

greift diese Behauptung zu kurz. Der Arzt ist nicht bloßer Gesundheitstechniker, der funktionelle Lösungen für gesundheitliche Probleme anbietet, sondern muss immer bestrebt sein, den ganzen Mensch zu sehen und ihm solidarisch beizustehen. Wie der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, auf einer Examensfeier der Universität Marburg im Dezember 2012 bemerkte, ist das Arztsein „ein Beruf mit Berufung und hoher Verantwortung“. Diesen Berufsaspekt zu vernachlässigen, beraubt nicht nur unsere Arbeit um den richtigen ethischen Rahmen, sondern stellt einen Bruch mit der hippokratischen Tradition dar.

Trotz und vielleicht gerade wegen der Mühen und Undankbarkeit des oft viel zu eng getakteten Alltags dürfen wir diese aus gutem Grund tradierte Sicht der Dinge nie vergessen.

Prof. Dr. med. Paul Cullen, 48163 Münster

FLÜCHTLINGE

Den vielfältigen Aktivitäten zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen steht ein Mangel an Daten gegenüber (DÄ 4/2016: „Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen“ von Oliver Razum et al. und „Diagnostik und Prävention im Kindes- und Jugendalter“ von Johannes Pfeil et al.).

Daten aus Frankfurt am Main

In den oben genannten Beiträgen wurde über die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und die mangelnde Datenlage zu den Gesundheitsbefunden der Flüchtlinge berichtet. In beiden Berichten wird auch auf die Frage der Besiedlung mit multiresistenten Erregern (MRE) eingegangen, da viele der Asylsuchenden aus Hochprävalenzländern kommen oder diese auf ihren Fluchtwegen passiert haben. Bereits im Oktober 2015 hatte das Robert Koch-Institut (RKI) Empfehlungen für das Screening von Asylsuchenden bei Aufnahme in Kliniken veröffentlicht. Vor diesem Hintergrund möchten wir über die Daten unserer Screening-Untersuchungen bei Flüchtlingen in Frankfurt am Main berichten. Nach unserer Kenntnis sind die Untersuchungen unbegleiteter minderjähriger Ausländer und die Untersuchung bei Aufnahme erkrankter Flüchtlinge in ein Krankenhaus der Maximalversorgung die ersten systematisch erhobenen Daten aus

Deutschland zur Frage der Prävalenz von MRE bei Flüchtlingen.

In der Universitätsklinik Frankfurt am Main wurden von Juni bis Dezember 2015 Proben von insgesamt 143 Flüchtlingen bei Aufnahme auf methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) (Nasenabstriche) und auf multiresistente Gramnegative Erreger (MRGN) (Rektalabstriche) untersucht. Die Ergebnisse wurden mit Screeningdaten anderer Patienten (Nicht-Flüchtlinge) verglichen, die zur gleichen Zeit aufgenommen wurden (1 170 Nasenabstriche; 1 489 Rektalabstriche). Acht der 143 (5,6 Prozent) Flüchtlinge waren MRSA-positiv im Vergleich mit 14/1 170 (1,2 Prozent) der Nicht-Flüchtlinge, zudem lagen bei Flüchtlingen andere spa-Typen als bei den Kontrollpatienten vor. 60,8 Prozent der Flüchtlinge wiesen MRGN (darunter 28 Prozent ausschließlich ESBL-Phänotyp) im Vergleich mit 16,7 Prozent der Nicht-Flüchtlinge (darunter 5,7 Prozent ausschließlich ESBL-Phänotyp) auf. Damit liegt das Risiko der Flüchtlinge, eine Besiedlung mit MRE aufzuweisen, circa vierfach über dem der Nicht-Flüchtlinge, wobei betont werden muss, dass in der Gruppe der Nicht-Flüchtlinge Schwerkranke, multimorbide Patienten mit teilweise langen früheren Krankenhausaufenthalten enthalten waren. In einer zweiten Untersuchung wurden Stuhlproben von 119 unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden im Rahmen der Erstuntersuchung auch auf das Vorkommen von MRGN untersucht. Resistente Gramnegative Erreger wurden bei 42 der 119 (35,3 Prozent) Untersuchten gefunden (darunter 27,7 Prozent ausschließlich ESBL-Phänotyp). Erreger mit Carbapenemresistenz wurden nicht gefunden. Bei den Untersuchten handelte es sich um gesunde Kinder und Jugendliche (< 18 Jahren). Vorhergehende Krankenhausaufenthalte oder Medizinkontakte waren nur bei zwei Personen (1,5 Prozent) bekannt. Die MRGN-Prävalenz in beiden Untersuchungen lag somit deutlich über der in der Bevölkerung in Deutschland. Das RKI hatte festgestellt, dass ein generelles Screening bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft nicht angezeigt sei, bei Aufnahme in eine Klinik Flüchtlinge auf der Basis der in den KRINKO-Empfehlungen formulierten Risiken auf MRSA und Carbapenem-resistente MRGN untersucht werden sollten (Patienten aus Hochendemiegebieten, Kontakt zum Gesundheitssystem in ihrem Heimat-

land oder im Verlauf ihrer Flucht). Unsere Daten unterstützen die vom RKI angestrebte Schaffung einer soliden Datenbasis. Nach unserer Ansicht sollte das Screening bei Klinikaufnahme alle Asylsuchenden aus Hochendemiegebieten umfassen, da zusätzliche Risikofaktoren wie Krankenhausaufenthalte oder vorausgehende medizinische Behandlungen angesichts von Sprachschwierigkeiten anamnestisch nicht immer sicher auszuschließen sind.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Gesundheitsamt Frankfurt, 60313 Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. Volkhard A. J. Kempf, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Frankfurt, 60596 Frankfurt am Main

MEDIZINSTUDIUM

Brandenburgs Antwort auf den Ärztemangel ist eine private Hochschule (DÄ 5/2016: „Universität der anderen Art“ von Nora Schmitt-Sausen).

Grundlagen festigen

Mehr Praxis, kleinere intensivere Gruppen – das wünscht man sehr beim Medizinstudium. Allerdings würde mir das Konzept der im Artikel genannten privaten medizinischen Hochschule Theodor Fontane (MHB) in Neuruppin nicht sehr gefallen. Ich studiere selbst zurzeit Medizin an der Universität zu Würzburg und kann vergleichen, was vielleicht nicht so gut ist und was besser sein sollte.

Die Praxis sollte sein. Das ist ganz wichtig. Sonst verliert man in dem ganzen Theorielernten das Auge fürs spätere Berufsleben. Allerdings stellte ich nach dem Anatomiekurs fest, wie wichtig es ist, dass man die Anatomie des Körpers kennt. Daher plädiere ich dafür, in den ersten Semestern des Studiums die Grundlagen zu festigen. Also: Anatomie, Physiologie und Biochemie. Mit dieser Grundlage kann man dann gut in die Praxis einsteigen. Erst mit diesem Basiswissen versteht man viele Erkrankungen und Folgeerscheinungen viel besser ...

Ein fundiertes Basiswissen in den ersten Semestern und anschließend eine intensive praxisorientierte Lehre sind ein guter Aufbau für ein erfolgreiches Medizinstudium. Dieses Konzept wird an meiner Universität durchgeführt. Die meisten Studierenden sind damit sehr zufrieden und schließen das Studium erfolgreich ab.

Ina Rissling, Studentin, 97076 Würzburg