

HINTERGRUND

Ein großer Teil der Geflüchteten, die in Deutschland Schutz suchen, leidet infolge der Erlebnisse im Herkunftsland und auf der Flucht unter schwerwiegenden und dringend behandlungsbedürftigen körperlichen sowie v.a. psychischen Belastungen (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Lindert et al., 2009; Porter & Haslam, 2005). So entwickeln bis zu 40 % aller Asylsuchenden und Flüchtlinge als Folge ihrer Erlebnisse eine Traumafolgestörung (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006), nach neueren Befunden aus der Schweiz inzwischen vermutlich sogar über 50%. Zudem bestehen regelhafte Komorbiditäten mit ausgeprägten Depressionen und Angststörungen (Heeren, Wittmann, Ehlert, Schnyder, Meier & Müller, 2014). Die Symptomatik ist dabei meist komplex und oft bereits chronifiziert, weil sie mit einer Vielzahl an Entwurzelungs- und Belastungsfaktoren verwoben ist.

Adäquate Behandlungsangebote sind Geflüchteten im Gesundheitssystem der BRD jedoch nur stark eingeschränkt zugänglich. Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) begrenzt medizinische und psychosoziale Versorgung auf ein Minimum – mit verheerenden bis hin zu tödlichen Konsequenzen für die erkrankten Personen und durch das absurde bürokratische Sondersystem auch vermeidbaren volkswirtschaftlichen Folgekosten.

Dem treten seit Jahrzehnten nichtstaatliche Initiativen entgegen, indem sie – projekt-, stiftungs- und spendenfinanziert außerhalb des regulären Gesundheitssystems – speziell qualifizierte, niedrigschwellige Versorgungsangebote für Geflüchtete anbieten. Im Bereich der spezialisierten psychosozialen Versorgung versuchen die bundesweit 30 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer die systemischen Versorgungsdefizite abzufangen. Sie tragen dem speziellen Versorgungsbedarf ihrer KlientInnen durch ein komplexes Leistungsspektrum Rechnung, das neben Psychotherapie auch psychosoziale Beratung sowie komplementäre kreative und soziale Aktivitäten umfasst und die spezifischen kulturellen Prägungen, die krankmachenden Erfahrungen und den rechtlichen Status und die aktuellen Lebensbedingungen der Geflüchteten berücksichtigt. Die meisten Beratungen und Therapien sind nur mithilfe weitergebildeter DolmetscherInnen möglich. Ähnliches gilt für die ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Sozial- und KunsttherapeutInnen, die neben ihrer grundständigen Qualifikation zusätzliche spezifische Fortbildungen absolviert haben müssen.

AKTUELLE PROBLEMLAGE

Die AsylbLG-Novelle, nach der Asylsuchende nun bereits nach 15 Monaten Leistungen analog SGB XII erhalten, hat die gesundheitliche Versorgung Geflüchteter insgesamt leider nur einen sehr kleinen Schritt vorangebracht. Sie bleibt weit hinter dem zurück, was möglich gewesen wäre. Vor allem wurde nach wie vor kein Rahmen geschaffen, in dem die Versorgungslücken im Bereich der psychosozialen Versorgung geschlossen werden könnten.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer können aktuell nur zwischen 10 und 20% des Versorgungsbedarfs abdecken, in einigen Bundesländern gibt es gar keine bzw. nur völlig unterbesetzte Anlaufstellen. Die Regelversorgung trägt marginal bzw. nur in meist vermeidbaren Krisensituation durch kurze stationäre Aufnahmen in die Psychiatrie bei.

Die Finanzierung der Psychosozialen Zentren war immer schon schwierig: Kommunen, Bundesländer, Kirchen, Stiftungen, EinzelspenderInnen, die EU, das BMFSF u.a. tragen zu einer administrativ aufwändigen, instabilen und meist völlig unzureichenden Sicherstellung der Leistungen bei. Durch die eigentlich verantwortlichen Leistungsträger der Regelversorgung werden nur 5% der in den Zentren durchgeführten Psychotherapien refinanziert. Die Refinanzierung nach AsylbLG funktioniert regional sehr unterschiedlich, ist jedoch meist mit großem bürokratischem Aufwand verbunden und wird restriktiv gehandhabt. Refinanzierungsmöglichkeiten über die GKV existieren faktisch nicht, da die PSZs keine Vertragspartner der Gesetzlichen Krankenkassen sind und die Anwendung der Ausnahmebestimmung nach §13 SGB V zur Kostenerstattung in den meisten Fällen abgelehnt wird. Die Übernahme von Dolmetscherkosten durch die Krankenkassen wird im Moment noch kategorisch ausgeschlossen, Deutsch sei Amtssprache und es stünden genügend muttersprachliche TherapeutInnen zur Verfügung – so die Argumentation der Bundesregierung (BT-Drs. 18/4622, 2015, S.7f).

LÖSUNGSANSÄTZE

Große Erfolge in Richtung des Abbaus von Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem verzeichnet das seit 2005 in Bremen und 2012 in Hamburg eingeführte Modell der Gesundheitskarte für Asylsuchende. Die Praxiserfahrungen aus Bremen und Hamburg, wo bereits seit Jahren an alle Berechtigten nach AsylBLG von Anfang an Gesundheitskarten ausgegeben werden – zeigen, dass sich dieses Modell qualitativ und ökonomisch bewährt hat (Vgl. Burmester, 2015; Gesundheitsamt Bremen, 2011). Die hürdenreiche Beantragung eines Krankenscheines beim Sozialamt und die fachlich nicht akzeptable Einengung nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetzes fallen in der Praxis weg, die Bewilligung fast aller Leistungen - außer u.a. Psychotherapie und Zahnersatz - nach §6 geht in die Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Auch zeigten sich bis heute keinerlei Auffälligkeiten in der von AsylbewerberInnen beanspruchten Leistungshöhe. Es kommt zu Einsparungen durch Vorsorge und rechtzeitige Krankenbehandlung. Die Kosten bei den Sozialämtern sinken, weil der Verwaltungsaufwand für das Ausstellen von Papierkrankenscheinen sowie die Abrechnung und Kontrolle erbrachter Leistungen entfällt.

Gleichbleibend defizitär und hürdenreich bleibt in der Praxis allerdings auch hier der Zugang zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung der Betroffenen. So ist trotz Versichertenkarte bei psychischen Erkrankungen auch in Bremen nach wie vor eine Unterversorgung festzustellen - von der Diagnostik bis zur Weitervermittlung an und Behandlung durch entsprechende Fachkräfte (Gesundheitsamt Bremen, 2011). Das dortige Psychosoziale Zentrum „Refugio Brema“ – wie auch im übrigen Bundesgebiet – nach wie vor die Hauptanlaufstelle zur Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten. Dieses Bild wird die Versorgungssituation in der BRD weiterhin und auf Dauer prägen, wenn die Bundesregierung ihrer Pflicht nicht nachkommt, weitere strukturverbessernde Maßnahmen auf den Weg zu bringen.

Anhaltspunkte für entsprechende Interventionen sind dabei bereits heute mit den Erfahrungen in der Versorgung anderer besonders vulnerabler PatientInnengruppen verfügbar. Hier seien u.a. die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPD), die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) genannt. Allen ist gemeinsam, dass es Institutionen sind, die wegen der spezifischen Problemlagen besonderer Zielgruppen interdisziplinär und multiprofessionell arbeiten müssen. All diese Institutionen können daher vom Zulassungsausschuss als Institution ermächtigt werden, mit dem Angebot eines komplexen Versorgungsspektrums auf entsprechende Versorgungslücken zu reagieren.

FORDERUNGEN

Die strukturelle Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz ist fachlich und menschenrechtlich nicht akzeptabel und daher abzuschaffen. Der Gesetzgeber ist in der Pflicht, Gesundheitsleistungen, die deutschen StaatsbürgerInnen zustehen, auch allen anderen im Versorgungsgebiet der BRD lebenden Menschen unabhängig vom Aufenthaltsstatus zu gewähren. Darüber hinaus muss er auch für die speziellen Ansprüche auf medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung, die für besonders schutzbedürftige Asylsuchende und Geflüchtete nach der EU-Aufnahmerichtlinie¹ gelten, einen verlässlichen Rahmen schaffen.

Die BAfF empfiehlt daher:

1. VOLLWERTIGE KRANKENVERSICHERTENKARTEN FÜR ALLE GEFLÜCHTETEN DIREKT NACH DER EINREISE.

Alle Geflüchteten müssen unabhängig vom Aufenthaltsstatus mit dem Zeitpunkt Ihrer Einreise im Wege der Pflichtversicherung nach §5 SGB V (hilfsweise über § 264 Abs. 2 SGB V für SGB XII Grundsicherungsempfänger) als Mitglieder in eine Gesetzliche Krankenkasse aufgenommen werden. Der Behandlungsumfang für Geflüchtete darf das Leistungsspektrum des SGB V nicht unterschreiten.

¹ 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

Übergangsweise sind die entsprechenden Leistungen von Anfang an und in gleichem Umfang zumindest als Analogleistungen zu gewähren. Dabei kann sich an den Vorbildern Bremen und Hamburg orientiert werden, die seit 2005 bzw. 2012 unbürokratisch und nachweislich kosteneffizient Gesundheitskarten an alle Asylsuchenden ausgeben. Leistungsträger blieben in diesem Fall² die Sozialbehörden.

Der Leistungsumfang und die Definition genehmigungspflichtiger Behandlungen dürfen auch in diesem Fall nicht unter den Standards der GKV liegen. Zusätzlich sind Fahrt- und Dolmetscherkosten nach §§ 4 und 6 AsylbLG in entsprechende Vereinbarungen einzubeziehen. Zur Sicherstellung einer qualifizierten psychotherapeutischen Versorgung der Leistungsberechtigten ist in die Verträge zwischen der Sozialbehörde und der Krankenkasse ebenso aufzunehmen, dass Asylsuchende, die eine Psychotherapie benötigen, diese auch bei den speziell qualifizierten PsychotherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer wahrnehmen können.

2. SPEZIFISCHE REGELUNGEN FÜR DIE ABRECHNUNG UND BEGUTACHTUNG FLÜCHTLINGSSPEZIFISCHER AMBULANTER PSYCHOTHERAPIEN EINSCHLIEßLICH DER NOTWENDIGEN DOLMETSCHER- UND FAHRTKOSTEN ALS TEIL DER KRANKENBEHANDLUNG.

Es ist sicherzustellen, dass für besonders schutzbedürftige, psychisch belastete oder traumatisierte Geflüchtete ausreichend ambulante Psychotherapieplätze zugänglich sind und Behandlungen durch für ihren besonderen Versorgungsbedarf qualifizierte PsychotherapeutInnen fachlich und ethisch korrekt durchgeführt werden.

a) Das Genehmigungsverfahren für ambulante Psychotherapien darf dabei nicht unterhalb der Standards geregelt werden, welche die GKV für andere PatientInnengruppen vorgibt.

Sollten die Sozialbehörden Leistungsträger nach AsylbLG bleiben, dann müssen einheitliche Verfahrensvorschriften festgelegt werden, die klar die Qualifizierung der behandelnden PsychotherapeutInnen, die Antragsform, die Bearbeitungskriterien und -fristen sowie die Qualifizierung der BegutachterInnen regeln. Dabei muss das Patientenrechtegesetz auch für Geflüchtete Anwendung finden³.

b) Entsprechend des besonderen Bedarfs besonders schutzbedürftiger, psychisch belasteter oder traumatisierter Geflüchteter sind auch approbierte PsychotherapeutInnen ohne GKV-Zulassung für die Versorgung vulnerabler Geflüchteter zu ermächtigen.

Auf die speziellen Versorgungsbedarfe Geflüchteter kann durch PsychotherapeutInnen in der gesundheitlichen Regelversorgung nicht ausreichend reagiert werden. Die PsychotherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren bedienen daher mit jährlich weit über 3.600 Psychotherapie-KlientInnen nicht nur im Einzelfall einen spezifischen Sonderbedarf, sondern sie nehmen einen Versorgungsauftrag wahr, dem prinzipiell vor allem die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger nachkommen müssten. Ihre Leistungen sollten daher auch entsprechend zugeordnet und abgerechnet werden können.

Wir fordern dazu auf, approbierte PsychotherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zur entsprechenden Behandlung zu ermächtigen. Hierzu wäre lediglich eine Änderung der Rechtsordnung §31a der Ärzte-Zulassungsverordnung notwendig.⁴

² Leistungsträger bleiben sowohl für die Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG iVm § 264 Abs 1 SGB V wie auch bei den Analogleistungen nach § 2 AsylbLG iVm § 264 Abs 2 SGB V die Sozialbehörden, die entsprechende Verträge mit den Gebietsrassenkassen schließen müssen.

³ So muss z.B. gemäß § 13 Abs. 3a SGB V über einen Antrag innerhalb von 3, bei Einschaltung eines Gutachters binnen 5 Wochen entschieden oder dem/der PatientIn die Gründe für die Nichtentscheidung mitgeteilt werden, andernfalls gilt der Antrag als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die GKV zur Erstattung der Kosten verpflichtet.

⁴ Da davon auszugehen ist, dass die vorhandenen Kapazitäten den Versorgungsbedarf qualitativ und quantitativ nicht abdecken können, fordern wir ebenfalls dazu auf, aufgrund der besonderen Indikation und der besonderen Expertise in entsprechend ausgewiesenen Psychosozialen Zentren auch in sonstigen wissenschaftlich anerkannten Behandlungsverfahren fortgebildeten ÄrztInnen, PsychologInnen, PädagogInnen sowie entsprechend zugelassenen Berufsgruppen unter fachlicher Aufsicht entsprechend qualifizierter ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen analog abzurechnende Behandlungen bzw. in fortgeschrittener Ausbildung befindliche bzw. zu erlauben.

c) Dolmetscherkosten müssen als notwendiger Teil der Krankenbehandlung anerkannt werden.

Eine fachlich und ethisch korrekte Aufklärung, Diagnostik und Behandlung der KlientInnen darf nur unter Voraussetzung einer adäquaten sprachlichen Verständigung zwischen TherapeutIn und KlientIn erfolgen. Da für die große Mehrheit der Flüchtlingsgruppen in Deutschland keine bzw. nicht ausreichend muttersprachliche Therapieplätze verfügbar sind, müssen die Kosten für die Sprachmittlung durch speziell qualifizierte DolmetscherInnen als Teil der Krankenbehandlung (nicht über gesonderte Abrechnungsverfahren wie z.B. den §73 SGB XII) ins SGB V aufgenommen werden. Es sind Standards für die Qualifikation und Honorierung der DolmetscherInnen für die Durchführung von Psychotherapien festzulegen.

Auch im stationären Bereich ist Sprachmittlung unabdingbar, insbesondere in der Psychotherapie. Inzwischen gibt es hierfür Modelle. So hat der Landschaftsverband Rheinland seinen 8 psychiatrischen Kliniken ein Budget zum Einsatz von SprachmittlerInnen zur Verfügung gestellt.

3. AUSBAU UND FINANZIERUNG DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN ZUR KOMPENSATION DER BESONDEREN VERSORGUNGSLÜCKEN IM BEREICH DER AMBULANTEN PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG GEFLÜCHTETER

Für besonders schutzbedürftige, psychisch belastete oder traumatisierte Geflüchtete besteht aufgrund der komplexen psychosozialen Belastungskonstellationen ein besonderer Versorgungsbedarf, auf den durch stationäre und ambulante Behandlungsangebote der gesundheitlichen Regelversorgung nicht ausreichend reagiert werden kann. Die Betroffenen nehmen daher ein komplexes Behandlungsspektrum in den auf diese Zielgruppe spezialisierten Psychosozialen Zentren in Anspruch:

- Erstgespräche, Clearing, Frühversorgung und Notfallversorgung
- Rechtliche und soziale Unterstützung und Beratung in akuten Problemsituationen
- Gezielte Hilfen zur Orientierung und Integration von besonders vulnerablen Menschen
- Psychosoziale Beratung sowie therapiebegleitende sozialarbeiterische Angebote
- themenspezifische, niedrigschwellige therapeutische und Gesprächsgruppen
- Vermittlung von Mentoren, Ehrenamtlichen und Vormündern
- Koordination, Fort- und Weiterbildung von Ehrenamtlichen
- Individuell abgestimmte, dolmetschergestützte Stabilisierung, Krisenintervention, Diagnostik und Psychotherapie
- komplementäre Therapieangebote wie Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie
- Gutachten und Stellungnahmen in klinischen, aufenthaltsrechtlichen und sozialen Fragen
- Erschließung von externen Behandlungs- und Beratungsangeboten
- Vermittlung und spezialisierte Kooperation mit öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, Kliniken und niedergelassenen KollegInnen aller Fachrichtungen
- Schulungen und Supervision anderer AkteurInnen der Flüchtlingsarbeit und Regelgesundheitsversorgung
- Vorhaltung eines Dolmetscherpools und Ausbildung und Vermittlung von Dolmetschern z.B. in die Regelversorgung
- Öffentlichkeitsarbeit zu den Folgen der Erfahrungen von Folter und Gewalt

In der Praxis sind es 95% der KlientInnen, die die angeführten Komplexeleistungen benötigen. Lediglich ein Drittel der KlientInnen nehmen Psychotherapie in Anspruch – zusätzlich zu den anderen Angeboten. Nur insgesamt 5% der KlientInnen in den Zentren sind ausschließlich TherapieklientInnen. Entsprechend sind nur etwa 30% der Leistungen der Psychosozialen Zentren Leistungen, die über die GKV entsprechend abrechnungsfähig sind und darüber finanziert werden müssen.

Für den weitaus größeren Anteil der Arbeit der Zentren muss auf Bundesebene ein verbindlicher Rahmen der Finanzierung geschaffen werden.

Eine qualifizierte niederschwellige Unterstützung in dieser Form hilft nicht nur gezielt den besonders schutzbedürftigen Betroffenen, sie erspart häufig spätere Kosten und vermeidet eine Aggravierung und Chronifizierung des Leidens.

Um das etablierte und anerkannte Leistungsspektrum der Zentren zu erhalten ist eine geregelte Finanzierung der Zentren unumgänglich – insbesondere der Leistungen, die nicht innerhalb der gesetzlichen Regelversorgung liegen. Dies sollte in Form einer quartalsweisen Zuwendung für Personalkosten und anteilmäßig Betriebs- und Verwaltungskosten geschehen.

Daneben sind dringend Maßnahmen auf den Weg zu bringen, die eine Ermächtigung der Psychosozialen Zentren zur ambulanten psychosozialen Versorgung dieser besonderen Personengruppe durch den Zulassungsausschuss ermöglichen. So wie in der Vergangenheit im Bereich der psychiatrischen Versorgung für schwer psychisch erkrankte PatientInnen z.B. aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung ein Sonderbedarf bestand, auf den mit der Ermächtigung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) nach §118, der Geriatriischen Institutsambulanzen nach §118a sowie der Sozialpädiatrischen Zentren nach §119 SGB V reagiert wurde, sind im Bereich der psychosozialen Versorgung die Psychosozialen Zentren zur Kompensation von spezifischen Defiziten in der Versorgung Geflüchteter zuzulassen.

Die Einrichtung dieser spezifischen Flüchtlingsambulanzen muss auf Grundlage einer präzisen Beschreibung der zu versorgenden Zielgruppe, der Voraussetzungen der Träger, der Leitungsstrukturen, des Leistungsspektrums und -umfangs, der Qualifikation der MitarbeiterInnen in der Versorgung sowie auch der Sprachmittlung, der anzustellenden Berufsgruppen sowie der Qualitätssicherung erfolgen.

LITERATUR

- BT-Drs. 18/4622. (2015). Drucksache des Deutschen Bundestages 18/4622 vom 29.04.2015: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Jan Korte, Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE „Psychosoziale Betreuung und Behältdluŷg |oŷ trauwatisierteŷ Flüdhliŷgeŷ“. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/046/1804622.pdf> [02.06.2015]
- Burmester, F. (2015). Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. NDV, 2015(3), 109–114.
- Europäische Kommission. (2013). 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). Abl., L 180/96. Verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0033&from=DE> [02.06.2015]
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.
- Gesundheitsamt Bremen. (2011). Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf [02.06.2015]
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 818–825.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246–257.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612.