen haben 25 % der deutschen Frauen zwischen 16 und 85 Jahren einmal oder mehrfach körperliche Gewalt durch ihren Lebenspartner oder andere Männer in der unmittelbaren Lebenserfahrung erlitten. 64 % dieser Frauen trugen körperliche Verletzungen davon, das entspräche etwa 16 % der weiblichen Gesamtbevölkerung in der BRD, und immerhin 37 % dieser verletzten Frauen haben bei Ärztinnen und Ärzten Hilfe in Anspruch genommen.

Wenn es um körperliche und/oder sexuelle Gewalt in sozialen und intimen Beziehungen geht, sind zu über 95 % Frauen die Opfer und Männer die Täter. Rund 9 % der deutschen Frauen zwischen 16 und 29 Jahren werden in ihrem Leben mindestens einmal Opfer einer Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung, davon 2/3 innerhalb des Haushaltes und ihrer eigenen Familie. Weitere 9 % der Befragten berichten über sexuellen Missbrauch in der Kindheit. Auch hier kommen die Täter zum überwiegenden Teil aus dem näheren sozialen Umfeld. Man kann davon ausgehen, dass jede 5. Frau, die das Gesundheitswesen wegen gesundheitlicher Probleme aufsucht, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt hat oder erleben wird. Die Folgen dieser früh oder später erlittenen Gewalt verursachen im Gesundheitswesen immense Kosten. Exakte Berechnungen in den USA sprechen von

Folgekosten in Milliarden-Dollar-Höhe.

Uns interessieren aber nicht etwa nur die Folgekosten, sondern vielmehr die Schicksale der betroffenen Frauen und ihre Traumamuster. Neben den unmittelbar auftretenden Beschwerden, wie alle Arten von Verletzungen, z.B. Hämatome, Schürfwunden, Prellungen, Quetschungen und Frakturen, Brandwunden und psychischen Problemen, wie Schlafstörungen, Albträumen und Depressionen, sehen wir auch die Langzeitfolgen. Nach Angaben der Weltbank ist häusliche Gewalt an Kindern und Frauen Ursache für jeden 5. Krankenstand. Als Langzeitfolgen gilt es zu nennen: Die so genannte posttraumatische Belastungsstörung mit Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Depressionen, Essstörungen, Suizidgedanken und Sucht in Form von Alkohol-, Tabletten- oder Drogenabhängigkeit, darüber hinaus vor allem Störungen der Sexualität und des Schlafes. Ferner wird über chronische Schmerzen, ganz typisch: chronische Unterbauchschmerzen, darüber hinaus über Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Rücken- und Muskelschmerzen, geklagt. Typisch sind aber auch Thoraxschmerzen, Zahnschmerzen, sogar Luftnot und Erstickungsanfälle.

Frauen, die als Kind regelmäßig geschlagen worden sind, leiden 11 mal so häufig an Gelenk- und Rückenschmerzen sowie Muskelverspannungen gegenüber Frauen mit einer glücklichen Kindheit. Mädchen, die sexuell missbraucht worden sind, leiden später an einem 3-fach erhöhten Risiko für chronische Schmerzen. Und: Bei fast 50 % unserer Patientinnen mit chronischen Rückenschmerzen - und Sie wissen alle, wie häufig das in der täglichen Praxis vorkommt - finden sich massive Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte. Umfangreiche Gewalterfahrung beschreiben auch mehrere Studien für Patienten und Patientinnen mit chronischem Gesichtsschmerz, zu 60 % beklagen Fibromyalgie- Patientinnen frühe Gewalt und ebenso viele Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen.

Zusammenfassend lässt sich hier sagen: Gewalt erzeugt chronischen Schmerz! Misshandlungen leisten einen erheblichen Beitrag zur Entstehung späterer chronischer Schmerzerkrankungen, und für uns als im Gesundheitswesen Beschäftigte und Engagierte heißt das, immer wieder ein Ohr für psychosoziale Ursachen als Grund chronischer Schmerzen zu haben. Dies führt natürlich auch zu einer deutlichen Belastung für unsere tägliche Arbeit, denn immerhin geben 40 % unserer erwachsenen Patientinnen und Patienten chronische Schmerzen, 3,5 % gar schwerste chronische Schmerzen an.

Lassen Sie mich hier noch einige nüchterne Zahlen hinzufügen: Im Jahre 2000 registrierte das Bundeskriminalamt bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in 92 % weibliche Opfer bei vollendeten und in 95 % weibliche Opfer bei versuchten Straftaten. Ca. 45.000 Frauen suchen pro Jahr Zuflucht in den über 320 deutschen Frauenhäusern. Gegen Frauen ausgeübte Gewalttätigkeiten finden hauptsächlich zwischen 18.00 Uhr abends und 03.00 Uhr morgens statt, 7 % aller insgesamt 2000 im Raum Göttingen aufgenommener Frauen mit Gesichtsschädelbrüchen erlitten

diese in Folge von durch Männer ausgeübte Hoheitsdelikte.

In Anbetracht all dieser Zahlen gibt es inzwischen nicht nur das bundesweit existierende Gewaltschutzgesetz mit umfangreichen Schulungs- und Schutzprogrammen von öffentlichen Behörden, Polizei bis hin zu Ärzte- und Psychotherapeutenkammer, sondern auch intensive Ausbildungs- und Fortbildungsbemühungen für Studierende der Medizin und andere im Gesundheitswesen beschäftigte Berufsgruppen. So gibt es Weiterbildungsangebote für Arzthelferinnen, Klinikpersonal und ein umfangreiches Fortbildungscurriculum für niedersächsische Ärztinnen und Ärzte, das bei der Ärztekammer, Bezirksstelle Hannover angefordert werden kann.

Folgen von kriegerischer, sexualisierter und struktureller Gewalt erleben wir heute aber nicht nur bei jungen Frauen, Mädchen und Kindern.

Vielmehr entdeckt die Medizin im Moment die Generation derjenigen heute betagten Frauen, die im zweiten Weltkrieg schwere traumatische Erfahrungen machen mussten, und darüber hinaus die Generation der anschließend geborenen Kinder, der Kriegswaisen, die ohne Vater aufwachsen mussten.

Erst heute, 60 Jahre nach Kriegsende, wird als Erklärung bei psychisch auffälligen alten Patientinnen oftmals ein traumabedingter Hintergrund aufgedeckt, der in Gewalterfahrungen, Vergewaltigung, Zwangsprostitution und Bombenterror während der letzten Kriegsjahre oder in den Jahren danach gelegen hat. Ein halbes Jahrhundert später deckten jetzt Journalistinnen und Historikerinnen die Existenz von Zwangsbordellen in den Konzentrationslagern des Nationalsozialismus in Deutschland auf. Zehntausende von deutschen Frauen wurden durch Angehörige der alliierten Streitkräfte, in erster Linie durch Sowjetsoldaten, vergewaltigt. Sich zu prostituieren, war für viele damals die einzige Chance, sich und ihren Kindern zum Überleben zu verhelfen. Alle diese Frauen hatten nie die Chance zu trauern, weil sie nicht darüber sprechen konnten und wollten. Sie selbst haben ihre unvorstellbaren Gewalterfahrungen tabuisiert und aus Scham über die erlittene Erniedrigung bis an ihr Lebensende geschwiegen. Es bleibt nur zu vermuten, wie viele Fälle von schweren Depressionen und Tablettenabhängigkeiten, die ja insbesondere als bei Frauen ab der Lebensmitte gehäuft beschrieben werden, auch diesen traumatischen Erfahrungen zugeschrieben werden müssen.

Ein weiteres Phänomen, das in den letzten Jahren Eingang in die psychiatrische Fachliteratur gefunden hat, ist das Phänomen der Entwicklungsstörung durch das Fehlen eines Vaters. Als besonders dramatisch gelten die Folgen der kollektiven Väterlosigkeit der Generation von Nachkriegskindern. Hier sei daran erinnert, dass in Folge des zweiten Weltkrieges und der zivilisatorischen Katastrophe des Nationalsozialismus fast 5 Millionen deutsche Männer als Soldaten starben. Dies sind 6 Jahre hinweg jeden Tag 2.500 Männer und Väter gewesen. Nach dem Kriege befanden sich Millionen deutscher Soldaten in Kriegsgefangenschaft. Diejenigen, die zurückkehrten, waren dann häufig so schwer traumatisiert,

dass sie in ihren Familien Fremde blieben oder die Familie sich von ihnen trennte. Für zahlreiche Kinder der Kriegs- und Nachkriegszeit in Deutschland bedeutete dies eine Kindheit ohne Vater, und Ungezählte hatten eine gestörte Beziehung zu einem kriegstraumatisierten Vater. Die psychischen Folgen dieser kriegsbedingten Traumatisierungen sowohl bei den Vätern, als auch bei deren Kindern wurden in Deutschland nicht systematisch erforscht. Eine bekannte Langzeituntersuchung – die Mannheimer Kohortenstudie von 1987 bis 2000 – ergab als wesentliche Aussagen, dass die Kinder der Geburtsjahrgänge 1935 – 1945, denen in den ersten 6 Lebensjahren der Vater fehlte, noch mehr als 50 Lebensjahre später ein deutlich höheres Risiko für psychische und psychosomatische Störungen aufwiesen, als die Kinder der selben Jahrgänge, die einen konstanten Kontakt zu ihrem Vater hatten. Väterliches Engagement ist besonders bei Vorschulkindern positiv für die soziale und kognitive Kompetenzentwicklung sowie für Empathieentwicklung und späteren Schulerfolg, genauso wie für die Verinnerlichung moralischer Standards. Unbewusst übernommene Bilder vom eigenen Vater erweisen sich als identitätsbildend und referenziell für die Bewältigung von Krisen und eigenen Konflikten im späteren Leben. Entsprechende Entwicklungsstörungen haben neben den damals erlittenen Kriegstraumata aber nicht nur die Generation der ohne Vater aufgewachsenen Kriegs- und Nachkriegskinder geprägt.

Auch heute sind in Deutschland mehr als die Hälfte minderjähriger Kinder durch die Folgen von Scheidung und Trennung der Eltern betroffen. Hier folgen psychiatrische Störungen nicht nur durch das fehlende Vatern Vorbild, sondern es belegen zahlreiche Studien auch das erhöhte Armutsrisiko von allein erziehenden Frauen. Armut, soziale Randständigkeit, Rollenbrüche und beeinträchtigte Bildungs- und Berufsmöglichkeiten sind bei allein erziehenden Müttern deutlich häufiger vertreten als bei verheirateten. Die heutzutage weithin beklagte Kinderarmut findet sich vor allem in Familien mit allein erziehenden Müttern. Den ganzen Reigen gesundheitlicher und sozialer Störungen als Folge von Armut in unserer Gesellschaft darzustellen, würde unseren heutigen Rahmen absolut sprengen. Lassen Sie mich nur darauf hinweisen, dass nach heutigen Statistiken Menschen, die unter der Armutsgrenze und in bescheidenen sozialen Verhältnissen leben, eine reduzierte Lebenserwartung von 7 Jahren gegenüber gut situierten Deutschen haben! Und lassen Sie mich an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Bundesärztekammer und die Ärzteschaft insgesamt sich anlässlich der letzten Ärztetage besonders dieser Themen angenommen haben. So war im letzten Jahr „Armut und gesundheitliche Folgen“, in diesem Jahr „Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder“ das medizinisch- soziale Leitthema des jeweiligen Deutschen Ärztetages, um die Öffentlichkeit eben auch von unserer Seite aus für diese Problematiken zu sensibilisieren und entsprechende Forderungen an die Politik zu richten.

Als letztem dieser wichtigen Themen möchte ich mich dem Schicksal traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland widmen.

Tausende von Ausländern stellen jährlich in der Bundesrepublik einen Asylantrag. Hier nur einige Zahlen dazu: Im Zeitraum von Januar bis

August 2005, also in 6 Monaten, hatte das Bundesamt über die Anträge von 32.300 Personen zu entscheiden. Als Asylberechtigte anerkannt wurden hiervon 318 Personen, das sind genau 1 %. Abschiebungsschutz erhielten weitere 1.500 Personen = 5 %, abgelehnt wurden die Asylanträge von 18.000 ausländischen Menschen, das sind 56 %. Bei 38 % der Asylanträge erledigte sich das Verfahren anderweitig, z.B. durch Rücknahme des Antrages. Nach verschiedenen Untersuchungen aus den Jahren 2001 und 2002 zeigen 50 % - 70 % der politischen Flüchtlinge Traumafolgen, insbesondere eine posttraumatische Belastungsstörung, 50 % und mehr sind betroffen von Folter und Gewalterfahrungen. Da offensichtlich nur 1 % aller Asylanträge sofort positiv beschieden werden, steht der Großteil der Flüchtlinge, die aus Kriegsgebieten nach Deutschland kommen, vor einer ungewissen Zukunft. Auf viele wartet ein oft entwürdigendes Asylverfahren. Die ungewisse Zeit des Wartens ist fast immer von Zukunftsängsten begleitet, was die bestehenden psychischen Störungen nicht selten noch verstärkt und chronifiziert. Seit Jahren besteht für Ärztinnen und Ärzte ein Konflikt zwischen ärztlich-ethischem und beruflichem Auftrag bei der Untersuchung und Begutachtung dieser Kranken und ggf. traumatisierten ausländischen Flüchtlinge, wenn bei diesen Ausreisepflicht durch Behördenbescheid besteht, und sie, sofern sie nicht freiwillig ausreisen, von der zwangsweisen Abschiebung bedroht sind. Nach dem Ausländergesetz müssen inzwischen Ärztinnen und Ärzte lediglich die Flug- bzw. Reisetauglichkeit bestätigen. Üblicherweise wollen Ärztinnen und Ärzte nach ihrem Selbstverständnis jedoch eine Stellungnahme zur Gesamtsituation nach einer sorgfältigen, ganzheitlichen ärztlichen Untersuchung dieser abzuschiebenden Patientinnen und Patienten abgeben. Viele der Betroffenen, für die Reisetauglichkeit bestätigt werden muss, entziehen sich der drohenden Abschiebung durch Untertauchen und gehören zu der nicht unerheblich großen Gruppe von so genannten Illegalisierten, d.h. Menschen ohne Papiere, die sich inzwischen in der Bundesrepublik aufhalten.

Für Ärztinnen und Ärzte ergeben sich daher 3 Gruppen von Patientinnen und Patienten, die besondere Anforderungen an ärztliche Kunst bzw. an unser Gesundheitswesen stellen:

1. Migranten ohne Flucht- und Traumahintergrund, die aber aufgrund ihrer sprachlichen und kulturellen Barrieren eine besonders intensive Form der gesundheitlichen Zuwendung benötigen.
2. Psychisch traumatisierte Flüchtlinge, die sich legal in der BRD aufhalten, der deutschen Sprache in den allermeisten Fällen nicht mächtig sind, und die durch ihre besonderen leidvollen Erlebnisse im Krieg, im Gefängnis oder auf der Flucht vielfältige, tief eingegrabene psychische und psychosomatische Störungen offenbaren. Oft durchleiden sie dazu noch ein entwürdigendes Asylverfahren und die ungewisse Zeit des Wartens auf die Verwaltungsentscheidung verstärkt ihre Störungen und Beschwerden.
3. Noch schwieriger gestaltet sich die Versorgung von illegal in der BRD lebenden Flüchtlingen, die hier keinerlei Recht auf eine reguläre Versorgung in unserem Gesundheitswesen haben und von Abschiebung bedroht sind, sobald sie sich in die Institutionen unseres Gesundheitswesens, z.B. in Krankenhäuser oder zum öffentlichen Gesundheitsdienst begeben. Nach der derzeitigen Gesetzeslage können sich

sogar Ärztinnen und Ärzte, die aus humanitären Gründen und ihrem ärztlichen Ethos verpflichtet diesen Personkreis behandeln, strafbar machen. Beides führt dazu, dass sich Illegalisierte i.d.R. viel zu spät oder gar nicht in ärztliche Behandlung begeben. Flüchtlingsorganisationen und Kolleginnen und Kollegen berichten immer wieder über desolate Fälle verschleppter Erkrankungen bei Menschen ohne Papiere.

Verschiedenste ärztliche und humanitäre Organisationen haben es sich daher in der BRD zur Aufgabe gemacht, von sexualisierter Kriegsgewalt Betroffenen, psychisch traumatisierten Flüchtlingen und Illegalisierten eine entsprechende Gesundheitsversorgung anzubieten. Als Hilfsorganisation für von Kriegsgewalt betroffenen Frauen und Mädchen sei vor allem Medica mondiale genannt.

Bundesweit gibt es 15 Behandlungszentren für Folteropfer und Kriegstraumatisierte, bisher jedoch keines in Niedersachsen. Da wir in unserem Bundesland mit etwa 25.000 geduldeten Flüchtlingen und hierunter mindestens 5.000 mit einschlägigen Krankheitsbildern rechnen müssen, haben wir auf Anregung von Amnesty International hin vor 2 Jahren ein Netzwerk zur Behandlung traumatisierter Flüchtlinge in Niedersachsen, kurz das NTFN gegründet. Teilnehmerinnen an diesem Netzwerk sind Vertreter der Ärztekammer Niedersachsen, der Psychotherapeutenkammer, des Zentrums für Psychotraumatologie und Traumatherapie Nds., des Flüchtlingsrates und der Medizinischen Hochschule Hannover. Über Aufrufe in den Zeitschriften der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer konnten landesweit über 70 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gewonnen werden, die Psychotherapieplätze für traumatisierte Asylsuchende und Flüchtlinge anbieten und die bereit sind, sich auf die damit verbundenen Schwierigkeiten, z.B. Psychotherapie mit Dolmetschern und unter ungesicherten finanziellen Rahmenbedingungen, einzulassen. Im Jahre 2006 konnten wir über das NTFN etwa 200 Anfragen nach Psychotherapieplätzen für diesen Personenkreis erfolgreich vermitteln. Der Flüchtlingsrat Nds. vermittelt durchschnittlich 4-5 solcher Plätze pro Woche, regelt die Kostenübernahme und die Dolmetschersuche. Darüber hinaus haben wir vom NTFN aus inzwischen 3 sehr gut besuchte ganztägige Fortbildungen für Psychotherapeuten und andere Interessierte anbieten können. Die Bundesärztekammer hat inzwischen ein Curriculum für diejenigen, die psychisch Traumatisierte begutachten müssen ausgearbeitet. Dies wird bundesweit als Fortbildung angeboten, damit Asylbewerber adäquat diagnostiziert und unterstützt werden können.

Zuletzt lassen Sie mich ausführen, dass die Zahl der Illegalisierten, die sich in unserem Gesundheitswesen behandeln lassen, völlig unklar ist. Trotz vielfältiger Initiativen von IPPNW, Bundesärztekammer und anderen Engagierten steht nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Menschen ohne Papiere zwar ärztliche Behandlung im Falle schwerer Erkrankung zu, aber eben nur um den Preis der Aufdeckung ihres Aufenthaltstatus mit allen Konsequenzen, namentlich der dann erfolgenden Abschiebung. Ich selbst habe in meiner Allgemeinpraxis 2 Patientinnen und Patienten mit völlig desolatem und hochinfektiösem Krankheitszustand behandeln müssen, die

viel zu spät sich uns anvertraut haben und tatsächlich hinterher auch einen Abschiebebescheid bekamen. Die deutsche Ärzteschaft und die Bundesärztekammer betonen daher ausdrücklich, dass gesetzlich sichergestellt werden muss, dass medizinische Hilfe durch Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Personal nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zum illegalen Aufenthalt fallen darf. Es ist für uns selbstverständlich, kranken Menschen beizustehen, auch wenn sie keine Aufenthaltsberechtigung haben. Das elementare Grundrecht auf eine menschenwürdige Behandlung ohne Ansehen der Person schließt das Recht auf ärztliche Behandlung in Notsituationen ohne Angst vor Abschiebung ein. Wir brauchen Rechtssicherheit nicht nur für die erkrankten Personen, sondern auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, wenn sie Menschen ohne gültigen Aufenthaltstatus zumeist sogar auf eigene Kosten und anonym versorgen.

Meine Damen und Herren, die Zeit reicht nicht mehr aus, um auch noch adäquat auf die Probleme der Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung und den hierbei erlittenen Traumata einzugehen. Dies wäre vielleicht Inhalt eines gesonderten Vortrages.

Dennoch hatten wir heute viele Stunden Zeit, das Schweigen über die Folgen erlittener struktureller und militärischer Gewalt zu brechen. Als Vertreterin der Bundesärztekammer freut mich besonders der interprofessionelle Ansatz, die Möglichkeit, dass hier Ärztinnen und Ärzte mit unserem Verständnis von der Medizin als einer sozialen Wissenschaft gemeinsam in der Medizinischen Hochschule mit anderen Berufsgruppen diskutieren können. Es gilt, ein Klima zu schaffen in unserer Gesellschaft, das Gewalt nicht toleriert sondern diese ächtet. Denn: Gewalt macht krank! Ich danke daher auch im Namen der Bundesärztekammer allen Beteiligten für ihr ungewöhnliches Engagement und möchte meinen Vortrag mit einem Gedicht des hannoverschen Arztes Gerhard Stübner beenden.

„Schrei
Hör den Schrei,
der zu Dir dringt,
hör ihn,
Auslaut des Lebens,
Mahnschrei der Qual,
höre ich
als Ruf nach Dir“

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Vortrag von Dr. med. C. Goesmann, Hannover
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer
Am 16. Juni 2007 an der Medizinischen Hochschule Hannover